AGENCE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL

vivre
une île
en santé

Plan de transformation régional 2013-2018

Ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal

Coordination santé mentale et dépendances

Direction des programmes-services

Janvier 2015

Québec

Plan de transformation régional 2013-2018

Ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal

Coordination santé mentale et dépendances

Direction des programmes-services

Janvier 2015

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec

Le plan de transformation régional 2013-2018 - Ressources résidentielles en santé mentale adulte à Montréal est une production de la direction des programmes-services de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
santemontreal.qc.ca

Alexandre St-Germain, adjoint à la coordination santé mentale et dépendances

Collaboration :
Marc Boutin, coordonateur santé mentale et dépendances

Sylvie Bouchard, consultante

Véronique Wilson, agente de planification, de programmation et de recherche
Coordination santé mentale et dépendances

Annie Larouche, agente de planification, de programmation et de recherche
Coordination santé mentale et dépendances

Notes :

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation
du site Web de l'Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2015

ISBN 978-2-89510-826-9 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Nous tenons à remercier tous les membres du comité régional d'accompagnement et d'orientation de la transformation des ressources résidentielles en santé mentale (CRAOT) pour leur contribution.

Mme Carole Deschamps	CSSS du Cœur-de-l'Île
Mme Christine Racette	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Mme Deborah Nasheim	Institut universitaire en santé mentale Douglas
M. Gilles Lauzon	Institut universitaire en santé mentale Douglas
M. Jean-Nicolas Ouellet	Action autonomie Le collectif et CAMEE
Mme Johanne Pratte	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
Mme Julie Nicolas	RACOR en santé mentale
Mme Katherine Thibodeau	Institut universitaire en santé mentale Douglas
Mme Louise Beauchesne	CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle
Mme Lucie Lalonde	Impact, Groupe d'entraide
Mme Manon Ranger	CSSS de la Pointe-de-l'Île
Mme Maxine Lithwick	Hôpital général juif
Mme Najia Hachimi-Idrissi	CSSS de l'Ouest-de-l'Île
M. Paul Simard	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Mme Patricia Farley	CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord
M. Philippe Blouin	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
M. Philippe Perras	Centre universitaire de santé McGill
Mme Roxanne Bergeron	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Mme Suzanne Laferrière	Ville de Montréal
Mme Sylvie Soulières	Hôpital Maisonneuve-Rosemont

TABLE DES MATIÈRES

Page

LÉGENDE 3

INTRODUCTION 5

SECTION 1 : CONTEXTE DU PLAN DE TRANSFORMATION DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES EN SANTÉ MENTALE ADULTE DE MONTRÉAL 7

1. ORIENTATIONS DU MSSS - PASM 2005-2010 7

2. ORIENTATIONS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL 7

SECTION 2 : PARTAGE DES RESPONSABILITÉS EN LIEN AVEC LA TRANSFORMATION 11

1. RÔLE ATTENDU DES ÉTABLISSEMENTS UTILISATEURS 11

2. RÔLE ATTENDU DES ÉTABLISSEMENTS GESTIONNAIRES 11

3. RÔLE ATTENDU DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL 12

SECTION 3 : CONTEXTE DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES À MONTRÉAL 13

1. RESSOURCES RÉSIDENTIELLES HORS TERRITOIRE 14

2. RESSOURCES RÉSIDENTIELLES DE MONTRÉAL 14

3. RESSOURCES ÉTABLISSEMENT 16

4. SOUTIEN COMMUNAUTAIRE EN LOGEMENT SOCIAL 19

5. DESSERTE PSYCHIATRIQUE EN CHSLD 22

6. ANALYSE DES DONNÉES DE LA LISTE D'ATTENTE 24

7. CONSTATS – DÉMARCHE D'ÉVALUATION DES BESOINS DES PATIENTS HOSPITALISÉS DANS LES UNITÉS DE COURTE DURÉE PSYCHIATRIQUE DE LA RÉGION DE MONTRÉAL 25

SECTION 4 : ORIENTATIONS ET CIBLES DU PLAN DE TRANSFORMATION RÉGIONAL 27

1. DÉPLOIEMENT GÉOGRAPHIQUE 27

2. CIBLES EN TERMES DE NOMBRE DE PLACES 29

3. S'orienter vers un réseau composé uniquement de chambres privées 30

4. Implication accrue de la première ligne dans le suivi de la clientèle hébergée 30

5. Contribution attendue des services de soutien dans la communauté (SI-SIV) 30

6. Financement des différents projets 31

Section 5 : Phase I : 2013-2014 33

Section 6 : Phase II : 2014-2015 37

Section 7 : Phase III : 2015-2018 41

Conclusion 45

Bibliographie 47

Annexe I : Orientations privilégiées dans la phase II du PASM (2008) 49

Annexe II : Nombre d'usagers en ressource par établissement utilisateur 53

Annexe III : Définition des codes 30-31-32 (PASM) 57

Annexe IV : Ressources établissement (RE) 61

Annexe V : Soutien communautaire en logement social 65

Annexe VI : Hébergement vs soutien communautaire en logement social 69

Annexe VII : Constats du Rapport « agir maintenant » concernant les ressources résidentielles 73

LÉGENDE

Afin d'alléger le texte, les acronymes et les termes suivants seront régulièrement utilisés dans le document.

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CHUM	Centre hospitalier de l'université de Montréal
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre locaux de services communautaires
CRAOT	Comité régional d'accompagnement et d'orientation de la transformation des ressources résidentielles en santé mentale
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DHOR	Déterminants de l'hébergement et de l'orientation résidentielle
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HSCM	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
IPPM	Institut Philippe-Pinel de Montréal
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OCH	Organismes communautaires d'hébergement
OEMC	Outil d'évaluation multi clientèle
OMHM	Office municipal d'habitation de Montréal
Partenariat	Prendre part à l'élaboration des politiques, des programmes et des services
PASM	Plan d'action en santé mentale
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire ou Plan d'intervention individualisé
PSI	Plan de service individualisé
RA	Ressource autre (article 108 LSSSS)

RE	Ressource établissement
RI	Ressource intermédiaire
RR	Ressources résidentielles
RTF	Ressource de type familial
SAC	Suivi alternatif communautaire
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
Services de 1re ligne	Services généraux offerts à toute la population Services de 1re ligne spécialement destinés à la santé mentale
Services de 2e ligne	Services qui font appel à une expertise spécialisée
Services de 3e ligne	Services dont la complexité requiert une expertise surspécialisée
SHQ	Société d'habitation du Québec
SI	Suivi intensif
SIRTF	Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial
SIV	Suivi d'intensité variable
SRA	Service régional d'admission
TAQ	Tribunal administratif du Québec
TED	Trouble envahissant du développement

INTRODUCTION

La nécessité de procéder à la transformation de l'offre de service en ressources résidentielles en santé mentale adulte voit son origine dans le PASM 2005-2010. Le plan de mise en œuvre du PASM 2005-2010 à Montréal, adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) en 2006, prévoit trois phases de réalisation; la révision de l'offre de services résidentiels s'inscrit dans la phase II de la transformation des services en santé mentale à Montréal[1].

En effet, les travaux de planification réalisés par l'Agence[2] ont permis de constater que les services résidentiels en santé mentale doivent être ajustés pour mieux répondre aux besoins des personnes qui les utilisent et ce, dans une perspective de rétablissement. Pour ce faire, trois priorités d'action ont été retenues. Il a ainsi été convenu de diminuer à deux le nombre d'établissements gestionnaires[3]; de développer un mécanisme d'accès unique, plus souple et plus efficace; ainsi que de revoir l'offre régionale de services résidentiels selon les balises suivantes : l'atteinte des cibles ministérielles, l'équité régionale et la mise en place d'une gamme de services selon les besoins populationnels.

Ainsi, la transformation des services résidentiels fait partie intégrante de la révision de l'ensemble des services en santé mentale. En raison des besoins variables et de l'évolution de la situation de vie de la clientèle, on doit mettre les différents systèmes de soins et de services en synergie et s'assurer qu'aucun service ne soit exclu en raison du type d'hébergement reçu.

Le recours aux ressources résidentielles n'est pas une panacée et doit demeurer la dernière option lorsque l'évaluation de la situation de la personne conduit à la conclusion d'une impossibilité pour elle (à court ou moyen terme) de vivre par ses propres moyens dans la communauté avec les services de soutien existants (ex. suivi intensif dans la communauté, suivi d'intensité variable, soutien communautaire).

Le défi à l'heure actuelle est de réaliser le plan de transformation d'un réseau résidentiel existant depuis de nombreuses années, utilisé à sa pleine capacité, dans lequel il y a peu de mouvement de clientèle, dans un contexte où les unités de courte durée psychiatriques sont en surcapacité, où la liste d'attente ne cesse de croître et représente 25 % du nombre de places. Les attentes sont élevées et la pression sur le réseau est considérable, mais ce n'est qu'en unissant les forces et les actions de chacune des parties prenantes que nous parviendrons à améliorer la situation pour le bénéfice de la clientèle.

---

[1] Pour connaître les orientations privilégiées dans la phase II du PASM concernant la transformation des ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal, consultez l'annexe I.

[2] Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 - La force des liens, Planification de la phase II à Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Service de la planification et du développement stratégique, juin 2008.

[3] Au terme d'un processus d'appel d'offres (2009), la gestion des ressources résidentielles à Montréal a été confiée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ainsi qu'à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

La transformation du réseau résidentiel ne repose pas uniquement sur une équation mathématique de soustraction, d'ajout de places et de rééquilibrage. Elle s'appuie sur la révision de l'ensemble du continuum de soins menant à une utilisation optimale des places en ressource résidentielle.

La stratégie adoptée pour l'élaboration du plan de transformation est de procéder en trois phases :

1) Identification de pistes à court terme permettant de rendre disponibles 100 places d'hébergement ou de logements adaptés pour la clientèle hospitalisée dans un lit de courte durée psychiatrique.
2) Production du plan de transformation régional, couvrant l'année financière 2014-2015 et permettant d'atteindre les cibles prioritaires de transformation et de développement.
3) Production du plan de transformation régional couvrant les années financières 2015-2018.

Pour chacune des trois phases, le comité régional d'accompagnement et d'orientation dans le cadre de la transformation des ressources résidentielles en santé mentale de Montréal (CRAOT) a été mis à contribution pour la production de données, la consultation, la validation des cibles et des stratégies, ainsi que pour apporter des suggestions. Précisons que ce comité réunit des représentants des établissements gestionnaires, des établissements utilisateurs, des organismes communautaires, de la Direction de l'habitation de la ville de Montréal ainsi que de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ).

Le présent document présente les priorités retenues pour les trois phases du plan de transformation. Il tient compte des recommandations du rapport de M. Roger Paquet « Agir Maintenant » (2013), des données de l'étude des Déterminants de l'hébergement et de l'orientation résidentielle (DHOR), d'une analyse sommaire des données disponibles de la liste d'attente, de l'offre de services en ressource établissement (RE), de type familial (RTF), intermédiaire (RI) et autre (RA), de la desserte psychiatrique en CHSLD et des priorités retenues par les membres du CRAOT.

Les cibles retenues pour les trois phases et leurs livrables représentent les priorités et les orientations retenues au terme des travaux du comité régional. Leur réalisation sera tributaire de la disponibilité financière dégagée par la transformation des ressources résidentielles ainsi que de la disponibilité des crédits régionaux. Ainsi, pour chaque année financière, des choix devront être faits en fonction de cette réalité.

SECTION 1 :
CONTEXTE DU PLAN DE TRANSFORMATION DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES EN SANTÉ MENTALE ADULTE DE MONTRÉAL

1. Orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) - PASM 2005-2010

- Une plus grande variété de services résidentiels de qualité doit être disponible pour assurer une réponse adéquate aux besoins de logement des personnes.
- Les services résidentiels doivent tenir compte de l'autonomie, de la sécurité, des goûts et des capacités des personnes.
- Un nombre suffisant de places en logement autonome avec soutien continu à long terme doit être assuré (logement social avec soutien communautaire, logement abordable).
- L'offre de service en hébergement à durée illimitée de code 31 (RI-RTF) doit être révisée à la baisse. Il ne s'agit ici que d'une partie du réseau RI-RTF, car l'offre de service de ce type de ressource est très variée.
- Il faut respecter le choix du logement de la personne et lui offrir des services de soutien souples, individualisés, qui varient en nature et en intensité.

2. Orientations de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

2.1 Prémisses

- La personne utilisatrice doit recevoir en temps opportun ce qui lui est nécessaire en termes de traitement de réadaptation et de soutien afin de conserver son pouvoir d'agir, son autonomie et aussi vivre dans le milieu de son choix.
- Tout doit être mis en œuvre pour maintenir la personne dans son milieu naturel d'origine le plus longtemps possible.
- La famille et les proches doivent recevoir en temps opportun le soutien nécessaire afin de permettre à la personne de maximiser ses chances de se maintenir dans son milieu de vie naturel.
- Les ressources résidentielles représentent un moyen d'intégration sociale et non une fin.
- La référence au mécanisme d'accès est une mesure ultime et l'établissement s'assure que les autres services de réadaptation et de soutien ont été considérés, offerts ou utilisés au préalable.
- Les ressources résidentielles représentent un complément aux services cliniques déjà offerts à la clientèle.
- Leur utilisation doit être modulée dans le temps et la notion de séjour (avec un début et une fin) doit être introduite, comme tout autre épisode de soins et de services.
- Des mesures de soutien et d'accompagnement sont disponibles sur les territoires de CSSS et offertes tant par le réseau public que par le communautaire.

2.2 Conditions de succès du plan de transformation

Certaines des conditions présentées sont extraites de la planification de la phase II du PASM à Montréal (Agence, 2008).

