

SOUTIEN ET SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ

EN SANTÉ MENTALE

OFFRE DE SERVICE ET PISTES D'AMÉLIORATION

PAR LA DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE
DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE SHERBROOKE

Version du 19 octobre 2018



Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS)

Rédaction

Émilie Audet, chef de service santé mentale et dépendance, trajectoire modérée à grave RLS Sherbrooke, direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD), CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Pascale Dumais, travailleuse sociale et chargée de projet à l'implantation du programme Premier épisode psychotique (PEP), DPSMD, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Andrée Duquette, directrice adjointe, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Marie-Josée Giraud, chef de service santé mentale et dépendance, RLS Coaticook et Memphrémagog, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Myriam Lussier, chef de service santé mentale et dépendance trajectoire modérée à grave, RLS La Pommeraie et Haute-Yamaska, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Manon Therrien, chef de service santé mentale et dépendance, RLS d'Asbestos, du Granit et du Haut-St-François, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Matthieu Tittley, médecin psychiatre, RLS Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Richard Vaillancourt, coordonnateur de proximité santé mentale et dépendance, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Révision et mise en pages

Michèle Tronquet, technicienne en administration, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN : 978-2-550-81549-5 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

REMERCIEMENTS

Un immense MERCI à l'équipe qui a participé à l'élaboration de ce document de référence :

- Marie-Josée Giraud
- Manon Therrien
- Myriam Lussier
- Émilie Audet
- Richard Vaillancourt
- Pascale Dumais
- Dr Matthieu Tittley

Merci aussi à l'équipe du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour votre soutien et votre contribution en tant qu'experts de ces offres de services spécifiques:

- Michel Gilbert
- Guy Lagacé
- François Neveu

Merci aux intervenants qui ont lu le document de travail : Christian Dumas-Laverdière et Simon Roulx des équipes SIV et SIM du RLS de Sherbrooke, Isabelle Tremblay et les membres de l'équipe SIV du Haut-St-François et Évelyne Pétrin de l'équipe SIM de la Haute-Yamaska (Granby).

Merci spécial à Mme Anne-Marie Royer, courtière de connaissances pour tout le soutien dans la recherche de documentation.

Votre contribution à la réalisation de ce document a été très pertinente et nécessaire.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	7
MISE EN CONTEXTE.....	8
PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX EN ESTRIE.....	10
CLIENTÈLE VISÉE PAR L'OFFRE DE SERVICE.....	10
LE SOUTIEN ET LE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ : ORGANISATION DES SERVICES EN ESTRIE.....	10
LE SOUTIEN DE BASE NON INTENSIF (SBNI) OU SOUTIEN LÉGER	12
LE SUIVI D'INTENSITÉ VARIABLE (SIV).....	14
SERVICES DE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ POUR LES JEUNES VIVANT UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE (PEP).....	18
LE SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU (SIM).....	21
LES SERVICES DE SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE S'ADRESSENT À DES PERSONNES QUI PRÉSENTENT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE GRAVE (SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES SCHIZO-AFFECTIFS OU TROUBLES BIPOLAIRES) ET QUI PRÉSENTENT ÉGALEMENT PLUSIEURS DES CONDITIONS SUIVANTES :	21
LE FLEXIBLE ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (FACT).....	23
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS	25
PLAN DE FORMATION	26
REDDITION DE COMPTE ET SUIVI	26
CONCLUSION.....	28
ANNEXES.....	29
RÉFÉRENCES.....	39

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AAOR : Accueil, analyse, orientation et référence
ACT : *Assertive community treatment* (pour le suivi intensif)
AVD : Activités de vie domestique
AVQ : Activités de la vie quotidienne
AVS : Activités de la vie sociale
CNESM : Centre national d'excellence en santé mentale
DI-TSA: Déficience intellectuelle-Trouble du spectre de l'autisme
DP : Déficience physique
DPSMD : Direction des programmes santé mentale et dépendance
ETC : Équivalent à temps complet
GASMAD : Guichet d'accès santé mentale dépendance
GESTRED: Systeme de suivi de gestion et de reddition de comptes (logiciel)
IPS : Soutien à l'emploi de type «placement et soutien individuel» L'acronyme est tiré de l'anglais *Individual Placement and Support* (MSSS, 2015)
FACT : *Flexible Assertive Community Treatment*
OEMC : Outil d'évaluation multi clientèle
PEP : Premier épisode psychotique
PASM: Plan d'action en santé mentale (MSSS)
RI: Ressource intermédiaire
RLS : Réseau local de services
RTS : Réseau territorial de services
SAPA: Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SBNI: Soutien de base non intensif
SIM: Suivi intensif dans le milieu
SIV: Soutien d'intensité variable

MISE EN CONTEXTE

Le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 *Faire ensemble et autrement* recommande aux CISSS et CIUSSS d'harmoniser l'offre de service spécifique sur l'ensemble de leur réseau territorial de services (RTS). Il précise qu'*afin d'améliorer l'offre de services de soutien dans la communauté à l'intention des personnes qui présentent un trouble mental grave, chaque centre intégré:*

1. poursuivra le déploiement des services de SIV, de façon à atteindre un ratio d'au moins 145 places reconnues pour 100 000 habitants;

2. poursuivra le déploiement des services de SIM, de façon à atteindre un ratio d'au moins 55 places reconnues pour 100 000 habitants;

3. poursuivra le déploiement des services FACT de façon à établir le même ratio pour 100 000 habitants que pour le SIV et le SIM additionnés tel que déterminé par le CNESM

4. poursuivra le déploiement des services PEP de façon à établir un ratio d'au moins 135 places pour 100 000 habitants

5. intégrera un pair aidant dans au moins 30 % des équipes de SIV et dans 80% des équipes de SIM (mesure 33 p.55).

En 2017, le MSSS octroie un budget de développement au CIUSSS de l'Estrie-CHUS pour consolider les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) et de soutien d'intensité variable (SIV). Le MSSS vise à baliser la pratique SIV et SIM afin d'améliorer l'efficacité de nos soins et services.

La Direction des programmes santé mentale et dépendances (DPSMD) du CIUSSS de l'Estrie-CHUS profite de cette opportunité pour revoir l'offre de service du soutien dans la communauté en tenant compte des différentes réalités propres à chaque réseau local de services (RLS). Elle désire également s'arrimer avec les orientations ministérielles et corriger les écarts observés quant à l'actualisation du modèle de pratique préconisé par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM).

Des enjeux sont alors soulevés par la DPSMD quant à l'actualisation de cette offre de services, tels que :

- la recherche active de clientèle (*reaching out/outreach*);
- la non-atteinte des cibles visées pour le SIM et pour le SIV;
- le nombre d'équivalent temps complet (ETC) requis pour atteindre les cibles;
- l'harmonisation sur l'ensemble du territoire
- l'arrimage entre les équipes SIM et les équipes SIV;
- une plus grande prévalence de personnes souffrant de troubles graves de santé mentale pour notre RTS en comparaison du reste du Québec.
- la pression faite sur les équipes SIM et SIV d'offrir des services à une clientèle chronique avec faible capacité de réadaptation occasionnant de très longs épisodes de services, et qui limite leur capacité de desservir la clientèle ciblée.
- la capacité à offrir des services d'intensité SIM au sein de certains RLS de faible densité populationnelle

La DPSMD mandate alors un comité opérationnel animé par la directrice adjointe pour proposer une offre de service pour le soutien dans la communauté révisée et harmonisée. Pour de plus amples informations sur le mandat du comité opérationnel, vous pouvez vous référer à la structure de gouverne (annexe 1).

La mise en place d'une offre de services estrienne adaptée à la réalité de chacun des neuf RLS implique :

1. de faire une répartition équitable des équipes dédiées SIV sur tout le RTS en tenant compte des besoins prioritaires.
2. d'avoir une entente de partenariat concertée avec l'organisme communautaire L'Autre Versant de la Haute-Yamaska qui offre le SIV;
3. d'ajuster l'offre de services SIM et SIV dans le respect des critères d'homologation du CNESM
4. d'avoir une réflexion quant à la mise en place d'équipes FACT *Flexible Assertive Community Treatment*;
5. d'atteindre la cible ministérielle pour SIV à 75% (702 places) dans un ratio de 145 places / 100 000 pop. pour une cible de 936 places en 2017-2018;
6. d'atteindre la cible ministérielle pour le SIM à 100% dans un ratio de 55 places / 100 000 pop. Pour une cible de 188 places en 2017-2018;
7. d'intégrer les pairs aidants au sein des équipes SIM puis des équipes SIV.

PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX EN ESTRIE

Le plus récent portrait populationnel estrien nous indique que 14 % des personnes entre 18 et 64 ans souffrent d'un trouble mental, ce qui est plus élevé qu'au Québec (11%). Ils sont 1.5 fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Les troubles anxio-dépressifs affectent près de 10% des adultes et la schizophrénie près de 1 %. Bien que cette proportion soit faible, elle est presque trois fois plus élevée que celle du Québec (0,4%) (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2017).

De plus, annuellement, on dénombre 72 décès par suicide, dont près de 60 chez les hommes. Pour les plus récentes périodes disponibles, les taux de mortalités (2008-2012) par suicide et d'hospitalisation par tentatives de suicide (2010-2014) sont plus élevés en Estrie qu'au Québec.

Pour la grande majorité des RLS de l'Estrie, le bilan des troubles mentaux se compare avec l'ensemble de l'Estrie et du Québec. Il y a des écarts significatifs dans les RLS de Sherbrooke, de la Haute-Yamaska et de la Pommeraiie.

