

communauté

accompagnement

rétablissement

Soutien d'intensité variable (SIV) en santé mentale

Cadre de référence régional

Avril 2007



santé mentale

Plan d'action en santé mentale 2005-2010

La force des liens

Québec 

communauté
accompagnement
rétablissement

Soutien d'intensité variable (SIV) en santé mentale

Cadre de référence régional

Avril 2007



santé mentale

Plan d'action en santé mentale 2005-2010
La force des liens

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

Québec 

Conception

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

Rédaction

Équipe santé mentale

Secrétariat

Carole Babin

Graphisme

Acolyte Communication

Dépôt légal – 2007

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 978-2-89340-149-2

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but
d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Le 19 mars 2007

Objet : Santé mentale — Cadre de référence régional pour le soutien
d'intensité variable (SIV).

Madame,
Monsieur,

C'est avec fierté que je vous envoie le *Cadre de référence régional pour le soutien d'intensité variable (SIV)*. Je vous invite à le distribuer aux membres concernés du personnel de votre établissement et à vos partenaires impliqués.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a identifié la santé mentale comme étant l'une de ses grandes priorités. Son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM)* a précisé sa vision et diverses modalités de l'organisation des services. Le renforcement de la première ligne en santé mentale constitue un enjeu majeur du PASM. À ce sujet, le SIV s'avère une pièce maîtresse de la nouvelle offre de service.

Suite à des travaux menés depuis l'hiver 2006, l'Agence a élaboré ce document qui servira désormais de cadre de référence applicable dans la région eu égard au soutien d'intensité variable. Il vise à donner une compréhension commune de la nature, du fonctionnement et des objectifs de cette approche novatrice. Rappelons que le besoin d'un tel cadre commun a rapidement émergé de rencontres entre l'Agence et les directeurs de santé mentale des CSSS et du CHRTR. Des gestionnaires et des professionnels de ces organisations ont été mis à contribution pour le développer avec l'Agence. Je souligne aussi que le document a fait l'objet d'une consultation auprès des établissements, des représentants des organismes communautaires oeuvrant en santé mentale et de la Table régionale en psychiatrie regroupant notamment tous les chefs de département de la région.

Les activités du SIV sont exercées au sein des équipes de santé mentale de première ligne destinées aux adultes, de chacun des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région. Les personnes souffrant d'un trouble mental grave constituent sa clientèle cible. Essentiellement, le SIV s'acquitte de deux rôles auprès des personnes qui bénéficient de son appui. D'une part, l'intervenant agit à titre de « *case manager* » qui assume une fonction de coordination de services. D'autre part, ce même intervenant favorise le rétablissement de la personne via des activités de réadaptation psychosociale.

J'attire votre attention sur le fait que le SIV suppose un changement important de pratique. Il consacre une « *communautarisation* » des soins dans un réseau local de services. Consciente du défi que représente un tel changement de paradigme pour les intervenants et les gestionnaires touchés, l'Agence est à élaborer un programme régional de formation qui leur sera proposé au cours de la présente année. Il visera à les outiller pour assumer leurs nouvelles responsabilités. Également, il donnera du sens à une pratique clinique fort différente de ce que beaucoup d'entre eux ont connu à ce jour.

L'implantation du SIV est une opportunité unique pour les CSSS d'appliquer les principes à la source du PASM et de consolider une cohésion sociale autour de leur projet clinique. Il s'insère donc parfaitement dans le rationnel de la mise en place de réseaux locaux de services. J'invite les différentes directions des établissements à promouvoir auprès de leurs équipes la logique du changement en cours dans le domaine de la santé mentale. En particulier, je compte sur vous pour faciliter la collaboration entre les partenaires concernés par le SIV qui se veut un mécanisme important d'intégration de soins et services sur un territoire.

Veillez accepter, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président-directeur général par intérim