Avant de transformer, assurer d'abord une utilisation optimale et efficiente des places ainsi qu'un congé d'hospitalisation rapide pour les personnes en fin de soins actifs :

- Chaque personne hébergée possède un plan d'intervention, révisé régulièrement, auquel elle a participé et qui prévoit des objectifs liés à son autonomie résidentielle.
- Des mesures alternatives à l'hospitalisation sont prévues au plan d'intervention.
- Les établissements gestionnaires et utilisateurs font une gestion adéquate du mouvement de la clientèle afin d'éviter son engorgement.
- Des approches de traitements brefs sont développées à l'intérieur des services hospitaliers.
- Des exercices de révision de durée de séjour en service résidentiel sont réalisés régulièrement.
- Des liens de collaboration doivent être établis avec les équipes de Suivi intensif (SI), de Suivi d'intensité variable (SIV) et de Suivi alternatif communautaire (SAC) pour les personnes pouvant en bénéficier.
- Les ressources d'hébergement communautaires doivent être mises à contribution et des liens de collaboration étroits doivent être développés pour permettre à la clientèle d'avoir un éventail de choix.

2.3 Plan de transformation

- Faire connaître les mandats des établissements gestionnaires et les mandats des établissements utilisateurs afin d'optimiser la collaboration et l'implication des différents partenaires tout au long du processus d'hébergement dans une approche basée sur le rétablissement.
- Planifier un mécanisme de coordination des étapes de réalisation pour la transformation des ressources.
- Assurer une période de transition pour éviter les bris de services.
- Se prévaloir de l'expertise d'un contentieux pour les aspects légaux quant à la fermeture ou la transformation de certaines ressources.
- S'assurer d'une disponibilité et de l'accès à des logements décents et abordables.
- Disposer de services de soutien sur une base continue.
- Développer une complémentarité de services et une interface entre le programme « Santé mentale » et le programme « Soutien à l'autonomie des personnes âgées ».
- Accentuer la collaboration avec les partenaires intersectoriels (ministère de la Sécurité publique, Éducation, Emploi et Solidarité) concernés par le bien-être de leurs citoyens;
- Assurer un fond de transition considérant l'ampleur des transformations des services résidentiels à venir.

2.3.1 Objectifs du plan de transformation

Le plan devra permettre de :

- Développer une expertise de pointe dans le domaine des services résidentiels en lien avec le fait que les établissements gestionnaires sont des instituts universitaires en santé mentale.
- Assurer un meilleur déploiement géographique des ressources pour mieux répondre à la clientèle et permettre un rapprochement progressif vers les communautés locales.
- Assurer une répartition des responsabilités entre les deux établissements gestionnaires qui dépasse les territoires Est-Ouest.
- Présenter les objectifs en termes de nombre de places, de types de ressource, de mandat spécialisé et ce, dans une perspective régionale.

SECTION 2 :
PARTAGE DES RESPONSABILITÉS EN LIEN AVEC LA TRANSFORMATION

Avant d'initier la transformation du réseau résidentiel, qui ne représente qu'une portion de l'offre de service en santé mentale, il importe d'avoir une vision du réseau dans son ensemble. On ne peut parler de ressources résidentielles sans tenir compte de la gamme des autres services offerts par les établissements, les organismes communautaires et les divers services de la communauté.

Ainsi, la transformation du réseau résidentiel s'appuie d'abord sur une utilisation optimale des places dans un système où chacun joue pleinement sont rôle.

1. Rôle attendu des établissements utilisateurs

- Assumer pleinement leur rôle au niveau du suivi professionnel des personnes en offrant l'intensité requise par la condition clinique.
- Offrir des services de soutien dans le milieu de vie des personnes.
- Offrir le soutien nécessaire aux proches.
- Rédiger, avec la personne, un plan d'intervention et en faire la révision régulièrement.
- Préparer un plan alternatif afin d'éviter le recours aux services hospitaliers.
- S'assurer que la référence au mécanisme d'accès soit une mesure ultime et non une fin en soi et que les autres services (SI, SIV, SAC) puissent avoir été considérés, offerts ou utilisés au préalable.
- Favoriser le mouvement de la clientèle au sein du réseau résidentiel et mettre en place un mécanisme de révision de séjour résidentiel et de planification des fins de séjour.
- Bien connaître l'offre de service des ressources d'hébergement communautaires de son territoire permettant ainsi à la clientèle d'avoir un éventail de choix.
- Consolider la fonction de liaison, entre l'urgence, l'hospitalisation, les équipes externes ainsi que les proches et les partenaires impliqués directement auprès de la personne.
- Identifier un intervenant pivot pour chaque personne. Le référent ne devrait pas être automatiquement identifié à cette tâche puisque d'autres membres des équipes de traitement peuvent très bien s'acquitter de ce rôle.

2. Rôle attendu des établissements gestionnaires

- Avoir une vision du territoire régional et non en termes de territoire local, par CSSS.
- Développer une culture de gestion de la qualité sur l'ensemble du territoire.
- Développer une culture de partenariat avec les établissements utilisateurs et avec les responsables / propriétaires de ressource.
- Harmoniser les pratiques en termes de gestion.
- S'assurer de la cueillette des besoins de l'ensemble du territoire.

- Partager les expertises développées pour les créneaux de clientèles spécifiques et s'entendre sur les besoins en termes de développement des ressources tertiaires.
- Informer et faire participer les associations de ressources afin de s'assurer de leur collaboration.
- Planifier avec la participation des ressources, les changements d'orientation, de clientèle, voire de spécialisation. Il y a actuellement des opportunités à envisager dans la refonte du système actuel en matière de service résidentiel.
- Offrir un soutien de qualité aux ressources existantes et s'assurer de la mise à jour des concepts liés au rétablissement.
- Planifier, avec la participation des établissements utilisateurs, le transfert graduel de la clientèle vers les milieux de vie adaptés (favoriser le mouvement clientèle et mettre en place un mécanisme de révision de séjour).
- Tenir compte de la réalité montréalaise en ce qui a trait au multiculturalisme. Les services devront s'adapter en conséquence.
- Établir des liens de collaboration avec les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) pour le développement conjoint et la mise en commun des expertises, en ce qui a trait à la clientèle en besoins particuliers comme les trouble graves de comportement avec déficience intellectuelle (DI) ou les troubles envahissants du développement (TED).
- S'assurer que les expertises des autres programmes clientèles soient mises à contribution dans l'offre de service.
- Faire preuve de transparence dans la diffusion de ces informations aux établissements utilisateurs en regard du taux d'occupation.

3. Rôle attendu de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

- Assurer une utilisation optimale de l'ensemble du réseau résidentiel.
- Assurer l'engagement des établissements dans la réalisation du plan de transformation.
- Prendre le leadership dans le cadre du développement du logement social avec soutien communautaire notamment dans les collaborations à développer avec la Ville de Montréal et avec l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM).
- Identifier des indicateurs de gestion.
- Assurer le respect des échéanciers de la transformation.
- Assurer la mise à contribution des utilisateurs de services, des organismes et des instances nécessaires.
- Voir à une collaboration avec d'autres agences dans le cas de problématiques rares.
- Établir les modalités d'accès aux services des ressources en conformité avec les orientations du MSSS.

SECTION 3 :
CONTEXTE DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES À MONTRÉAL

Les ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal ont connu un essor considérable dans les années 1960 lors des grandes vagues de désinstitutionalisation. Leur développement s'est fait de façon disparate, principalement au pourtour des établissements psychiatriques.

Entre les années 1994 et 2012, il y avait cinq établissements gestionnaires. En 2009, l'Agence a désigné deux établissements gestionnaires des ressources résidentielles pour l'ensemble du territoire, soit l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD). Toutefois, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) ainsi que l'Hôpital-du-Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) sont demeurés gestionnaires jusqu'au transfert des ressources résidentielles sous leur responsabilité vers l'IUSMM et l'IUSMD, exercice complété au 1er avril 2012.

Ce réseau dessert la clientèle de plus de 22 établissements utilisateurs (incluant les deux établissements gestionnaires), répartie sur 12 territoires de CSSS, avec tous les défis que cela peut poser en termes de concertation, de collaboration et d'harmonisation. À l'annexe II, on retrouve un tableau présentant le nombre de personnes hébergées par établissement utilisateur.

Montréal est unique en tant que métropole avec son caractère multiethnique et une partie de sa population unilingue anglophone. Les ressources résidentielles en santé mentale doivent donc refléter ces caractéristiques distinctives. Le paysage montréalais des années 1960 a bien évolué et les besoins de la clientèle ont changé. Ainsi, la notion de gîte et couvert qui était attendue à l'époque, est remplacée par une intervention de pointe qui doit s'inscrire dans un cheminement favorisant le rétablissement et la participation citoyenne de chaque personne et, idéalement, une transition vers le logement autonome.

Il existe actuellement une grande variété de ressources résidentielles déployées sur l'ensemble du territoire, mais souvent méconnues :

Ressources résidentielles en entente avec un établissement gestionnaire (IUSMD et IUSMM)

- Ressources intermédiaires (RI) :
  - Appartements supervisés
  - Maisons de chambre
  - Maisons d'accueil
  - Résidences de groupe
- Ressource de type familiale (RTF)
- Ressources établissement (RE)
- Ressources autres (en vertu de l'article 108 de la LSSSS) (RA)

Ressources résidentielles non rattachées à un établissement gestionnaire

- Ressources résidentielles gérées par des organismes communautaires
- Ressources résidentielles gérées par le réseau privé indépendant
- Logements sociaux avec soutien communautaire

Une transformation des ressources résidentielles s'impose, car il y a actuellement des besoins non répondus dans l'offre de service et de très longs délais d'attente pour les ressources spécialisées. Toutefois, nous avons également le devoir d'assurer une utilisation optimale des ressources existantes.

1. Ressources résidentielles hors territoire

Historiquement, des ressources ont été développées sur les territoires de Laval et de Lanaudière. Pour le territoire de Laval, des démarches ont été entreprises antérieurement pour assurer leur transfert vers le CSSS de Laval. La gestion de ces ressources a été confiée temporairement à IUSMD en avril 2012, au moment de la dissolution du service social ressource d'hébergement de HSCM. Les démarches doivent être reprises pour assurer l'actualisation du transfert de ces ressources vers le CSSS de Laval.

Pour les ressources situées sur le territoire de Lanaudière, une évaluation des possibilités de transfert vers le CSSS du Sud de Lanaudière doit être réalisée.

2. Ressources résidentielles de Montréal en entente avec un établissement gestionnaire (IUSMD et IUSMM)

2.1 Nombre de places (RE, RI, RTF, RA) et répartition géographique

Au 27 mai 2014, la région dispose d'un total de 3 213 places répartit comme suit :

- 3 024 places en ressource résidentielle située sur l'île de Montréal (303 installations)
- 143 places dans la région de Laval (13 installations)
- 46 places dans la région de Lanaudière (trois installations)

La répartition des codes 30-31-32 dans la région de Montréal est la suivante (voir annexe III pour la définition des codes) :

- Code 30 - Hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif : 653 places
- Code 31 - Hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré : 1 488 places
- Code 32 **-** Logement avec soutien continu et appartement supervisé : 883 places

CSSS	30*	31	32	Total
Ahuntsic-Montréal-Nord	24	89	97	210
Bordeaux-Cartierville	0	6	55	61
Cavendish	57	47	34	138
Cœur-de-l'ÎLe	84	1	99	184
De la Montagne	0	95	48	143
Dorval-Lachine-LaSalle	12	231	47	290
Jeanne-Mance	23	54	132	209
Lucille-Teasdale	235	183	144	562
Ouest-de-l'Île	10	16	60	86
Pointe-de-l'Île	116	590	93	799
St-Léonard et St-Michel	30	45	2	77
Sud-Ouest-Verdun	42	131	72	245
Total	633	1488	883	3004

* En date du 17 juin 2014, 20 places code 30 doivent être ajoutées pour la nouvelle ressource de transition (désengorgement des urgences et départements de psychiatrie) ouverte temporairement dans les murs de l'IUSMM dans le cadre de la phase I du plan de transformation régional (le territoire de localisation sera déterminé à la suite du processus d'appel d'offres).

À retenir pour la transformation

Les développements prochains ainsi que les fermetures et les ouvertures de ressources devront viser un meilleur déploiement géographique et éviter les secteurs de concentration.

2.2 Ressources avec un mandat spécifique

- Actuellement, près du quart des places dans le réseau résidentiel en santé mentale sont destinées à des clientèles spécifiques (déficience intellectuelle, clientèle complexe, ressources transitoires, psychiatrie légale, jeunes adultes, psychogériatrie, personnes âgées et dépendances).
- La grande majorité de ces places se retrouvent dans les ressources de code 30. De celles-ci, près de 200 places sont identifiées pour répondre à des clientèles complexes (nécessitant une grande intensité de service) sans être nécessairement spécialisées auprès d'un type de clientèle particulier.
- Bien qu'une approche généraliste demeure privilégiée au sein du réseau résidentiel en santé mentale, le développement de programmations cliniques devrait permettre une utilisation optimale de ces ressources spécialisées et les deux instituts établissements gestionnaires doivent mettre leurs expertises cliniques à contribution pour développer l'expertise de pointe attendue à Montréal dans le domaine des ressources résidentielles.
- De plus, la présence d'intervenants et de professionnels dans la majorité des ressources de code 30 devrait permettre le développement d'une programmation clinique adaptée à certaines problématiques demandant des interventions spécialisées et continues (troubles de comportement sévères, déficience intellectuelle, comorbidité, etc.)

À retenir pour la transformation

Il faut assurer une utilisation optimale des ressources avec un mandat spécifique et le développement de programmations cliniques adaptées à certaines problématiques plus ou moins répondues actuellement.

2.3 Ressources résidentielles et langue de desserte

- Selon le recensement de 2006, 33 % de la population montréalaise a comme première langue officielle parlée l'anglais. De plus, environ 35 % de la population d'expression anglaise ne peut soutenir une conversation en français.
- Les services dédiés aux personnes présentant des problèmes de santé mentale ou de dépendance sont identifiés comme étant parmi ceux pour lesquels les clients tiennent particulièrement à recevoir des services dans leur langue usuelle (Agence, 2011).
- Tout programme ou service dont le mandat est sous-régional, régional ou suprarégional doit être examiné par l'Agence afin d'en assurer l'accès à la population de langue anglaise.
- **Actuellement, 9 % des places en ressources résidentielles de code 30 sont anglophones ou bilingues.** Ce pourcentage est respectivement de 23 % et 18 % pour les ressources résidentielles de code 31 et 32.