À Sherbrooke, 15% des adultes souffrent de troubles mentaux. Depuis 2008, on y constate une hausse significative du taux d'hospitalisation pour troubles mentaux, principalement pour les résidents des arrondissements Mont Bellevue et Fleurimont (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2017; 2015).

Dans le RLS de la Haute-Yamaska, la prévalence des troubles anxio dépressifs est légèrement plus élevée dans ce RLS qu'ailleurs au Québec (8,7% contre 8,3%) (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2017).

Dans le RLS de la Pommeraiie : 14% des adultes de ce RLS déclarent des troubles anxieux ou de l'humeur ce qui est plus élevé qu'en Estrie (11%) (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2017).

CLIENTÈLE VISÉE PAR L'OFFRE DE SERVICE

L'offre de service vise à offrir des services aux personnes de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux graves associés à des incapacités sur le plan des habiletés personnelles, sociales et relationnelles, de même que des difficultés d'intégration, d'organisation et d'adaptation dans la communauté compromettant leur intégration sociale (CNESM, 2016). Ces personnes doivent donc être en besoin de réadaptation psychosociale nécessitant une intensité modérée ou intensive dans la communauté. Les personnes visées ont une capacité à évoluer de telle sorte qu'une offre de service moindre pourrait éventuellement suffire (potentiel de réadaptation).

LE SOUTIEN ET LE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ : ORGANISATION DES SERVICES EN ESTRIE

Le MSSS (2002; 2005) recommande un soutien approprié dans la communauté pour les personnes qui présentent des troubles mentaux graves. Pour ce faire, il préconise trois modèles différents et répondant à des besoins spécifiques à savoir:

- 1- le soutien de base non intensif (SBNI) ou soutien léger;
- 2- le soutien d'intensité variable (SIV);

3- le suivi intensif dans le milieu (SIM).

Le MSSS (2015 : 54) énonce que « **ces trois modèles de services constituent un continuum.** Selon ses besoins et son cheminement, une personne peut passer, selon les périodes, d'une intensité de services à une autre. Afin de soutenir le rétablissement – qui n'est pas nécessairement linéaire – de la personne utilisatrice de services et de favoriser une utilisation judicieuse des ressources disponibles, ces transitions d'une intensité de services à une autre doivent être favorisées (...). La présence de services de SIV influence grandement l'efficacité des équipes de SIM, qui doivent avoir la possibilité de transférer les personnes utilisatrices de services stabilisées dans un service d'intensité moindre. En l'absence d'un accès fluide au SIV, les équipes de SIM tendront à garder les personnes plus longtemps, ce qui entraîne un accès difficile au SIM ». Cette situation s'avère également pour les équipes de SIV qui maintiennent leurs services auprès de personnes qui pourraient bénéficier d'un service de SBNI.

A ces trois modèles s'ajoute le *Flexible Assertive Community Treatment (FACT)*. Il s'agit d'un modèle hybride entre le SIM et le SIV qui vise une réponse clinique aux profils SI et SIV en contexte de faible densité populationnelle (CNESM, 2016).

Le 5^e et dernier modèle est le PEP (Premiers épisodes psychotiques).

OBJECTIFS DU SOUTIEN ET DU SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ

« Les services de soutien déployés visent à aider la personne suivie à **acquérir un niveau de fonctionnement autonome optimal dans la communauté.** L'intensité des services offerts variera selon les besoins de la personne et sa situation. La durée pourra s'échelonner sur des périodes de temps variables (épisodes de services) en fonction du niveau de traitement, de réadaptation et de soutien nécessaire. » (CNESM, 2014 :1)

L'offre de service du soutien dans la communauté repose sur les modèles SIM et SIV qui sont réputés comme étant des bonnes pratiques (CNESM, 2016). Ces modèles sont composés de plusieurs **ingrédients actifs** tels que (CNESM, 2016):

- Offrir des services qui soutiennent le rétablissement de la personne par le biais d'activités de réadaptation psychosociale, et ce, dans la communauté des personnes (in vivo);
- Équipe interdisciplinaire : c'est-à-dire une équipe comptant au moins trois disciplines différentes;
- Assurer une coordination des services avec les partenaires et les proches de la personne en suivi;
- Mettre en place des activités et des stratégies de proaction afin de rejoindre et d'engager les personnes réfractaires à venir chercher de l'aide (« outreach »),
- Implication de la personne dans le choix de son traitement et de ses objectifs de rétablissement (identification d'un projet de vie axé sur les forces);
- Implication de la famille et les proches, considération de leur rôle d'accompagnateur et besoins relatifs à leur santé mentale comme une priorité d'intervention. Ces derniers sont des acteurs clés pour soutenir le rétablissement des personnes atteintes;
- Intégration des pairs aidants certifiés, soutien et entraide par les pairs;
- Utilisation de plans d'intervention axés rétablissement;
- Offrir des interventions qui couvrent l'ensemble des domaines de vie de la personne (santé, AVD/AVQ, travail, toxicomanie, logement, réseau social, etc.)

SERVICES OFFERTS

- Soutien pour la famille et les proches / implication active dans les plans d'intervention et plans de crise (directives anticipées en cas d'épisode aigu de la maladie);

- Intervention de crise dans la communauté ou soutien dans la communauté pour réduire le recours à l'hospitalisation;
- Suivi intensif dans le milieu pour clientèle à risque d'hospitalisation répétée;
- Soutien à l'adoption d'un mode de vie sain et considération pour la santé physique;
- Soutien coordonné dans la communauté (case management) mettant la priorité sur des solutions hors du milieu de la santé mentale;
- Soutien pour favoriser l'accès à un groupe d'appartenance et à des loisirs à moindre coût dans la communauté;
- Soutien aux études et dans le parcours socioprofessionnel de la personne;
- Soutien à l'emploi régulier (en particulier, l'approche *Individual Placement Support*);
- Soutien pour un accès prioritaire à un logement autonome (en particulier, l'approche *Housing First*);
- Intervention à partir d'approches spécialisées de réadaptation (entraînement aux habiletés sociales, thérapie cognitive comportementale, remédiation cognitive, thérapie interpersonnelle, approche motivationnelle, thérapie par l'art, etc.)
- Services intégrés santé mentale et toxicomanie
- Services spécialisés pour l'intervention précoce en situation de 1^{er} épisode de psychotique
- Etc.

Les mesures de soutien dans la communauté sont déployées sur l'ensemble du territoire estrien. En Estrie, on retrouve :

- Des équipes SIM qui sont réparties comme suit : 1 équipe à Granby et 2 équipes à Sherbrooke
- Sept (7) équipes SIV dont les services sont offerts par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS dans les RLS du Val St-François, de Memphrémagog, du Haut St-François, du Granit, Sherbrooke, Asbestos et Coaticook
- Une équipe SIV dont les services sont offerts par l'organisme communautaire l'Autre Versant dans le RLS de la Haute-Yamaska
- Deux équipes FACT dont 1 à Magog et 1 autre à La Pommeraie

LE SOUTIEN DE BASE NON INTENSIF (SBNI) OU SOUTIEN LÉGER

« Le soutien non intensif s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves dont le niveau de difficulté est en général beaucoup moindre ou, généralement, plus stable que les personnes bénéficiant des services SIV ou SIM » (MSSS, 2002 :18). Le CNESM (2014) parle de soutien léger qui s'oriente vers une consolidation des acquis, alors que le soutien d'intensité variable (SIV) est davantage axé sur la réadaptation. Par exemple, la personne a besoin d'une visite ou d'un appel mensuel ou aux deux mois pour apprendre ou maintenir des acquis afin d'être pleinement autonome sur le plan de ses AVD/AVQ.

Dans le cas du soutien non intensif, « un intervenant assume la coordination et quelques activités de soutien, les autres services sont souvent coordonnés avec d'autres organismes. Il assure un point fixe de responsabilité ou de référence pour la personne et son entourage. Les interventions sont dans la communauté, ou dans d'autres lieux significatifs» (MSSS, 2002).

« Les modèles de référence pour ce type de soutien sont proches des modèles de type « caseworker » connus en service social. Les activités sont souvent exercées par les intervenants qui assurent le soutien communautaire et peuvent être offertes dans le cadre d'activités particulières ou dédiées» (MSSS, 2002 : 19).

Actuellement cette offre de services est intégrée à l'intérieure des équipes spécifiques.

CRITÈRES D'ACCÈS

- Être âgé de 18 ans et plus
- Être aux prises avec un trouble mental grave, mais avec une condition stabilisée
- Doit présenter au moins un des critères suivants :
 - Présenter une condition clinique et sociale qui nécessite le maintien d'une intervention ponctuelle d'un intervenant de l'équipe santé mentale ou d'un organisme communautaire afin d'assurer le maintien ou la consolidation des acquis
 - Présenter un risque significatif de détérioration de la condition clinique ou sociale en l'absence totale de services
 - Être hébergé dans un milieu qui exige la présence d'un intervenant pivot
 - Besoin d'un intervenant pivot pour remplir des formulaires de références : Situations où la personne nécessite un intervenant pivot afin de remplir des formulaires (loi 90, OEMC; PSAD, logements).
 - Ordonnance de traitement/suivi : La personne n'a pas besoin de réadaptation, la demande est une supervision ou un suivi du traitement.
 - Personne sous curatelle : Le curateur demande la présence d'un intervenant pour l'évaluation des besoins de curatelle. Toutefois, le curateur peut demander beaucoup de tâches connexes (aller acheter des vêtements...) sans vraiment miser sur de la réadaptation

L'INTENSITÉ DU SERVICE OFFERT

La fréquence est habituellement d'une rencontre ou un téléphone par mois, au bureau, au domicile ou dans la communauté.