Jean-Denis Allaire

TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE	6
2	QUELQUES DÉFINITIONS	6
	2.1 L'INTERVENANT PIVOT.....	6
	2.2 SOINS PARTAGÉS.....	7
	2.3 LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE.....	7
	2.4 L'APPROPRIATION DU POUVOIR (EMPOWERMENT)	9
	2.5 LE RÉTABLISSEMENT.....	10
	2.6 TROUBLE MENTAL GRAVE	11
3	SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE : PERSPECTIVE GÉNÉRALE	11
4	MANDATAIRES DU SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE	12
5	CARACTÉRISTIQUES DU SERVICE DE SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE	12
	5.1 COORDINATION DE SERVICES : APPROCHE DE CASE MANAGEMENT (INTERVENANT PIVOT)	12
	5.2 RÉTABLISSEMENT ET ACTIVITÉS DE RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE	13
	5.3 SERVICES DISPENSÉS DANS LA COMMUNAUTÉ	13
	5.4 L'INTENSITÉ ET LA DURÉE DE PRESTATION DU SERVICE	13
6	PRINCIPES ET PHILOSOPHIE	14
	6.1 PRINCIPES DE BASE	14
	6.2 PHILOSOPHIE D'INTERVENTION	14
7	OBJECTIFS DES INTERVENTIONS AUPRÈS DE LA PERSONNE	14
8	CLIENTÈLE CIBLE	15
	8.1 CRITÈRES D'ACCÈS.....	15
	8.2 CRITÈRES D'EXCLUSION	15
9	RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'INTERVENANT PIVOT	17
10	ACTIVITÉS OFFERTES	17
	10.1 ENSEIGNEMENT ET TRAITEMENT :	17
	10.2 RÉADAPTATION, INTÉGRATION SOCIALE ET SOUTIEN	18
	10.3 INFORMATION	18
	10.4 MODES D'ACCÈS AUX SERVICES	18
11	CONTINUUM DE SERVICES ENTRE LE SIV ET LE SIM	18
12	CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE	20
13	MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL	20

1 CONTEXTE

Le plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 (PASM) identifie le soutien d'intensité variable (SIV) comme un programme clinique destiné aux adultes ayant un trouble mental grave.

Le soutien d'intensité variable de type Case management s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres (que celles qui nécessitent un suivi de type « Assertive community treatment »). Dans ce cas, 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 services¹.

Le PASM précise que le déploiement du SIV devra atteindre 100 % des cibles prescrites sur l'ensemble du territoire québécois d'ici 2010². À titre d'indicateur, le MSSS estime que la nature des besoins exigerait que 250 places soient disponibles par 100 000 de population et que le rapport intervenant/usagers oscille entre 1/12 et 1/25³.

Suite à des échanges entre l'Agence et la table régionale des directeurs santé mentale/dépendances, il a été convenu que la région se doterait d'un cadre de référence unique portant sur le SIV. Le présent document vise à se donner une compréhension commune de ce programme. Il le situe dans la gamme de services en santé mentale et identifie ses principales composantes. Il précise la philosophie et les principes déterminant ses modalités d'opération. Entre autres, on y retrouve les balises de la clientèle cible, les rôles et responsabilités des intervenants et les types d'activités cliniques offerts.

Sous la responsabilité de l'Agence, un groupe de travail (voir p. 20) a élaboré une proposition de cadre de référence. Ce comité était constitué d'un représentant des huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région et du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR). Cette première version a été soumise, pour consultation et bonification, aux instances suivantes : les représentants des groupes communautaires oeuvrant en santé mentale, la table régionale en psychiatrie et la table régionale des directeurs santé mentale/dépendances.

2 QUELQUES DÉFINITIONS

2.1 L'intervenant pivot

L'intervenant pivot (case manager) est la personne avec laquelle l'utilisateur de services crée les liens les plus étroits au cours de son traitement. Il effectue lui-même certaines activités de soutien dont le choix a été déterminé avec la personne et coordonne plusieurs autres activités. L'intervenant pivot est au fait des besoins de la personne, et il a une vue d'ensemble des services qu'elle

¹ Plan d'action santé mentale 2005-2010, la force des liens, p.51.

² Ibid. p.52.

³ Ibid. p.85.

reçoit ou pourrait recevoir. Compte tenu du nombre important de fournisseurs de services associés au traitement, l'intervenant pivot travaille en interdisciplinarité⁴.

2.2 Soins partagés

Lorsqu'un psychiatre, un médecin de famille ou un intervenant en santé mentale forment, entre eux, une relation de collaboration pour assurer des soins à une personne ayant un trouble mental, il s'agit de soins partagés. De la même façon, toute assistance à initier, construire, améliorer ou consolider cette relation de collaboration, dans le but d'optimiser les soins à une personne, constitue une expression de ce concept de soins partagés⁵. Dans une perspective d'utilisation efficiente des ressources, et ce particulièrement face à des conditions cliniques complexes, une approche de soins partagés contribue au développement d'un réseau de services intégrés.

Le PASM mentionne différentes interfaces où des soins partagés peuvent se concrétiser. Voici quelques exemples : une équipe de 2^e ligne avec une équipe de 1^{re} ligne en santé mentale, un psychologue avec un omnipraticien, un groupe communautaire avec un GMF, les services sociaux courants avec l'équipe de santé mentale en CSSS, les associations d'entraide d'usagers avec les services de 1^{re} ligne en santé mentale, etc. Les partenaires, agissant ainsi en réseau, sont soucieux de coordonner leurs efforts et expertise pour répondre aux besoins de la personne.

Le PASM précise que « *pour donner de bons résultats, il est important que la pratique des soins partagés soit basée sur les principes suivants :*

- *tous les services font partie d'un système interdépendant de soins ;*
- *les rôles et les responsabilités de chacun doivent être clairs ;*
- *un fournisseur peut agir comme leader, mais les autres services doivent maintenir leur collaboration et être disposés à réactiver les soins rapidement, si nécessaire ;*
- *la collaboration est basée sur le respect mutuel et la confiance ;*
- *les modèles de collaboration doivent être adaptés à la disponibilité de ressources⁶. »*

2.3 La réadaptation psychosociale

Plusieurs définitions de la réadaptation psychosociale (RPS) existent dans la littérature.

Le PASM propose la suivante :

La réadaptation est le processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Alors que la nature du processus et les méthodes utilisées peuvent varier, la réadaptation

⁴ Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens, p.71.

⁵ Association canadienne de psychiatrie, Bulletin, avril 2002, vol. 34, n° 2, p. 10-12.

⁶ Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens, p.22.

*encourage invariablement les personnes à participer activement avec d'autres à l'atteinte des buts concernant la santé mentale ou la compétence sociale*⁷.

Lors d'un concours visant à désigner la « meilleure » définition de la RPS, celle soumise par Martha Green, une intervenante d'un service de case management au Connecticut, frappe l'imagination : « *La RPS signifie qu'une personne autrefois effrayée à l'idée d'entrer dans un Dairy Queen pour commander une crème glacée peut maintenant devenir le gérant d'un Dairy Queen*⁸. »

Selon Anthony et Liberman, la RPS devrait « *améliorer à long terme les capacités nécessaires pour s'adapter, apprendre, travailler, socialiser et vivre de la façon la plus normale possible*⁹ ». Ils ont proposé la définition suivante :

*Le but de la RPS est de permettre à des personnes qui composent avec la maladie mentale de compenser ou d'éliminer les déficits fonctionnels, de surmonter les barrières interpersonnelles et environnementales associées à la présence du handicap et de restaurer leur capacité de vivre d'une façon autonome en repoussant les désavantages sociaux tels que le chômage et l'exclusion*¹⁰.

En somme, la RPS vise à aider les personnes ayant un handicap psychiatrique à développer leur plein potentiel, via des activités d'apprentissage et des supports environnementaux, et à se construire une existence gratifiante dans l'environnement de leur choix^{11 12}.

Selon l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), les principales caractéristiques de la RPS sont les suivantes :

1. *C'est une approche globale, holistique, écosystémique*

La RPS est avant tout un processus qui tient compte chez l'individu de l'interaction entre divers facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Ce processus est multidimensionnel, dynamique et dure dans le temps.

⁷ *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens*, p.51.

⁸ http://www.hlhl.qc.ca/pdf/TNR_PACT_PSR.pdf, Daniel Gélinas, *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du Colloque Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation, 21 novembre 2002, p.4.

⁹ R. Tempier, J. Favrod, *Réadaptation Psychiatrique en Milieu Francophone : Pratiques actuelles, Défis futurs*, Revue canadienne de psychiatrie, vol. 47, n° 7, septembre 2002, p. 621-627 (p. 622).

¹⁰ http://www.hlhl.qc.ca/pdf/TNR_PACT_PSR.pdf, Daniel Gélinas, *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du Colloque Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation, 21 novembre 2002, p.4.

¹¹ W. A. Anthony, *Psychiatric Rehabilitation: key issues and future Policy*, Health Affairs, automne 1992, p.165.

¹² L. L. Bachrach, *Psychosocial rehabilitation and psychiatry : what are the boundaries ?*, Revue canadienne de psychiatrie, vol. 41, février 1996, p. 29.

2. C'est une approche humaine et individualisée

En plus des besoins primaires, la réadaptation psychosociale tient compte des besoins fondamentaux des êtres : le sens d'appartenance, d'épanouissement et d'accomplissement, le sentiment d'être utile.

3. C'est une approche professionnelle redéfinie

Toute intervention est fondée sur une relation de confiance mutuelle et un partage de pouvoir dans une perspective de croissance de l'individu et de son pouvoir d'agir (empowerment), intervention qui vise à soutenir la personne, à l'aider à renforcer ses compétences et à l'amener à retrouver la capacité et la volonté d'agir.

2.4 L'appropriation du pouvoir (empowerment)

Le terme « empowerment », traduit en français par l'expression « appropriation du pouvoir », désigne le processus de prise de contrôle sur sa vie par la personne souffrant d'un trouble mental. Le PASM 2005-2010 fait référence au « *pouvoir d'agir* » en affirmant « *la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent et cela, en dépit de la présence chez elles de certains symptômes ou handicaps*¹³. »

Voici quelques composantes, autant sur le plan individuel que social, déterminant l'exercice de l'appropriation du pouvoir^{14 15} :

- *La capacité et la possibilité de décider de toutes les facettes de sa vie au plan individuel et collectif ;*
- *accès à l'information et aux ressources ;*
- *accès à plusieurs options pour faire un choix (pas seulement un oui ou un non) ;*
- *affirmation de soi ;*
- *avoir une influence sur sa vie et celle de la communauté ;*
- *sortir du « placard » ;*
- *améliorer l'image de soi et surmonter la stigmatisation ;*
- *la capacité et la possibilité d'exercer ses droits et ses responsabilités librement et de façon éclairée ;*
- *la capacité et la possibilité de décider de toutes les facettes de sa vie au plan individuel ou collectif.*

¹³ Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens, p.12.

¹⁴ J. Chamberlin, *A working definition of empowerment*, National Empowerment Center, Lawrence, Massachusetts, États-Unis,
http://www.power2u.org/articles/empower/working_def.html

¹⁵ MSSS du Québec, Direction générale des services à la population, *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, avril 2002, p.49.

2.5 Le rétablissement

Le rétablissement est la traduction du terme anglais « recovery ». La notion de rétablissement siège au cœur des politiques modernes d'organisation des soins en santé mentale. Dorénavant, « *les utilisateurs de services disent qu'ils ne veulent plus juste apprendre à vivre avec une maladie mentale sévère, ils veulent se rétablir*¹⁶. »

Essentiellement, le rétablissement origine d'un mouvement social américain qui « *réclame que le réseau de soins psychiatriques mette l'accent sur l'espoir, l'autonomie et l'amélioration du fonctionnement des personnes souffrant d'une maladie mentale*¹⁷. » Dans cette perspective, les personnes atteintes d'une maladie mentale nourrissent les mêmes rêves que n'importe quel citoyen : « *L'espoir d'un avenir meilleur, l'autogestion de leur maladie et la poursuite de rôles reconnus par la société*¹⁸. »

D^r Daniel B. Fisher, médecin psychiatre, souffrant lui-même de schizophrénie et codirecteur du National Empowerment Center au Massachussets, déclarait : « *Je crois qu'il est possible pour tous de se rétablir complètement de la maladie mentale, de devenir à nouveau un membre à part entière de la société et de le faire plus d'une fois dans sa vie*¹⁹. »

Voici deux définitions du rétablissement :

*Le rétablissement est un processus de changement, unique et profondément personnel, des attitudes, valeurs, sentiments, buts, habiletés et rôles. C'est une façon de vivre une existence satisfaisante, ouverte sur l'avenir et contributive malgré les limitations causées par la maladie. Le rétablissement implique le développement de nouveaux sens et buts à la vie de la personne au fur et à mesure qu'elle se réalise au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale*²⁰.

*La transcendance des symptômes, des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental. Cette transcendance se manifeste par des transformations d'ordre multidimensionnel et implique l'activation de processus personnel, interpersonnel et sociopolitique permettant le renouvellement d'un sens à l'existence, la performance de rôles sociaux significatifs et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie*²¹.

¹⁶ W, C, Torrey, P. Wyzik, *The Recovery vision as a Service Improvement Guide for Community Mental Health Center Providers*, Community Mental Health Journal, 36, n° 2, 2000, p. 209-216.

¹⁷ G. Lauzon, Y. Lecomte, *Éditorial: Rétablissement et travail*, Santé Mentale au Québec, vol. 27, n° 1, 2002, p. 7

¹⁸ R. E. Drake, *Introduction do a Special Series on Recovery*, Community Mental Health Journal, 36, n° 2, p. 2007-208.

¹⁹ D. Fisher, L. Ahern, *PACE : une approche qui va plus loin dans l'empowerment*, Santé Mentale au Québec, vol. 27, n° 1, 2002, p. 128-139.

²⁰ W. A. Anthony, *Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, Psychological Rehabilitation Journal, 16, 1991, p 15.

²¹ H. L. Provencher, *L'expérience du rétablissement : Perspectives théoriques*, Santé Mentale au Québec, vol. 27, n° 1, 2002, p. 35-64.

2.6 Trouble mental grave

Le concept de trouble mental grave (parfois appelé trouble mental sévère et persistant) n'a pas de définition faisant un large consensus²². Le PASM propose la définition suivante²³ :

Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves.

Dans le cadre du SIV, nous utiliserons une définition tridimensionnelle²⁴ pour identifier une personne ayant un trouble mental grave :

1. Au moins un diagnostic sur l'axe 1 du DSM-4 (excluant les troubles organiques).
2. Traitement à long terme (souvent une histoire de 2 ans et plus de maladie mentale).
3. Dysfonctionnement général : priorité accordée aux personnes ayant un E.G.F., à l'axe 5 du DSM-4, sous la barre de 50 depuis au moins 1 mois. (E.G.F. signifie Échelle d'Évaluation Globale, mieux connue sous l'abréviation G.A.F. dans le DSM-4).

L'éventail des troubles mentaux graves couvert par le SIV s'étend donc au-delà des états psychotiques.

3 SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE : PERSPECTIVE GÉNÉRALE

Le SIV constitue un rouage stratégique de la mise en œuvre d'un réseau intégré de services. S'inscrivant dans une philosophie de responsabilité populationnelle, il facilite l'accès aux services dans le milieu de vie de la personne. Il supporte la continuité des soins à travers les frontières institutionnelles et professionnelles. Il est tributaire d'une vision systémique et intersectorielle du champ des interventions. S'appuyant sur une culture organisationnelle qui mise sur la coopération, il assure à la fois une coordination des services adaptée à des conditions cliniques complexes et la prestation d'activités de réadaptation psychosociale (voir p. 7). Les objectifs d'appropriation du pouvoir par la personne et de son rétablissement se traduisent par un souci constant de voir le plan d'intervention centré sur elle et mené par elle.

²² A.P. Schinnar, A.B. Rothbard, R. Kanter, Y.S. Jung, *An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness*, American journal of psychiatry, décembre 1990, 147:12.

²³ Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens, p.40.

²⁴ M. Ruggeri, M. Leese, G. Thornicroft, G. Bisoffi, M. Tansella, *Definition and prevalence of severe and persistent mental illness*, British journal of psychiatry, 2000, p. 149-155.

4 MANDATAIRES DU SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec confie aux huit centres de santé et de services sociaux de la région le mandat de dispenser les services du SIV en conformité avec les paramètres du présent document.

5 CARACTÉRISTIQUES DU SERVICE DE SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE

5.1 Coordination de services : approche de case management (intervenant pivot) (voir p. 6)

Cette fonction de case management est destinée à des personnes ayant un trouble mental grave (voir p. 11), aux prises avec une condition clinique complexe et devant souvent composer avec une intégration sociale précaire. Pour diverses raisons (ex : une désorganisation psychotique, la rupture sociale, la fragmentation du réseau de la santé), la personne éprouve des difficultés importantes à coordonner par elle-même les services dont elle a besoin. Dans ce contexte, le SIV offre les services d'un intervenant pivot.

Cette coordination de services est indiquée lorsque plusieurs des conditions suivantes sont réunies ²⁵ :

- Problèmes sociaux et de santé, multiples et complexes aux contours flous, dont l'évolution dans le temps et dans l'espace est incertaine.
- Assurer une accessibilité adéquate à des soins et services dont la nature est peu prévisible.
- Niveau élevé d'interdépendance entre les acteurs et les organisations qui dispensent des services aux personnes concernées.
- Dans un système intégré de soins, on s'attend à ce que l'intensité et la nature de la coordination s'ajustent en fonction des besoins de chacune des personnes compte tenu des ressources, des expertises et des technologies disponibles.
- Plus l'incertitude et l'équivoque sont grandes, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination est nécessaire.

En s'appuyant sur un lien basé sur la confiance et le respect de la personne qui reçoit le service, l'intervenant pivot l'accompagne et s'assure de l'orchestration cohérente des interventions dont elle fait l'objet. Cette coordination de services, à la fois au sein du réseau de la santé et en lien avec les différents agents sociaux du milieu (perspective intersectorielle), s'avère cruciale pour garantir l'intégration sociale de même que l'accès et la continuité des soins. Faute de cet appui, la personne verrait vraisemblablement sa situation se détériorer significativement, tant dans une perspective médicale que sociale. L'intervenant pivot favorise, dans une dynamique de partenariat, l'implication des parents et des proches.

²⁵ A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis, N. Touati et R. Rodriguez, Notion de « coordination collective » ;, *Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre*, Ruptures, vol. 8, n° 2, 2001, p. 38-52.

5.2 Rétablissement et activités de réadaptation psychosociale

(voir p. 10)

Le SIV vise à la fois le maintien dans la communauté de la personne et l'amélioration de sa qualité de vie. Il accorde une importance particulière au développement de l'autonomie de la personne et à son autodétermination dans une perspective d'appropriation du pouvoir (empowerment) (voir p. 9). Les principes régissant la réadaptation psychosociale et le rétablissement guident les interventions et sont au cœur de l'ensemble des opérations. L'intervenant du SIV s'adapte aux changements que vit la personne dans son quotidien et dans l'évolution de sa symptomatologie.

5.3 Services dispensés dans la communauté

Les interventions effectuées auprès de la personne se déroulent presque exclusivement dans son milieu de vie. Ce dernier revêt plusieurs visages, que ce soit le domicile de la personne, la rue, un centre pour sans-abri, un organisme communautaire, etc.

L'exercice des opérations cliniques dans la communauté se démarque des approches classiques (Ex : intervention psychothérapeutique dans une institution). Plusieurs facteurs justifient cette adaptation de l'offre de service. Tout d'abord, le processus de rétablissement prend racine dans l'environnement social de la personne. D'autre part, les activités de réadaptation psychosociale, visant à faciliter l'intégration de la personne dans son milieu, ont nettement plus de chance de succès si elles se déroulent dans les conditions réelles de la vie quotidienne. De plus, le risque de rupture sociale s'avère plus élevé aujourd'hui qu'il y a quelques décennies et affecte particulièrement les gens ayant un trouble mental grave. Dans un tel contexte, pour garantir l'accès aux soins et leur continuité, une approche clinique proactive s'impose dorénavant comme un impératif.

5.4 L'intensité et la durée de prestation du service

La norme définissant l'intensité du service offert indique un rythme de deux à sept rencontres par période administrative. Se modulant en fonction des besoins de la personne, la fréquence des rencontres peut s'éloigner provisoirement de cette norme, soit à la hausse ou à la baisse. Selon le jugement clinique et lorsqu'une indication existe à ce sujet, l'intervenant du SIV peut formuler une demande de transfert au SIM (suivi intensif en équipe dans le milieu).

Dans la majorité des cas, les personnes demeureront inscrites au service du SIV pendant des périodes de plusieurs mois, généralement moins d'une année. Une personne peut être inscrite à plusieurs reprises, au cours de sa vie, au service du SIV.

La gestion clinico-administrative du programme assure un roulement des personnes inscrites. Pour y parvenir, le SIV mise sur une intégration sociale durable et une stabilisation de l'état clinique. En conséquence, l'implication à long terme du SIV ne sera généralement pas nécessaire.

6 PRINCIPES ET PHILOSOPHIE

6.1 Principes de base

- Avec un support et des services adéquats, la grande majorité des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves peut vivre avec succès et dignement dans la communauté ;
- ces personnes ont droit, selon les mêmes règles s'appliquant à tout citoyen, aux services disponibles dans la communauté (ex. : travail, études, activités occupationnelles, loisirs, etc.) ;
- les interventions sont basées sur les notions de réadaptation psychosociale, d'appropriation du pouvoir (empowerment) et de rétablissement ;
- les interventions s'exercent de façon concertée (coordination de services, réseautage, soins partagés) (voir p. 7).

6.2 Philosophie d'intervention

- Amener les personnes présentant un trouble mental grave à exercer un contrôle sur leur vie et sur leur maladie ;
- favoriser une approche axée sur la collaboration et la confiance mutuelle entre la personne dans le besoin et l'intervenant ;
- traiter la personne avec empathie et compassion ;
- donner à la personne le soutien nécessaire, tout en encourageant son indépendance et en respectant son autonomie ;
- encourager la personne à assumer ses responsabilités ;
- engager pleinement la personne dans son plan d'intervention ;
- susciter l'espoir du rétablissement ;
- offrir une diversité dans les approches d'intervention ;
- être proactif face aux personnes qui sont réticentes à recevoir des services ;
- faire une utilisation optimale des ressources du milieu.

7 OBJECTIFS DES INTERVENTIONS AUPRÈS DE LA PERSONNE

- Améliorer sa qualité de vie ;
- soutenir et mobiliser le réseau naturel afin de consolider les liens de la personne, et contribuer ainsi à favoriser l'intégration sociale ;
- soutenir son rétablissement ;
- s'assurer de « l'appropriation du pouvoir » sur sa vie ;
- voir à la défense de ses droits ;

- prévenir les passages répétés à l'urgence ;
- diminuer la fréquence et la durée des hospitalisations ;
- offrir une meilleure continuité de soins et de services ;
- restaurer, développer et maintenir chez la personne sa capacité à :
 - prendre en charge sa santé physique et mentale,
 - réduire ou éliminer les symptômes,
 - minimiser ou prévenir les périodes de crise,
 - gérer ses activités de la vie quotidienne,
 - interagir adéquatement avec la communauté,
 - établir des relations interpersonnelles et créer un réseau de soutien,
 - faire un usage significatif de son temps.

8 CLIENTÈLE CIBLE

8.1 Critères d'accès

- Être âgé de 18 ans et plus (ou sur le point de passer à l'âge adulte afin d'assurer une transition harmonieuse entre les services destinés à la jeunesse et ceux réservés aux adultes) ;
- être aux prises avec un trouble mental grave (voir p. 11) qui s'associe à des incapacités au plan des habiletés personnelles, sociales et relationnelles, de même que des difficultés d'intégration, d'organisation et d'adaptation dans la communauté ;
- 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 ;
- présenter un risque significatif de détérioration de la condition clinique ou sociale en l'absence de services du SIV ;
- nécessiter une intensité de services du type SIV se situant aux alentours de deux à sept rencontres par période administrative.

Exceptionnellement, une personne vivant dans un milieu d'hébergement accrédité pourra requérir les services du SIV. Dans cette éventualité, on devra s'assurer d'une utilisation efficace des ressources et de ne pas dédoubler les responsabilités dont sont imputables les intervenants déjà impliqués dans le milieu d'hébergement.

8.2 Critères d'exclusion

- Les personnes présentant des troubles transitoires ou situationnels ;

- les personnes présentant les problématiques suivantes sans diagnostic dominant à l'axe 1 :
 - trouble de personnalité,
 - déficience intellectuelle,
 - syndrome cérébral organique,
 - toxicomanie
 - jeu pathologique,
 - alcoolisme.

9 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'INTERVENANT PIVOT

Voici les principaux rôles et responsabilités qui incombent aux intervenants pivots du SIV :

- Établir un lien de confiance avec la personne ;
- évaluer les besoins de la personne, en particulier au regard de son état mental, et également dans une perspective globale (condition socio-économique, santé physique, satisfaction des besoins de base, etc.) ;
- élaborer, en concertation avec la personne, un plan d'intervention individualisé ;
- dispenser des services d'enseignement, de traitement, de réadaptation, d'intégration sociale, de soutien et d'information ;
- travailler en étroite collaboration avec les partenaires pour que ceux-ci contribuent à répondre aux besoins de la personne (soins partagés, interdisciplinarité) ;
- coordonner les services requis par la personne (médecin traitant, parents et proches, organismes communautaires et du réseau, organismes publics, etc.) ;
- lorsque la personne présente un potentiel de dangerosité associé à son état mental, prendre les mesures indiquées pour s'assurer de sa sécurité et de celle de son environnement.

10 ACTIVITÉS OFFERTES

10.1 Enseignement et traitement :

- Promotion des soins de santé généraux ;
- enseignement à la personne (et à son entourage au besoin) sur les sujets suivants :
 - la médication qu'elle prend (effets bénéfiques escomptés, effets secondaires possibles, etc.). Buts : l'automédication et une collaboration informée aux différents aspects du traitement médical,
 - l'identification des signes précurseurs à une rechute et de l'intervention dans l'éventualité d'une décompensation. Buts : prévenir les décompensations psychiatriques et, le cas échéant, intervenir précocement pour limiter la détérioration de l'état mental; habiliter la personne à gérer par elle-même l'évolution de sa symptomatologie et à exercer un contrôle sur sa vie;
- collaboration étroite avec l'équipe traitante pour transmettre l'information utile lorsqu'une personne inscrite au SIV est hospitalisée. L'intervenant pivot facilite les évaluations, propose des avenues de traitement et participe à optimiser les gains thérapeutiques. Il continue d'offrir son soutien à la personne durant son hospitalisation.

10.2 Réadaptation, intégration sociale et soutien

- Soutien aux activités de la vie quotidienne et de la vie domestique (AVQ, AVD) ;
- maintien et développement du réseau social ;
- résolution de problèmes et gestion de crise (incluant la crise suicidaire) ;
- réduction des méfaits associés aux problèmes de dépendances (alcool, drogues, jeu pathologique) ;
- soutien et accompagnement dans différentes démarches (ex : sécurité du revenu, intégration à des organismes communautaires, transport en commun, défense des droits, recherche de logement, intégration au travail et à l'emploi, etc.) ;
- soutien à la famille, aux proches, aux personnes significatives, aux partenaires du milieu, etc.

10.3 Information

- Participation à des activités de sensibilisation. But : contrer la stigmatisation. Exemples : participation à la semaine de sensibilisation aux maladies mentales, sensibilisation directe auprès des différents partenaires impliqués tels les propriétaires de logement, les policiers, les tablées populaires, etc.;
- partage de connaissances avec différents partenaires oeuvrant en santé mentale incluant les parents et les proches.

10.4 Modes d'accès aux services

Tenant compte qu'il s'agit d'un service de 1^{re} ligne, les demandes sont formulées en s'adressant directement au CSSS par :

- La personne elle-même ;
- une personne de son entourage (famille, proches, etc.) ;
- un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (incluant les milieux communautaires ou privés tels médecins, psychologues, etc.) ;
- un intervenant du réseau public (policiers, agent de probation, curatelle, etc.).

11 CONTINUUM DE SERVICES ENTRE LE SIV ET LE SIM

Le SIV se situe à une interface stratégique en lien avec les diverses composantes du réseau local de services. Au-delà de ses interactions avec les services de 1^{re} ligne du CSSS auxquels il appartient, il établit des liens fonctionnels avec les partenaires du réseau local de services : groupes de médecin de famille (GMF), organismes communautaires, policiers, système de justice, écoles, etc. De la même façon, il facilite la continuité des soins en collaborant avec les services de 2^e ligne (hospitalisation, clinique externe de psychiatrie, suivi intensif en équipe dans le milieu, etc.).

Le SIM (suivi intensif en équipe dans le milieu) s'inspire du modèle PACT (Program of Assertive Community Treatment). Dans notre région, ce sont les CIC (centre

d'intégration communautaire) qui assument les fonctions du SIM. Le SIV et le SIM partagent certains objectifs communs :

- Le maintien et l'intégration des personnes dans leur milieu de vie ;
- le rétablissement ;
- la prévention de passages répétés à l'urgence ;
- la diminution de la fréquence et la durée des hospitalisations.

Le SIM se distingue du SIV de diverses façons dont les suivantes :

- Les critères d'inclusion, eu égard aux diagnostics considérés, diffèrent entre le SIM et le SIV :
 - SIM : un diagnostic de la lignée psychotique doit dominer le tableau clinique,
 - SIV : l'éventail des diagnostics des troubles mentaux graves s'étend au-delà des états psychotiques (voir p. 11);
- sa clientèle présente des problématiques plus complexes et une symptomatologie plus sévère (elle représente une minime partie des gens souffrant d'un trouble mental grave, soit 3.5 % à 5 %²⁶) ;
- une intensité d'interventions et des efforts de coordination nécessitant au fil du temps la contribution d'une équipe ;
- une expertise relevant de la 2^e ligne ;
- le recours au SIM s'inscrit sur un long terme (possiblement quelques années).

Une attention particulière doit être accordée au maintien d'un arrimage fonctionnel entre le SIV et le SIM afin que :

- Les personnes reçoivent le service requis dans le programme approprié à leur condition ;
- les personnes puissent passer d'un service à un autre, avec facilité et sans discontinuité, lorsqu'une indication existe à ce sujet.

La contribution du psychiatre répondant²⁷ apparaît essentielle pour appuyer les équipes de SIV dans le développement de leur expertise et la qualité des services offerts.

Le tableau suivant situe le SIV dans l'ensemble des services de santé mentale offerts dans notre région.

²⁶ Cadre de référence, *Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Association des hôpitaux du Québec (AHQ), septembre 2000, p. 6-7.

²⁷ *Cadre de référence du psychiatre répondant*, adopté par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec en avril 2006.

12 CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Blocs de services	Services spécifiques
Services spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion et défense des droits
Services d'intervention de crise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention téléphonique 24 / 7 ▪ Intervention immédiate dans le milieu ▪ Suivi court terme ▪ Hébergement de crise ▪ Services d'urgence hospitalière
Services d'adaptation et d'intégration sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entraide et centre de jour ▪ Soutien au logement autonome ▪ Soutien à l'intégration aux études et au travail
Services de soutien aux parents et aux proches	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien aux familles et aux proches ▪ Répit / dépannage ▪ Entraide pour parents et proches
Services d'hébergement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement communautaire transitoire ▪ Hébergement de type non institutionnel
Services de traitement et de réadaptation ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services médicaux de base ▪ Services d'accueil, évaluation, orientation et traitement ▪ Soutien d'intensité variable ▪ Suivi intensif en équipe ▪ Cliniques externes ▪ Hôpital de jour
Services de soutien et d'expertise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatre répondant
Services médicaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin traitant (généraliste) ▪ Psychiatre traitant
Services d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services hospitaliers psychiatriques de courte durée ▪ Services hospitaliers psychiatriques de longue durée ▪ Services d'évaluation médico-légale
Services aux clientèles spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services intégrés pour la clientèle suicidaire ▪ Programme spécifique toxico / santé mentale

13 MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL

L'Agence de la santé et des services sociaux remercie les membres du groupe de travail qui ont élaboré la version originale du cadre de référence régional du SIV. Ce comité, piloté par l'Agence de la santé et des services sociaux, était animé conjointement par monsieur Donald Massicotte, représentant de la table des directeurs santé mentale/dépendances, et par monsieur Yves Guillemette de l'Agence. En 2006, le comité s'est réuni à quatre reprises à partir du mois d'avril 2006. La dernière rencontre s'est tenue le 16 juin. Les personnes suivantes ont offert leur précieuse collaboration à la bonne marche des travaux :

- Madame Véronique Arès, CSSS de Maskinongé
- Madame Jocelyne Bélisle, CSSS de l'Énergie
- Madame Brigitte Côté, CSSS Drummond
- Madame Denise Gauvin, CH régional de Trois-Rivières
- Docteur Michel Gervais, médecin psychiatre, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Madame Miriam Hayes, CSSS de l'Énergie (programme régional de suivi intensif en équipe)
- Madame Nicole Lapointe, CSSS du Haut-Saint-Maurice
- Madame Louise Luneau, CSSS d'Arthabaska-Érable
- M. Jacques Plouffe, CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska
- Monsieur André Sauvé, CSSS de Trois-Rivières

sens
humain