À retenir pour la transformation

Il faut rehausser le pourcentage de places en ressource résidentielle offrant des services bilingues, principalement en ce qui a trait aux ressources de code 30.

3. Ressources établissement

La liste des ressources établissement (RE) (nombre de places, territoire CSSS) se trouve à l'annexe IV.

3.1 Historique

Au fil des années, la désinstitutionalisation a conduit l'IUSMM à développer des ressources spécialisées financées par la fermeture d'unités d'hébergement de l'établissement, incluant la réaffectation de certains employés touchés par ces fermetures. Le développement de ces ressources a permis l'intégration sociale, dans la collectivité, de plusieurs personnes maintenues en institution faute de places adaptées pour les accueillir (le niveau d'encadrement nécessaire dépassant l'offre de service en RI, en RTF et en ressources autres). Depuis 2012, l'accès à ces ressources a été ouvert à l'ensemble de la région.

3.2 Définition des RE

Ressources administrées et financées par un établissement en mesure de recevoir des usagers pour leur procurer des services de réadaptation et accroître leur autonomie en vue d'une intégration sociale. Il peut s'agir de foyer de groupe tel que défini au manuel de gestion financière (CA6980 - tiré du cadre normatif SIRTF). Contrairement aux autres ressources, le personnel est constitué d'employés de l'établissement et fournit des services intensifs de réadaptation, d'assistance et de surveillance 24/7.

3.3 Types de RE

3.3.1 Ressources avec un mandat d'hébergement transitoire

Mandat de désengorgement des unités de psychiatrie des centres hospitaliers de la région de Montréal, d'évaluation du fonctionnement et de recommandation quant à l'orientation résidentielle à privilégier.

Deux installations : milieux de vie de groupe offrant des services de réadaptation et d'intégration sociale dispensés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, par du personnel de l'IUSMM (majoritairement composé d'éducateurs spécialisés, mais aussi avec soutien professionnel d'une infirmière et d'une psychoéducatrice).

Clientèle présentant des problématiques complexes de santé mentale, toxicomanie, prostitution, itinérance, principalement en attente pour un milieu de vie offrant des services d'encadrement intensif (foyer de groupe RE, appartement supervisé 24/7, RI encadrement intensif). Il n'est pas rare toutefois que le séjour dans ces ressources permette une réorientation vers un milieu dont l'encadrement est moins intensif.

3.3.2 Ressource pour jeunes en provenance des centres jeunesse

Milieu de vie de groupe offrant des services de réadaptation et d'intégration sociale dispensés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, par du personnel de l'IUSMM (majoritairement composé d'éducateurs spécialisés). Cette ressource a une capacité d'accueil de neuf jeunes.

Jeunes de 16 à 20 ans, provenant du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, présentant des problématiques complexes de santé mentale, toxicomanie, prostitution, itinérance, etc., nécessitant un niveau d'encadrement qui dépasse l'offre de service des ressources résidentielles contractuelles.

L'objectif principal est de favoriser le développement de l'autonomie des jeunes et l'appropriation progressive d'une plus grande liberté. Le séjour permet également d'accompagner le jeune dans la transition entre les services de pédopsychiatrie et les services de psychiatrie adulte.

3.3.3 Ressources avec un mandat de gérontopsychiatrie

Milieux de vie de groupe offrant des services de réadaptation et d'intégration sociale dispensés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, par du personnel de l'IUSMM (majoritairement composé d'éducateurs spécialisés, infirmières auxiliaires et infirmières), réservés pour l'accueil des personnes présentant un profil gériatrique et des troubles psychiatriques graves qui ne présentent pas un requis de soins CHSLD.

L'objectif visé par ces ressources est d'accompagner et de soutenir les personnes afin qu'elles puissent s'adapter, se maintenir ou s'intégrer dans la collectivité et qu'elles exercent des activités citoyennes.

Clientèle présentant un profil gériatrique (qui ne présente pas un requis de soins CHSLD) ainsi que des problématiques complexes de santé mentale, auxquelles s'ajoutent des problèmes de comportement, nécessitant un niveau d'encadrement qui dépasse l'offre de service des ressources résidentielles contractuelles.

Profil de la clientèle par ressource avec mandat de gérontopsychiatrie :

A) Tourterelle
- Symptomatologie psychotique plus exacerbée et persistante (symptômes positifs et négatifs)
- Troubles du comportement
- Troubles de la personnalité
- Problèmes de dépendance / toxicomanie
- Environnement physique : porte codée (gestion autonome par les résidents, carte magnétique), une salle de bain adaptée (douche), ascenseur.

B) Charlemagne
- Perte d'autonomie prononcée, mais qui demeure avec moins de 2,5 heures /soins
- Problèmes cognitifs légers à modérés
- Démence avec manifestations comportementales nécessitant une expertise et une approche particulière et personnalisée
- Environnement physique : porte codée (gestion de la porte par les intervenants)
- Trois salles de bain adaptées (douches), ascenseur.

C) L'Horizon
- Problèmes cognitifs légers (TCL)
- Troubles du comportement
- Environnement physique : une salle de bain adaptée (douche), ascenseur.

D) L'Épopée

Appartements de type « plateau / laboratoire » en vue d'acquérir des habiletés reliées à la vie quotidienne et domestique afin de développer une autonomie maximale. Situé au dessus de la ressource Tourterelle, les personnes y vivent de façon indépendante, mais profitent au besoin de l'encadrement clinique offert par les intervenants de la Tourterelle.

3.3.4 Ressources pour clientèle complexe sans mandat spécifique

A. Appartements regroupés, chambres et pension

Milieux de vie individualisés offrant des services de réadaptation et d'intégration sociale dispensés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, par du personnel de l'IUSMM (majoritairement composé d'éducateurs spécialisés).

- Appartement regroupé : Appartement privé avec salle bain et cuisine
- Chambre et pension : Chambre privée avec cuisine communautaire et service de repas

Clientèle présentant des problématiques complexes de santé mentale, toxicomanie, prostitution, itinérance, etc., nécessitant un niveau d'encadrement qui dépasse l'offre de service des ressources résidentielles contractuelles.

L'objectif principal est de développer l'autonomie des personnes pour faciliter leur intégration en logement autonome (avec ou sans services de soutien) ou en appartement supervisé.

B. Foyers de groupe

Milieux de vie de groupe offrant des services de réadaptation et d'intégration sociale dispensés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, par du personnel de l'IUSMM (majoritairement composé d'éducateurs spécialisés).

Six maisons composées de chambres privées et pour certaines, d'un appartement de type bachelor permettant d'évaluer la capacité à vivre en appartement et le développement optimal de l'autonomie.

Clientèle présentant des problématiques complexes de santé mentale, toxicomanie, prostitution, itinérance, etc., nécessitant un niveau d'encadrement qui dépasse l'offre de service des ressources résidentielles contractuelles. Il s'agit souvent d'une clientèle qui cumule de très longues durées de séjour sur les unités de courte durée psychiatriques et qui ne peuvent vivre de façon autonome considérant l'ampleur des symptômes.

L'objectif principal est de développer l'autonomie des personnes pour faciliter leur intégration en logement autonome (avec ou sans services de soutien), en appartement supervisé ou dans les ressources contractuelles (RI, RTF et RA).

Pistes de transformation

- → ***Faire connaître l'offre de service RE à l'ensemble des établissements utilisateurs (plan de communication et diffusion de l'information).***
- → ***De façon générale, relocaliser quelques RE à l'échéance du bail afin d'assurer un meilleur déploiement géographique dans le but de mieux répondre à la clientèle et permettre un rapprochement progressif vers les communautés locales.***
- → ***Assurer l'adaptation de l'offre de service pour permettre l'accès à la clientèle anglophone.***
- → ***Développer des programmations cliniques visant à assurer la réponse aux besoins identifiés par le projet DHOR : combinés à un problème d'abus d'alcool et de drogues, de comportements violents, de délinquance sexuelle, etc.***

4. Soutien communautaire en logement social

Le PASM 2005-2010 met l'emphase sur le développement et l'accès au logement dans une perspective de rétablissement. Pour ce faire, parmi les actions privilégiées, on met l'accent sur les initiatives intersectorielles à promouvoir entre le secteur santé et le secteur habitation.

4.1 Activités du soutien communautaire

C'est dans cette perspective que le MSSS et la Société d'Habitation du Québec (SHQ) ont mené des travaux conjoints pour publier en 2007 un C*adre de référence sur le soutien communautaire en logement social.* On y précise, entre autres, que « le soutien communautaire en logement social est constitué de pratiques spécifiques et d'interventions complémentaires aux services du réseau de la santé et des services sociaux » (page Introduction du cadre de référence).

Les principales activités du soutien communautaire sont, entre autres :

- Accompagnement social des individus ou des groupes
- Gestion du bail
- Accueil / référence / accompagnement auprès des services publics
- Gestion des conflits entre locataires et du climat général de l'immeuble
- Soutien civique et défense des droits
- Intervention en situation de crise
- Intervention de soutien
- Aide à la gestion budgétaire
- Animation d'activités (loisirs, alimentation, etc.)
- Support au comité de locataires et aux autres comités
- Organisation communautaire

Ces activités se rapprochent des interventions du réseau de la santé, mais sont davantage orientées vers l'intervention collective qu'individuelle, vers le savoir expérientiel que clinique. L'intensité des interventions, bien que modulable, demeure légère. Ainsi une personne nécessitant une intervention plus soutenue n'est pas nécessairement exclue si elle reçoit un suivi adapté à sa condition de la part du réseau de la santé (ex. : SI, SIV).

4.2 Nombre d'unités de logement social à Montréal et types de clientèle rejointe

À Montréal, en 2012-2013, on dénombre 2 778 unités de logement social avec soutien communautaire destinées à différents types de clientèle :

- Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
- DI-TED
- Déficience physique (DP)
- Santé mentale
- Risque d'itinérance ou sans domicile fixe
- Dépendance
- Multiproblématique

De ce nombre, 710 unités sont destinées à des projets dont la majeure est santé mentale (voir liste à l'annexe V).

4.3 Logement social développé dans le cadre du programme AccèsLogis

Le programme AccèsLogis existe depuis 1998 et relève de la SHQ. Il s'agit du seul programme en vigueur permettant de développer du logement social. À Montréal, la direction de l'habitation de la Ville agit à titre de mandataire pour la SHQ : elle vérifie l'admissibilité des projets soumis en regard des normes et balises du programme, effectue une sélection dans le respect des orientations de la Ville et autorise les dépenses dans le cadre de ce programme. Les projets réalisés jusqu'à maintenant, spécifiquement pour la santé mentale, sont de l'ordre de 417 logements (unités) à Montréal.

L'organisme qui dépose un projet dans le cadre du programme AccèsLogis doit être reconnu par le milieu (organismes pairs). Les volets 2 et 3 du programme, qui visent respectivement des clientèles aînées ou des personnes ayant des besoins particuliers, exigent aussi un appui du réseau de la santé attestant de la pertinence du projet et de l'existence de besoins.

Le programme AccèsLogis prévoit un soutien financier à l'organisme pour la construction ou l'achat-rénovation d'un immeuble. L'organisme promoteur du projet en devient propriétaire et doit respecter des règles de saine gestion et d'équilibre budgétaire. Les revenus de loyer servent à rembourser l'hypothèque pour l'immeuble et à assurer le maintien en état de celui-ci à long terme.

Les organismes qui déposent un projet AccèsLogis de volet 3 doivent démontrer qu'ils sont en mesure d'assurer le soutien requis par les locataires et ce, de façon pérenne. Cependant, même si la SHQ exige la mise en place du soutien communautaire en logement social, le programme AccèsLogis ne finance pas le volet intervention. Il incombe donc aux organismes de trouver ce financement.

Les fonds proviennent principalement de l'Agence, mais des organismes se sont parfois tournés vers les établissements gestionnaires de ressources résidentielles pour recevoir du financement en échange d'un accès privilégié à un certain nombre d'unités.

Toutefois, il existe certaines incompatibilités entre le cadre d'AccèsLogis qui s'adresse à des organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation autonome et cette dernière forme d'entente :

- L'organisme ne devrait pas avoir d'entente de services avec un établissement du réseau de la santé dans la perspective où l'offre de service devrait être complémentaire et non une délégation d'interventions professionnelles de la part de l'établissement.

- L'organisme ne devrait pas réserver un certain nombre d'unités pour un établissement gestionnaire. Le programme AccèsLogis interdit expressément toute entente RI ou de nature apparentée.
- Idéalement le financement pour le soutien communautaire en logement social devrait provenir de l'Agence directement à l'organisme.
- L'organisme doit être autonome au niveau des méthodes de sélection des locataires.

4.4 Planifier le développement du logement social à Montréal pour la clientèle santé mentale en respect du cadre AccèsLogis

Le mandat des établissements gestionnaires est d'abord et avant tout de développer les ressources qui relèvent du secteur de l'hébergement. En conformité avec le PASM, il est toutefois nécessaire de soutenir le développement du logement social, de le planifier dans le plan de transformation en collaboration avec la direction de l'habitation de la Ville de Montréal, mais surtout de prévoir, en ce qui nous concerne, le financement du soutien communautaire en logement social requis par les projets AccèsLogis.

Afin d'assurer, à l'avenir, le développement de projets en respect du cadre AccèsLogis, nous proposons à l'annexe VI, un tableau permettant de distinguer les projets relevant du secteur du soutien communautaire en logement social, de ceux devant être en lien contractuel avec un établissement gestionnaire. Il est important de préciser que la portée de ce tableau se limite au secteur de la santé mentale dans le contexte du plan de transformation. Par ailleurs, ce tableau ne remet pas en cause l'existence de certains projets réalisés antérieurement dans le cadre AccèsLogis ou dans le cadre d'autres programmes de logements sociaux et communautaires, dont certains éléments ont pu relever davantage du secteur de l'hébergement.