Charge de travail des intervenants : Le rapport intervenant/usagers se situe généralement de 1/35 à 1/45. Selon les particularités des milieux, de 500 à 600 personnes qui ont des problèmes de santé mentale par 100 000 personnes de la population pourraient être desservies.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

Une équipe psychosociale doit être constituée d'une travailleuse sociale et d'au moins une infirmière devrait être dédiée à cette clientèle. Les besoins associés à des problèmes complexes de santé physique en lien avec les régimes de protection justifient cette nécessité. L'équipe devrait être en mesure d'offrir une plus grande intensité lorsque la situation l'exige, toutefois si cette intensité persiste un retour à l'équipe SIV devrait être envisagé.

PISTE D'AMÉLIORATION concernant le SBNI

- Définir l'offre de services, les critères d'accès, la composition de l'équipe sur les différents RLS
- Monitorer les interventions (statistiques) distinctivement et hors centre d'activités SIV

LE SUIVI D'INTENSITÉ VARIABLE (SIV)

Le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 souligne clairement que le programme SIV vise les personnes ayant un trouble mental grave. Les personnes visées par le SIV dont la prévalence se situe à 250 pour 100 000 de population se doivent d'être en besoin de réadaptation psychosociale nécessitant une intensité modérée et une intervention dans la communauté.

Les services de SIV sont coordonnés par un intervenant pivot qui entretient un lien privilégié avec la personne (modèle de «Case management» axée sur la réadaptation psychosociale) (MSSS, 2015). « L'intervention vise surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. L'intervenant qui offre un soutien d'intensité variable doit établir un lien basé sur la confiance et le respect avec la personne qui reçoit le service. Dans le secteur de la santé mentale, c'est l'intervenant pivot qui coordonne les services, établit les liens auprès de la personne traitée et assure une présence même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble des services » (site Web du CNESM).

CRITÈRES D'ACCÈS :

Nous relevons les quatre principaux proposés dans le cadre de référence du CNESM (2018):

- Être âgé de 18 ans et plus. Il est important de considérer une transition harmonieuse entre les services destinés à la jeunesse et ceux réservés aux adultes.
- Être aux prises avec un trouble mental grave (schizophrénie, troubles de l'humeur, anxieux, etc.) qui s'associe à des incapacités sur le plan des habiletés personnelles, sociales et relationnelles, de même que des difficultés d'intégration, d'organisation et d'adaptation dans la communauté (exemple : Échelle de fonctionnement globale sous la barre de 50 depuis un mois).
- Présenter une condition clinique et sociale dont la complexité nécessite l'intervention d'un intervenant pivot (coordination de services) et des activités de réadaptation psychosociale dans la communauté de la personne.
- Présenter un risque significatif de détérioration de la condition clinique ou sociale en l'absence de services du SIV.

En plus de la présence du diagnostic, deux questions additionnelles permettent de bien cerner la clientèle potentielle du SIV :

- La personne doit être vue dans la communauté. La clientèle SIV a besoin d'être vue dans son milieu, là où elle évolue au quotidien afin de mieux soutenir les habiletés qui sont en causes dans les difficultés d'adaptation. Souvent, elle ne se présente pas au rendez-vous planifié ou si elle se

présente, elle peut avoir de la difficulté à décrire ou exprimer sa réalité d'une façon objective ainsi que les différents enjeux affectant sa réalité quotidienne.

- La personne doit être vue à une intensité variant entre 2 et 7 fois par mois. Pour la clientèle SIV, le processus de réadaptation psychosocial demande un investissement assez important en termes de rencontres afin d'atteindre plusieurs des objectifs ciblés au plan d'intervention. Ce service n'est pas conçu pour offrir une réponse à des besoins transitoires.

Il est important de bien circonscrire la clientèle afin de garder la spécificité de l'offre de services SIV. À cet effet, certaines difficultés peuvent demander des services autres que le SIV puisque les aspects de réadaptation et de soutien seront peu présents ou reliés à des difficultés autres que la maladie mentale. Les critères suivants, relevés dans le cadre de référence du CNESM (2018) orientent vers des services autres que le SIV :

- Les personnes présentant des troubles transitoires ou situationnels.
- Les personnes présentant les problématiques suivantes sans diagnostic dominant au niveau de la schizophrénie, des troubles de l'humeur ou anxieux :
 - ✓ déficience intellectuelle
 - ✓ syndrome cérébral organique
 - ✓ toxicomanie
 - ✓ jeu pathologique
 - ✓ alcoolisme

Le fait d'avoir un diagnostic de troubles de la personnalité n'est pas un critère d'exclusion automatique au SIV. Les spécificités relatives à cette clientèle sont abordées dans la section suivante sur les troubles avec comorbidités.

PISTES D'AMÉLIORATION concernant la clientèle visée et rejointe :

- Maintenir les critères d'accès au service SIV en fonction du profil de la personne et/ou du diagnostic de trouble mental
- Continuer de rejoindre les personnes ayant des comorbidités liées à un abus de substance
- Déployer différentes stratégies pour rejoindre davantage les jeunes (lien avec équipe PEP)
- Collaborer avec les services SAPA pour les personnes qui sont en perte d'autonomie liée à des problèmes physiques et/ou au vieillissement.
- Clarifier les arrimages avec les services DI-TSA-DP afin de s'assurer d'une réponse adaptée aux besoins de la personne.

L'INTENSITÉ DU SERVICE OFFERT

La fréquence des rencontres : est généralement déterminée en fonction des besoins de la personne, de la sévérité de la problématique, de la capacité de prise en charge personnelle, du degré d'autonomie et de la disponibilité de l'intervenant (CSSS-IUGS, 2007). Elle est habituellement de 2 à 7 visites par mois dans la communauté (CNESM, 2014). Pour certaines personnes, l'intensité pourrait être augmentée afin de répondre à des besoins plus spécifiques et temporaires en fonction de l'offre de services sur le territoire.

Les intervenants devraient pouvoir offrir une rencontre par mois aux personnes en fin de service, ou celles pour qui l'équipe est en « reaching out ».

La charge de travail : Le CNESM (2014) recommande un ratio usager-intervenant de 1/16 à 1/20. Ce ratio doit tenir compte de l'étendue des territoires et des déplacements qu'elle entraîne.

PISTES D'AMÉLIORATION concernant l'intensité du service offert

Viser une intensité du service plus soutenue afin d'assurer une amélioration significative de l'état de santé des personnes

Bien départager la clientèle afin d'offrir le bon service au bon moment

LA DURÉE DU SERVICE OFFERT

Le SIV est un service offert sur une période de plusieurs mois puisque les personnes en besoins de services exigent une intervention de réadaptation sur une période prolongée. Le SIV n'a pas pour but de répondre uniquement à une situation de crise ou d'urgence. Selon le CNESM (2018), la durée de l'épisode SIV est, en moyenne, de près de deux ans.

PISTES D'AMÉLIORATION concernant la durée du service

- Diminuer la durée moyenne de service SIV à deux ans
- Informer les médecins sur cet enjeu afin d'ajuster les attentes

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

Le CNESM (2018) préconise une diversité de professionnels au sein de l'équipe SIV, que ce soit des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, des infirmiers, des éducateurs spécialisés, des ergothérapeutes, etc. Il est important de préciser que les professionnels seront tous intervenants pivots pour les personnes constituant leur charge de cas, assumant ainsi un rôle de généraliste en ce qui a trait aux activités de réadaptation psychosociale et de coordination de services. Par contre, lors des rencontres d'équipe, l'intervenant assume le rôle propre à son identité professionnelle afin de soutenir et guider les interventions de ses collègues.

Rôles et responsabilités des professionnels :

Les intervenants SIV doivent donc toucher à trois aspects centraux, soit :

1. Offrir directement des services de réadaptation psychosociale et de soutien là où la personne vit et évolue au quotidien;
2. Assurer une coordination de services avec les partenaires pertinents impliqués pour la réadaptation et le rétablissement de la personne utilisatrice;
3. Déployer des activités de dépistage afin d'identifier et d'engager la personne en besoin de service.

L'ensemble des tâches requises nécessite une planification du temps de façon à pouvoir offrir à chacune des personnes suivies une intensité de rencontres suffisante. Ainsi, dans leur planification, les rencontres individuelles et le temps de transport pour s'y rendre devraient accaparer la majorité du temps de travail.

Les intervenants du service SIV doivent déployer l'ensemble des actions ci-dessous :

1. **Offrir directement le service dans la communauté** : plus de 70 % du temps de travail doit consister à offrir des services de soutien « in vivo ». Ceci implique que la fonction première de l'intervenant est de rencontrer les personnes et de leur offrir des activités de réadaptation et de soutien. Un intervenant à temps complet travaillant 35 heures sur cinq jours devrait donc être en mesure d'effectuer, en moyenne, entre 14 et 16 contacts in vivo par semaine.
2. **Assurer une coordination de services** : les besoins des personnes suivies nécessitent régulièrement la collaboration de partenaires de la communauté, du réseau de la santé ou des proches de la personne. L'intervenant doit donc également assurer et encourager une coordination de services entre l'ensemble de ces collaborateurs, dont le médecin traitant. Cet aspect de la tâche fait référence à la fonction d'intervenant pivot, qui désigne l'intervenant SIV comme étant responsable de s'assurer que la personne reçoit l'ensemble des services nécessaires à son bien-être. Il doit viser prioritairement à utiliser les ressources déjà disponibles dans la communauté, sans se limiter à celles dédiées à la santé mentale, et aider la personne à s'y intégrer.

La coordination des services ne vise pas seulement les partenaires du réseau de la santé, mais également la personne et ses proches. L'intervenant se doit donc d'établir des liens avec les membres de la famille ou des proches. Lorsque les proches sont soutenus et aidés, ils deviennent des alliés et aident à prévenir les rechutes, à obtenir une meilleure observance du traitement pharmacologique, ainsi qu'une diminution du stress de la personne en suivi et de ses proches (Cadre de référence SIV).