Le PASM 2005-2010 prévoyait une diminution du nombre de places en RI-RTF (code 31) et un développement du nombre de places dans toute forme de logement avec services de soutien (code 32), incluant les appartements supervisés et le logement social avec soutien communautaire. Dans cette perspective, il apparait nécessaire de prévoir la récupération budgétaire de certaines sommes découlant de la fermeture de ressources de code 31 pour assurer la mise en place du soutien communautaire en logement social. Cette orientation permettra à la direction de l'habitation de la ville de Montréal de planifier, elle aussi, le développement immobilier de nouvelles unités réservées pour la clientèle santé mentale. Pour 2015-2018, en fonction des possibilités de développement dans le cadre AccèsLogis, nous prévoyons, de concert avec la direction de l'habitation de la Ville de Montréal, le développement de 100 nouvelles unités entièrement réservées à la clientèle santé mentale.

La coordination santé mentale et dépendances de l'Agence travaillera en étroite collaboration avec la direction de l'habitation de la Ville de Montréal, ainsi qu'avec la coordination des activités communautaires et de l'itinérance de l'Agence, pour prioriser et sélectionner les projets à retenir pour atteindre la cible de 100 nouvelles unités. Cette orientation permettra de retenir des projets en mesure d'accueillir des personnes en provenance, notamment, des ressources résidentielles et d'autres personnes présentant un problème de santé mentale.

Afin d'assurer la mise en place de conditions facilitantes pour maximiser la stabilité résidentielle des personnes à court et à long terme, notamment pour les personnes qui passent d'une ressource résidentielle vers un logement social avec soutien communautaire, il nous apparaît essentiel de prévoir une intervention de soutien à la transition. Cette intervention est plus intensive, circonscrite dans le temps et complémentaire à celle prodiguée par les équipes traitantes et par les intervenants du soutien communautaire.

À retenir pour la transformation

Pour 2015-2018, en fonction des possibilités de développement dans le cadre AccèsLogis, nous prévoyons, de concert avec la direction de l'habitation de la Ville de Montréal, le développement de 100 nouvelles unités entièrement réservées à la clientèle santé mentale.

Afin d'assurer la mise en place de conditions facilitantes pour maximiser la stabilité résidentielle des personnes à court et à long terme, notamment pour les personnes qui passent d'une ressource résidentielle vers un logement social avec soutien communautaire, il est essentiel de prévoir une intervention de soutien à la transition.

5. Desserte psychiatrique en CHSLD

L'article 83 de la LSSSS précise que

> « La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. »

Bien que la majorité de la clientèle arrive aujourd'hui à vivre en communauté, que ce soit avec des services de soutien ou en ressource résidentielle, il reste, sur chacune des unités d'hospitalisation de courte durée psychiatrique, quelques personnes non admissibles aux ressources existantes qui nécessitent à long terme un milieu de vie institutionnel. Ces personnes sont souvent référées aux unités spécifiques en CHSLD, mais ne sont pas toutes acceptées. L'accès aux unités spécifiques est actuellement sous la responsabilité du Service régional d'admission (SRA) de l'Agence qui gère l'accès à l'ensemble des lits CHSLD et ressources intermédiaires du réseau SAPA.

5.1 Types d'unité spécifique et profils clientèle visés

L'unité spécifique se définit comme une unité de soins et de services adaptés et spécialement aménagée dans un CHSLD, pour accueillir une clientèle en perte d'autonomie présentant des troubles de comportement. Elles accueillent cette clientèle pour une période de transition et de stabilisation, soit la durée de la manifestation des problèmes de comportement.

Il existe trois types d'unité spécifique pour répondre aux besoins de cette clientèle. Ces unités se distinguent par le niveau de complexité croissant de l'usager accueilli. Ce sont la fréquence et l'intensité des comportements, leur prévisibilité ou imprévisibilité, de même que l'importance de l'encadrement requis qui justifient l'orientation vers une ou l'autre de ces unités.

5.1.1 Profil clientèle général en unité spécifique

- 18 ans et plus;
- perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale;
- problèmes de comportements significatifs empêchant le maintien dans la communauté;

5.1.2 Critères d'exclusion

- personne admissible par un autre réseau;
- problématique strictement de nature criminelle ou sociopathique;
- problèmes de dépendance graves et actifs ayant un impact sur la fréquence et l'intensité des comportements;
- personne dont la condition médicale n'est pas stable
- personne qui nécessite des services de réadaptation fonctionnelle intensive.

5.1.3 Profil clientèle en unité spécifique de type 1

En plus du profil clientèle général :

- troubles de comportements liés principalement, mais non exclusivement, à un trouble neurocognitif associé ou non à une pathologie psychiatrique stabilisée;
- nécessite une prise en charge particulière à cause de la sévérité des trouble de comportement;
- agressivité prévisible et contrôlable;
- rencontre les critères de l'hébergement

    - Ces unités n'ont pas nécessairement de portes codées permettant de contrôler les accès.
    - 227 lits au total à Montréal (Yvon-Brunet, Pavillon des Seigneurs, Paul-Gouin, Armand-Lavergne, Émilie-Gamelin, Jeanne-Leber, Triest).

5.1.4 Profil clientèle en unité spécifique de type 2

En plus du profil clientèle général :

- trouble de comportement qui nécessite une surveillance accrue à cause de l'intensité;
- problème de santé mentale qui nécessite un suivi psychiatrique;
- troubles neurocognitifs (diagnostic de démence créant des problèmes de comportement);
- agressivité envers autrui prévisible et contrôlable;
- personnes ayant des difficultés avec la mixité de la clientèle (ex : faible tolérance envers clients déments, etc).

    - Ces unités ne sont pas nécessairement verrouillées et il n'y a pas de critères d'admission basés sur la langue, car il y a très peu de places et aucune unité de ce type n'est développée dans les centres anglophones.
    - 136 lits au total à Montréal (Yvon-Brunet, Armand-Lavergne, Emilie-Gamelin, St-Laurent, Jeanne-Leber).

5.1.5 Profil clientèle en unité spécifique de type 3

En plus du profil clientèle général :

- troubles graves de comportement (comportements agressifs importants et documentés);
- problème psychiatrique pas nécessairement stabilisé qui peut être associé à la démence;
- dangerosité pour elle-même ou pour autrui documentée (violence);

- mixité avec les autres résidents peut provoquer un accroissement de la fréquence et de l'intensité des comportements de violence;
- Potentiel d'adaptation et de réadaptation.

  - Cette unité vise la réadaptation et les personnes stabilisées doivent être réorientées.
  - 14 lits à Montréal (une seule unité) au Centre d'hébergement Rousselot.
  - Sont toutefois exclues, les personnes dont la problématique est de nature criminelle ou sociopathique et les personnes présentant un problème actif de dépendance entrainant un impact important sur le comportement.

5.2 Unité de vie en santé mentale (située au CHSLD Louvain)

La région de Montréal s'est dotée en 2013-2014, de deux unités de vie en santé mentale (pour un total de 31 lits) au CHSLD Louvain. Ces unités présentent toutefois d'importantes limites architecturales. Actuellement, il y a encore 25 personnes qui présentent ce requis de soins dont près de 10 anglophones.

Il s'agit d'une unité de vie adaptée à une clientèle psychiatrique dont les besoins de services complexes ne trouvent pas réponse dans l'offre de service actuelle des RI, RTF, RA et RE et des unités spécifiques des CHSLD du secteur SAPA.

À retenir pour la transformation

Le plan de transformation devra prévoir l'adaptation d'autres lits de type CHSLD pour répondre aux besoins de la clientèle qui ne rencontre pas les critères des unités spécifiques, nécessitant tout de même un milieu de vie institutionnel. Des zones de collaboration étroites entre un département de psychiatrie et un CHSLD de proximité pourraient permettre d'élaborer des projets novateurs facilitant l'intégration de personnes présentant un haut niveau de défi qui ne peuvent être accueillies en unité spécifique et qui sont maintenues en unité de courte durée faute de places adaptées.

6. Analyse des données de la liste d'attente

Une analyse des données de la liste d'attente fusionnée au mécanisme d'accès régional a été effectuée en juillet 2013 et mars 2014.

	En attente code 30	En attente code 31	En attente code 32
Liste de juillet 2013	320	278	220
Liste de mars 2014	334	260	153

Mise en garde : les données de la liste d'attente doivent être analysées avec précaution, car elles peuvent n'être que le reflet de la disponibilité actuelle des places en ressources résidentielles. De plus, un certain nombre de demandes d'hébergement ne serait pas transmis par les établissements utilisateurs situés sur des territoires moins bien nantis en termes de ressources résidentielles.

6.1 Principaux constats

- Près de **40 % des personnes** sur la liste d'attente sont orientées vers une ressource de **code 30**. La proportion de personnes orientées vers des ressources de code 31 est d'environ 35 %.
- Près de 75 % des personnes en attente pour une ressource de **code 31** ont plus de 50 ans, dont 26 % ont plus de 65 ans.
- Près de 65 % des personnes en attente pour une ressource de **code 32** sont âgées entre 35 et 64 ans.
- Les jeunes âgés de 18 à 24 ans représentent moins de 10 % des demandes sur la liste d'attente et les 25-34 ans près de 20 %.
- Chez les **18-24 ans**, 82 % sont en attente d'une ressource de **code 30**; cette proportion est de 64 % chez les 25-34 ans et de 51 % chez les 35-49 ans.
- **Les personnes en attente pour une ressource d'hébergement de code 30 sont plus souvent en fin de soins actifs sur une unité de courte durée psychiatrique** que les personnes en attente pour les autres types d'hébergement.

À retenir pour la transformation

Le plan de transformation doit prévoir l'ajout de ressources de code 30 et l'adaptation de l'offre de service de code 30 pour assurer une plus grande fluidité et la sortie plus rapide des personnes en fin de soins actifs sur une unité de courte durée psychiatrique.

Il faut prévoir l'adaptation de l'offre de service en ressources de code 31 afin de bien répondre aux clientèles vieillissantes (déjà prévu dans la phase II du plan de transformation) et baliser la réduction du nombre de places, car elles répondent à un besoin (35 % des demandeurs).

Pour la région de Montréal, le plan de transformation ne doit pas mettre uniquement l'emphase sur le développement des places en ressources de code 32, comme cela peut être le cas dans d'autres régions.

7. Constats - Démarche d'évaluation des besoins des patients hospitalisés dans les unités de courte durée psychiatrique de la région de Montréal

En décembre 2012, l'Agence mandatait les deux établissements gestionnaires des ressources résidentielles en santé mentale de la région (IUSMM et IUSMD) pour procéder à une démarche d'évaluation des besoins des patients hospitalisés dans les unités de courte durée psychiatriques et en attente d'hébergement. Cette démarche avait pour objectif de dresser le profil sociodémographique et clinique de ces clients ainsi que leur profil de besoins en lien avec le choix d'une ressource résidentielle. En tout, 270 patients ont participé à cette étude.

Les principaux constats et recommandations découlant de cette démarche à prendre en considération pour l'élaboration de la phase III du plan de transformation des ressources résidentielles sont les suivants :

- **La présence d'un nombre élevé de personnes évaluées présentant une comorbidité avec abus d'alcool ou de drogues.**

- **La présence d'un nombre important de patients ayant des besoins d'intervention d'intensité élevée au niveau des comportements violents et des aspects relationnels.**

- **Le développement de ressources permettant d'offrir des services de traitement et de réadaptation intensifs pour les patients avec les troubles mentaux les plus graves.**

- **La transformation des structures actuelles vers des modèles flexibles d'appartements regroupés avec des pièces communes permettant d'offrir l'intensité de services d'un foyer de groupe. Cette formule permet de combiner à la fois la préférence des individus (intimité, espace à soi, autonomie) et la possibilité de mettre en place des services de traitement et de réadaptation (sur place ou mobiles).**

- **L'importance à accorder au développement du *logement social* avec diverses formes de soutien, dont le *soutien communautaire en logement social.***

SECTION 4 :
ORIENTATIONS ET CIBLES DU PLAN DE TRANSFORMATION RÉGIONAL

1. Déploiement géographique

Un des objectifs généraux du plan est d'assurer un meilleur déploiement géographique des ressources pour mieux répondre à la clientèle et lui permettre un rapprochement progressif vers les communautés locales.

Lorsque l'on parle de déploiement géographique, il importe de faire une distinction entre les ressources de code 30 et les ressources de codes 31 et 32.

1.1 Déploiement des ressources de code 30

Les ressources de code 30 (encadrement intensif à durée limitée) ont une portée régionale et doivent être situées dans des secteurs stratégiques permettant de favoriser l'accès au plus grand nombre possible de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ainsi que des instituts. Ainsi, pour les ressources de code 30 qui ont des mandats spécialisés, l'objectif à long terme n'est pas de viser une répartition équitable sur tous les territoires.

Malgré ce qui précède, il faudra éviter le développement de ressources de code 30 dans les territoires suivants :

- Lucille-Teasdale
- Pointe-de-l'Île

1.2 Déploiement des ressources de code 31 et de code 32

Pour les ressources de code 31 (encadrement léger à modéré) et de code 32 (logement avec soutien continu et appartement supervisé), le mandat d'hébergement est à durée illimitée. Par ce type de ressource, il faut viser à long terme un déploiement équitable sur l'ensemble des territoires.

Ainsi, il faudra éviter le développement de nouvelles ressources dans certains territoires de concentration :

- Ahuntsic-Montréal-Nord
- Dorval-Lachine-LaSalle
- Jeanne-Mance
- Lucille-Teasdale
- Pointe-de-l'Île
- Sud-Ouest-Verdun

Dans cette perspective et à titre indicatif seulement, lorsqu'un responsable d'une RTF située sur un territoire de concentration met fin à une entente spécifique ou lorsqu'un responsable d'une RI met fin à une entente particulière, l'établissement gestionnaire doit, avec l'accord de l'Agence et seulement s'il est convenu d'ouvrir une ressource offrant la même intensité de service, identifier et retenir la candidature d'un postulant dont la ressource est située sur un territoire en déficit par rapport au nombre de places attendues en regard de la population desservie, ceci dans le respect de l'application de la Loi sur les contrats des organismes publics le cas échéant.

Les territoires suivants sont à privilégier :

- Bordeaux-Cartierville St-Laurent
- Cavendish
- Cœur-de-l'Île
- De la Montagne
- Ouest-de-l'Île
- St-Léonard et St-Michel

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre de places gérées par les établissements gestionnaires depuis 2006. Ces derniers poursuivront leurs efforts pour assurer une certaine décroissance dans les territoires de concentration et le développement des nouvelles ressources dans les territoires moins bien desservis.

CSSS	Nombre de places au 31 mars 2006	Nombre de places au 31 mars 2014	Différentiel
Ahuntsic-Montréal-Nord	260	210	-50
Bordeaux-Cartierville	53	61	8
Cavendish	125	138	13
Cœur-de-l'Île	115	184	69
De la Montagne	140	143	3
Dorval-Lachine-LaSalle	349	290	-59
Jeanne-Mance	245	209	-36
Lucille-Teasdale	628	562	-66
Ouest-de-l'île	47	86	39
Pointe-de-l'Île	844	799	-45
St-Léonard-St-Michel	90	77	-13
Sud-Ouest-Verdun	319	245	-74
total	3215	3004	-211

*** En date du 17 juin 2014, 20 places de type code 30 doivent être ajoutées pour la nouvelle ressource de transition (désengorgement des urgences et des départements de psychiatrie) ouverte temporairement dans les murs de l'IUSMM dans le cadre de la phase I du plan de transformation régional (le territoire de localisation sera déterminé à la suite d'un processus d'appel d'offres).

À partir de 2006, dans le secteur de la santé mentale, le logement social exclusivement destiné à répondre aux besoins de cette clientèle a connu un certain développement, comme en témoigne la liste présentée à l'annexe V. Nous reprenons ci-bas le tableau de répartition des ressources en incluant le logement social.

CSSS	30	31	32	Logement social avec soutien com. exclusivement santé mentale	Total
Ahuntsic-Montréal-Nord	24	89	97	45	255
Bordeaux-Cartierville	0	6	55	0	61
Cavendish	57	47	34	0	138
Cœur-de-l'Île	84	1	99	0	184
De la Montagne	0	95	48	26	169
Dorval-Lachine-LaSalle	12	231	47	24	314
Jeanne-Mance	23	54	132	213	422
Lucille-Teasdale	235	183	144	40	602
Ouest-de-l'île	10	16	60	53	139
Pointe-de-l'Île	116	590	93	24	823
St-Léonard-St-Michel	30	45	2	0	77
Sud-Ouest-Verdun	42	131	72	116	361
Total	633	1488	883	541	3545

2. Cibles en termes de nombre de places

Le PASM 2005-2010 identifiait des cibles à atteindre en ce qui a trait au nombre de places en ressources de type code 30, 31, 32 requises pour chaque région en tenant compte de la population. Ainsi, dans le cadre de la planification de la phase II du PASM à Montréal, l'Agence identifiait des cibles à atteindre pour la région.

Nous reprenons, dans le tableau ci-bas, la cible du PASM pour la région de Montréal, la situation des ressources en 2006, les projections 2013 et 2018, les résultats obtenus et les écarts observés par rapport aux cibles visées.

MONTRÉAL	Code 30	Code 31	Code 32	SCLS (32)	Code 32 - total	Total
Cible PASM	587	940	1175			**2702**
Situation 2006	884	1880	451			**3215**
Projection 2013	884	1630	876			**3390**
Résultat 2013	604	1568	879			**3051**
Écart projection 2013	280	- 62	3			
Projection 2018	884	1380	1301			**3565**
Résultat 2014	653	1488	883	541	1424	**3565**
Écart projection 2018	**-231**	**+108**			**+ 123**	

2.1 Principaux constats par rapport à l'atteinte des cibles

- La diminution du nombre de places de code 30 entre 2006 et 2013 est principalement attribuable à la recodification en code 31 (exercice réalisé par les deux instituts en janvier 2012 et présenté au CRAOT). L'ajout des 50 places de code 30 prévues à la phase II du plan de transformation devrait venir diminuer l'écart. Les prochaines années devront permettre un rehaussement du nombre de places de code 30.
- La décroissance attendue des ressources de code 31 est en voie d'être complétée. Ainsi, l'atteinte de la cible projetée pour 2018 paraît réaliste. Elle sera sans impact si la diminution est répartie sur trois ans. Une fois la cible atteinte, il faudra des développements pour remplacer les ressources qui fermeront leurs portes par la suite.
- Pour les ressources de code 32, les places en soutien communautaire en logement social qui n'ont pas d'entente contractuelle avec un établissement, mais qui ne desservent que la clientèle santé mentale, ainsi que les projets AccèsLogis réservés uniquement à la clientèle santé mentale ont été ajoutés. De même, en incluant ces places, la cible attendue est déjà atteinte et va bien au-delà de la cible du PASM.
- Nous demeurons convaincus toutefois que l'ajout des 100 places en logement social viendra bonifier le réseau résidentiel en plus de permettre de rendre le projet de logement accessible à une clientèle dont les opportunités sont restreintes faute de revenus suffisants. Nous croyons également que ces développements contribueront à assurer une plus grande fluidité au sein du réseau d'hébergement.

3. S'orienter vers un réseau composé uniquement de chambres privées

Au 27 mai 2014, on comptait un total de 223 chambres semi-privées (446 places) dans le réseau montréalais. Ce nombre représente près de 15 % des 3004 places et il se répartit de la façon suivante :

- **IUSMM : 115 chambres semi-privées (230 places)**
- **IUSMD : 99 chambres semi-privées (198 places)**

Bien que le présent plan ne couvre que les années 2013-2018, nous convenons régionalement que le réseau de ressources résidentielles en santé mentale devrait viser à long terme la cible de 100 % de chambres privées. Aucune personne en liste d'attente ne souhaite vivre en chambre semi-privée et certaines d'entre elles acceptent parfois une chambre semi-privée pour intégrer plus rapidement une ressource, dans l'espoir d'avoir rapidement une chambre privée. Le droit à l'intimité dans un milieu de vie intégré pour plusieurs années ne devrait pas être compromis en raison de l'organisation physique actuelle.

3.1 Orientations pour viser à long terme un réseau composé à 100 % de chambres privées

- Tout nouveau projet autorisé par l'Agence sera constitué de 100 % de chambres privées.
- Advenant le départ d'un partenaire RI-RTF et la poursuite du projet dans le même immeuble avec un nouveau partenaire, la norme de 100 % des chambres privées devra s'appliquer pour recommander la reconnaissance par l'Agence.

4. Implication accrue de la première ligne dans le suivi de la clientèle hébergée

Les travaux en lien avec la phase I du plan de transformation ont permis de constater que la très grande majorité des personnes hébergées sont suivies par des établissements de deuxième ligne (voir tableau à l'annexe II). Seulement 400 personnes sur 3 000 sont suivies en première ligne alors que les hébergements de code 31 et de code 32 sont à durée illimitée et destinés davantage à une clientèle nécessitant un encadrement clinique moins soutenu. Ainsi, sans viser que 70 % de la clientèle santé mentale soit suivie en première ligne tel que ciblé dans le PASM, les personnes vivant dans ces ressources et stabilisées au plan psychiatrique devraient progressivement être prises en charge par les équipes de première ligne.

Des travaux auront cour pour dresser un portrait détaillé de la situation, tenter de la comprendre et d'identifier des pistes pour améliorer la situation et contribuer ainsi à la déstigmatisation et à la dispensation de services de proximité.

5. Contribution attendue des services de soutien dans la communauté (SI-SIV)

Une implication des équipes de soutien dans la communauté est attendue afin de favoriser le rétablissement de la clientèle actuellement hébergée et d'augmenter la fluidité d'accès aux différentes ressources. Ainsi, les interventions de traitement, de réadaptation et de soutien offerts par ces équipes peuvent permettre à certaines personnes actuellement hébergées et ayant un potentiel de réadaptation à court ou moyen terme d'intégrer un logement autonome. Aussi, l'implication des équipes de soutien dans la communauté devrait être envisagée pour certaines personnes ayant des problématiques complexes pour

qui l'intensité des services offerts par ces équipes dans le milieu permet l'intégration et le maintien dans une ressource résidentielle.

6. Financement des différents projets

Pour 2014-2015, la région de Montréal dispose d'un budget net (excluant la contribution des usagers) de 11 millions de dollars pour les ressources établissement (RE) et de 50,2 millions de dollars pour les RTF, RI et RA. À ces budgets, il faut ajouter près de 19,4 millions de dollars en contribution usager.

Le plan de transformation présente les priorités de développement en matière de ressources résidentielles pour la région de Montréal, appuyées par le CRAOT. Il se veut d'abord et avant tout, un outil pour orienter les travaux des établissements gestionnaires en matière de développement futur, assurer une réponse équitable aux besoins de la clientèle de l'ensemble des établissements utilisateurs. Il se veut également un outil pour soutenir l'Agence dans le processus de reconnaissance et de priorisation de projets futurs.

Les cibles ne nécessitant pas de nouveaux budgets pourront être réalisées dans le respect des échéanciers prévus. D'autres cibles pourront aussi être réalisées à la suite des efforts investis ainsi que la volonté des établissements de mettre à contribution leurs expertises complémentaires au bénéfice de la clientèle sans ajout financier (ex : collaboration étroite entre un CHSLD qui accepte de dédier certains lits à la clientèle santé mentale et un département de psychiatrie de proximité qui accepte d'offrir du soutien clinique). Enfin, certains projets nécessiteront des investissements conditionnels à la disponibilité budgétaire (sommes récupérées à la suite de fermetures de ressources de code 31, de la transformation de ressources existantes, de nouveaux crédits régionaux, etc.). Pour ces derniers, les échéanciers devront être révisés à chaque année.

SECTION 5 :
PHASE I : 2013-2014

Au printemps 2013, monsieur Roger Paquet, consultant, est venu appuyer la coordination santé mentale et dépendances de la direction des programmes-services de l'Agence dans une démarche d'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale. Les différents constats du rapport *Agir maintenant* (2013) concernant le réseau résidentiel sont présentés à l'annexe VII.

L'Agence a élaboré le plan de mise en œuvre des recommandations du rapport Paquet. Parmi les priorités retenues, l'une concerne particulièrement les ressources résidentielles et se veut une solution à court terme pour diminuer l'engorgement des lits d'hospitalisation, soit :

→ **Rendre disponibles 100 places d'hébergement ou de logements adaptés pour la clientèle hospitalisée dans un lit de courte durée psychiatrique dont les soins actifs sont terminés.**

La phase I du plan de transformation repose essentiellement sur la réalisation de cette recommandation et l'atteinte rapide de la cible des 100 places. Un coup d'envoi est à donner pour créer un mouvement dans ce réseau utilisé à pleine capacité. L'ensemble des mesures à mettre en place pour atteindre cette cible constituera les assises de l'utilisation optimale et efficiente des places en ressources résidentielles.

Elles sont de deux ordres : structurantes et concrètes. La mise en place des mesures structurantes permettra d'établir la charpente d'un réseau qui mise d'abord sur une utilisation optimale des ressources déjà en place (la bonne personne à la bonne place pour la bonne durée). La mise en place de mesures concrètes permettra d'assurer l'atteinte rapide de la cible de 100 places du rapport Paquet. Ces mesures pourront par la suite être reprises annuellement dans une perspective d'amélioration continue.

1. Mesures structurantes

A) ASSURER UNE COMPRÉHENSION COMMUNE AU NIVEAU RÉGIONAL DE LA DÉFINITION DU CONCEPT DE « FIN DE SOINS ACTIFS (FSA) » EN SANTÉ MENTALE

Plusieurs incohérences sont notées quant au nombre de personnes déclarées FSA par les différents établissements utilisateurs au niveau du Rapport quotidien de suivi des urgences en centre hospitalier (RQSUCH). Parfois des personnes sont déclarées en attente de ressource résidentielle, mais lorsqu'une place est offerte, l'intégration n'est pas possible en raison de l'instabilité de la personne au plan psychiatrique.

Une définition existe, elle a été produite par le MSSS. Il faut maintenant s'assurer qu'elle soit diffusée et qu'elle soit comprise de la même façon par tous les acteurs. En ce sens, des démarches sont en cours pour l'ensemble des programmes-clientèles, notamment, des conférences téléphoniques auprès des CH sont tenues depuis le printemps 2014.

Livrable : 100 % des CHSGS et des instituts rejoints en conférence téléphonique → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**Échéancier : 31 janvier 2015**

B) Disposer d'un canevas d'entente de services entre les établissements gestionnaires et utilisateurs pour assurer une vision commune et partagée des rôles de chacun.

Le nouveau contexte législatif, avec la révision de la LSSSS, la mise en place de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (LRR) de même que l'arrivée des premières ententes collectives, nous oblige à prévoir la signature d'ententes de services. Ces ententes, en plus de préciser les rôles de chacun, viendront consolider l'engagement de l'ensemble des établissements utilisateurs à jouer pleinement leur rôle au niveau du suivi professionnel de la personne hébergée.

Trop souvent encore, des dossiers de personnes hébergées sont fermés et la ressource se retrouve seule et sans filet de sécurité pour gérer adéquatement les crises. D'autres sont transférés en CSSS sans que l'établissement gestionnaire ni la ressource en soient informés. Plusieurs instruments de classification et de détermination des services de soutien et d'assistance (RI-RTF) sont réalisés en l'absence de l'intervenant responsable du suivi clinique de la personne.