3. **Offrir des activités de recherche active de la clientèle (*outreach*)** : un des éléments qui caractérise la clientèle SIV est souvent une non-reconnaissance de la maladie et de ses symptômes. Ainsi, un pourcentage de personnes en besoin de SIV ne va pas solliciter les services directement. Il est donc important pour les équipes SIV de bien faire connaître leurs services dans les milieux pouvant recevoir des personnes en besoin de SIV, que ce soit les hôpitaux, les milieux d'hébergements, les organismes communautaires, les centres locaux d'emplois, les services de sécurité publique, les milieux d'enseignements, etc. L'instabilité résidentielle et l'itinérance sont des problèmes sociaux impossibles à ignorer. Ainsi il importe également d'étendre le dépistage auprès des propriétaires de logements. Certains propriétaires peuvent entretenir des préjugés envers la maladie mentale, ce qui peut occasionner des refus de location ou des évictions. De cette façon, il serait possible d'agir avant qu'elles ne se retrouvent dans des situations précaires au niveau du logement. Une fois le logement trouvé, il est important de s'assurer que les personnes obtiendront le soutien nécessaire afin de garder leur logement.

PISTE D'AMÉLIORATION concernant la composition de l'équipe

Afin d'améliorer l'offre de services de soutien dans la communauté à l'intention des personnes qui présentent un trouble mental grave, le MSSS (2015) demande **qu'un pair aidant soit intégré dans au moins 30% des équipes de SIV.**

Pour l'ensemble des RLS de l'Estrie, les services SIV sont offerts par les équipes de santé mentale du réseau à l'exception du RLS de la Haute-Yamaska où le service est offert par l'organisme communautaire l'Autre Versant.

PISTES D'AMÉLIORATION concernant le SIV offert par l'organisme communautaire

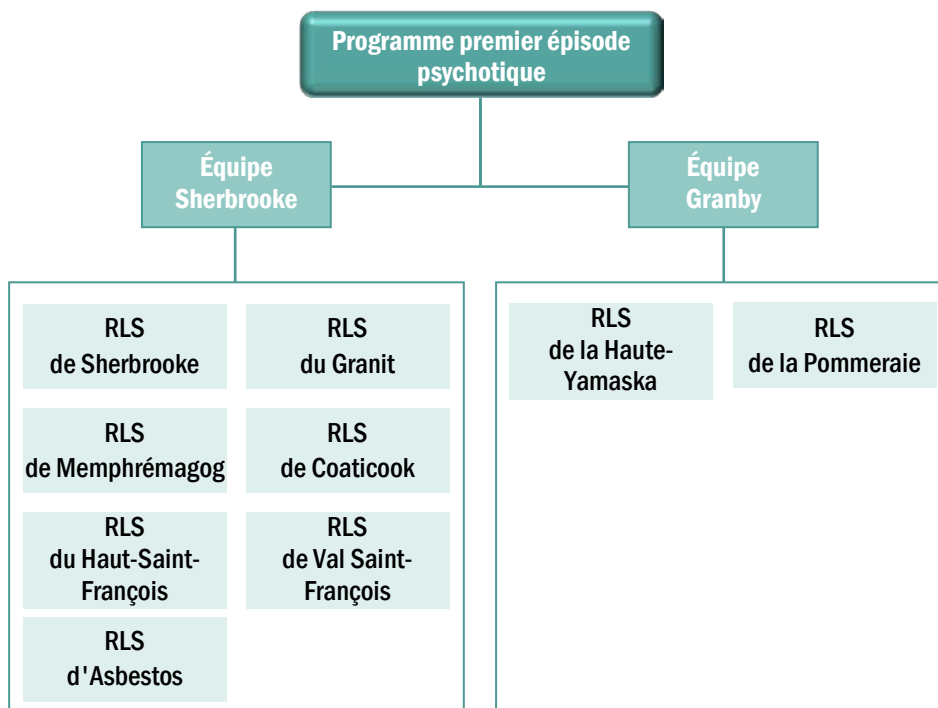
-Bonifier les liens et assurer la continuité de services entre l'organisme communautaire qui offre le SIV et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS dont le GASMAD et le SIM

SERVICES DE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ POUR LES JEUNES VIVANT UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE (PEP)

L'importance d'une détection précoce et d'une intervention rapide auprès des gens ayant un premier épisode psychotique ainsi qu'auprès des membres de leur entourage a été reconnue par de nombreuses recherches et entérinée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Suivant le plan d'action en santé mentale 2015-2020, la mesure 17 recommande précisément à chaque établissement responsable d'offrir des soins et services en santé mentale, d'implanter des services spécifiques destinés aux enfants, adolescents et jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique suivant les meilleures pratiques (MSSS, 2015). Le MSSS a élaboré un cadre de référence pour baliser l'offre de service du Programme d'intervention pour premiers épisodes psychotiques en 2017. Ce cadre donne les directives organisationnelles pour les établissements de santé et de services sociaux. Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est doté d'une offre de service qui décrit le Programme premier épisode psychotique. Vous pouvez vous y référer sur le [B. : \(à venir\)](#)

Les différentes recherches sur le sujet ont démontré l'importance cruciale d'offrir des services rapides et accessibles afin de limiter les séquelles permanentes liées à un premier épisode psychotique (Houle, 2018). La psychose se résume à l'altération du contact avec la réalité. Elle modifie les perceptions, les pensées, l'humeur, les comportements et le fonctionnement quotidien de l'individu. Elle représente un trouble majeur de santé mentale qui touche 3% de la population (MSSS, 2017). Les nouvelles données démontrent qu'il y a 45 nouveaux cas de premier épisode psychotique pour une population de 100 000 de population de 12-35 ans (MSSS, 2017). L'âge de début d'un premier épisode psychotique est en moyenne de 24 ans et l'âge médian est de 21 ans.

Le Programme d'intervention PEP est un programme spécialisé en santé mentale. Dans un souci d'uniformisation des pratiques, il se déploie au sein de deux équipes centralisées dans les deux RLS urbains du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :



À l'équipe Sherbrooke, l'équipe centrale et interdisciplinaire est située dans la ville de Sherbrooke. Pour l'ensemble des autres RLS, le modèle des équipes satellites est de mise. Ainsi, des intervenants dédiés au PEP sont rattachés aux équipes de suivi d'intensité variable (SIV) et *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT).

À l'équipe Granby, l'équipe centrale et interdisciplinaire est située dans la ville de Granby et couvre également le RLS de la Pommeraie.

CRITÈRES D'ACCÈS

- Personne de 12 à 35 ans présentant un premier épisode psychotique.
- Personne n'ayant jamais été traitée pour un épisode psychotique.
- Personne ayant été traitée durant moins de 12 mois de façon non efficace pour son épisode psychotique et qui requiert un service spécifique de cette offre de service.
- Un premier épisode psychotique sans égard à la durée ne consiste pas en soi un critère d'exclusion. Le jugement clinique primera sur l'admissibilité.

Critères d'exclusion¹ :

- Psychose secondaire à un trouble physique.
- Déficience intellectuelle modérée à sévère; la nature des besoins de la personne et la majeure constituant la problématique seront les éléments à déterminer pour les meilleurs services à offrir.
- Trouble du spectre de l'autisme; la nature des besoins de la personne et la majeure constituant la problématique seront les éléments à déterminer pour les meilleurs services à offrir.

Les références proviennent de partout, y compris l'autoréférence, via un numéro de téléphone unique et central, soit le 1 888 440-4559 ou à l'interne poste 26734 ou une requête de services professionnels ou une consultation médicale, qui doit être envoyée au Guichet santé mentale adulte et dépendance (GASMAD) de son RLS.

Le premier contact, téléphonique ou en personne, se fait dans un délai de 24 à 72 heures par le chef d'équipe. Une évaluation sommaire est faite pour déterminer l'admissibilité ou non

L'INTENSITÉ DU SERVICE OFFERT

En se basant sur le PASM 2015-2020, le ratio est de 1 intervenant pour 16 usagers. La fréquence des rencontres varie selon l'état mental et la phase de la maladie : phase aiguë, rémission précoce et rétablissement. Les rencontres peuvent aller de plusieurs fois par semaine à une fois par mois. L'intervenant se préoccupe d'organiser une réponse 24/7 pour chaque personne suivie.

¹ Les personnes ayant un diagnostic associé de toxicomanie ou de trouble de personnalité ne sont pas exclues du programme. La clientèle à ultra haut risque sera acceptée une fois que l'offre de service au PEP sera consolidée, soit environ 3 ans après la mise sur pied des activités du programme.

S'il y a rupture de suivi ou si la personne est en rétablissement depuis plusieurs mois, le dossier demeure ouvert, mais inactif. Donc, si la personne rechute ou rappelle après plusieurs mois, le suivi est immédiatement repris.

DURÉE DU SERVICE OFFERT

- La durée est flexible, mais la moyenne est de 3 à 5 ans selon le cheminement clinique et l'âge à l'admission.
- La pertinence du suivi est réévaluée tous les 18 mois.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

Les équipes de Sherbrooke et Granby sont composées de : spécialiste en activités cliniques, infirmière clinicienne, spécialiste en toxicomanie, spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolarisation et spécialiste des approches familiales et cognitive comportementale. S'ajoute à l'équipe de Sherbrooke, un assistant à la coordination professionnelle (tâches assumées par un professionnel de l'équipe) et les différents intervenants interdisciplinaires selon la structure de l'équipe dans les différents RLS. Les deux équipes peuvent aussi compter sur un psychiatre et un pédopsychiatre. Le pair aidant fait aussi partie de l'offre de service et sera intégré à l'équipe ultérieurement.

L'équipe peut aussi compter sur des professionnels consultants, désignés par l'établissement, qui ne font pas partie intégrante de l'équipe, tels que : pharmacien, psychologue, nutritionniste, médecin de famille, conseiller d'orientation.

Pour de plus amples informations, vous êtes invités à consulter l'offre de service du programme PEP sur le [B : \(à venir\)](#)

SERVICES OFFERTS

- Sensibilisation, information et lutte contre la stigmatisation : plan d'information continue auprès des demandeurs ou partenaires internes et externes. Afin de favoriser la détection précoce des premiers signes de la psychose, l'équipe PEP actualise les plans de sensibilisation et de communication destinés à la communauté et offre des activités de sensibilisation à la psychose dans la communauté en mode continue à travers le reaching out. L'équipe voit à la diffusion du programme.
- Accueil et orientation des demandes.
- Évaluation biopsychosociale.
- Lien avec le demandeur ayant dirigé la personne vers le Programme PEP, avec l'autorisation préalable de cette dernière
- Évaluation et traitement des troubles mentaux coexistants, y compris la toxicomanie.
- Intervention intensive de proximité : la fréquence des rencontres est selon les besoins de l'utilisateur et de la famille. La flexibilité de l'intervenant est de mise pour s'adapter aux horaires selon les besoins. L'horaire de l'équipe est flexible et variable.

- Intervention en situation de crise.
- *Outreach* : déplacement dans la communauté afin de faire du dépistage auprès des jeunes présentant des symptômes, mais qui n'arrivent pas à nos services par les voies régulières.
- Intervention de groupe éducatif et thérapeutique
- Intervention visant la prévention de la psychose chez la personne à risque accru de psychose.
- Soutien aux membres de la famille et de l'entourage.
- Service de réinsertion professionnelle, de retour aux études et de maintien en emploi ou aux études.
- Suivi à la suite du transfert réalisé dans les meilleurs délais en vue d'assurer la continuité des soins.

LE SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU (SIM)

« Le Suivi Intensif dans le milieu (SIM) fait partie de l'axe de soutien aux mesures d'insertion sociale. Le programme de suivi intensif en équipe est une façon d'organiser le travail d'une équipe interdisciplinaire pour qu'elle puisse donner, de façon cohérente et intégrée, des traitements psychiatriques ainsi que des services de réadaptation et de soutien à des personnes qui ont des troubles mentaux graves » (CNESM, site Web).

Une équipe de Suivi intensif remplit trois fonctions; le traitement, la réadaptation et le soutien. Le traitement vise à contrôler les symptômes. La réadaptation vise à minimiser les effets des symptômes sur le fonctionnement de la personne et accroître ses capacités dans les domaines des AVD, AVQ, AVS (emploi, utilisation du temps, loisirs, etc.) et des relations interpersonnelles. Les services de soutien incluent la représentation, la coordination, l'accompagnement, l'aide à la résolution de problèmes (soutien au logement, accompagnement, transport, etc.). Elle inclut la collaboration avec la famille et les proches. Le réseau social est souvent minime ou inexistant et la personne est souvent entourée de personnes non aidantes. La personne a donc besoin d'un appui soutenu pour se créer un réseau positif

Le suivi intensif s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave dont la condition est instable et fragile, pour laquelle le taux de prévalence est de 70 à 100 pour 100 000 de population. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin. » (CNESM, site Web). À l'annexe 2, vous trouverez un tableau qui présente les similitudes et les différences entre le SIV, le PEP et le SIM. De plus, le CNESM (2014) a produit une grille pour déterminer le niveau de soutien à offrir dans la communauté (annexe 3).

CRITÈRES D'ACCÈS

Les services de suivi intensif en équipe s'adressent à des personnes qui présentent un trouble de santé mentale grave (schizophrénie, troubles schizo-affectifs ou troubles bipolaires) et qui présentent également plusieurs des conditions suivantes :

- Sont en fin d'adolescence jusqu'au troisième âge qui souffrent d'une maladie mentale grave entraînant des symptômes et des déficits fonctionnels qui produisent de la détresse et des difficultés majeures dans le fonctionnement au quotidien (par exemple, l'emploi, les soins personnels et les relations sociales et interpersonnelles);
- Sont réfractaires au traitement psychiatrique traditionnel;
- Présentent une symptomatologie mal maîtrisée (visites fréquentes à l'hôpital);

- Ont des incapacités fonctionnelles importantes les empêchant d'accomplir les activités de la vie quotidienne de façon satisfaisante dans la communauté;
- Sont aux prises avec des problèmes de dépendances ou de comportement qui compromettent leur intégration sociale;
- Sont susceptibles de sombrer dans l'itinérance ou d'avoir des démêlés avec la justice;
- Présentent des déficits fonctionnels importants: emploi, AVQ-AVD, maintien d'un réseau social;
- Éprouvent de la difficulté au niveau de l'autonomie;
- Ont besoin d'une grande intensité de services, afin de demeurer en santé dans la communauté.

INTENSITÉ ET DURÉE DU SERVICE OFFERT

La charge de travail au sein d'un programme SIM est partagée par l'ensemble des membres de l'équipe et en interdisciplinarité. Un ratio de 1 : 9 personnes permet d'offrir l'intensité requise pour ces personnes et en mode 24/7. La personne ayant une instabilité mentale se retrouve souvent dans plusieurs situations de crise, que ce soit sociale (conflits avec l'entourage) ou monétaire (perte d'emploi, d'argent, de logement); elle se met dans des situations à risque (prostitution, vente de biens, vol à l'étalage, vente/achat de drogue ou de médicament, etc.). Ces situations de crise peuvent avoir entraîné un nombre important d'hospitalisations dans le passé.

L'horaire de travail étendu au SIM (horaire 24/7, garde) permet aux personnes d'éviter une dégradation de leur état lors de crises. La fréquence de contacts est élevée soit plus de 8 fois/mois. L'équipe peut offrir de façon intensive une moyenne de trois contacts/client/semaine ainsi qu'une durée moyenne de deux heures/client/semaine. La durée moyenne d'un épisode services SIM est de 5 ans. En effet certaines personnes devront être suivies par l'équipe pendant de nombreuses années afin de maintenir leur engagement et participation au traitement.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

L'équipe de suivi intensif comprend un psychiatre ou, si aucun psychiatre n'est disponible, un médecin omnipraticien avec une expertise en psychiatrie. L'équipe doit inclure au moins deux infirmiers, différents professionnels pouvant assumer des fonctions tels que : chef d'équipe, spécialiste en toxicomanie, spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et un pair aidant.

L'état mental instable de la personne augmente parfois le niveau de risque que la personne présente envers elle-même ou les autres. Elle nécessite un suivi serré, autant médical que psychosocial. L'augmentation du nombre de rencontres par semaine, ainsi qu'une communication efficace entre les membres de l'équipe interdisciplinaire (rencontres quotidiennes, hebdomadaires, coordination par un chef d'équipe) sont des éléments essentiels pour diminuer ce niveau de risque

Le travail de suivi intensif exige plusieurs compétences professionnelles, caractéristiques et qualités personnelles notamment :

- Autonomie et initiative
- Flexibilité
- Énergie et ténacité
- Empathie, croire au potentiel de réadaptation de la clientèle
- Capacité de travailler en équipe
- Adhésion aux principes et à la philosophie de modèle d'intervention axé sur le rétablissement.

Rôles et responsabilités des professionnels:

De par sa diversité d'expertises et son interdisciplinarité, l'équipe peut offrir toute une gamme de services et d'activités s'inscrivant dans un plan d'intervention axé vers le rétablissement afin de répondre aux besoins de la clientèle dans les différentes sphères de leur vie. Ainsi, une équipe SIM pourra mettre en place des activités de :

- suivi de la santé physique de la personne et des effets secondaires liés à la médication;
- d'enseignement sur la maladie ;
- gestion de la médication de la personne, car celle-ci, volontairement ou non, peut oublier de prendre des doses. La personne peut avoir besoin de soutien afin de s'assurer que le traitement médical soit optimal;
- gestion des avoirs financiers. L'équipe peut assurer un soutien pour le respect du budget, du paiement des comptes, de la négociation avec les créanciers, etc. Ce soutien peut être de nature volontaire ou non, mais la participation de la personne doit être encouragée. Certaines auront besoin d'un régime de protection (curatelle ou tutelle);
- soutien au niveau des activités de vie quotidienne (AVQ);
- d'aide au logement;
- d'aide à l'emploi. La présence d'un spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle permet à la personne de sentir un appui soutenu dans ses démarches et d'assurer des liens entre elle et le milieu (adaptation des processus d'embauche, de l'horaire de travail, etc.);
- d'intervention auprès des personnes significatives. L'équipe peut jouer un rôle de médiation entre le client et le propriétaire, famille, colocataire, voisin, etc. Certaines personnes, sans un soutien important, se retrouveront en situation d'itinérance ou d'expulsion;
- d'accompagnement aux rendez-vous médicaux;
- gestion des besoins spécifiques par la présence de spécialistes intégrés à l'équipe tels qu'un spécialiste en toxicomanie,
- Etc.