Livrable : 100 % des ententes de services signées → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**Échéancier : 31 mai 2014**

C) Mettre à jour les plans d'intervention pour la clientèle hébergée

Il devient impératif de voir à la rédaction des plans d'intervention (PI) ainsi qu'à leur mise à jour puisque nous sommes très loin de la cible en santé mentale à Montréal. L'absence de PI limite la progression d'un individu, rend souvent inefficaces les interventions et favorise l'engorgement du réseau résidentiel.

Cet instrument essentiel à la réalisation des projets de vie de la clientèle permet de s'assurer de la pertinence du recours à la ressource résidentielle. Par ailleurs, la mise à jour du PI permet de constater l'évolution de la situation d'une personne et favorise l'utilisation optimale des places disponibles. Puisqu'il s'agit d'une obligation légale (article 102-103 de la LSSSS), nul ne devrait en être soustrait. Voici les mesures à déployer :

- Un mécanisme de reddition de comptes est à mettre en place.
- Un état de situation est à produire rapidement par les établissements utilisateurs.
- Ces derniers devront par la suite déposer un plan de mise à niveau.

Livrable : 100 % de la clientèle hébergée possède un PI à jour → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**Échéancier : 31 décembre 2014**

D) Disposer d'un système de priorisation de la clientèle qui assure un accès prioritaire aux personnes hospitalisées en fin de soins actifs sans que ce soit au détriment des personnes à risque d'hospitalisation

La grille de priorisation présentée aux membres du comité régional d'orientation et d'accompagnement de la transformation des ressources résidentielle, en octobre 2013, doit être implantée rapidement. Cette dernière sera complétée par l'établissement gestionnaire pour toutes les nouvelles demandes reçues. Un effort au démarrage sera demandé aux établissements utilisateurs pour toutes les demandes déjà en cours. Cette démarche permettra de mettre à jour la liste d'attente régionale.

Livrable : 100 % des demandes sur la liste d'attente ont une cote de priorisation découlant de la nouvelle grille de priorisation → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**Échéancier : 31 mai 2014**

2. Mesures concrètes

E) METTRE SUR PIED UNE NOUVELLE RESSOURCE DE DÉSENGORGEMENT DE 20 PLACES DE TYPE MIR ÉCHELON (SECTEUR CENTRAL FACILITANT L'ACCÈS À L'ENSEMBLE DES CHSGS ET DES INSTITUTS)

Actuellement, il y a une trentaine de personnes hospitalisées en attente pour MIR Échelon et ce, en provenance de plusieurs établissements différents. Le développement de cette ressource a été confié à l'IUSMM. Cette ressource permettra de consolider l'offre de service régionale en matière de ressources transitoires permettant ainsi de diminuer la pression sur les unités de courte durée psychiatriques en facilitant la sortie des personnes en fin de soins actifs.

Afin de respecter le processus d'appel d'offres pour identifier un partenaire communautaire, les délais de construction / rénovation et les délais de démarrage, l'IUSMM s'est vu confier le mandat de développer rapidement et de façon transitoire, la ressource à l'interne.

Livrable : 20 places créées permettant de desservir 60 personnes annuellement → **Financement : crédits régionaux**	**Échéancier : 31 mars 2014**

F) LIBÉRER DES PLACES DANS LE RÉSEAU RÉSIDENTIEL EN RÉALISANT DES PROJETS DE RELOCALISATION (VERS DES RESSOURCES DONT L'ENCADREMENT EST MOINS INTENSIF) OU DE SORTIE DU RÉSEAU RÉSIDENTIEL POUR 50 PERSONNES. UNE CIBLE À ATTEINDRE PROPORTIONNELLE AU NOMBRE DE PLACES UTILISÉES SERA TRANSMISE À CHAQUE ÉTABLISSEMENT UTILISATEUR

En plus de l'ajout de la ressource de transition, un effort est à réaliser pour créer un mouvement clientèle chez les personnes actuellement hébergées dans le réseau résidentiel. Certaines personnes pourraient en effet progresser vers un type de ressource dont l'encadrement est moins intensif ou même sortir du réseau résidentiel dans la mesure où des services de soutien appropriés sont disponibles.

Les établissements utilisateurs, en collaboration avec les établissements gestionnaires, devront identifier un certain nombre de personnes à relocaliser, préparer un plan de sortie, ajuster le PI et poser les actions nécessaires pour obtenir le résultat visé.

Une reddition de comptes mensuelle devra être présentée à l'établissement gestionnaire et à l'Agence concernant l'état d'avancement des travaux.

Une collaboration étroite entre les établissements utilisateurs et les gestionnaires facilitera le processus et pourrait être bonifiée en sollicitant la contribution des organismes communautaires.

Livrable : 50 places libérées par des projets de sortie ou de relocalisation → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**Échéancier : 30 juin 2015**

G) ASSURER UN ACCÈS PRIORITAIRE AUX LITS SAPA POUR LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE EN RESSOURCE RÉSIDENTIELLE, STABILISÉE AU PLAN PSYCHIATRIQUE, PRÉSENTANT UN PROFIL DE PERTE D'AUTONOMIE

Auparavant, la clientèle présentant un profil SAPA et résidant en ressource résidentielle santé mentale n'était pas priorisée, car elle était considérée comme déjà hébergée. Or, cette situation plaçait les responsables de ressource à risque d'épuisement et pouvait conséquemment mener à des hospitalisations évitables.

Les établissements gestionnaires devront identifier la clientèle hébergée en processus de perte d'autonomie, dont le séjour est fragilisé par l'épuisement potentiel de la ressource.

Les établissements utilisateurs complèteront les documents nécessaires pour que le dossier soit présenté au SRA.

L'Agence s'assurera qu'un accès prioritaire soit donné à cette clientèle.

Livrable : 30 places libérées par la clientèle SAPA → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**Échéancier : 30 juin 2014**

SECTION 6 :
PHASE II : 2014-2015

OBJECTIF 1 : ASSURER LE DÉPLOIEMENT DE STRATÉGIES POUR MIEUX FAIRE CONNAÎTRE L'OFFRE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES À L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS UTILISATEURS POUR TROUVER DES ALTERNATIVES À L'UTILISATION DU RÉSEAU RÉSIDENTIEL.

Le CRAOT procédera à l'identification et à la priorisation de stratégies à déployer pour mieux faire connaître l'offre de services communautaires. Le but visé est d'amener les professionnels des établissements utilisateurs à ne plus référer automatiquement aux ressources résidentielles du réseau public lorsqu'une personne éprouve des difficultés à vivre de façon autonome et indépendante dans la collectivité. Il faut réussir à dépasser le constat de monsieur Roger Paquet et de plusieurs acteurs importants à l'effet que les intervenants du réseau connaissent peu les ressources et les services disponibles autres que ceux offerts par leur établissement.

Livrable : Deux stratégies déployées → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**Échéancier : 31 mars 2015**

OBJECTIF 2 : DÉVELOPPER À COURT TERME TROIS PROJETS DE RESSOURCES QUI PERMETTRONT DE RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA CLIENTÈLE ACTUELLEMENT MAINTENUE DANS LES LITS DE COURTE DURÉE FAUTE DE PLACES EN NOMBRE SUFFISANT POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION.

L'ensemble des projets devra être développé de façon à :

- Assurer une répartition géographique permettant de se rapprocher des populations locales non rejointes.
- Éviter les territoires de concentration actuels.
- Offrir des services bilingues.
- Demeurer accessible à l'ensemble des établissements.

Projet 1 : Développer une ressource résidentielle spécialisée en psychiatrie légale (PRIORITAIRE)

Création d'une ressource résidentielle spécialisée en psychiatrie légale permettant d'accueillir les personnes présentant des troubles de santé mentale graves combinés à un problème lié à la justice, à un statut judiciaire, à la gestion du risque (tableau clinique présentant un potentiel de dangerosité).

Actuellement une soixantaine de personnes sont en attente pour ce type de ressource en provenance de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) et de l'ensemble des unités de courte durée psychiatriques de Montréal. La durée d'attente pour ce type de ressource varie de un à quatre ans.

Livrable : création de 20 places en ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale → **Financement : autofinancement par récupération budgétaire (fermeture de ressources)**	**Échéancier : 31 mars 2015**

Projet 2 : Développer une ressource résidentielle spécialisée DI-TED−santé mentale

Création d'une ressource résidentielle spécialisée en DI-TED-santé mentale permettant d'accueillir les personnes présentant des troubles de santé mentale graves combinés à une déficience intellectuelle ou à un trouble envahissant du développement. Actuellement, l'absence de ce type de ressource entraine des délais indus d'hospitalisation pour ce type de clientèle maintenue sur les unités de courte durée psychiatriques parfois plusieurs années faute de ressources adaptées pour les desservir. Le succès de ce type de ressource sera basé sur une collaboration étroite et active entre les représentants du réseau santé mentale et DI-TED. Du personnel de ces deux réseaux sera mis à contribution pour assurer un suivi conjoint et le développement d'une expertise de pointe.

Livrable : création de dix places en ressources résidentielles spécialisées DI-TED−santé mentale → **Financement : crédits régionaux**	**Échéancier : 31 mars 2015**

Projet 3 : Développer une ressource résidentielle spécialisée en réadaptation intensive

Création d'une ressource résidentielle composée de 20 unités de logement dans lesquelles on offre des services d'encadrement intensif 24/7 de type foyer de groupe (gîte, couvert, soutien et assistance), permettant d'accueillir les personnes présentant des troubles de santé mentale graves hospitalisées, nécessitant des services qui dépassent l'offre de service SI-SIV, mais qui désirent tout de même vivre en logement et réaliser les apprentissages nécessaires avant le passage à la vie autonome en logement. La personne est accueillie immédiatement en logement et on ajuste l'offre de service en fonction de ses besoins (gestion de la médication, des activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD), de l'agressivité, des symptômes de la maladie, etc.). Cette ressource est en mesure d'accueillir un certain nombre de personnes présentant des problèmes de dépendance. Un partenariat étroit avec le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire (CRDM-IU) est d'ailleurs à prévoir.

Livrable : création de 20 places en ressources résidentielles spécialisées en réadaptation intensive → **Financement : crédits régionaux**	**Échéancier : 31 mars 2015**

OBJECTIF 3 : ASSURER UNE RÉPONSE ADAPTÉE AUX BESOINS RÉSIDENTIELS DE LA CLIENTÈLE EN PERTE D'AUTONOMIE

Nous devons nous assurer que la clientèle âgée en perte d'autonomie, stabilisée au plan psychiatrique, ait accès aux ressources du réseau SAPA, lorsque requis.

Deux ressources intermédiaires spécialisées en santé mentale pour les personnes âgées ont été développées dans les dernières années par le réseau SAPA :

- RI du Jasmin dans l'Est (21 places)
- RI Pavillon LaSalle dans l'Ouest (24 places)

Des travaux sont à réaliser afin d'assurer une utilisation optimale de ces ressources.

Par ailleurs, parmi les RTF-RI du réseau santé mentale, les initiatives et les opportunités d'adaptation domiciliaire doivent être encouragées afin de disposer d'une offre de service qui va de pair avec le

vieillissement de la clientèle. À cet effet, les établissements gestionnaires devront dresser un portrait de la situation et identifier les opportunités d'adaptation des ressources résidentielles.

Des zones de partenariat entre le programme SAPA et le programme santé mentale devront être développées. Le réseau SAPA devrait pouvoir bénéficier de soutien clinique pour faire face aux problématiques de santé mentale afin de rendre davantage accessibles ses ressources.

Livrables : • **Portrait des opportunités d'adaptation des ressources résidentielles en santé mentale réalisé par les établissements gestionnaires** • **Zone de partenariat formalisé entre le SRA et le Mécanisme d'accès aux ressources résidentielles en santé mentale** → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**Échéancier : 31 mars 2015**

OBJECTIF 4 : RÉALISER LE TRANSFERT DES RESSOURCES SITUÉES SUR LE TERRITOIRE DE LAVAL, GÉRÉES ACTUELLEMENT PAR L'IUSMD, VERS LE CSSS DE LAVAL

Lors du transfert des ressources du CHUM, de l'HMR et de l'HSCM en 2011-2012, le contexte n'a pas permis de réaliser le transfert des ressources de l'HSCM situées sur le territoire de Laval vers le CSSS de Laval.

L'IUSMD a alors accepté temporairement le mandat de gérer ces ressources résidentielles hors territoire. Des travaux ont eu cours par le passé entre les agences de Montréal et de Laval. La pertinence de ce transfert et la volonté de le réaliser sont partagées. Il suffit de procéder à la mise à jour de l'information et de relancer les discussions en vue de réaliser le transfert de ressources et de responsabilité.

Avantages pour la clientèle :

- Rendre accessibles toutes les ressources résidentielles existantes à Laval aux Lavallois desservis par les services de 2e ligne de l'HSCM.
- Éviter de déraciner des Lavallois qui nécessitent des ressources spécialisées en les hébergeant dans le réseau montréalais.

Avantage du point de vue de la gestion :

- Réduire les achats et les prêts de places entre les réseaux montréalais et lavallois.
- Assurer une meilleure gestion régionale des ressources résidentielles en concentrant le déploiement sur le territoire montréalais.

Livrable : 100 % des ressources situées sur le territoire de Laval transférées au CSSS de Laval → **Financement : récupération des budgets dédiés à ces ressources et transfert à l'Agence de Laval**	**Échéancier : 31 mars 2015**

SECTION 7 :
PHASE III : 2015-2018

OBJECTIF 1 : POURSUIVRE LA DÉCROISSANCE DES RESSOURCES DE CODE 31 POUR ATTEINDRE LA CIBLE DE 1 380 PLACES SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL SANS RUPTURE DE SERVICE

Pour atteindre cette cible, les départs à la retraite de responsables de RI – RTF de code 31 ne seront pas remplacés par d'autres RI-RTF. Toutefois, chaque année, la région ne devrait pas connaître une décroissance de plus de 40 lits de code 31. Cette donnée devrait servir de seuil au-delà duquel l'Agence devra autoriser le remplacement des ressources qui fermeront au cours de la même année en fonction des critères énoncés précédemment et notamment, à l'égard du redéploiement géographique et des chambres privées.