PISTES D'AMÉLIORATION pour le SIM

Afin d'améliorer l'offre de services de soutien dans la communauté à l'intention des personnes qui présentent un trouble mental grave, le MSSS (2015) demande **qu'un pair aidant soit intégré dans 80% des équipes de SIM.**

LE FLEXIBLE ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (FACT)

Le modèle FACT s'adresse aux milieux ayant une population entre 20 000 et 50 000 habitants. Ce modèle sera déployé sur deux RLS du territoire du CIUSSS- de l'Estrie- CHUS : Memphrémagog et La Pommeraiie. Selon le CNESM (2016 :3): « Le modèle FACT reprend l'ensemble des éléments SIM et SIV au niveau de leurs pratiques cliniques. Les intervenants d'une équipe FACT ont la responsabilité des charges cliniques SIM et SIV de leur territoire ». Ce modèle permet donc d'assurer une réponse plus adaptée aux besoins de la clientèle qui requiert des services intégrés à une équipe et à une plus grande intensité. Il contribue à les maintenir dans leur communauté.

L'équipe « FACT » utilise une approche flexible variant selon le niveau et l'intensité de soins requis. Une seule équipe interdisciplinaire prend en charge la clientèle du territoire et se déploie directement dans le milieu où la clientèle réside. Les intervenants de l'équipe sont présents sur le terrain et accompagnent la personne afin de

la soutenir et développer les habiletés nécessaires à une plus grande autonomie, que ce soit par exemple pour la recherche d'un appartement, ou autres démarches dans la communauté (CNESM, 2016).

CRITÈRES D'ACCÈS

La clientèle visée par l'équipe correspond aux critères du SIM et du SIV, soit des personnes présentant un trouble mental grave, ayant des besoins de réadaptation ou des difficultés de fonctionnement compromettant leur intégration sociale. Quant à la clientèle aux prises avec un trouble de la personnalité, elle n'est pas exclue si elle présente un besoin de réadaptation et de soutien important in vivo et visant à structurer les besoins de base. La clientèle regroupe des personnes avec des besoins différents; deux profils distincts se dégagent au sein de l'équipe :

- Le premier profil est constitué de ceux pour qui l'équipe doit offrir en priorité le traitement dans le milieu, qui exigent une grande intensité de contact à laquelle un intervenant seul peut difficilement répondre (profil SIM). Entre 20% et 25% de la charge de travail de l'équipe.
- Le deuxième profil met l'accent sur des besoins de réadaptation psychosociale et de coordination de services (profil SIV). 75% à 80% de la charge de travail de l'équipe.

L'INTENSITÉ DU SERVICE OFFERT

Fréquence des rencontres :

La fréquence des rencontres varie selon que la personne requiert un service de type SIV ou SIM.

Le service FACT se déploie selon un horaire flexible et étendu. Afin d'assurer une présence adaptée aux besoins de la clientèle, du personnel de garde est en place les samedis et jours fériés.

Charge de travail des intervenants :

Les intervenants de l'équipe FACT ont la responsabilité des charges cliniques SIM et SIV du territoire. Le ratio de cette équipe se situe **entre 1:13 et 1:15 usagers**

PISTES D'AMÉLIORATION concernant le FACT

Le comité opérationnel SIM-SIV souhaite que le territoire puisse bénéficier de deux équipes FACT dans les RLS de Magog et de La Pommeraiie

DURÉE DU SERVICE OFFERT

La durée de service pour une personne desservie selon un programme SIV sera d'une moyenne de 2 ans et de 5 ans pour le programme SIM. Certaines personnes devront être suivies à plus long terme, afin d'assurer la compliance au traitement.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

Un minimum de 5 ETC est nécessaire pour former une équipe FACT, dont minimalement 2 infirmières. De plus, un médecin doit collaborer avec l'équipe puisqu'il deviendra le médecin traitant pour l'ensemble des personnes de profil SIM. L'apport de plusieurs professionnels est essentiel avec une variété de disciplines; travailleurs sociaux, psychoéducateurs, dont un pair aidant, un spécialiste en dépendance et un spécialiste en intégration socioprofessionnelle. L'équipe peut aussi compter sur la présence d'un chef d'équipe (coordination des activités de l'équipe FACT). Un nombre plus élevé d'intervenants permet d'intégrer l'ensemble des éléments du modèle SIM.

Rôles et responsabilités des professionnels :

Intervenant pivot : il assure une réponse aux besoins de réadaptation psychosociale de la clientèle selon le modèle d'intervention SIV.

L'équipe : les professionnels de l'équipe FACT se déploient selon le programme SIM pour la clientèle qui requiert une intensité plus grande et un traitement dans la communauté.

« Une vigilance accrue est nécessaire pour s'assurer d'offrir la bonne intensité de services et favoriser le développement de l'autonomie. L'évaluation des besoins de la personne ainsi que son projet de vie détermineront les moyens mobilisés par l'équipe FACT » (Réponse clinique aux profils Suivi intensif et Suivi d'intensité variable en contexte de faible densité populationnelle, Le FACT, CNESM).

DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS

Les intervenants offrant ces mesures de soutien doivent avoir un regard sur la personne dans sa globalité, la voir en reconnaissant ses forces ainsi que son potentiel de développement et de rétablissement.

PROFIL DE COMPÉTENCES

- Capacité pour l'écoute, l'empathie, les échanges significatifs et la circulation de l'information.
- Intérêt marqué pour travailler avec la clientèle au sein de la communauté.
- Initiative et autonomie professionnelle.
- Capacité à intervenir en situation de crise
- Bon jugement clinique, maturité et capacité d'adaptation
- Capacité de priorisation et d'organisation du travail
- Capacité de travailler en interdisciplinarité avec les autres membres de l'équipe.

- Croire au potentiel de réadaptation et de rétablissement des personnes souffrant de problème de santé mentale grave.
- Capacité à s'adapter au changement

PLAN DE FORMATION

Pour actualiser une offre de services harmonisés, un plan de formation permanente suivant est proposé. Les intervenants au SIV au SIM, FACT et au PEP travaillent dans diverses situations complexes. Cela leur demande des expertises multiples et les besoins de formations sont grands. Il est essentiel qu'un programme de formation continue leur soit offert et qu'ils y soient engagés. Le plan de développement des ressources humaines s'inscrit dans cette vision et prévoit notamment:

Des formations pour le personnel œuvrant au sein de la Direction Santé Mentale et Dépendance telles que :

- Entretien motivationnel,
- Approche cognitivo comportementale (l'ACT, thérapie d'acceptation et d'engagement)
- Approche qui soutient la notion du rétablissement
- Approche par les forces
- Lutte à la stigmatisation
- Intervention auprès des personnes suicidaires

Des formations spécifiques pour les professionnels des équipes SIV-SIM-FACT-PEP:

La formation des intervenants vise à transmettre la conviction profonde que les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants ont la capacité de se maintenir et de s'épanouir dans la communauté avec une qualité de vie décente, si elles reçoivent l'aide et les moyens nécessaires pour le faire. Elle vise également à permettre aux participants de développer les connaissances de base et les habiletés requises à l'exercice de son rôle au sein d'un programme de SIV, SIM, FACT ou PEP. À titre d'exemple, mentionnons :

- Modèle IPS (*Individual Placement and Support*)
- Formations de base SIV, SIM, PEP et FACT offertes par le CNESM
- De plus, il est important de spécifier que le soutien clinique est un incontournable. Il permet l'application de ce cadre de référence, le soutien aux professionnels et la cohérence des interventions.

REDDITION DE COMPTE ET SUIVI

La notion de reddition de compte fait aussi référence à la performance d'une équipe à donner des soins et des services de qualité, de façon continue et efficace. **Le premier objet de notre intervention se doit d'être une réponse au requis de services d'une personne** et ce au bon moment, par le bon intervenant dans le bon service. C'est pourquoi dans cette offre de service il devient important pour la DPSMD de bien identifier ce qui est attendu par les gestionnaires et les équipes d'intervenants et ce qui devra faire l'objet d'une reddition de compte et d'un suivi par la direction. Ce suivi régulier permettra ainsi de trouver des solutions efficaces à la réponse aux besoins des personnes, mais aussi de soutenir et d'accompagner les équipes de gestionnaires et d'intervenants dans une démarche d'amélioration continue et d'innovation pour ainsi offrir des services adaptés et ajustés à réalité des RLS du territoire. Il importe donc de bien cibler ce qui fera l'objet d'un suivi

pour les services spécifiques de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de *flexible assertive community treatment* (FACT) :

1) Reddition de compte en fonction des nouveaux investissements

À compléter par le gestionnaire :

- a) Compléter à chaque période administrative le tableau d'actualisation des postes avec le statut du poste (ETC postes créés et comblés ou, ETC créés, mais vacants se référer au - B:\DPSMD\19-CADRES\RESSOURCES HUMAINES\Actualisation - Postes).
- b) Remplir le formulaire GESTRED 31500 aux périodes suivantes : P3-P5-P8-P13.
 - Un rappel vous sera envoyé par courriel avant la date de saisie.
 - À noter que l'adjointe au directeur s'assure que le gestionnaire a ses codes d'accès GESTRED et comprend la procédure de saisie de données.

2) Reddition de compte annuelle

- a) À remplir une fois par année, soit à la P13, le formulaire GESTRED 10333.
 - Un rappel vous sera envoyé par courriel avant la date de saisie.
 - À noter que l'adjointe au directeur s'assure que le gestionnaire a ses codes d'accès GESTRED et comprend la procédure de saisie de données.

3) Suivi d'indicateurs

Intervenants :

- Les intervenants s'assurent de saisir leurs statistiques dans le bon centre d'activité :
 - SIM : 5941
 - SIV/FACT : 5942
 - PEP : 6330
- Les interventions doivent être réalisées dans la communauté.
- Le nombre d'interventions doit se situer entre :
 - SIM : 8 fois et plus par mois (ou période)
 - SIV : 2 à 7 fois par mois (ou période)
 - FACT : un épisode FACT demande une moyenne de 3 rencontres / semaine pour les personnes à profil SIM et 1 à 7 fois / mois pour les personnes à profil SIV
 - PEP : fréquence variable selon la situation clinique allant de plusieurs fois par semaine à 1 fois/mois ou moins
- Délais d'attente : entre l'AAOR et le GASMAD = 10 jrs Entre le GASMAD et le début de l'intervention 30 jrs. Retour au référent 7 jrs
- Le nombre de places par intervenant se situe :
 - SIM : 1/8 à 1/10
 - SIV : 1/16 à 1/20
 - FACT : 1/13 à 1/15
 - PEP : 1/16

CONCLUSION

Ce document se veut utile et facile d'utilisation pour les gestionnaires et les équipes concernées par ces offres de services. La direction santé mentale et dépendance souhaite qu'il vous serve d'aide mémoire afin de maintenir une offre de services fluide, de qualité et continue à l'intérieure de la «grande trajectoire» santé mentale et dépendance. Il s'agit d'une offre de services harmonisée pour l'ensemble des personnes qui requièrent nos services.

Une offre de services de qualité doit aussi s'assurer que les informations issues des services rendus correspondent bien à ce qui est attendu en terme de demande de services, mais aussi en terme de performance. Pour la direction santé mentale et dépendance, performance et qualité vont de paire, car l'une contribue au bénéfice de l'autre. C'est pour cette raison que ce document comporte également une section sur la reddition de compte. Ainsi, sachez que peu importe la place que vous occupez dans la direction santé mentale et dépendance, votre apport est nécessaire à l'actualisation de cette offre de service.

Ce document est évolutif et peut donc être mis à jour en fonction de l'évolution des besoins et des connaissances sur les bonnes pratiques. Les commentaires des gens qui actualisent ces offres de services, ainsi que la rétroaction des usagers sont importants pour nous permettre de le garder à jour.

Merci beaucoup à tous!

ANNEXES

The background features a light teal gradient with several overlapping, semi-transparent geometric shapes. A prominent shape is a large, rounded square or rectangle with a thick teal border. To the left, there is a vertical rectangular area filled with a fine, white, diagonal hatched pattern. In the bottom left corner, there are several overlapping, semi-transparent circles and arcs in shades of teal and light green.

Annexe 1 : SIM-SIV-PPEP : Les similitudes et les différences (CNESM)



Annexe 4

SIM-SIV-PPEP : Les similitudes et les différences

Les similitudes :

- Personnes souffrant de troubles psychotiques graves
- Travail in vivo dans la communauté
- Représentation de la personne afin d'obtenir des services dans la communauté
- Le PI est centré sur les forces de la personne
- La personne est au centre des décisions lors de l'élaboration du PI

Les différences :

Suivi intensif	Suivi d'intensité variable	PPEP
Équipe de traitement avec psychiatre/infirmière	L'intervenant n'offre pas le traitement. Il travaille en collaboration avec les équipes traitantes.	Équipe de traitement avec psychiatre/infirmière
La charge de travail est partagée par l'ensemble des membres de l'équipe (interdisciplinarité)	Les suivis sont effectués par un intervenant pivot qui accompagne vers les services dans la communauté	Les suivis sont principalement effectués par le case manager avec l'appui de l'équipe de spécialistes
Ratio bas (1 :8-10)	Ratio de 1 : 16 à 20	Ratio 1 : 16
Services disponibles 24/7	L'intervenant SIV se préoccupe d'organiser une réponse 24/7 pour chaque personne suivie	L'intervenant PEP se préoccupe d'organiser une réponse 24/7 pour chaque personne suivie
Fréquence de contacts élevée, 2 à 15 fois par semaine	Fréquence variant de 2 à 7 fois par mois	Fréquence variable selon la situation clinique (de plusieurs fois par semaine à 1 fois/mois ou moins)
Recherche active des personnes en besoin de SI	Stratégie de proaction	Recherche active des personnes en besoin PEP
Accent sur la gestion des symptômes actifs et résolution de problèmes au quotidien	Accent sur la réadaptation, le soutien et les accompagnements	Accent à la fois sur la gestion des symptômes actifs et la réadaptation
Expertise toxicomanie et socioprofessionnelle dans l'équipe	Collaboration et coordination avec les ressources disponibles dans la communauté	Expertise toxicomanie, familiale, socioprofessionnelle dans l'équipe
Soutien offert tant que cliniquement indiqué (+ ou - 5 ans)	Épisodes de service (en moyenne + ou - 2 ans)	Épisodes de service d'environ 3 ans

CNESM : GRILLE POUR DÉTERMINER LE NIVEAU DE SOUTIEN À OFFRIR DANS LA COMMUNAUTÉ

Le plan d'action en santé mentale (2005-2010) vise à offrir des services de soutien et d'intégration dans la société aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les services de soutien déployés visent à aider la personne suivie à acquérir un niveau de fonctionnement autonome optimal dans la communauté. L'intensité des services offerts variera selon les besoins de la personne et sa situation. La durée pourra s'échelonner sur des périodes de temps variables (épisodes de services) en fonction du niveau de traitement, de réadaptation et de soutien nécessaire. En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié des lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté, soit le suivi intensif, le soutien d'intensité variable et le soutien de base non intensif, nommé soutien léger dans ce document. Ces mesures de suivi et de soutien dans la communauté ont pour mandat de répondre aux besoins exprimés ou ciblés (ce qui peut nécessiter de la proaction) des individus, en évitant de créer des dépendances négatives ou contraires aux buts recherchés, qui sont le rétablissement et l'autonomie des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les intervenants offrant ces trois mesures de soutien doivent avoir un regard sur la personne dans sa globalité, la voir en reconnaissant ses forces ainsi que son potentiel de développement et de rétablissement.

Cette grille est inspirée de la grille de Denver (Sherman et Ryan, 2008), et elle a été bonifiée par les conseillers du CNESM ainsi que par l'équipe de gestion du CSSS de la Vieille-Capitale, à Québec. Cette grille ne vise pas à se substituer au jugement clinique des équipes, mais à bonifier la discussion afin de déterminer le niveau de services à offrir aux personnes en besoin de suivi dans la communauté.

Besoins	Autonomie visée	Soutier léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
Participation aux rendez-vous	La personne se présente seule ou de façon autonome à chacun de ses rendez-vous depuis plus de trois mois.	La personne peut avoir besoin d'aide et d'accompagnement pour une situation exceptionnelle ou lors d'un changement d'endroit pour les rendez-vous.	La personne a besoin d'aide pour se rendre à certains rendez-vous. Sans accompagnement, elle ne se rend pas toujours à ses rendez-vous, ou elle n'en voit pas la pertinence, ou elle peut manifester des comportements perturbateurs ou inadéquats lors du rendez-vous (ex. : injection, prise de sang, rencontre avec un médecin...).	La personne ne se rend pas à la majorité de ses rendez-vous sans recevoir aide, accompagnement et assistance. Elle a besoin d'une équipe qui agit parfois à sa place et a besoin d'être accompagnée dans l'acquisition de son autonomie. La présence d'un psychiatre dédié à l'équipe SI, qui peut se déplacer au domicile des usagers, permet une proaction (ou « reaching out ») plus importante.

Besoins	Autonomie visée	Soutier léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
Prise de médication	La personne prend seule et de façon autonome sa médication comme prévu depuis plus de trois mois.	Autonomie presque complète. La personne peut avoir besoin d'aide s'il y a un changement de médication.	La personne a besoin d'aide pour prendre sa médication telle que prescrite ou pour obtenir un traitement optimal. (Exemples : elle ne comprend pas comment utiliser son pilulier, elle est incapable d'aller à la pharmacie ou à son injection, elle a besoin de soutien pour expliquer les effets secondaires ou indésirables de sa médication à son médecin.)	L'équipe doit assurer la distribution de la médication de la personne, car celle-ci, volontairement ou non, oublie régulièrement des doses. La personne a besoin plusieurs fois par semaine qu'une équipe (comprenant un psychiatre) s'assure que le traitement médical est optimal et est bien suivi, tel que prescrit, afin de diminuer la détresse émotionnelle ainsi que les symptômes de la maladie. La présence d'infirmières intégrées à l'équipe favorise le suivi des effets secondaires, l'enseignement et le suivi de la santé physique de la personne.
Logement	La personne démontre une stabilité de plus de trois mois pour garder et entretenir son logement.	La personne a besoin de supervision mensuelle ou à tous les deux mois pour s'assurer que les acquis sur le plan de l'entretien soient conservés.	La personne a besoin d'aide pour garder son logement : sans aide, le logement risque de devenir insalubre, il y a des risques pour le feu ou des problèmes de sécurité (porte pas verrouillée); elle risque d'être expulsée, car les paiements sont en retard ou pas faits, ou à cause de difficultés avec les autres locataires.	Problématique sérieuse relativement au logement, que ce soit pour l'entretien, la sécurité ou la stabilité. Certaines personnes, sans un soutien important, se retrouveront en situation d'itinérance ou d'expulsion. L'équipe peut également jouer un rôle de médiation entre le client et le propriétaire, colocataire, voisin, etc.

Besoins	Autonomie visée	Soutier léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
Vie quotidienne et domestique	La personne répond à ses besoins de base sur le plan de ses AVD/AVQ depuis plus de trois mois.	La personne a encore besoin d'une visite mensuelle ou aux deux mois pour apprendre ou maintenir des acquis afin d'être pleinement autonome sur le plan de ses AVD/AVQ.	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour combler ses besoins de base : aller à l'épicerie, préparer des repas, hygiène personnelle, s'habiller de façon appropriée selon les circonstances (température, événements).	Plusieurs enjeux et défis en regard de ses besoins de base. La personne n'est pas en mesure de se débrouiller de façon autonome sans un soutien important de l'équipe traitante. L'équipe peut être obligée de se placer dans un rôle de substitution (faire-pour) temporairement, le temps que le client reprenne graduellement son autonomie.
Gestion financière	La personne gère sans difficulté son argent depuis plus de 3 mois.	La personne a besoin d'une aide occasionnelle pour maintenir une saine gestion budgétaire (situations exceptionnelles, dépenses imprévues).	La personne a besoin de soutien pour l'aider à gérer son argent : paiement des comptes, gestion des dettes, priorisation des dépenses. Elle a besoin d'être encouragée et soutenue à utiliser les ressources du milieu pour la gestion de ses finances; elle pourrait avoir besoin d'accompagnement pour les premières rencontres.	Peu d'acquis sur le plan de la gestion financière. Le client présente des déficits importants obligeant l'équipe à assurer un soutien pour le respect du budget, du paiement des comptes, de la négociation avec les créanciers, etc. Ce soutien peut être de nature volontaire ou non, mais la participation du client doit être encouragée. La personne peut avoir besoin d'un régime de protection (curatelle ou tutelle).

Besoins	Autonomie visée	Soutier léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
Abus de substances	La personne ne consomme pas de drogues ou d'alcool de façon abusive depuis plus de 3 mois.	La personne a besoin d'aide pour prévenir les rechutes occasionnelles. La consommation entraîne des problèmes mineurs.	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour aller chercher et intégrer des ressources d'aide pour les problèmes de consommation. Les rechutes sont fréquentes et peuvent entraîner des problèmes majeurs comme une perte d'emploi, de logement et des difficultés sociales.	Les symptômes de la maladie sont très présents et rendent difficiles la stabilisation du traitement et la fréquentation de ressources d'aide. L'équipe de traitement comprend un spécialiste en toxicomanie qui peut assurer une aide personnalisée afin de faire cheminer la personne relativement à ses problèmes d'abus de substance, selon une approche basée sur l'entrevue motivationnelle. Le client peut profiter également d'une offre de groupe proposée directement par l'équipe.
Danger pour soi et pour les autres (crises suicidaires ou situations d'agressivité élevée)	La personne réussit à bien gérer les situations de crise depuis plus de 3 mois.	La personne peut éprouver des difficultés passagères nécessitant soutien et écoute reliées à des idées suicidaires ou à des difficultés dans les relations sociales.	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour l'aider à gérer ses crises. Il peut s'agir d'idéation suicidaire ou de désorganisation pouvant mener à une hospitalisation, de l'agressivité dirigée vers les autres ou des comportements sociaux inadéquats.	L'état mental instable de la personne augmente parfois le niveau de risque que la personne présente envers elle-même ou les autres. Elle nécessite un suivi serré, autant médical que psychosocial. L'augmentation du nombre de rencontres par semaine, ainsi qu'une communication efficace entre les membres de l'équipe interdisciplinaire (rencontres quotidiennes, hebdomadaires, coordination par un chef d'équipe) sont des éléments essentiels pour diminuer ce niveau de risque.

Besoins	Autonomie visée	Soutier léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
Situations de crises (crises psychosociales : perte d'emploi, rupture amoureuse, difficultés relationnelles)	La personne est en mesure de gérer et de trouver des solutions aux situations de crise depuis plus de 3 mois.	La personne peut avoir besoin d'une aide occasionnelle dans son milieu pour gérer une situation inattendue (perte d'emploi, rupture amoureuse, décès...).	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour l'aider à résoudre des situations de crise, que ce soit des conflits avec ses voisins ou son propriétaire (patron), des comportements à risque (prostitution, vente de biens), ou une situation inattendue (perte d'emploi, rupture amoureuse...).	La personne ayant une instabilité mentale se retrouve souvent dans plusieurs situations de crise, que ce soit sociale (conflits avec les gens qui l'entoure) ou monétaire (perte d'emploi, d'argent, de logement); elle se met dans des situations à risque (prostitution, vente de biens, vol à l'étalage, vente/achat de drogue ou de médicaments...). Ces situations de crise peuvent avoir entraîné un nombre important d'hospitalisations dans le passé. L'horaire de travail étendu au SI (horaire 24/7, garde) permet aux personnes d'éviter une dégradation de leur état lors de crises.
Activités de vie significatives (loisirs, travail, sport, bénévolat)	La personne participe à des activités de vie significatives depuis plus de 3 mois.	La personne a besoin d'un soutien ponctuel pour conserver ses activités de vie significatives, que ce soit les loisirs, le bénévolat, les études ou le travail (exemple : aide ponctuelle lors de situations de stress comme les examens de fin de trimestre ou un changement d'emploi...).	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour trouver et intégrer des activités de loisir, de bénévolat ou concevoir un projet de retour au travail ou aux études.	La personne a très peu d'activités de loisirs ou d'occupation de son temps. L'équipe pourra l'accompagner dans le développement d'activités de loisirs et pourra aborder avec elle la question d'un retour sur le marché du travail, aux études ou à une occupation comme le bénévolat. La présence d'un spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle permettra à la personne de sentir un appui soutenu dans ses démarches et d'assurer des liens entre elle et le milieu (adaptation des processus d'embauche, de l'horaire de travail, détection des sources de tensions...).

Besoins	Autonomie visée	Soutier léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
Reconnaît les signes précurseurs d'une rechute	La personne reconnaît ses zones de vulnérabilité et agit en conséquence (mise en place et respect du plan de rétablissement) depuis plus de 3 mois.	La personne présente une condition de santé mentale généralement stabilisée. Elle peut cependant avoir encore besoin de soutien ponctuel afin d'actualiser l'ensemble des éléments du plan de rétablissement.	La personne reconnaît partiellement ou nie les signes précurseurs d'une rechute : la personne a besoin d'aide pour reconnaître ce qui la rend anxieuse ou dépressive et pour trouver des moyens afin d'aller mieux (mise en place d'un plan de rétablissement).	La personne est surtout en besoin d'apprentissage afin d'arriver à stabiliser son état mental et à trouver un mieux-être par rapport aux symptômes que cause le trouble mental grave. L'apport d'un pair aidant impliqué directement dans l'équipe peut favoriser l'acquisition des moyens nécessaires et utiles pour vivre avec son trouble mental.
Un projet de vie qui exige de la réadaptation	Les objectifs du projet de vie sont poursuivis depuis plus de 3 mois (ex. : travail, relation d'amitié...).	La personne a besoin d'une aide occasionnelle pour l'aider dans l'actualisation de son projet de vie.	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour trouver un projet de vie et le concrétiser. Cela peut être sur le plan social, du travail (retour aux études), de la santé physique (bien manger)...	La personne a besoin de soutien afin qu'elle s'approprie le désir d'éviter les hospitalisations et d'acquiescer une stabilité dans les différents domaines de sa vie. Ce projet de vie devrait servir de base pour la rédaction du plan d'intervention individualisé.
Réseau social significatif et aidant	Un réseau social significatif et aidant est en place depuis plus de 3 mois.	La personne nécessite de l'aide pour garder actif et présent son réseau social significatif ainsi que pour maintenir des liens sains avec ses proches.	La personne a besoin d'aide pour développer un réseau social aidant. Les gens du milieu qui entrent en contact avec la personne ont besoin de mesures de soutien et d'éducation afin de pouvoir l'aider dans son projet de rétablissement.	Le réseau social est souvent minime ou inexistant. La personne est parfois entourée de personnes non aidantes (amis consommateurs, se fait abuser...). La personne a besoin d'un appui soutenu pour se créer un réseau positif.

CNESM : 7 octobre 2013

RÉFÉRENCES

AMADOR, X. (2010). *I'm not sick, I don't need help! How to help someone with mental illness accept treatment. 10th Anniversary Edition*. Vida Press: New York.

Association des hôpitaux du Québec (AHQ) (2000). *Cadre de référence Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, 44 pages.

CIUSSS de l'Estrie-CHUS (2018). *Programme premier épisode psychotique – offre de service et cadre clinique*,

Direction des programmes santé mentale et dépendance et Direction du programme jeunesse, version de travail du 14 mai 2018, 29 pages

CIUSSS de l'Estrie-CHUS (2017). *Faits saillants concernant la santé de la population de l'Estrie et de ses territoires*, Direction de santé publique, 36 pages.

CIUSSS de l'Estrie-CHUS (2015). *Portrait des troubles mentaux sur le territoire de Sherbrooke : prévalence, mortalité et utilisation des services*, Direction de santé publique, 9 pages.

CNESM (2018). *Cadre de référence Soutien d'intensité variable (SIV). Modalités d'application et pratiques cliniques*. Avril 2018. 47 pages.

CNESM (2016). *Réponse clinique aux profils Suivi intensif et Suivi d'intensité variable en contexte de faible densité populationnelle, Le FACT*, 20 pages.

CNESM (2014). *Grille pour déterminer le niveau de soutien à offrir dans la communauté*, 6 pages.

CSSS-IUGS (2007). *Cadre de référence Une valeur ajoutée pour les adultes ayant des troubles mentaux :Le suivi à intensité variable dans la communauté*, Direction des services généraux et des programmes spécifiques aux personnes adultes (DSGPSA), 22 pages.

HOULE, A. et BACQUES-DION, C. (2018). *Définition du premier épisode psychotique (PEP), prévalence, recension des écrits sur les facteurs de risque associés et les conséquences possibles sur les patients et leur famille*, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale aux enfants, adolescents et adolescentes et aux jeunes adultes, 2018

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2017). *Cadre de référence Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)*, 56 pages.

MSSS (2015). *Plan d'action en santé mentale (PASM), Faire ensemble et autrement*, 79 pages.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, novembre 2002, 29 pages.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