Livrable : Réduction de 40 places par année, pour un total de 120 places en 2018 → **Financement : récupération des sommes dégagées pour financer les nouveaux projets**	**Échéancier : 31 mars 2018**

OBJECTIF 2 : DÉVELOPPER, EN COLLABORATION AVEC LA DIRECTION DE L'HABITATION DE LA VILLE DE MONTRÉAL, 100 NOUVELLES UNITÉS DE LOGEMENT SOCIAL DANS LE CADRE D'ACCÈS LOGIS – VOLET 3 (INCLUANT DU SOUTIEN COMMUNAUTAIRE EN LOGEMENT SOCIAL)

La coordination santé mentale et dépendances travaillera en étroite collaboration avec la coordination des activités communautaires et de l'itinérance de l'Agence ainsi que la direction de l'habitation de la Ville de Montréal pour prioriser et sélectionner les projets à retenir pour atteindre la cible de 100 places d'ici 2018.

Livrable : création de 100 unités de logement social pour la clientèle santé mentale → **Financement : récupération budgétaire (fermeture de ressources) ou crédit régionaux selon la disponibilité**	**Échéancier : 31 mars 2018**

OBJECTIF 3 : DÉVELOPPER UNE RESSOURCE RÉSIDENTIELLE SPÉCIALISÉE OFFRANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION POUR CLIENTÈLE COMPLEXE REFUSÉE DANS LES PROJETS EXISTANTS

Création d'une ressource résidentielle composée de neuf unités de logement qui offre des services d'encadrement intensif 24/7 de type foyer de groupe (gîte, couvert, soutien et assistance). La clientèle ciblée présente des troubles de santé mentale graves où la symptomatologie reste envahissante et à stabiliser à moyen terme. À cette symptomatologie s'ajoutent d'autres problématiques importantes (toxicomanie, problèmes légaux, trouble du comportement, agressivité). Ces personnes sont en fin de soins actifs et elles occupent un lit d'hospitalisation de courte durée faute de ressources adaptées pour les accueillir. De plus, elles sont refusées dans les projets existants. Les services offerts par cette ressource sont modulés selon les besoins des clients et ils permettent d'offrir une stabilité ainsi qu'une continuité favorisant le développement, à long terme, des habiletés nécessaires à la vie en logement autonome ou en appartement supervisé.

Livrable : création de 9 places en ressources résidentielles spécialisées offrant des services de réadaptation (code 30) pour clientèle complexe refusée dans les projets existants → **Financement : récupération budgétaire (fermeture de ressources) ou crédits régionaux selon la disponibilité**	**Échéancier : 31 mars 2017**

OBJECTIF 4 : ADAPTER L'OFFRE DE SERVICE POUR ASSURER UNE UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES ÉTABLISSEMENT (RE)

En 2014-2015, l'IUSMM travaillera pour mieux faire connaître l'offre de service RE à l'ensemble des établissements utilisateurs. Un travail sera également fait pour assurer un meilleur redéploiement géographique (à l'échéance des baux) de même qu'un accès facilité pour la clientèle anglophone. L'IUSMM travaillera également à l'élaboration des programmations cliniques visant à assurer la réponse aux besoins identifiés par le projet DHOR : combinés à un problème d'abus d'alcool ou de drogues, de comportements violents, de délinquance sexuelle, etc. Les programmations seront présentées et validées par le CRAOT. Elles devront permettre d'assurer une utilisation optimale des budgets actuellement alloués à ces ressources qui doivent desservir la clientèle qui présente des besoins ne pouvant être répondus par le réseau des RTF, RI et RA et assurer la prise en charge des clientèles complexes en fin de soins actifs maintenues sur des lits de courte durée psychiatrique.

Livrables :	**Échéanciers :**
• **Plan de communication pour faire connaître l'offre de service RE à l'ensemble des établissements utilisateurs et l'état d'avancement présenté au comité régional d'accompagnement.** → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**30 décembre 2014**
• **Plan de redéploiement de certaines RE pour assurer un meilleur déploiement géographique visant à mieux répondre à la clientèle et permettre un rapprochement progressif vers les communautés locales et l'état d'avancement présenté au comité régional d'accompagnement.** → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**31 mars 2015**
• **Plan de mise à niveau de l'offre de service pour faciliter l'accès à la clientèle anglophone et l'état d'avancement présenté au comité régional d'accompagnement.** → **Financement : aucun ajout budgétaire, autofinancement à même le budget RE**	**31 mars 2015**
• **Mise à niveau des programmations cliniques de manière à assurer la réponse aux besoins identifiés par le projet DHOR : combinés à un problème d'abus d'alcool ou de drogues, de comportements violents, de délinquance sexuelle, etc.** → **Financement : aucun ajout budgétaire, autofinancement à même le budget RE**	**30 septembre 2015**

OBJECTIF 5 : DÉVELOPPER 25 PLACES DE TYPE UNITÉS DE VIE EN SANTÉ MENTALE EN CHSLD

Le plan de transformation prévoit l'adaptation de lits de type CHSLD pour répondre aux besoins de la clientèle qui ne répond pas aux critères de perte d'autonomie des unités spécifiques, mais nécessitant tout de même un milieu de vie institutionnel. Des zones de collaboration étroites entre un département de psychiatrie et un CHSLD de proximité pourraient permettre d'élaborer des projets novateurs qui faciliteraient l'intégration de personnes présentant un haut niveau de défi qui ne peuvent être accueillies en unité spécifique et qui sont maintenues en unité de courte durée faute de places adaptées.

Livrables :	**Échéanciers :**
• **Identification pour chaque département de psychiatrie d'un CHSLD de proximité et élaboration d'un projet de partenariat**	**30 juin 2015**
• **Projets pilotes démarrés dans trois CHLSD** → **Financement : autofinancement à même les budgets d'opération**	**30 juin 2016**
• **25 lits dédiés répartis dans trois CHLSD** → **Financement : autofinancement à même les budgets d'opération**	**31 mars 2018**

OBJECTIF 6 : TRANSFORMER LES CHAMBRES SEMI-PRIVÉES EN CHAMBRES PRIVÉES

De concert avec les propriétaires et les associations représentatives, cette transformation sera planifiée de façon à soutenir les projets de transformation d'une ressource pour atteindre la cible de 100 % de chambres privées dans le respect des normes attendues. Pour certaines ressources, l'ajout de places, lorsque physiquement possible, peut soutenir et permettre de rentabiliser l'investissement nécessaire pour la transformation.

Livrable : 100 % de chambres privées → **Financement pour les ajouts de places : Récupération budgétaire (fermeture de ressources) ou crédits régionaux, selon la disponibilité** → **À noter que certains projets ne nécessitent pas d'investissement supplémentaire**	**Échéancier à déterminer (après 2018)**

OBJECTIF 7 : TRANSFORMER 40 PLACES DE FOYER DE GROUPE EXISTANTES POUR MIGRER VERS LE MODÈLE D'UNITÉ DE LOGEMENT AVEC ENCADREMENT INTENSIF 24/7

La majorité des usagers désire vivre en logement, principalement dans le cas des jeunes adultes. Il devient parfois complexe de convaincre des jeunes de vivre en foyer de groupe afin de développer les habiletés nécessaires pour la vie en logement autonome. Ce passage autrefois obligé n'est plus actuellement le premier choix des équipes et des usagers. Des expériences concluantes comme celle du « Toit vert » de l'organisme Le Murier, résultat de la fusion de deux foyers de groupe pour développer un projet de 28 unités de logement avec service 24/7, allant du gîte et couvert au soutien en logement, doivent être encouragées.

Livrable : transformation de 40 places de foyer de groupe → **Financement : Autofinancement à même les budgets de foyer de groupe RA ou RI**	**Échéancier : 31 mars 2018**

OBJECTIF 8 : DÉPLOYER DES INTERVENANTS DONT LE MANDAT EST COMPLÉMENTAIRE AUX ÉQUIPES TRAITANTES POUR LE REPÉRAGE ET L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES HÉBERGÉES POUR FAVORISER LE RÉTABLISSEMENT ET LE MOUVEMENT DE LA CLIENTÈLE AU SEIN DU RÉSEAU RÉSIDENTIEL

Le PASM et plus récemment le rapport Paquet, commandent aux établissements de créer un mouvement clientèle au sein du réseau résidentiel et de mettre en place les mesures nécessaires pour assurer l'intégration sociale des usagers et leur intégration en logement. Pour ce faire, les usagers peuvent nécessiter une intervention plus soutenue en début de processus, intensité que les équipes ambulatoires de 1ère et de 2e ligne ne sont pas toujours en mesure d'offrir. Il pourrait s'avérer pertinent d'avoir des intervenants qui n'auraient que le mandat de soutenir l'usager durant la période de transition vers un logement et d'offrir ainsi un filet de sécurité.

Par ailleurs, afin d'assurer la mise en place de conditions facilitantes pour maximiser la stabilité résidentielle des personnes à court et à long terme, notamment pour les personnes qui passent d'une ressource résidentielle vers un logement social avec soutien communautaire, il nous apparaît essentiel de prévoir une intervention de soutien à la transition**.** Cette intervention est plus intensive, circonscrite dans le temps et complémentaire à celle prodiguée par les équipes traitantes et par les intervenants du soutien communautaire.

Livrables : • **Développement d'un modèle de soutien à la transition** • **Déploiement d'intervenants** → **Financement : Récupération budgétaire (fermeture de ressources) ou crédits régionaux, selon la disponibilité**	**Échéanciers :** **30 juin 2015** **Septembre 2015**

OBJECTIF 9 : ASSURER UNE IMPLICATION ACCRUE DES ÉQUIPES SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE DANS LE SUIVI DE LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE

Le PASM stipule que 70 % de la clientèle santé mentale devrait être suivie en première ligne. Or, les travaux en lien avec la phase I du plan de transformation ont permis de constater que la très grande majorité des personnes hébergées sont suivies par des établissements de deuxième ligne.

Des travaux devraient être réalisés pour dresser un portrait détaillé de la situation et identifier des mesures à mettre en place avec les établissements pour assurer l'augmentation du nombre de personnes hébergées suivies en première ligne.

Livrable : État de situation et identification de mesures à prendre pour assurer l'augmentation du nombre de personnes hébergées suivies en première ligne → **Financement : aucun ajout budgétaire**	**Échéancier : juin 2015**

CONCLUSION

Au terme des travaux pour l'élaboration des trois phases du plan de transformation régional, à l'automne 2014, l'Agence tient à souligner que l'ensemble du réseau santé mentale (les 22 établissements utilisateurs) est déjà mobilisé pour permettre l'atteinte des cibles du plan. La presque totalité des cibles de la phase I est déjà réalisée, ce qui aurait été impossible sans la participation et la contribution active de l'ensemble des établissements utilisateurs. Il y a une réelle volonté, au sein du réseau montréalais, de s'assurer que les ressources résidentielles actuellement disponibles soient utilisées de façon optimale.

En ce qui a trait à la phase II, les projets de ressources spécialisées ont tous été lancés (mandat confiés aux établissements gestionnaires qui se mettent à l'œuvre pour l'élaboration, les appels d'offres, etc.) Ces développements de 50 places viendront bonifier l'offre de service et contribueront à diminuer le nombre d'usagers en fin de soins actifs maintenus en hospitalisation faute de ressources disponibles pour les accueillir. L'emphase doit maintenant être mise sur les stratégies pour mieux faire connaître l'offre de service communautaire à l'ensemble des établissements utilisateurs en vue d'identifier des alternatives à l'utilisation du réseau résidentiel. La région a la chance de pouvoir compter sur un réseau communautaire engagé et de qualité à Montréal. Ce réseau peut aussi contribuer à la diminution des usagers en fin de soins actifs et permettre de maintenir les personnes en logement.

La phase III, quant à elle, représente l'avenir. Déjà, le réseau est à l'œuvre pour viser l'atteinte de certaines cibles. À titre d'exemple, des établissements ont proposé à l'Agence des projets novateurs permettant de dédier des lits en CHSLD pour la clientèle santé mentale. Ces derniers n'auraient jamais pu voir le jour sans l'engagement formel d'un département de psychiatrie pour venir bonifier l'offre de service. Notons qu'à terme, ces projets ne nécessiteront pas de financement supplémentaire.

En conclusion, le plan de transformation régional des ressources résidentielles en santé mentale adulte à Montréal est vraiment l'affaire de tous et ne repose plus uniquement sur les deux établissements gestionnaires. Le réseau s'est donné un plan d'action et les efforts doivent être maintenus pour en assurer sa mise en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens. Planification de la phase II à Montréal*, Service de la planification et du développement stratégique, Montréal.

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011). *Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2011-2014*, Direction des ressources humaines, information, planification et affaires juridiques, Montréal.

- *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (2014). RLRQ c S-4.2. Dernière mise à jour effectuée depuis le site des Publications du Québec le 2014-10-01.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Direction de la santé mentale, Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Société d'habitation du Québec (2007). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social - Une action intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec.

- Paquet, R. (2013). *Agir maintenant. Constats et recommandations concernant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal.

- Comité de travail de l'Institut universitaire en santé mentale de Montéal et de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (avril 2013). *Démarche d'évaluation des besoins des patients hospitalisés dans les unités de courte durée psychiatrique de la région de Montréal*.

- Service régional d'admission (2011). *Cadre de référence pour les unités spécifiques*, Montréal.

ANNEXE I : ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES DANS LA PHASE II DU PASM (2008)

À court terme :

- Maintenir le nombre total de places en ressources résidentielles en santé mentale à Montréal. Ces places comprennent les ressources gérées par les établissements gestionnaires et celles du réseau communautaire.
- Maintenir le nombre de places destinées à l'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif en réponse aux besoins des clientèles particulières présentant une ou des problématiques pour lesquelles des interventions conjointes avec d'autres programmes sont nécessaires.
- Amorcer graduellement une restructuration du réseau actuel de ressources menant à une plus grande disponibilité de logements avec soutien continu et d'appartements supervisés en transformant un certain nombre de ressources d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré.

À moyen terme et long terme :

- Avant 2013, transformer 250 places d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré pour créer 425 places destinées au logement avec soutien continu et appartements supervisés gérés par les établissements gestionnaires.
- Poursuivre les travaux jusqu'en 2018 en transformant 250 places supplémentaires d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré pour créer 425 nouvelles places destinées au logement avec soutien continu et appartements supervisés.
- En 2013, évaluer l'avancement des travaux de transformation et revoir le plan d'action dans l'objectif d'atteindre, pour 2018, les cibles identifiées.
- Maintenir la collaboration avec l'Office Municipal d'habitation de Montréal (OMHM) et la Ville de Montréal dans le développement de projets concertés dans l'offre de logements par le biais du programme de logements sociaux et communautaires « Accès logis ». L'objectif visé est d'atteindre, en 2013, environ 100 logements sociaux et communautaires supplémentaires, gérés par les organismes communautaires, en vue de répondre aux besoins de la clientèle santé mentale à Montréal.
- Répondre aux besoins de service de la population adulte anglophone.
- Disposer de services de soutien de manière continue.

ANNEXE II : NOMBRE D'USAGERS EN RESSOURCE PAR ÉTABLISSEMENT UTILISATEUR

Nombre d'usagers hébergés par établissements utilisateurs
Données préliminaires (25 juin 2014)

Établissement utilisateur	Nombre d'usagers hébergés	%
IUSMM	785	25,4
CHUM	376	12,2
HSCM	290	9,4
IUSMD	267	8,6
HMR	201	6,5
Institut Philippe Pinel	172	5,6
CUSM	140	4.5
Hôpital Général Juif	111	3,6
CSSS Pointe-de-l'Île	105	3,4
CSSS CDI (Hôpital Jean-Talon)	105	3,4
CSSS DLL	96	3.1
CSSS AMN (Hôpital Fleury)	81	2.6
CSSS ODI (Hôpital général du Lakeshore)	72	2,3
CH St.Mary	48	1,6
CSSS SOV	35	1,1
CSSS Lucille-Teasdale	34	1,1
Clinique communautaire PS-C	28	0,9
CSSS Jeanne-Mance	19	0,6
CSSS Cavendish	16	0,5
CSSS de la Montagne	12	0,4
CSSS BCSL	8	0,3
CJM	7	0,2
HRDP	5	0,2
CSSS SLSM	3	0,1
CRDM	3	0,1
CRDI-TED de Montréal	3	0,1
IRD	1	0,1
Grand Total	**3 023**	**100**

Établissement utilisateur	Nombre d'usagers hébergés
Hors région	38

ANNEXE III : DÉFINITION DES CODES 30-31-32 (PASM)

Code 30 : Hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif

Ce type d'hébergement offre des activités de soins, de traitement, de réadaptation et d'encadrement intensif destinées aux personnes hébergées de plus de 18 ans vivant des troubles mentaux graves avec ou sans problèmes associés en vue d'une intégration sociale.

Les services professionnels ou spécialisés sont organisés sur une base continue 24 heures / 7 jours en réponse aux besoins spécifiques de la clientèle visée.

On retrouve ce type d'hébergement en établissement opérant des activités de réadaptation, en foyer de groupe, en ressources intermédiaires de réadaptation et dans les organismes communautaires d'hébergement (OCH).

Code 31 : Hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré

Ce service regroupe les activités de supervision et de soutien destinées aux personnes de plus de 18 ans vivant des troubles mentaux graves hébergées en RI-RTF. Les services de soutien sont essentiellement confiés aux responsables RI-RTF mandatés afin d'offrir aux personnes hébergées des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles du milieu naturel.

L'encadrement professionnel ou spécialisé offert par l'établissement gestionnaire des places RI-RTF est souvent limité à moins de cinq jours par semaine.

Code 32 : Logement avec soutien continu et appartement supervisé

Ce service offre des activités de soutien ou de supervision des personnes de plus de 18 ans aux prises avec des troubles mentaux graves qui résident en appartement autonome. Le fournisseur de soutien continu peut-être un établissement, un contractant ou un organisme communautaire qui détient un mandat à cette fin.

Tout en nécessitant un soutien continu à long terme, les personnes recevant ce service vivent des difficultés moins sévères que d'autres personnes recevant des services de suivi plus intense (exemple : suivi intensif en communauté, soutien d'intensité variable de type case management) dont la condition requiert ces activités de traitement et de réadaptation.

ANNEXE IV : RESSOURCES ÉTABLISSEMENT (RE)

Liste des Ressources Établissement (RE)

Ressources avec un mandat d'hébergement transitoire

- **La Relance** (15 places), CSSS Pointe-de-l'Île
- **Ste-Claire** (11 places), CSSS Pointe-de-l'Île

Ressources avec un mandat de gérontopsychiatrie

- **Tourterelle** (14 places) CSSS Lucille-Teasdale
- **L'Épopée** (4 places) CSSS Lucille-Teasdale
- **Charlemagne** (25 places) CSSS Lucille-Teasdale
- **L'Horizon** (18 places) CSSS Pointe-de-l'Île

Ressource pour jeunes en provenance des centres Jeunesse

- **Paul Pau** (9 places), CSSS Pointe-de-l'Île

Ressources sans clientèle spécifique

- **Appartements regroupés**
  - **Poupart** (30 places), CSSS Lucille-Teasdale
  - **Du Marché** (30 places), CSSS Lucille -Teasdale

- **Chambres et pension**
  - **Petite Patrie** (17 places), CSSS Cœur-de –L'Île

- **Foyers de groupe**
  - **Le Ponceau** (7 places), CSSS Pointe-de-l'Île
  - **Valdombre** (7 places), CSSS St-Léonard et St-Michel
  - **Francheville** (7 places), CSSS St-Léonard et St-Michel
  - **Pierre Gaulin** (8 places), CSSS Lucille-Teasdale
  - **Viau 5915** (9 places), CSSS Lucille-Teasdale
  - **Viau 5927** (9 places), CSSS Lucille-Teasdale

ANNEXE V : SOUTIEN COMMUNAUTAIRE EN LOGEMENT SOCIAL

Liste des projets de soutien communautaire en logement social – majeure santé mentale

NOM DE LA CHARTE	CSSS	UNITÉ	Lien contractuel Établissement Gestionnaire
Corporation Maison Lucien-l'Allier, Montréal	CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	27	
Parrainage civique de la Banlieue Ouest	CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE	22	
Impact - Groupe d'aide en santé mentale	CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	48	24
Habitations d'Aragon-Jogues (Les)	CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	12	
Habitations Oasis de Pointe St-Charles Inc. (Les)	CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	17	
Maison St-Dominique	CSSS JEANNE-MANCE	72	28
Chambrenfleur Inc.	CSSS JEANNE-MANCE	37	7
Un Toit pour toi Inc.	CSSS JEANNE-MANCE	15	
Une place pour rester	CSSS JEANNE-MANCE	22	
Total global		**272**	**59**

Grand total des places en soutien communautaire en logement social (autres qu'AccèsLogis) et sans entente avec un établissement gestionnaire : 213 places.

Projet Accès Logis – volet III (santé mentale)

Projet Accès Logis - volet III	Année de démarrage	CSSS	Unités	Contrat Établissement gestionnaire
RÉSIDENCE DE L'ACADÉMIE	2003	JEANNE MANCE	21	
HABITATIONS LA TRAVERSÉE	2003	CŒUR-DE-L'ÎLE	17	17
MAISON LÉCHELON INC.	2005	POINTE-DE-L'ÎLE	24	
L'ÎLE DES AMIS	2005	OUEST-DE-L'ÎLE	12	
CARREF.D'ALI ET DE PARTAGE ST-BARNABÉ	2005	LUCILLE-TEASDALE	11	
GROUPE D'ENTRAIDE LACHINE	2006	DOVAL-LACHINE-LASALLE	24	
CEGECOM	2006	SUD-OUEST-VERDUN	8	
ASSOCIATION LOGEMENT AMITIE INC	2006	DE LA MONTAGNE	42	16
MAISON L'ÉCLAIRCIE DE MONTRÉAL	2006	AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD	22	
HABITATION LA TRAVERSÉE PHASE II	2007	LUCILLE-TEASDALE	14	14
RESIDENCE DE L'ACADEMIE - PHASE V	2007	JEANNE-MANCE	57	
RÉSIDENCES OMEGA	2009	OUEST-DE-L'ÎLE	28	16
CAP ST-BARNABÉ PHASE II	2010	LUCILLE-TEASDALE	15	
SOUS LE TOIT DE P.A.L.	2011	SUD-OUEST-VERDUN	28	
RESIDENCE DE L'ACADEMIE PHASE VI	2011	JEANNE-MANCE	24	
CAP ST-BARNABÉ/ MAISON STE-CATHERINE	2012	LUCILLE-TEASDALE	14	
HABITATIONS LA TRAVERSEE - 6160	2013	LUCILLE-TEASDALE	14	14
RÉSIDENCE BIENVENUE	2013	OUEST-DE-L'ÎLE	21	21
ASSOCIATION IRIS	Av 2001	AHUNTSIC MONTRÉAL NORD	25	12
MAISON L'ÉCLAIRCIE	Av 2001	AHUNTSIC ET MONTRÉAL- NORD	10	
SERVECE INTERVENTION PSYCHOSOCIAL	Av 2001	OUEST-DE-L'ÎLE	7	
TOTAL			**438**	**110**

Grand total des places Accès Logis (volet III santé mentale) et sans entente avec un établissement gestionnaire : 328 places.

ANNEXE VI : HÉBERGEMENT VS SOUTIEN COMMUNAUTAIRE EN LOGEMENT SOCIAL

Contexte : Dans le cadre de l'élaboration du plan de transformation des ressources résidentielles en santé mentale adulte, il est important de proposer des balises pour distinguer les projets qui relèvent du secteur du soutien communautaire en logement social, de ceux qui relèvent du secteur de l'hébergement en lien contractuel avec un établissement gestionnaire.

	Hébergement en lien contractuel avec établissement gestionnaire	**Soutien communautaire en logement social**
Considérations légales	Pas de bail, on parle d'hébergement et de placement	Bail de logement, régi par la Régie du logement (soumis au Code civil du Québec)
		Optionnel : contrat de séjour ou annexe au bail précisant les modalités d'engagements du locataire (respecter le code de vie, accepter le suivi communautaire, etc.)
Statut de la personne	Usager	Locataire
Statut de la ressource	Personne physique ou personne morale (compagnie ou OSBL, organisme communautaire)	OSBL Organisme communautaire
Prestation de soins de santé et de services sociaux	RI / RTF ou Dispensation pour le compte de l'établissement gestionnaire, de certains services de santé ou services sociaux requis par les usagers référés par l'établissement suivant une entente de service selon art. 108 de la LSSSS	Aucune entente de service pour la prestation de soins de santé et services sociaux
Responsabilités	L'établissement gestionnaire a la responsabilité de fournir un milieu de vie à la personne (placement) Imputabilité de la ressource (ex. : aviser l'établissement gestionnaire en cas d'absence)	La personne est responsable du logement en tant que locataire
Type d'organisation résidentielle	Résidence d'accueil (gîte et couvert) Résidence de groupe (gîte et couvert) Appartement supervisé (gîte)	Logement ou chambre dans une maison de chambre avec bail
Plan d'intervention	Obligatoire	Facultatif
Administration / Distribution médication	Oui	Non
Gestion budgétaire	Gestion budgétaire allant de la prise en charge au soutien	Aide à la gestion budgétaire sans prise en charge
Condition d'accès	Sur la base d'une condition psychosociale et médicale (référence par un établissement de santé) **Via le mécanisme d'accès**	Sur la base du besoin d'un logement et de la condition psychosociale (suivi par un établissement non obligatoire) auquel peut s'ajouter une gamme de services de soutien

ANNEXE VII : CONSTATS DU RAPPORT « AGIR MAINTENANT » CONCERNANT LES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES

Rapport Agir Maintenant (Roger Paquet, 2013)

Quelques constats et recommandations concernant le réseau résidentiel :

- Il faut développer une meilleure collaboration et une relation de confiance entre les établissements voire à l'intérieur d'un même établissement et ses divers services.
- Il y a une faible concertation entre les divers intervenants dans la dispensation des services à un individu, ce qui devient parfois inefficace.
- Des changements sont à réaliser au niveau de la pratique des intervenants et des gestionnaires afin d'envisager de nouvelles perspectives dans l'utilisation des ressources résidentielles et des diverses mesures de soutien.
- Il faut rappeler aux établissements utilisateurs l'importance de leur rôle d'accompagnement chez les personnes hébergées.
- L'absence de soutien à la personne n'offre d'autres choix que le recours à l'urgence. Il existe des services que l'on utilise peu ou pas simplement parce que ce n'est pas de pratique courante. Il est déplorable d'entendre dire que les intervenants ne connaissent pas les ressources ou les services pouvant être offerts à la clientèle autre que celle de leur propre établissement, voir même de leur propre direction.
- Des approches plus personnalisées pour la clientèle référée en hébergement sont à développer.
- Il faut s'assurer d'une meilleure répartition géographique des ressources sur le territoire.
- Les types d'hébergement doivent être diversifiés afin de s'adapter aux nouvelles réalités de la clientèle présentant de hauts défis : troubles du comportement, comorbidité et grande intensité d'encadrement.
- Il faut développer le logement social avec soutien communautaire en concertation avec le milieu communautaire et le programme de logement adapté.
- Poursuivre l'effort amorcé d'ouverture aux nouveaux modèles de ressources d'hébergement pour la clientèle présentant des problèmes d'alcool ou de toxicomanie.
- Poursuivre la mise à contribution du programme SAPA via les unités d'hébergement et les unités spécifiques dans l'adaptation de leurs services pour les personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec