

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ MENTALE

PROGRAMMATION DES SOINS ET DES SERVICES DE RÉADAPTATION VISANT LE RÉTABLISSEMENT
DES PERSONNES AUX PRISES AVEC UN TROUBLE MENTAL GRAVE

VOLET : ORGANISATION DES SERVICES RÉSIDENTIELS ET DE SOUTIEN À LA PERSONNE DANS SON MILIEU DE VIE

2008-2013

Élaboration par :

M. Paul Morin, professeur, Département de Service social, Université de Sherbrooke,
et directeur de la recherche, Centre affilié universitaire, CSSS-IUGS

et

M^{me} Liane Savard, agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de l'Estrie

En collaboration avec :

D^r Pierre Beauséjour, chef médical du programme santé mentale et chef du Département de psychiatrie, CHUS;
directeur de l'unité du Département de psychiatrie de la Faculté de médecine et des sciences de la santé
et professeur titulaire à la Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

D^r Jean-François Trudel, M.D., FRCP(C), M.Sc, professeur agrégé à la Faculté de médecine, Université de Sherbrooke,
directeur adjoint du programme de recherche, Département de psychiatrie de la Faculté de médecine, Université de Sherbrooke,
gérontopsychiatre aux services de gérontopsychiatrie, CSSS-IUGS

M. Denis Beaulieu, agent de planification, de programmation, et de recherche, Agence de l'Estrie

M^{me} Gaétanne Cormier, chargée de projet santé mentale volet hébergement, Agence de l'Estrie

TABLE DES MATIÈRES

SECTION 1.....	1
1.1. INTRODUCTION.....	1
1.2. CONVICTIONS, VALEURS ET PRINCIPES D’INTERVENTION DE LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE	2
1.2.1. <i>Les convictions, les valeurs et principes d’intervention selon l’Association québécoise de réadaptation psychosociale.....</i>	<i>2</i>
1.2.2. <i>Les principes directeurs ministériels</i>	<i>4</i>
1.3. CONTEXTE ET ÉTAT DE SITUATION.....	5
1.3.1. <i>Les orientations régionales du Programme-services santé mentale en Estrie</i>	<i>5</i>
1.3.2. <i>L’état de situation actuel des services résidentiels en santé mentale en Estrie</i>	<i>6</i>
1.4. ÉVOLUTION DES SERVICES RÉSIDENTIELS EN SANTÉ MENTALE	11
1.4.1. <i>Le soutien communautaire en logement social.....</i>	<i>11</i>
1.4.2. <i>Les pratiques exemplaires en ressources résidentielles</i>	<i>12</i>
1.4.3. <i>Les formes et caractéristiques du logement autonome avec soutien</i>	<i>16</i>
SECTION 2.....	18
2.1. PROPOSITION D’ORGANISATION DES SERVICES RÉSIDENTIELS ET DE SOUTIEN À LA PERSONNE DANS SON MILIEU DE VIE	18
2.1.1. <i>Le cadre d’orientation.....</i>	<i>19</i>
2.1.2. <i>Le cadre structurel.....</i>	<i>21</i>
2.1.3. <i>Le cadre opérationnel.....</i>	<i>22</i>
2.1.4. <i>Quelques précisions quant au scénario retenu.....</i>	<i>23</i>
2.1.5. <i>La proposition : Organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie (2008-2013).....</i>	<i>26</i>
2.1.6. <i>Les conditions de succès de cette réorganisation.....</i>	<i>29</i>
2.1.7. <i>Le plan de déploiement.....</i>	<i>29</i>
2.2. SUIVI ET ÉVALUATION	30
2.3. CONCLUSION	32
ANNEXE 1	
Proposition détaillée : Organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie (2008-2013) - 1 ^{re} ligne.....	33
ANNEXE 2	
Bilan des avis reçus en lien avec la proposition d’organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie.....	35

Section 1

1.1. Introduction

Le système de soins et de services de santé mentale dans la région de l'Estrie doit «...permettre, encourager et promouvoir la capacité des individus rendus vulnérables par divers troubles de santé mentale d'assumer leurs responsabilités¹». Cette forme de responsabilisation, selon les utilisateurs de services, réfère à «... tout ce qui peut concourir à l'accroissement de l'autonomie de quelqu'un et de sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu en ce qui le concerne²».

À ce titre, le modèle de services résidentiels dans le secteur de la santé mentale doit avoir comme point de référence une approche basée sur les valeurs de la réadaptation psychosociale comme l'espoir, la volonté d'agir et l'action responsable. Ces valeurs constituent la trame de fond à la présente proposition de réorganisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie.

À la suite de la présentation des valeurs sous-jacentes à la réorganisation de ces services, nous présenterons le contexte de cette transformation des services ainsi que l'état de situation actuel des services résidentiels. Une recension des écrits sur l'évolution des services résidentiels complète cette première section.

La deuxième section s'ouvre avec la proposition en regard de l'organisation des services résidentiels en santé mentale ainsi que du soutien à la personne dans son milieu de vie. Ensuite, on traite de l'évaluation et du suivi de l'implantation de ce nouveau modèle. En conclusion, nous en appelons à notre capacité collective de soutenir les personnes utilisatrices vers la voie du rétablissement.

Il est important de préciser que le modèle de services résidentiels présenté fait appel non seulement aux ressources d'hébergement en tant que tel, mais également à l'ensemble des services qui gravitent autour des personnes avec troubles mentaux graves, peu importe leur milieu de vie (ex : services de soutien intensif dans le milieu, services de soutien d'intensité variable, soutien au logement, hospitalisation, services de réadaptation...).

¹ L. RODRIGUEZ, L. BOURGEOIS, Y. LANDRY et J.L. PINARD, *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*, Presses de l'Université du Québec, 2006, 307 p.

² Idem. Voir aussi le document *Critères de qualité pour les services résidentiels en santé mentale* réalisé par le Comité régional des personnes utilisatrices de services de SM en Estrie, PRODÉF Estrie, mai 2008.

1.2. Convictions, valeurs et principes d'intervention de la réadaptation psychosociale

1.2.1. Les convictions, les valeurs et principes d'intervention selon l'Association québécoise de réadaptation psychosociale

En 2003, l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP) a publié un important document sur les convictions, valeurs et principes d'intervention qui devraient guider l'ensemble des actions dans ce champ d'activités. Nous en avons extrait les éléments suivants³ :

Conviction

Toute personne a la capacité d'améliorer, à son rythme, son niveau de fonctionnement. Malgré certaines incapacités causées par la maladie, un potentiel de croissance personnelle, vocationnelle et sociale demeure toujours présent.

– **Valeurs**

L'approche aidante est centrée sur les personnes utilisatrices des services. Elle met davantage l'accent sur les forces de l'individu, tout en tenant compte de la pathologie, des déficits ou des handicaps.

– **Principes d'intervention**

Les services de réadaptation psychosociale visent le développement des forces, des habiletés et des capacités dans le but de restaurer et de maintenir un sens d'identité, de dignité, d'estime de soi, de compétence et de contribution dans la recherche des moyens qui apporteront une réponse adéquate aux besoins particuliers.

Les moyens de communication, d'information, de formation et de stimulation choisis par les programmes et services sont sélectionnés de manière à faciliter la compréhension des individus à promouvoir leur participation active dans le choix des composantes de leurs projets de vie.

³ J. P. RUEST, L. TESSIER, V. JOBIDON, D. PAQUETTE, *Valeurs et principes de la réadaptation psychosociale*, adopté à l'AQRP, 11 mai 1995.

Conviction

Dans toute démarche de réadaptation, restaurer l'espoir est un ingrédient essentiel, autant pour la personne et son entourage que pour les intervenants.

– **Valeurs**

Les trois pierres angulaires du rétablissement sont l'espoir, la volonté d'agir et l'action responsable. Ce sont elles qui rendent possible l'utilisation efficace des services de réadaptation.

– **Principes d'intervention**

La réadaptation psychosociale est éminemment positive dans sa philosophie. Elle considère que restaurer l'espoir est un objectif premier et un facteur critique pour retrouver un sens à la vie et le goût d'entreprendre.

Les praticiens et la réadaptation psychosociale soutiennent les petits actes de courage et les modestes triomphes. Ce processus peut être décrit comme une série de recommencements et une démarche pas à pas.

Les programmes qui souhaitent offrir des services de réadaptation psychosociale devraient s'appliquer à susciter l'espoir. Il faut donner accès à diverses opportunités permettant aux individus d'explorer leurs valeurs, leurs intérêts et leurs habiletés et développer la confiance nécessaire pour prendre l'initiative de leur propre réadaptation.

Conviction

L'individu est responsable des conditions de réussite de sa vie, du choix de ses valeurs et de ses moyens d'action, ce en quoi il est aidé par ses milieux de soutien familial, social et thérapeutique.

– **Valeurs**

Un sens réel d'implication et de prise de pouvoir sur les conditions de sa vie et de son environnement est déterminant pour le développement de l'individu. Sa participation active dans tous les aspects de sa réadaptation est cruciale pour l'atteinte d'un résultat positif.

– **Principes d'intervention**

La réadaptation psychosociale mise sur les forces de l'individu. Les programmes et services cherchent à fournir des occasions propres à soutenir ses prises de décision et le développement de ses capacités. Ils fournissent les encouragements utiles au maintien de sa volonté d'agir.

Dans ce processus continu d'éducation à la responsabilité et au développement de ses capacités, l'environnement joue un rôle important, d'où la nécessité d'intervenir avec les familles et le réseau personnel.

La réadaptation psychosociale met en place les conditions nécessaires à l'émergence d'une conscience de groupe et au développement des habiletés requises pour une réelle emprise sur leurs conditions de vie.

Conviction

Les difficultés de communication, le retrait social, les préjugés et l'ignorance constituent des obstacles majeurs au rétablissement et à la réinsertion de la personne. L'interaction de l'individu avec un réseau de soutien bien informé diminue ces obstacles.

– **Valeurs**

L'apport fourni par les familles, les proches, les amis et les aidants naturels constitue une ressource précieuse pour la plupart des individus.

– **Principes d'intervention**

La réadaptation psychosociale reconnaît une expertise aux proches qui sont en interaction avec la personne. Les programmes incluent une culture de participation du réseau naturel de soutien de l'individu dans la définition de l'aide à apporter, de même que dans la planification et l'évaluation des programmes et services.

Ces programmes comportent une assistance et des moyens de formation à l'intention du réseau naturel de soutien pour améliorer la compréhension du rôle ainsi que la qualité et l'efficacité du soutien.

Les intervenants cherchent à créer et à maintenir des alliances ouvertes avec l'individu et son réseau pour agir efficacement sur le contexte social, là où l'individu le désire. Ils acceptent de jouer un rôle complémentaire en se mettant aux services des personnes et de leur réseau naturel de soutien.

1.2.2. Les principes directeurs ministériels

D'autres principes directeurs s'ajoutent et deviennent complémentaires à ceux mentionnés précédemment. Ils sont tirés du document portant sur les orientations ministérielles 2005-2010⁴.

Les principes directeurs :

Le pouvoir d'agir : le plan d'action reconnaît 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. La participation des utilisateurs et des proches aux exercices de planification des services de santé mentale découle de ce principe.

Le rétablissement : le plan d'action réaffirme la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement en société.

L'accessibilité : le plan d'action reconnaît l'importance d'offrir localement des services de santé mentale de première ligne de qualité et d'assurer un passage fluide vers des services spécialisés et surspécialisés lorsque cela est nécessaire.

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale : La force des liens, 2005-2010*, 2005, 96 p.

La continuité : le plan d'action met l'accent sur la nécessité de répondre aux besoins des personnes en assouplissant les frontières qui balisent nos interventions et en assurant les liaisons nécessaires afin de réduire les ruptures dans la continuité des services.

Le partenariat : le plan d'action soutient que le partenariat et la collaboration entre les fournisseurs de services et avec les ressources de la communauté sont nécessaires et qu'ils représentent des gages de qualité.

L'efficience : le plan d'action vise une organisation des ressources disponibles de nature à entraîner un rendement optimal.

Le plan d'action exprime clairement que la priorité doit être «... accorder au rétablissement de la personne et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société... En plus de fonder l'ensemble de ses actions sur la foi dans les capacités des personnes, un système qui vise à redonner une place en société aux personnes aux prises avec des troubles mentaux et qui doivent agir sur les différents éléments de la vie en société que sont le logement, le travail et les autres activités significatives sur le plan social... Dans l'avenir, des réaménagements sont nécessaires pour accroître l'offre de logements autonomes avec soutien ».

L'ensemble des principes directeurs et des convictions énumérés constituent le fondement de la proposition d'organisation des services résidentiels en santé mentale et du soutien à la personne dans son milieu de vie en Estrie.

1.3. Contexte et état de situation

1.3.1. Les orientations régionales du Programme-services santé mentale en Estrie

Au niveau régional, l'Agence de développement de réseaux locaux de services a adopté en 2006 les orientations régionales en santé mentale⁵.

Ce «... Programme-services santé mentale veut offrir à toute personne dont la santé mentale est perturbée :

- le bon service, au bon moment, par le bon partenaire, avec l'intensité requise;
- une gamme de services et des approches cliniques qui favorisent le rétablissement des personnes utilisatrices tout en leur permettant d'exercer leur pleine citoyenneté;
- la reconnaissance du potentiel et du rôle des personnes, des familles et des proches ».

Ces orientations nous incitent aussi à recadrer l'ensemble de nos approches et de nos actions en santé mentale dans une perspective de rétablissement de la personne : « la personne au centre des décisions qui la concernent et qui s'avèrent respectueuses des principes suivants :

⁵ Agence de développement de réseaux locaux de services, *Programme-services Santé mentale. Contexte, définition et état de situation, orientations régionales, plan régional de mise en œuvre, Estrie 2006-2010*, 97 p.

-
-
- Des services qui doivent être accessibles aux plans géographique, temporel et linguistique;
 - Des services qui doivent être coordonnés et cohérents... attention particulière aux transitions;
 - Des services de qualité, flexibles, adaptés, interdisciplinaires, ciblés et efficaces selon le niveau de services requis (hiérarchisation des services);
 - Des services axés sur les forces et les compétences des individus, visant le rétablissement, respectueux de l'autonomie, à jour et efficaces, imputables, attentifs à la communauté, aux proches, etc. ».

D'autres orientations ont été définies à l'égard des réseaux locaux de services (RLS) dans le cadre du projet clinique des CSSS. Elles viendront soutenir le déploiement de cette offre de service sur les territoires et favoriser les actions prises pour le rétablissement de la personne.

Finalement, si on vise une organisation de première ligne dédiée forte comme étant la base du système de services de santé mentale, il faut prévoir l'augmentation de la capacité des services offerts par les RLS en réorganisant les ressources disponibles et à venir pour permettre :

- la diversification de la gamme de services de proximité, notamment au niveau du traitement, du soutien dans la communauté, de l'intégration sociale (soutien au logement, intégration au travail, aux études) et de l'éventail des ressources résidentielles;
- des délais d'accès cliniquement acceptables aux services d'évaluation, de traitement, de réadaptation, d'intégration sociale, d'hébergement et d'urgence psychiatrique.

1.3.2. L'état de situation actuel des services résidentiels en santé mentale en Estrie

Présentement, l'hébergement à durée illimitée en milieu de vie substitut et en lien contractuel avec le secteur privé, représente la caractéristique dominante de l'organisation des services résidentiels en santé mentale de notre région. L'on y retrouve 77 % des places disponibles pour 88 % du budget régional dédié aux services résidentiels. Il s'agit de la Maison Blanche de North Hatley, hébergement de soins psychiatriques de longue durée de type CHSLD (60 places, mandat régional), des résidences de type familial (RTF : 133 places) et des ressources intermédiaires (RI : 108 places). Au 4 décembre 2007, 292 personnes étaient hébergées dans ces ressources. L'âge moyen des résidents était de 55 ans et parmi ceux-ci, 110 résidents étaient âgés de 60 ans et plus (38 %) tandis que 19 personnes étaient âgées de 19 à 34 ans (7 %) (Agence Estrie, 2007 - Réf : Tableau 1). Nous n'avons malheureusement pas de données sur la durée de séjour en hébergement de ces personnes.

Tableau 1 -

Portrait de la clientèle avec troubles mentaux occupant les places en ressources résidentielles régionales « santé mentale » en Estrie

Nom de l'établissement (s'il y a lieu)	Type d'hébergement	Nbre de places d'hébergement ⁽²⁾ au 13 mars 2008	Nbre de personnes hébergées au 4 décembre 2007	Nbre personnes selon le sexe		Âge moyen	Âge min	Âge max	Nbre de personnes selon catégorie d'âge ⁽³⁾				Coûts totaux estimés ⁽⁴⁾ 2006-2007	% Coûts totaux estimés 2006-2007		
				F	M				19-34 ans	35-59 ans	60-79 ans	80 ans et plus				
																2006-2007
Maison Blanche ⁽⁵⁾	1 hébergement longue durée type CHSLD	60	61	34	27	55,6	22	85	6	30	22	3	3 406 449,00 \$	38,7%		
	7 RI	108	106	45	61	54,5	24	80	5	56	43	1			4 349 760,00 \$	49,4%
	18 RTF	133	125	58	67	53,8	22	80	8	76	39	2				
CJPC-Maison St-Georges ⁽⁶⁾	1 hébergement de transition - encadrement intensif	20	11	0	11	29,8	24	48	9	2	0	0	707 240,00 \$	8,0%		
	3 blocs appartements supervisés	39	38	15	23	43,0	23	71	9	26	3	0	316 224,00 \$	3,6%		
	8 supervisions à distance	26	25	10	15	46,4	22	66	5	17	3	0				
La Cordée ⁽⁷⁾	1 bloc appartements supervisés	5	4	1	3	46,8	44	50	0	4	0	0	29 584,00 \$	0,3%		
TOTAL		391	370	163	207	51,9	22	85	42	211	110	6	8 809 257,00 \$	100,0%		

(1) Données pour le portrait de la clientèle a été fait avec chacun des établissements gestionnaires, en date du 4 décembre 2007

(2) Inclut les places régulières et spécifiques

(3) 1 donnée manquante pour l'âge d'une personne résidant en RI

(4) Attention: RI-RTF n'inclut pas le soutien hôtelier et le temps ressources professionnelles tandis que l'hébergement longue durée type CHSLD inclut le soutien hôtelier, composante clinique et pharmacie.

Les chiffres ne sont pas comparables et les coûts moyens doivent être modifiés pour inclure tous les éléments nécessaires.

(5) Le 13 mars 2008, la Maison Blanche offre 60 places régulières. Toutefois, le 4 décembre 2007, il y avait une place en surplus ou spécifique. C'est pourquoi, il y avait 61 personnes hébergées.

(6) Le CJPC-Maison St-Georges ne doit pas être considéré comme une ressource résidentielle en soi. C'est un centre de réadaptation qui offre des services de réadaptation avec hébergement.

(7) Organisme communautaire en santé mentale offrant des services à la clientèle en santé mentale incluant l'hébergement

La presque totalité des places RTF et des places RI sont concentrées sur le territoire de la ville de Sherbrooke (Agence Estrie, 2007 : Réf : Tableau 2) ce qui veut dire qu'un client en provenance d'autres territoires de l'Estrie doit s'éloigner de ses proches et de sa communauté d'origine pour avoir accès aux ressources régionales dédiées s'il a besoin d'hébergement. Cette situation soulève des questions d'accessibilité géographique, de hiérarchisation et d'équité (Régie régionale de l'Estrie, 2003). Par ailleurs, certains CSSS périphériques utilisent actuellement des places empruntées aux autres programmes-services, PALV notamment, pour répondre aux besoins des personnes qui souhaitent rester dans leur milieu, sans compter le recours aux ressources privées d'hébergement, qui, avec ou sans allocation supplémentaire, suppléent à la difficulté du réseau public à répondre à tous les besoins

Tableau 2 -

Distribution des places en ressources résidentielles régionales « santé mentale » en Estrie, en fonction de l'établissement gestionnaire

Nom établissement	Nombre de places d'hébergement ⁽⁴⁾ au 13 mars 2008	Nombre de places occupées au 4 décembre 2007	Municipalité	Territoire de RLS
CSSS Haut-St-François ⁽²⁾	17 places dans 1 RI	17	Westbury	Haut-Saint-François
CHUS ⁽²⁾	6 places dans 1 RI	6	Westbury	Haut-Saint-François
CHUS	1 place dans 1 RI	1	Saint-Denis-de-Brompton	Val-Saint-François
CHUS	7 places dans 1 RI	6	Stanstead	Memphrémagog
CHUS	2 places dans 1 RI	1	Magog	Memphrémagog
CSSS-IUGS	60 places dans 2 RI	60	Sherbrooke	Sherbrooke
CSSS-IUGS	15 places dans 1 RI	15	Martinville	Coaticook
SOUS-TOTAL	108 places dans 7 RI	106		
CJPC-Maison St-Georges ⁽³⁾	20 places d'hébergement de transition	11	Sherbrooke	Sherbrooke
SOUS-TOTAL	20 places d'hébergement de transition au CJPC-MSG	11		
Maison Blanche	60 places d'hébergement de longue durée de type CHSLD	61	North Hatley	Memphrémagog
SOUS-TOTAL	60 places d'hébergement de longue durée de type CHSLD à la Maison Blanche	61		
CHUS	118 places dans 15 RTF	110	Sherbrooke	Sherbrooke
CHUS	6 places dans 1 RTF	6	Lac-Mégantic	Granit
CHUS	7 places dans 1 RTF	7	Asbestos	Asbestos
CHUS	2 places dans 1 RTF	2	Eastman	Memphrémagog
SOUS-TOTAL	133 places dans 18 RTF	125		
CHUS	38 app. supervisés dans 2 blocs d'appartements	37	Sherbrooke	Sherbrooke
CHUS	1 app. supervisé	1	Westbury	Haut-Saint-François
La Cordée	5 app. supervisés dans 1 bloc d'appartements	4	Sherbrooke	Sherbrooke
SOUS-TOTAL	44 appartements supervisés	42		
CHUS	25 places avec supervision à distance	24	Sherbrooke	Sherbrooke
CHUS	1 place avec supervision à distance	1	Asbestos	Asbestos
SOUS-TOTAL	26 places avec supervision à distance	25		

⁽¹⁾ Données pour le portrait des ressources qui a été fait avec chacun des établissements gestionnaires en date du 4 décembre 2007 et du 13 mars 2008

⁽²⁾ Les places gérées par le CSSS-HSF et le CHUS sont localisées dans une même RI

⁽³⁾ Le CJPC-Maison St-Georges ne doit pas être considéré comme une ressource résidentielle en soi. C'est un centre de réadaptation qui offre des services de réadaptation avec hébergement.

⁽⁴⁾ Le 13 mars 2008, la Maison Blanche offre 60 places régulières. Toutefois, le 4 décembre 2007, il y avait une place en surplus ou spécifique. C'est pourquoi il y avait 61 personnes hébergées. Inclut les places régulières et spéci

Le CHUS, le CSSS-IUGS et le CSSS du Haut-Saint-François se partagent donc la responsabilité de l'encadrement des places RI dont ils sont gestionnaires. Le CSSS du Haut-St-François a la responsabilité de 17 places RI où se retrouvent des clients nécessitant un requis de service plutôt lourd comparativement aux autres RI. Soixante-quinze places régionales réparties entre trois RI sont gérées par le CSSS-IUGS. Elles présenteraient peu de diversité quant aux formules offertes pour répondre aux besoins spécifiques ou évolutifs des clientèles de l'ensemble du territoire (Agence Estrie, 2005). De son côté, le CHUS a la responsabilité exclusive des RTF dédiées en SM, ce qui occasionne peu d'arrimage avec les équipes de santé mentale des CSSS. Il achète aussi un certain nombre de places RI sur le territoire (14) pour mieux répondre aux besoins des personnes après une hospitalisation. Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges (CJPC-MSG), centre de réadaptation, offre également 20 places d'hébergement de transition avec encadrement intensif et deux places d'hébergement temporaire.

Ainsi, au total, l'ensemble des milieux de vie substitut occupent 82 % des places pour 96 % du budget affecté aux services résidentiels (Agence, Estrie 2007 : Réf. : Tableau 1). Depuis l'été 2007, un mécanisme régional d'accès à l'hébergement assure la gestion du processus d'admission pour toutes les places régionales rattachées au Programme-services santé mentale.

En termes de ressources plus légères ou de logement avec soutien, nous retrouvons 37 appartements supervisés à Sherbrooke et un appartement supervisé à Westbury sous la responsabilité du CHUS, de même que cinq appartements supervisés à Sherbrooke, gérés par la Cordée (organisme communautaire en SM). Il y a également un service de supervision à distance offert par le CHUS : 25 personnes bénéficient de supervision à distance (soutien au logement) dont 24 personnes de Sherbrooke et une d'Asbestos (Agence, Estrie, 2007 : Tableau 1).

Dans notre région, nous avons donc une offre de service résidentiels, incluant la Cordée, de 391 places (327 places régulières et 64 places spécifiques ou en surcroît). (Agence, Estrie, 2007 : Tableau 1).

Comme l'a bien détaillé le document de la Régie régionale « Organisation des services résidentiels et de soutien au logement en santé mentale » (2003)⁶, la majorité des personnes ayant un problème grave de santé mentale demeure dans un milieu de vie autonome; sommairement l'on estimait alors que ces personnes vivaient en famille naturelle (114), en logement social (60) ou en appartement et régime de chambre et pension (970). En lien avec cette situation, l'Agence constatait deux ans plus tard que « Les ressources pour soutenir le maintien à domicile de la personne partiellement autonome sont fragmentaires, souvent improvisées à la pièce. Le plus souvent, les auxiliaires familiales sont liées aux services pour personnes âgées et il faut les *emprunter*. On s'appuie beaucoup sur *des*

⁶ Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Organisation des services résidentiels et de soutien au logement en santé mentale. Portrait de la situation et recommandations*, Services des programmes, février 2003, 55 p.

ressources communautaires d'économie sociale pour compléter les services publics : popote roulante, entretien du domicile, transport, etc. » (Estrie, 2005)⁷.

S'il importe de reconnaître l'expertise de nombreuses équipes d'intervenants que ce soit au CHUS, dans les CSSS ou dans le secteur privé à but lucratif ou non lucratif, force est de reconnaître que ce réseau de services est axé quasi essentiellement sur le milieu de vie substitut. De plus, plusieurs éléments de l'état de situation réalisé en 2005⁸ nous apparaissent devoir être repris :

- On peut constater la fragmentation de ce réseau : un grand nombre d'institutions œuvrent auprès de la même clientèle, sans plan d'ensemble très clair, sans forum de concertation, sans contour financier précis, sans objectif partagé de développement ou de qualité, sans indicateur de processus ou de résultat permettant de juger de la qualité des services rendus.
- L'offre de service de plusieurs CSSS est insuffisante pour le soutien au logement.
- L'offre de service est centralisée majoritairement sur le territoire de la ville de Sherbrooke.
- La configuration du réseau d'hébergement soulève des questions d'accessibilité géographique, de hiérarchisation et d'équité. Les services du CHUS et du CJPC/MSG servent surtout à la clientèle de Sherbrooke, malgré le mandat régional de ces établissements.

En terminant, il est important de souligner que la révision actuelle de l'organisation des services résidentiels en santé mentale ne s'appuie pas uniquement sur des orientations ministérielles ou régionales, mais sur des données qui touchent plus directement les usagers.

Selon l'étude menée en 2003, il y aurait environ 7 200 personnes de 15 ans et plus atteintes de maladie mentale grave pour la région, dont 1 038 personnes seraient desservies par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Selon ces mêmes données rapportées, 23 % de la clientèle dénombrée (environ 234 personnes) ne serait pas hébergée dans un endroit qui convienne à sa réadaptation optimale et à son intégration sociale et socioprofessionnelle⁹. De même, au 4 décembre 2007, on rapporte qu'il y a au moins 18 % (65/370) des personnes hébergées dans les ressources résidentielles en santé mentale de l'Estrie, qui sont potentiellement à relocaliser, soit vers des ressources plus légères, soit vers une ressource mieux adaptée à leur condition (Agence de l'Estrie, janvier 2008)¹⁰.

⁷ Agence de développement des réseaux locaux de services, *Vers un réseau intégré de soins et services pour la clientèle adulte atteinte de troubles mentaux sévères et persistants en Estrie*. Orientations régionales et modèle d'organisation des services, mars 2005, 63 p.

⁸ Idem.

⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Organisation des services résidentiels et de soutien au logement en santé mentale. Portrait de la situation et recommandations*. Services des programmes, février 2003, 55 p.

¹⁰ Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie, *Données recueillies à partir d'un sondage terrain auprès des professionnels des établissements gestionnaires des ressources, au cours de décembre 2007 dans le cadre de la démarche de révision de l'organisation des services résidentiels en santé mentale en Estrie*. N'inclut pas les personnes occupant les appartements supervisés de La Cordée.

1.4. Évolution des services résidentiels en santé mentale

1.4.1. Le soutien communautaire en logement social

Les réseaux de l'habitation, de la santé et des services sociaux constatent une évolution marquée des besoins des clientèles aussi bien que des attentes quant à la façon d'y répondre. Pour harmoniser et accentuer l'impact des interventions de nos réseaux respectifs, l'approbation du « Cadre national sur le soutien communautaire en logement social » apparaît comme un outil nécessaire qui permettra d'améliorer la qualité de vie de personnes qui éprouvent des difficultés particulières à se loger de manière convenable et à prix abordable, d'autant plus que, plusieurs d'entre elles présentent certaines caractéristiques ou un cheminement de vie qui les confinent à peu de choix¹¹.

« C'est au cœur de la communauté que les acteurs des différents milieux de vie, comme (...) le quartier, mettent sur pied des projets qui permettent aux individus de bénéficier de meilleures conditions de vie¹². »

Le soutien communautaire en logement social est constitué de pratiques spécifiques et d'interventions complémentaires aux services du réseau de la santé et des services sociaux et aux programmes de logement social et communautaire. Ces actions constituent la passerelle requise pour favoriser l'intégration ou le maintien dans le milieu de vie des personnes ayant des besoins particuliers lesquels, laissés sans réponse, risquent de compromettre leur intégration et leur participation sociale.

Il s'agit donc de services de proximité qui recouvrent un « ensemble d'actions qui peuvent aller de l'accueil à la référence, en passant par l'accompagnement auprès de services publics, la gestion des conflits entre locataires, l'intervention en situation de crise, l'intervention de soutien, le support au comité de locataires et aux autres comités et l'organisation communautaire ». En fait, la notion de soutien communautaire désigne : « ... ce qui relève de l'accompagnement social des individus et/ou des groupes » y incluant la gestion du bail¹³ et correspond à la définition du « logement avec soutien » mise de l'avant dans le « Plan d'action en santé mentale : La force des liens »¹⁴.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Cadre national sur le soutien communautaire en logement social. Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux*, 2007, 57 p.

¹² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 2005, p.13.

¹³ La définition retenue du soutien communautaire s'inspire des références suivantes : Marie-Noëlle DUCHARME, et Yves VAILLANCOURT, *Portrait des organismes sans but lucratif d'habitation sur l'île de Montréal*, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS) en collaboration avec la FOHM, avril 2002, p.47. Denis ROBITAILLE, *Le financement du soutien communautaire en HLM : pour mieux atteindre la cible*, ROHQ, août 2003, p. 7.

¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, 2005.

Le logement social et communautaire correspond à une formule de propriété collective qui a une mission sociale et ne poursuit aucune finalité de profit : ce sont les offices d'habitation (OH), les organismes à but non lucratif (OBNL) et les coopératives d'habitation (COOP). Le gouvernement du Québec, seul ou dans le cadre d'ententes convenues avec le gouvernement fédéral, encourage ce type de modèle grâce à différents programmes de subventions. Pour les fins de l'application du présent cadre, le type d'habitation retenu est le logement avec bail.

Outre un besoin de logement à coût abordable de qualité, ces personnes ont besoin de soutien qui permettra de contribuer à leur maintien ou à leur intégration dans leur milieu de vie¹⁵. À cet effet, le soutien communautaire est complémentaire à l'offre de logement social et à l'offre de service de santé et de services sociaux. Il peut s'inscrire en amont d'une offre de service plus structurée ou au cœur d'un ensemble de services offerts en réponse aux besoins particuliers d'une personne ou d'une collectivité.

Le courant, prônant la réintégration sociale de personnes ayant vécu en institution jusqu'au milieu des années 80, et l'adoption successive de politiques et d'orientations, favorisant le soutien des personnes dans la communauté, ont permis le développement de pratiques novatrices. Ainsi, des collaborations et maillages entre les réseaux de l'habitation et de la santé et des services sociaux se sont établis pour accorder un soutien financier à l'intention de clientèles ayant des besoins particuliers dont les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes ayant un trouble de santé mentale ou les personnes handicapées pour qui ces pratiques ont donné des résultats positifs. L'élaboration d'un cadre national se veut un moyen de susciter ou d'encourager une collaboration intersectorielle cohérente pour le mieux-être des personnes et des collectivités.

1.4.2. Les pratiques exemplaires en ressources résidentielles

Les paragraphes qui vont suivre ont pour finalité la présentation de pratiques exemplaires en ressources résidentielles pour les personnes ayant des problèmes sévères de santé mentale. En premier lieu, nous tracerons à grands traits l'évolution des politiques et pratiques du réseau de services de santé mentale quant au lieu d'habitation de ces personnes, puis nous présenterons spécifiquement le passage à un logement dans la communauté avec du soutien, tant au niveau théorique que par des exemples de pratiques éprouvées.

Au Québec, comme dans le reste des pays occidentaux, le système des services de santé mentale s'est transformé de façon drastique depuis un demi-siècle. Jusqu'en 1962, l'asile est demeuré la forme de prise en charge privilégiée de la maladie mentale. Puis, la désinstitutionnalisation a entraîné une décentralisation des services pour les personnes usagères des services en santé mentale. La remise en cause du modèle hospitalier a alors suscité le développement de nouvelles approches en matière de logement. Les écrits témoignent d'au moins trois tendances qui prévalent au Québec, au Canada et aux États-Unis : le *custodial model*, la plus ancienne, l'approche de l'hébergement avec soutien professionnel (*supportive housing*) et l'approche du logement avec soutien (*supported housing*).

¹⁵ Un milieu de vie correspond au logement d'une personne, à l'immeuble où se situe ce logement, au quartier, à la municipalité ou à la ville.

Le custodial model

Depuis déjà très longtemps et parallèlement à l'institution, des personnes usagères vivent en famille d'accueil maintenant renommée résidence d'accueil au Québec (*custodial model*). Cependant, comme l'asile, ces milieux de garde ont été critiqués sensiblement pour les mêmes raisons que l'asile, qu'ils reproduisaient à plus petite échelle. En effet, les ressources découlant du *custodial model*, en plus d'engendrer les mêmes problèmes que *l'hôpital (institutionnalisation, dépendance, etc.)*, n'offraient pas les aspects positifs de l'institution (manque de contacts sociaux, absence de programmes et d'activités, maintenance plutôt que réadaptation). On déplorait aussi le fait que ces ressources étaient tenues par des gens sans formation ou sans expérience qui étaient donc moins bien pourvus afin de développer des stratégies de réadaptation pour les résidants. Après que cet état de fait eut été dénoncé, des politiques et mécanismes de contrôle ont bien sûr été instaurés pour corriger la situation, mais ils ont eu plus ou moins d'impact sur la qualité des services. Quoiqu'il en soit, les ressources dérivées du *custodial model* demeurent aujourd'hui largement utilisées.

L'hébergement avec soutien professionnel (supportive housing)

Les critiques adressées au *custodial model* ont contribué à l'essor d'une approche plus professionnelle des soins dans la communauté : l'approche du *supportive housing*, souvent couplée à l'idée du continuum résidentiel. Cette approche renvoie à l'organisation étapistique des services résidentiels à travers lesquels les gens circulent suivant leur degré d'autonomie et leur besoin de réadaptation. Idéalement, on vise à ce que les gens passent des ressources les plus structurées et encadrées à un bout du continuum à une relative indépendance, à l'autre bout, sinon à l'extérieur, du continuum des ressources résidentielles.

À la base de l'hébergement avec soutien professionnel réside la volonté de créer des environnements résidentiels thérapeutiques pour les résidants au sein desquels la dynamique de groupe sera un outil de réadaptation dont pourra se servir le personnel clinique. Chaque résidant est évalué et dirigé dans une ressource qui correspond au niveau d'encadrement dont il a besoin. Les gens vivent donc dans des groupes relativement homogènes. Puisqu'ils se retrouvent dans des milieux thérapeutiques, les gens sont appelés à jouer principalement le rôle de clients, de bénéficiaires des services, et conséquemment, l'autorité relève des intervenants. Conformément à l'idée du continuum des services, au fur et à mesure des apprentissages, les résidants sont appelés à « graduer » vers de nouveaux milieux où ils consolideront d'autres compétences jusqu'à ce qu'ils n'aient plus besoin de services et vivent de façon indépendante.

Concrètement, les continuums varient beaucoup selon les systèmes de santé mentale. D'ailleurs, il n'est pas rare de retrouver dans la variété des ressources qui forment le continuum résidentiel, des formes d'hébergement (famille ou résidence d'accueil) et de logement (appartement avec soutien) qui appartiennent au *custodial model* ou à l'approche du logement autonome avec soutien. Ainsi, dans la description d'un continuum, on peut penser retrouver au début, le milieu le plus structuré, l'hôpital psychiatrique, et à la fin, l'appartement autonome. Entre les deux, des résidences d'accueil, des résidences intermédiaires avec leurs foyers de groupe, les services de crise, les appartements supervisés et les appartements satellites. L'assimilation, par une approche, de ressources dérivées d'une autre approche, montre bien qu'elles ne sont pas étanches et que les distinctions sont faites à des fins d'exposition, donc de simplification de la réalité.

Bien que l'approche de l'hébergement avec soutien professionnel couplée à l'idée du continuum a été le modèle de référence des années 70 et 80, elle demeure la plus largement acceptée et répandue et n'est pas à l'abri des failles. Dans ce modèle, un passage doit s'effectuer de la ressource la plus structurée à la ressource la moins structurée. Est-ce bien ainsi que les usagers cheminent dans les ressources? Ces dernières ne servent-elles pas plutôt de ressources de transinstitutionnalisation où les usagers prennent racine après avoir quitté l'hôpital? Des chercheurs ont examiné la dynamique du passage des usagers dans la gamme des ressources pour s'apercevoir que les trajectoires des usagers n'étaient pas conformes à l'idée de continuum, mais correspondent plutôt à ce qu'ils ont appelé un modèle développemental.

Selon ce modèle, les ressources deviennent les résidences principales de longue durée pour les usagers à une étape de leur vie, surtout de la quarantaine à la soixantaine, sans nécessairement cheminer d'une ressource à une autre, et en développant une dépendance possible à ce milieu de vie. Il y a aussi des doutes quant à la capacité de développer dans ce modèle des services efficaces pour répondre aux besoins des gens. En effet, est-ce que tous les services nécessaires pour assurer la continuité dans la trajectoire résidentielle sont bien en place? Le continuum est-il complet? Parvient-il à desservir toutes les personnes ayant des problèmes de santé mentale? L'ampleur des problèmes conjoints d'itinérance et de santé mentale permet de croire que le continuum résidentiel exclut plusieurs personnes nécessiteuses. Il est aussi reproché au *supportive housing* de confondre logement et traitement en rendant le premier conditionnel au second. Sans compter l'absence de programme individualisé, l'état de transition constant dans lequel sont plongés les usagers, les risques de développer une dépendance aux ressources, l'apprentissage d'habiletés de vie en groupe non pertinentes pour la vie indépendante à laquelle les gens se destinent, le fait que les usagers restent toujours prisonniers du continuum et n'en sortent pas, etc. De plus, des pressions sont aussi exercées sur le continuum résidentiel de la part des familles et des usagers eux-mêmes pour des logements plutôt que de l'hébergement.

Le logement autonome avec soutien (supported housing)

L'approche du logement autonome avec soutien vise entre autres à aider les personnes usagères à identifier leurs désirs, buts et besoins en matière de logement. Celui-ci permet qu'un milieu familial, intime, où l'on est indépendant, soit définitivement ce que recherchent les gens. Il a le plus de chance de devenir un chez-soi avec tous les avantages que cela comporte. L'approche du logement avec soutien se développe donc comme une voie alternative pour offrir du logement, mais aussi en réaction aux apories du *supportive housing*. Même s'il peut sembler caricatural d'opposer ces deux approches, leur particularité ressort ainsi très clairement.

Tableau 3¹⁶

Caractéristiques des approches du « supportive housing » et du logement autonome avec soutien

Le « supportive housing » (l'hébergement)	Le logement autonome avec soutien
Chez-nous	Chez-soi
Adapté pour un groupe	Adapté pour la personne
Placement	Libre choix
Rôle de client	Rôle de citoyen
Contrôle par le personnel	Contrôle par la personne
Dépendance	Autonomie
Milieu préparatoire et transitoire	Apprentissages réalisés dans le milieu permanent
Services standardisés	Soutien individualisé et flexible
Stigmatisation	Intégration
Offre de service	Accompagnement
Indépendance dans le milieu le moins contraignant	Soutien à long terme dans l'environnement le plus stimulant

Le modèle de logement autonome avec soutien est très lié à la théorie de la réadaptation psychosociale et à la vision de rétablissement. Les impératifs liés au traitement doivent être étroitement associés au développement des habiletés personnelles et sociales des usagers, à la maximisation de leur potentiel et à leur intégration dans la communauté. Ceux-ci doivent être perçus comme des citoyens d'abord, au même titre et avec les mêmes droits et devoirs que tout autre membre de la société. Cette approche va donc de pair avec une redéfinition des rôles et des relations de pouvoir, des professionnels comme celui des personnes usagères.

Ce modèle vise donc à offrir d'abord et avant tout un logement permanent aux personnes et non seulement une série de ressources d'hébergement. Le droit à un logement devient non seulement la base d'un réseau efficace de services dans la communauté, mais constitue un préalable pour la réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec un trouble mental grave. Il importe donc que le logement soit choisi personnellement par celles-ci en fonction de leurs préférences et de leurs besoins. Ainsi, en étant en logement, ces personnes se retrouvent de plus à exercer des rôles multiples et socialement valorisés (membre d'un quartier, d'une communauté,

¹⁶ Tiré et adapté de : AQESS, MSSS, *L'organisation des services de santé mentale et le paradigme du rétablissement, cahier du participant*, février 2008, p. 136.

locataire ou propriétaire) aux titres desquels ils peuvent interagir sur un pied d'égalité avec les autres résidants dans leur milieu. En outre, ayant leur propre logement, les usagers reprennent le contrôle sur leur quotidien, leur rythme de vie. Par ailleurs, le logement ne découlant plus de l'engagement dans une démarche thérapeutique, les usagers peuvent décider de mettre un terme aux services de réadaptation qui leur sont offerts sans crainte de devoir se reloger. L'approche de l'hébergement avec soutien professionnel postulait que le regroupement de plusieurs usagers de même niveau fonctionnel pouvait servir de milieu thérapeutique. On peut cependant douter des bénéfices d'une telle concentration de personnes stigmatisées, ressemblant à l'hôpital par certains aspects, qui risquent de répéter certains comportements et attitudes développés en institution. Ce milieu peut très vite se transformer en îlots où les relations sociales sont réduites aux seuls résidants et intervenants de la résidence. Le logement avec soutien communautaire a voulu contrer cet isolement en misant sur des logements intégrés au parc résidentiel régulier. Pour accroître les chances d'intégration, le quartier de résidence doit aussi être choisi en fonction de son potentiel d'assimilation des individus (quartier comprenant des commerces qui servent de lieux de rencontre plutôt qu'une banlieue-dortoir) tout comme l'aspect du logement doit correspondre aux normes du voisinage.

L'approche du logement avec soutien affirme aussi que les individus n'ont pas à être « fins prêts » pour aller vivre dans la communauté; elle encourage les résidants à choisir et à intégrer un logement permanent, à développer, sur place, les habiletés nécessaires à maintenir ce logement. Pour ce faire, toutefois, le réseau de soutien doit être flexible, adapté et offrir l'intensité requise en temps opportun. Il est clair qu'un soutien standardisé ne saurait satisfaire toutes les combinaisons de besoins qui se manifestent chez les personnes. De plus, en vivant dans la communauté, les personnes peuvent avoir accès aux services et aux ressources destinées à la clientèle générale et non seulement bénéficier de services spécialisés.

Finalement, bien qu'elle préconise la vie dans un environnement « normal », l'approche du logement avec soutien n'a pas pour horizon ferme l'indépendance totale des personnes usagères. En effet, la nature des troubles graves de santé mentale est telle qu'il est probable que les gens auront besoin de soutien, à des degrés variables, tout au long de leur vie. Ainsi, le réseau de soutien à développer est là pour rester et il n'est pas exigé des individus qu'ils soient complètement autonomes avant d'emménager dans leur propre logement.

1.4.3. Les formes et caractéristiques du logement autonome avec soutien

L'approche du logement autonome avec soutien étant maintenant reconnu comme modèle de pratique exemplaire (British Columbia, 2000)¹⁷, il importe de détailler davantage comment elle se concrétise dans les faits. Le développement de projets dérivés de l'approche du logement avec soutien prend généralement trois tendances : nouer des liens privilégiés avec des propriétaires du milieu privé, recourir aux organismes sans but lucratif (OSBL) et, finalement, développer le logement avec soutien à l'intérieur même du secteur du logement social (HLM).

¹⁷ British Columbia Ministry of Health. Best Practices in mental health. Housing report. Victoria B.C. 2000.

Du côté des initiatives avec le milieu privé, des refuges pour itinérants ont développé un programme de sollicitation des propriétaires qui louent leur appartement à des prix raisonnables. Ces derniers sont incités à laisser savoir au refuge qu'ils ont des appartements vacants. En échange, le personnel du refuge sélectionne, dans la banque de noms des itinérants qui veulent un appartement, le candidat idéal pour le logement. Le personnel du refuge s'engage aussi à fournir une assistance au locataire, à agir comme médiateur entre le propriétaire et le locataire et avance même les fonds nécessaires à la réservation de l'appartement. D'autres programmes sont le fait de membres du personnel hospitalier qui ont des immeubles à logements et qui agissent à titre de propriétaires résidants auprès de patients autonomes qui vivent dans leurs appartements, seuls ou avec d'autres personnes usagères.

Outre le milieu privé, des organismes sans but lucratif se sont mis à développer des projets de logements avec soutien. Dans certains cas, le logement autonome avec soutien naît d'un partenariat entre le département de psychiatrie d'un hôpital, un groupe de défense des droits et une équipe en santé publique. Cette initiative a, par exemple, pris la forme de dix appartements réservés pour le projet dans des logements sociaux et d'un *teaching apartment* qui sert de local de rencontres aux résidants et aux intervenants, qui ne sont pas sur place 24 heures par jour. Dans d'autres cas, le logement autonome avec soutien a pris la forme d'une coopérative d'appartements où un intervenant en santé mentale rencontre les résidants, individuellement ou en groupe, et intervient en cas de crise, sans toutefois demeurer ou avoir de local sur place.

Au Québec, des immeubles de HLM se sont aussi ouverts à la pratique du logement social avec soutien auprès des usagers de services de santé mentale. Il s'agit de logements dits de « catégorie C » qui sont réservés à ces personnes, mais qui doivent accepter d'être l'objet d'un suivi minimal de la part d'un organisme public ou communautaire. L'accès au logement est donc conditionnel à l'acceptation par la personne d'un suivi psychosocial.

Ces diverses initiatives montrent la variabilité dans les processus de développement du logement avec soutien, variabilité qui respecte les caractéristiques du milieu. Des consensus se dégagent toutefois quant à certains aspects. Il semble que le « réseautage » des services de soutien avec le logement soit fondamental pour assurer le maintien des personnes dans leur logement. Cet alliage peut consister en un amalgame du réseau personnel des résidants, du réseau des services communautaires et des services de soutien mis sur pied spécifiquement par l'organisme de logement, des services du réseau de la santé et des autres services gouvernementaux. Ils doivent surtout être coordonnés, ce qui est la finalité du plan de services individualisé (PSI).

Toutefois, il ne suffit pas que la personne ayant des problèmes sévères de santé mentale ait un chez-soi; encore faut-il que l'environnement concoure à son inclusion dans la société. Ainsi, la recherche qualitative de Yanos, Barrow, Tsemberis (2004) auprès de 80 personnes logées dans des appartements suite à leur condition de personnes sans-abri avec des problèmes de santé mentale a révélé qu'un tiers de celles-ci estimait problématique leur intégration dans leur nouveau quartier, dû notamment à une intolérance pour

la différence¹⁸. Une recension des écrits préparée pour le *Social exclusion unit* par Watson et Hacker (2003) sur le thème *Mental health and housing* a aussi permis de constater, en Grande-Bretagne également, les limites de l'habitation comme vecteur d'inclusion sociale¹⁹. Les recherches de Tarpey et Watson (1997)²⁰ et de Ford et al. (1997)²¹ sont citées à cet égard. Des 500 personnes suivies dans un quartier par des équipes de santé mentale, 14 % vivant dans leur maison ou en appartement souhaitaient déménager, de même que 26 % de celles hébergées chez leurs parents ou des proches. Les disputes avec le voisinage ou des allégations de harcèlement étaient le plus souvent nommées. Alors que les résultats de recherches (Rog, 2004, Fakhoury et al., 2002)^{22, 23} s'accroissent en faveur de la mise en œuvre généralisée du modèle du logement avec soutien dans la communauté et que le plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS a comme l'un de ses objectifs de développer ce type de services, il est de première importance de bien cerner les potentialités et les limites de l'habitation comme vecteur de lien social (Morin, Baillargeau, 2008)²⁴ et de l'importance de soutenir aussi les communautés pour réaliser cette intégration.

Section 2

2.1. Proposition d'organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie

La réorganisation proposée pour atteindre à la fois les cibles administratives et cliniques souhaitées en est une d'envergure. Elle implique des changements majeurs à différents niveaux :

- celui des personnes elles-mêmes, à qui elle va demander une implication active, parfois difficile, vers leur propre rétablissement;
- celui de tous les intervenants concernés, qui devront ajuster leurs pratiques professionnelles à des approches interdisciplinaires, de soutien dans le milieu de vie des personnes et visant la réadaptation psychosociale;
- celui des organisations, qui devront adapter structure et offre de services, ainsi que leurs modalités de soutien clinique, de gestion et de monitoring en fonction des changements proposés.

¹⁸ YANOS, P.T., S.M. BARROW, S. TSEMBERIS (2004). *Community integration in the early phase of housing among homeless persons diagnosed with severe mental illness: successes and challenges*, Community Mental Health Journal, vol. 40, no. 2, p. 133-150.

¹⁹ WATSON, L. et M. HACKER (2003). *Litterature review – Mental and housing*, Social exclusion unit, Office the Deputy Prime Minister, London, p. 32.

²⁰ TARPEY, N.W. et WATSON, L. (1997). *Housing need in Merton: people with severe mental illness living on household*, London, Borough of Merton.

²¹ FORD, R. et al. (1997). *Report on the Merton mental health and housing project*, London Sainsbury Centre for mental health.

²² ROG, D.J. (2004). *The evidence on supported housing*, *Psychiatric Rehabilitation J.*, vol.27, no. 4, p. 334- 344.

²³ FAKHOURY, W.K.H. et al.(2002) *Research in supported housing*. Soc. Psychiatry Epidemiol, vol. 37, p.301-315.

²⁴ MORIN, P., BAILLARGEAU, E, dir. (2008). *L'habitation comme vecteur de lien social*, PUQ, Montréal

De façon réaliste, cette réorganisation devrait se faire à l'intérieur de deux grandes opérations (2008-2013) :

La première opération devrait permettre de réaliser les étapes suivantes :

- la hiérarchisation des services résidentiels et de soutien dans la communauté;
- l'atteinte des cibles en ce qui a trait aux places (milieu de vie substitut, SIV, SIM) et aux ressources humaines, notamment en ce qui concerne le soutien aux personnes en logement autonome;
- le virage des pratiques professionnelles vers la réadaptation et le rétablissement;
- l'augmentation des places en logement social pour les clientèles avec troubles mentaux.

Quant à la deuxième, elle permettra l'ajustement de cette organisation de services en fonction de l'évaluation systématique des besoins de toutes les personnes hébergées afin de moduler l'offre de service en conséquence.

Le présent chapitre établit clairement les cibles à atteindre ainsi que les différentes normes et balises qui guideront l'ensemble des établissements (et leurs partenaires), responsables du redéploiement des ressources régionales et locales et de la mise en œuvre du scénario proposé. À noter qu'un plan d'opérationnalisation suivra l'adoption de ces orientations.

2.1.1. Le cadre d'orientation

Le cadre d'orientation proposé réitère l'ensemble des visions, valeurs, considérants et principes directeurs auxquels devront répondre chacune des décisions cliniques et organisationnelles qui seront prises pour actualiser cette réorganisation.

D'abord une **vision**, déterminante :

- Un virage axé sur la réadaptation et le rétablissement;
- Une transformation de l'hébergement vers le logement autonome avec soutien comme premier choix;
- Une offre de service intégrés et hiérarchisés, au niveau du traitement, de la réadaptation et du soutien;
- Une responsabilité populationnelle;
- Une approche interdisciplinaire et intersectorielle;
- Une organisation évolutive et répondante (« *responsive* »)
- Le respect de la volonté et des droits de la personne.

Ensuite, les croyances et les considérants qui vont donner un sens à la réorganisation proposée (**le pourquoi**) :

-
-
- On reconnaît que pour les clientèles avec troubles mentaux graves, le logement est un déterminant majeur de la santé et du bien-être, au même titre que le revenu, l'emploi et l'éducation;
 - Les personnes aux prises avec un trouble grave de santé mentale, même avec de grandes incapacités, ont un potentiel de réadaptation et peuvent vivre en logement si elles ont le soutien qui leur est nécessaire;
 - L'espoir de pouvoir vivre de façon optimale sa pleine citoyenneté, peu importe le milieu de vie dans lequel elle évolue, est un moteur puissant dans la démarche de la personne atteinte de troubles mentaux graves vers son rétablissement;
 - Certaines personnes présentant des besoins plus complexes, un niveau d'incapacité plus important, sont présentement incarcérées ou itinérantes. Il faut en tenir compte dans notre offre de service;
 - Le réseau de la santé et des services sociaux dispose actuellement d'un ensemble de ressources qu'il nous faut ajuster pour répondre plus adéquatement aux besoins et aux aspirations des personnes utilisatrices de services et de leurs proches ;
 - On reconnaît aux personnes atteintes et à leurs proches le pouvoir d'agir, c'est-à-dire la capacité de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent, incluant le niveau de planification et d'évaluation des soins et services.

Enfin, en plus des principes plus globaux précédemment cités dans le document, **les principes directeurs** suivants devront supporter les choix et les règles de conduite dans les changements à implanter :

- Le rétablissement de la personne est au cœur de la perspective clinique;
- Compte tenu de la nature même de la problématique, l'approche auprès des clientèles doit être flexible, proactive et miser sur le développement et le soutien à la mobilisation de la personne vers son rétablissement;
- Par conséquent, on doit se centrer sur le projet de vie, sur les particularités de la personne et sur ses besoins spécifiques, en tenant compte des problématiques en interface. Ceci implique une approche globale et intégrée (traitement, réadaptation, soutien) ainsi qu'une gestion active des transitions dans le réseau de services vers l'âge adulte notamment ou lors de la perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Pour ce faire, nous devons adapter nos approches et nos structures de services en santé mentale, mais aussi s'inscrire dans une perspective intersectorielle avec les milieux communautaire, carcéral, municipal, de l'éducation et de l'emploi..., et en développant des liens de réciprocité et de solidarité au sein de la communauté ; il faut soutenir la communauté pour réaliser l'intégration sociale des personnes ;
- Nous devons aussi ajuster nos pratiques pour agir de façon concertée, à l'intérieur même du réseau de santé et services sociaux au niveau interprogramme, interdisciplinaire et interétablissement;
- Le milieu de vie permanent doit être le premier recours (« Chez-soi, le premier choix²⁵ », *Housing first*), en tenant compte des préférences et des capacités de la personne (et non de celles du réseau). L'hébergement en milieu substitut devrait être considéré de façon transitoire, ou en dernier recours, mais doit tout autant répondre à des critères de respect de la vie privée;

²⁵ MSSS, *Chez-soi : le premier choix*, La politique de soutien à domicile, 2003.

-
-
- Les services de traitement et de soutien doivent être disponibles, s'imbriquer dans des milieux de vie ouverts sur la communauté et permettre le bon service au bon moment avec la bonne intensité;
 - Il faut soutenir le développement du logement social, à tout le moins la recherche de logement décent et abordable, compte tenu de la grande pauvreté de la majorité des personnes concernées;
 - L'accès aux différents milieux de vie doit être équitable, peu importe la MRC de provenance de la personne;
 - Les personnes utilisatrices ont des droits et des responsabilités, notamment celle de s'impliquer dans leur démarche de réadaptation et de réinsertion sociale.

2.1.2. Le cadre structurel

Au niveau organisationnel, ce cadre d'orientation doit s'incarner, dans des programmes, services et trajectoires (**le quoi**).

Comme le titre du document le spécifie, l'organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie s'inscrit dans une **programmation** régionale des soins et des services de réadaptation psychosociale pour les personnes aux prises avec un trouble mental grave, programmation qui s'appuie sur les composantes suivantes :

- Le réseau local de services (RLS) comme lieu d'ancrage organisationnel et intersectoriel;
- Un réseau intégré et fluide de soins et services (incluant le traitement, la réadaptation, les services résidentiels, le suivi dans la communauté, le soutien au logement et l'intégration sociale et socioprofessionnelle) dédié aux clientèles avec troubles mentaux graves, avec ou sans problématique associée;
- Un système répondant (responsive) et flexible de soins et services, capable de s'adapter au profil de besoins évolutifs, de chacune des personnes en particulier, mais aussi de l'ensemble des clientèles;
- Un partenariat étroit avec les ressources de la communauté, particulièrement avec le réseau communautaire en santé mentale;
- Une répartition des mandats et des ressources hiérarchisés en fonction du niveau de spécialisation requis et de la prévalence des profils de besoins;
- Des outils cliniques communs , notamment pour l'évaluation des besoins, et éventuellement, un dossier partagé;
- La formation continue, la coordination clinique et la qualité des services;
- Un suivi de gestion rigoureux (ententes de services, GESTRED, IMAGES, OASIS...).

2.1.3. Le cadre opérationnel

Les changements requis suivants introduisent la proposition de réorganisation présentée en synthèse au tableau 4 (**le comment**).

Au niveau clinique :

- Une recentration des activités de l'ensemble des acteurs sur leur mission de première ou de deuxième ligne en santé mentale;
- L'ajustement des pratiques professionnelles et le fonctionnement de tous les services dans le cadre d'une programmation clinique intégrée, visant la réadaptation et le rétablissement;
- L'évaluation systématique des besoins de la personne avec les outils appropriés (outil d'évaluation des besoins de la clientèle avec troubles mentaux, OEMC, PRISMA 7...);
- Le déploiement des intervenants-pivots dans les CSSS en lien avec le SIV ;
- La prise en compte et le respect des besoins spécifiques, de la volonté, de l'âge, du rythme et des préférences des personnes actuellement hébergées ou en démarche d'orientation vers une ressource résidentielle;
- L'adaptation de la culture du réseau, de l'organisation des services et des pratiques professionnelles pour favoriser la réadaptation, l'intégration sociale et l'intégration socioprofessionnelle;
- La formation et le soutien clinique de tous les intervenants concernés sur les approches visant le rétablissement;
- La participation des personnes utilisatrices et de leurs proches aux décisions qui les concernent, incluant le niveau d'organisation et d'évaluation des services.

Au niveau organisationnel et administratif, en fonction de la hiérarchisation des services :

- La diversification de la gamme de milieux de vie soutenus par le réseau santé mentale;
- La décentralisation (budgets et responsabilités) d'une partie des ressources et services vers les MRC, principalement pour développer le logement autonome avec soutien;
- Le transfert aux établissements CSSS :
 - de la fonction « suivi des clientèles hébergées de 1^{re} ligne » ;
 - de la fonction « soutien aux ressources » dont ils ont la responsabilité (démarchage, accréditation, soutien, formation, perception, qualité, traitement des litiges...);
 - du mécanisme d'accès à l'hébergement de 1^{re} ligne;
- Le maintien du mécanisme régional d'accès pour l'orientation vers les services d'hébergement de 2^e ligne, afin d'assurer un accès équitable à toutes les personnes du territoire;
- L'ajustement des cadres de rétribution et des contrats avec les ressources (notamment par l'augmentation du recours à l'article 108).

2.1.4. Quelques précisions quant au scénario retenu

(Voir tableau en 2.1.6 et le tableau détaillé en annexe)

Comme il est difficile d'inclure tous les tenants et aboutissants dans un tableau, voici quelques précisions afin d'aider à la compréhension du modèle :

- En ce qui concerne les mandats

L'interface du Programme-services santé mentale avec le Programme-services PALV devient un enjeu important compte tenu du vieillissement de la population, incluant le vieillissement de la clientèle SM. En fonction de la responsabilité populationnelle, la gestion des interfaces entre programmes pour la clientèle SM revient au guichet d'accès de chaque CSSS. On peut penser qu'avec la décentralisation des ressources résidentielles de première ligne en santé mentale, la mise en œuvre d'un plan de services concerté interprogrammes devrait précéder une éventuelle demande d'hébergement au secteur PALV. À ce chapitre, chaque CSSS devrait prévoir les besoins de sa clientèle SM vieillissante et devrait y répondre en conjuguant les ressources de ses différents programmes-services.

Entretemps, certaines personnes vieillissantes, avec un profil de besoins dont la majeure est toujours SM sont hébergées actuellement dans les ressources régionales et ne sont généralement pas identifiées à un territoire en particulier. Le présent scénario réserve 14 places CHSLD à La Maison Blanche de North Hatley (MBNH), pour répondre aux besoins de ces personnes qui deviennent trop lourdes pour l'offre de services en ressources RI-RTF SM, sans répondre encore aux critères d'admissibilité aux places CHSLD PALV lorsque leur profil de besoins migre vers le PALV. En somme, ces 14 places veulent soulager temporairement le réseau PALV de Sherbrooke, notamment pour les clientèles SM dites « régionales » et ne se substituent aucunement à la responsabilité de chaque territoire de répondre aux besoins de sa clientèle identifiée.

Les 46 autres places d'hébergement en soins psychiatriques de longue durée de la MBNH sont réservées aux clientèles avec profil majeur SM (avec ou sans problématique associée), sans restriction d'âge, qui nécessitent une intensité de soins et de réadaptation psychiatriques en hébergement que cet établissement peut offrir en longue durée.

Dans la programmation régionale, l'offre de service de la MBNH sera élargie par la mise en place d'un foyer de groupe de 6 places attendant à la ressource permettant aux personnes pour qui c'est possible de transiter vers une ressource plus légère et d'accéder à un plus grand niveau d'autonomie. Par ailleurs, le développement des logements supervisés ou de toute autre forme de logement autonome avec soutien devient la responsabilité des réseaux locaux de services.

L'utilisation actuelle des places SM du CJPC/MSG n'est pas optimale et doit être ajustée compte tenu des services de soutien intensif dans le milieu (SIM) et de soutien d'intensité variable dans la communauté (SIV), actuellement en implantation, et qui visent à soutenir la réadaptation et l'intégration sociale. En conséquence, la présente proposition recentre les activités du volet Maison Saint-Georges du CJPC-MSG, à des activités en résidence, d'un niveau de services de 2^e ligne (subaigu), dans une offre de service de 22 places en continuité de services et liens fonctionnels étroits avec le CHUS, notamment pour les 15 places dédiées aux jeunes adultes à leurs premiers épisodes psychotiques. Les références arriveraient directement du CHUS, sans passer par le mécanisme régional d'accès. On parle ici de services de réadaptation et de traitement, en vue notamment, de raccourcir sinon d'éviter une hospitalisation en psychiatrie. Deux places d'hébergement temporaire (répit, dépannage, transition, crise...) sont maintenues pour les clientèles santé mentale avec problématique associée, souvent en relocalisation. L'utilisation de trois autres places reste à déterminer. La recentration des activités « à l'interne » n'exclut nullement l'intervention dans le milieu de vie avec un usager dans le cadre d'un plan d'intervention, mais il faudra distinguer ces activités du SIM et du SIV, offerts par les autres partenaires.

Les places en milieu de vie sécuritaire visent des clientèles avec des troubles graves du comportement et un niveau de dangerosité élevé qui présentent un besoin de protection ou d'encadrement que les établissements actuels en SM (sauf l'hospitalisation en psychiatrie) ne peuvent offrir. Le CJPC/MSG s'est engagé par ailleurs à assumer deux places à sécurité « modérée » et à durée illimitée pour les clientèles SM. Ces deux places seront accessibles via le mécanisme d'accès régional.

Selon les cibles ministérielles, le CHUS disposerait de 18 lits d'hospitalisation en surplus. Le présent scénario propose de convertir ces 18 lits de courte durée en lits de moyenne durée visant la réadaptation psychiatrique des clientèles avec profils plus complexes, avant qu'elles ne soient orientées vers un milieu de vie approprié à leur niveau de besoins. Dans le contexte actuel, cette mesure est de première importance si on veut permettre aux personnes, souvent hébergées depuis nombre d'années, d'être accompagnées dans une démarche vers une plus grande prise en charge de leur propre situation.

Le Pavillon de la Montagne est un acteur-clé en Estrie auprès des personnes avec des besoins d'encadrement plus intensif et de réadaptation. Il s'agit d'une offre de service de niveau spécialisé et régional, pour lequel on reconnaît désormais 25 places (RI). Dans un contexte de hiérarchisation des services, il a été convenu que son rattachement administratif et clinique de base se poursuivrait avec le CSSS du Haut-St-François alors que le CHUS devra assurer le soutien clinique spécialisé et une liaison privilégiée en situation de crise ou d'urgence. Dans ce cas-ci, la dénomination dite « de transition » doit être interprétée de façon moins stricte et traduire plutôt l'intention de tout mettre en œuvre pour éventuellement permettre aux personnes desservies de s'orienter vers un milieu de vie plus autonome répondant à leurs aspirations et capacités.

On peut se questionner sur l'introduction des offres de service SIM, SIV et soutien au travail-études dans une réorganisation de services résidentiels. Dans les faits, le virage vers le logement autonome ne peut être un succès pour une personne sans qu'on organise pour elle et avec elle un ensemble de services professionnels offerts par le réseau, de soutien au logement et d'opportunités

d'intégration sociale et socioprofessionnelle. L'atteinte des cibles à ce chapitre devient donc un enjeu incontournable dans ce virage vers le logement autonome avec soutien.

Dans cette réorganisation, il ne faudrait surtout pas « oublier » les clientèles en interface psychiatrie/justice. Aussi, en fonction de la hiérarchisation des services, les clientèles SM incarcérées (ou sous probation) devront faire l'objet d'arrimages étroits entre les réseaux santé et services sociaux et celui des services correctionnels.

Est aussi étroitement reliée au plan de déploiement des ressources, la programmation régionale des soins et services aux clientèles avec troubles mentaux graves, dans laquelle on retrouve les activités de réadaptation et de soutien dans la communauté. Cette programmation devrait en effet clarifier les rôles et responsabilités de chacun des partenaires, les trajectoires de services, les mécanismes de liaison et les outils cliniques retenus. Des ententes de service formelles devraient souder le tout et un mécanisme continu de régulation mis en place. L'évaluation systématique des besoins des personnes en ressources résidentielles et bénéficiant des services de soutien dans leur milieu de vie devra finalement être réalisée à chaque année afin de permettre l'ajustement des services en fonction de l'évolution de leur situation (organisation répondante).

- Quelques explications sur le tableau :

Concrètement, le redéploiement des ressources disponibles devra se faire à partir des places RI/RTF (actuellement presque à 200 % du requis ministériel). On comprend que ce sera fait d'ici cinq ans, souvent par attrition, mais toujours en respect du rythme des personnes et des ressources.

À partir des 240 places régionales actuelles (RI/RTF), on propose de diminuer ce nombre de places à 123 en optant pour les scénarios suivants :

- Les 123 places RI/RTF résiduelles seront redéployées dans les MRC (en examinant la pertinence d'ajuster le nombre de places par territoire de MRC compte tenu de la forte attraction de la Ville de Sherbrooke);
- Transformer 84 places en logement autonome avec soutien pour atteindre la cible ministérielle de 154 places, à redéployer dans les MRC;
- Transformer huit places en hébergement temporaire de 1^{re} ligne (répit, dépannage et crise) sous forme de budget d'hébergement temporaire ou autre modalité, permettant de trouver des solutions « légères » mais qui peuvent faire la différence, à des besoins ponctuels) ;
- Considérer de niveau 2^e ligne, les 25 places du Pavillon de la Montagne, maintenues cependant sous la responsabilité clinique et administrative du CSSS du Haut-St-François, avec le soutien clinique du CHUS et reconnaître ces places comme de l'hébergement

avec encadrement intensif. À noter que la perspective de transition à plus ou moins long terme s'applique autant pour cette ressource que pour toutes les autres ressources résidentielles de 1^{re} ligne, à « durée illimitée ».

2.1.5. La proposition : Organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie (2008-2013)

Le tableau 5 se lit de la façon suivante :

- En fonction de la hiérarchisation des services, à partir des ressources les plus spécialisées et coûteuses;
- À partir d'un portrait de situation au 13 mars 2008;
- On devrait atteindre le scénario proposé dans cinq ans (cibles ministérielles);
- Le mouvement proposé indique le changement à réaliser dans les cinq prochaines années;
- La dernière partie du tableau précise les cibles et les responsabilités désormais confiées à chacun des partenaires concernés;
- Les lignes SIM et SIV sont des cibles qui devraient être atteintes en 2010-2011;
- La ligne « Soutien au travail / études » fera l'objet de travaux particuliers durant les deux prochaines années.

Tableau 4 :

Organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie en Estrie (2008-2013)

Voir tableau détaillé à l'annexe 1

	HIÉRARCHISATION ²⁶	SITUATION ACTUELLE ²⁷	MOUVEMENT PROPOSÉ	SCÉNARIO PROPOSÉ ²⁸	RLS	CJPC/MSG	CHUS	MBNH
	Population ²⁹			307 980 h	307 980 h			
Niveau régional	Hospitalisation courte durée (CD)	95 lits CD + 10 lits médico-légaux	Transformer 18 lits en lits d'hospitalisation de moyenne durée ³⁰ de réadaptation	77 lits CD + 10 lits médico-légaux			77 lits CD + 10 lits médico-légaux	
	Hospitalisation de moyenne durée	0	Programmer + Implanter (18 lits à même les lits CD existants; inclure dans programmation régionale intégrée de soins et services aux clientèles avec troubles mentaux graves) (évaluer en 2013)	18 lits			18 lits d'hospitalisation de moyenne durée avec réadaptation intensive	
	Hébergement et soins psychiatriques de longue durée (de type CHSLD)	60 places	Maintenir régional	46 places +14 ³¹ (transition entre SM et PALV)				46 +14 (SM/PALV)
	Hébergement de transition ³² avec encadrement intensif, soins et réadaptation	20 ³³ places	Reconnaître : 25 places RI du Pavillon de La Montagne d'un niveau de 2 ^e ligne ³⁴ . Transformer, développer et diversifier ³⁵ les milieux de vie de transition : - temporaire, de dépannage et de crise - de réadaptation, niveau 2 ^e ligne; - dédié aux clientèles SM jeunes adultes avec dépendance ou autre problématique associée - milieu de vie sécuritaire	±74 places (incluant les lits de réadaptation du CHUS)	CSSS-HSF : 25 places Pavillon de la Montagne	15 places ³⁶ Traitement et réadaptation pour les clientèles jeunes adultes + 2 places Hébergement temporaire et relocalisation + 3 places à déterminer + 2 places à durée illimitée et sécurité moyenne	74 places	6 places de type foyer de groupe - réf. Art.108
	SIM Soutien intensif dans le milieu	GESTRED Indicateur 1.8.6 P-13 : 10,2 places	Programmer + Implanter à Sherbrooke ³⁷	10,7 ETC 107 places			10,7 ETC 107 places (Sherbrooke)	

²⁶ Selon la nomenclature du MSSS²⁷ Tiré du *Tableau détaillé de l'état de situation des places d'hébergement en SM Estrie par type de ressources*, au 6 mars 2008, ASSSE. Ne tient pas compte du dispensateur actuel de cette catégorie de services.²⁸ Cette proposition ne signifie pas une fin en soi, mais demeure une cible ministérielle qui fait consensus et augmente le degré d'acceptabilité des changements organisationnels requis.²⁹ Estimation de la population de l'Estrie pour 2010-2011, ventilée par territoire de MRC; MSSS, projection OASIS, 25 juin 2007.³⁰ Changement au permis à faire.³¹ Pour des personnes non identifiées à un territoire de CSSS, occupant des places régionales et ne répondant pas encore aux critères d'admissibilité du programme PALV. À réviser en 2013.³² De niveau 2^e ligne.³³ 29 places au permis.³⁴ La notion de transition n'est pas une fin en soi pour cette ressource.³⁵ Milieu urbain, milieu rural (ferme...).³⁶ Envisager relocalisation dans un milieu physique mieux adapté.³⁷ À défaut d'équipe SIM hors Sherbrooke, le ratio intervenant/client en SIV sera augmenté afin d'offrir davantage d'intensité lorsque requis

	HIÉRARCHISATION ²⁶	SITUATION ACTUELLE ²⁷	MOUVEMENT PROPOSÉ	SCÉNARIO PROPOSÉ ²⁸	RLS	CJPC/MSG	CHUS	MBNH
	Population ²⁹			307 980 h	307 980 h			
Niveau local	Hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré	240 ³⁸ places (133 RTF 107 RI)	Décentraliser au niveau local 215 places RTF et RI de niveau 1 ^{er} ligne : - réserver 123 places RI/RTF (100 % de la cible) - transformer 84 places en <u>logement avec soutien</u> (100 % de la cible) - transformer ± 8 places en <u>budget d'hébergement temporaire</u> (destiné aux clientèles SM dans chaque MRC) ³⁹ <i>Basculer :</i> - les 25 places du Pavillon de la Montagne vers hébergement de 2 ^e ligne	123 places <i>(pouvant aussi être de transition)</i>	123 places			
	Logement autonome (notion de bail) avec soutien (notion de réadaptation)	70 26 <u>supervisions à distance</u> 44 <u>logements supervisés</u> : (dont 39 privés et 5 OSBL, La Cordée)	<u>Maintenir</u> Transformer 84 places RI/RTF en places de logement avec soutien <u>Diversifier l'ensemble :</u> # avec supervision à distance - logement social - logement partagé (colocation) - chambre et pension - appartement/logement autonome # avec présence 24/7 - appartements supervisés...	154 places	154 places			
	Soutien au travail-études	N/D	Programmer + Implanter au niveau local	179 places	179 places			
	SIV Soutien d'intensité variable dans la communauté (incluant le milieu carcéral)	GESTRED Indicateur 1.8.5 P-13 : 190,4 places	Programmer + Implanter au niveau local : Ces cibles doivent inclure les personnes en logement autonome avec soutien et celles en milieu de vie substitut	42,8 ETC 770 places	42,8 ETC 770 places	Réaffecter le SIV de Maison Saint-Georges vers l'interne		

³⁸ Places occupées au 13 mars 2008, sans tenir compte de la notion de places régulières ou spécifiques.

³⁹ Budgets à décentraliser dans chaque MRC pour répondre à des besoins de dépannage, répit, crises, etc. par des mesures ultralégères et temporaires.

2.1.6. Les conditions de succès de cette réorganisation

- Une vision partagée du concept de rétablissement et des approches en réadaptation psychosociale, au plan local et régional;
- Des mesures de soutien pour la clientèle, pour l'entourage, pour les ressources, au cours de la réorganisation (information, formation, encadrement, gestion des résistances...);
- L'incontournable implantation du SIM et du SIV;
- Des mesures de soutien clinique et administratif pour les professionnels concernés, au niveau de l'ajustement des pratiques professionnelles;
- L'efficacité du guichet d'accès local dans le réseau intégré de soins et services (notamment en ce qui concerne les interfaces avec les autres programmes-services, l'orientation en 2^e ligne lorsque requis et les ententes à établir avec les partenaires intersectoriels locaux (communautaire, éducation, emploi, municipal...));
- Le soutien au réseau local afin de développer des opportunités de logement social, d'intégration sociale et d'intégration socioprofessionnelle;
- La définition des ententes de collaboration avec les partenaires communautaires en santé mentale, dans chaque territoire de CSSS ;
- Le soutien au réseau local dans le sens du développement des communautés (pour diminuer la stigmatisation et les préjugés à l'égard des clientèles avec troubles mentaux);
- Un mécanisme de gestion des litiges dans chaque territoire de CSSS ;
- L'utilisation systématique des outils cliniques retenus et du PSI (élargi pour inclure les propriétaires et autres partenaires intersectoriels)
- Un budget de transition suffisant;
- Un monitorage étroit de l'évolution des dépenses dans ce secteur et une évaluation de l'implantation du scénario retenu ;
- L'arrimage avec le projet clinique santé mentale de chaque territoire.

2.1.7. Le plan de déploiement

Le déploiement de ce scénario d'organisation de services fera l'objet d'une planification particulière, sous la responsabilité conjointe des établissements (Comité directeur en santé mentale) et de l'Agence.

Plusieurs éléments recueillis, lors de la consultation à l'égard du modèle proposé, se rapportent davantage à cette étape du projet et on devra en tenir compte dans la suite des travaux. Ils ont été consignés en annexe 2.

2.2. Suivi et évaluation

Le suivi de la mise en place de la nouvelle organisation des services résidentiels en santé mentale en Estrie seront sous la responsabilité de l'ensemble des partenaires et de l'Agence. Certains indicateurs pourront toutefois figurer aux ententes de gestion annuelles après accord entre l'établissement et l'Agence.

D'autre part, il serait fort intéressant que le modèle proposé fasse l'objet d'une évaluation d'implantation formelle afin de monitorer :

- l'évolution des dépenses;
- l'évolution de la distribution des ressources;
- les changements dans la direction souhaitée;
- l'évolution des besoins de la clientèle (en fonction d'une évaluation systématique) ;
- le mouvement de la clientèle dans les ressources d'hébergement en santé mentale;
- le mouvement de la clientèle interprogrammes (santé mentale/PALV, santé mentale/DI, santé mentale/DP...) ;
- les délais d'attente pour une ressource d'hébergement ou pour le logement avec soutien;
- la satisfaction de la clientèle.

Ainsi, il pourrait être confié à un groupe de recherche, un mandat d'évaluation du modèle proposé, dans le but de dégager certains constats et résultats pouvant nous être utiles pour faire les ajustements nécessaires. De plus, ces derniers pourraient servir à d'autres régions du Québec.

Le Comité de santé mentale du Québec (CSMQ) nous suggère de mesurer certains éléments qui nous permettent d'évaluer la capacité du système de santé mentale à faciliter et à contribuer à l'atteinte des résultats qui sont souhaités par les usagers⁴⁰. Il importe toutefois de développer des mesures permettant la progression. Ils font référence à :

- la réappropriation du pouvoir;
- la maîtrise de sa vie et de son environnement;
- la maîtrise de son environnement socioéconomique;
- l'exercice ou réexercice de ses responsabilités.

⁴⁰ L. RODRIGUEZ, L. BOURGEOIS, Y. LANDRY, J.L. PINARD, *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*, Presses de l'Université du Québec, 2006, 307 p. Voir aussi le document *Critères de qualité pour les services résidentiels en santé mentale* réalisé par le Comité régional des personnes utilisatrices de services de SM en Estrie, PRODÉF Estrie, mai 2008.

La réappropriation du pouvoir⁴¹

- Ces trois indicateurs ont été choisis par les usagers pour expliciter ce que signifie « se réapproprier du pouvoir » lors de leur passage dans des services de santé mentale⁴² :
 - maîtriser sa vie et son environnement;
 - exercer ou réexercer des responsabilités;
 - participer aux décisions qui la concernent.

La maîtrise de sa vie et de son environnement⁴³

- si elle peut faire des choix libres et éclairés;
- si elle peut élargir sa capacité d’agir, d’avoir et de réaliser des projets;
- si elle peut faire face aux difficultés intérieures et extérieures;
- si elle peut faire appel aux ressources et au soutien nécessaire pour réaliser ses désirs et projets ou affronter les difficultés.

La maîtrise de l’environnement socioéconomique⁴⁴

- la personne vit dans des conditions facilitantes ou non pour faire ses choix;
- la personne participe à des activités significatives et gratifiantes;
- la personne a l’impression de pouvoir réaliser des projets gratifiants et de pouvoir compter sur les ressources et le soutien nécessaire pour ce faire.

L’exercice ou réexercice des responsabilités⁴⁵

- La personne avance dans la direction d’une plus grande responsabilisation si elle accroît sa capacité à prendre des décisions par elle-même pour tout ce qui concerne sa vie et à les assumer.

D’autres indicateurs de mesures de résultats directement associés au logement nous sont également suggérés par le Comité de santé mentale du Québec (CSMQ). Ils font référence :

- à la qualité de vie;
- aux conditions de vie.

⁴¹ Idem.

⁴² Idem.

⁴³ Idem.

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ Idem.

*La qualité de vie*⁴⁶

- Avoir un logement (y compris sous diverses formes) convenable, sécuritaire, à prix abordable, contribue à la stabilité, à la sécurité et au sentiment d'appartenance à un milieu donné.

*Les conditions de vie*⁴⁷

- La personne choisit, seule ou avec de l'aide, de vivre dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital ou en pavillon et utilise le type d'habitation qui correspond le mieux à ses besoins, à ses désirs et à ses capacités d'intégration.
- Augmentation de la proportion d'utilisateurs satisfaits de leurs conditions de logement.
- Augmentation de la proportion d'utilisateurs qui occupent un logement sur le marché régulier plutôt qu'un logement assisté (socialement et financièrement).
- Augmentation de la proportion d'utilisateurs qui bénéficient de logements supervisés par rapport aux personnes sans logement.
- Augmentation du pourcentage de bénéficiaires de services qui occupent un logement supervisé ou non.

2.3. Conclusion

Le fait d'avoir accès à un logement autonome, à un « chez-soi », augmente grandement les habiletés d'une personne à gérer sa maladie, sa stabilité et sa qualité générale de vie. Le logement autonome, l'une des composantes de l'habitation, est reconnu comme l'un des déterminants sociaux de la santé et du bien-être (ICIS, 2006; Lawrence, 2006)^{48,49}. Sur le plan empirique, notons que le sens donné au logement varierait selon l'expérience du logement, symbole de la relation entre un lieu de vie sociale et une identité. Il offre de la sécurité et il s'établit une relation entre cet endroit central et l'identité de la personne. Ce constat concorde avec les résultats d'une récente recherche réalisée en Ontario (Forchuk et al, 2006)⁵⁰. Suite à la tenue de neuf groupes de discussions qui ont rejoint 90 personnes, les auteurs ont employé la métaphore de la tornade pour décrire l'impact des troubles mentaux, mais surtout du type de réponse mis de l'avant par la société sur la vie des personnes en regard de leur chez-soi. Les personnes se sont ainsi exprimées sur la perte de leur chez-soi, de leurs biens, de leurs relations sociales, de leur dignité. Afin de reconstruire leur vie, ils ont notamment besoin d'un espace personnel d'où ils pourront reconstituer des liens sociaux.

Version 11 - 2008-06-16/cm

⁴⁶ Idem.

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ ICIS. *Améliorer la santé des canadiens. : une introduction à la santé en milieu urbain*, Ottawa. 2006.

⁴⁹ LAWRENCE, R.J. *Housing and health : beyond disciplinary confinement*. Journal of Urban Health, Bull. Of the New-York Aca. Of Médecine, vol. 83, no 3. 2006. p.540-549.

⁵⁰ FORCHUK, C. et al. *Surviving the tornado of mental illness: psychiatric survivors' experiences of getting, losing, and keeping housing*. Psychiatric services, vol. 57, no.4. 2006. p. 558-562.

ANNEXE 1 :

Proposition détaillée : Organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie (2008-2013)- 1^{re} ligne

	HIÉRARCHISATION ¹	SITUATION ACTUELLE ²	MOUVEMENT PROPOSÉ	SCÉNARIO PROPOSÉ ³	SHERB.. ⁴	MEMPHRÉ-MAGOG	VAL ST-FRANÇOIS	GRANIT	HAUT ST-FRANÇOIS	COAT.	DES SOURCES	CJPC/MSG	CHUS	MBNH
	Population ⁵			307 980 h	153 536	47 478	29 230	22 759	22 180	18 763	14 034			
Niveau régional	Hospitalisation courte durée (CD)	95 lits CD + 10 lits médico-légaux	Transformer 18 lits en lits d'hospitalisation de moyenne durée ⁶ de réadaptation	77 lits CD + 10 lits médico-légaux									77 lits CD + 10 lits médico-légaux	
	Hospitalisation de moyenne durée	0	Programmer + Implanter (18 lits à même les lits CD existants; inclure dans programmation régionale intégrée de soins et services aux clientèles avec troubles mentaux graves) (évaluer en 2013)	18 lits									18 lits d'hospitalisation de moyenne durée avec réadaptation intensive	
	Hébergement et soins psychiatriques de longue durée (de type CHSLD)	60 places	Maintenir régional	46 places +14 ⁷ (transition entre SM et PALV)										46 +14 (SM/PALV)
	Hébergement de transition ⁸ avec encadrement intensif, soins et réadaptation	20 ⁹ places	Reconnaître : 25 places RI du Pavillon de La Montagne d'un niveau de 2 ^e ligne ¹⁰ . Transformer, développer et diversifier ¹¹ les milieux de vie de transition : - temporaire, de dépannage et de crise - de réadaptation, niveau 2 ^e ligne; - dédié aux clientèles SM jeunes adultes avec dépendance ou autre problématique associée - milieu de vie sécuritaire	+74 places (incluant les lits de réadaptation du CHUS)					25 places Pavillon de la Montagne				15 places ¹² Traitement et réadaptation pour les clientèles jeunes adultes + 2 places Hébergement temporaire et relocalisation + 3 places à déterminer + 2 places à durée illimitée et sécurité moyenne	6 places de type foyer de groupe - réf. Art.108
	SIM Soutien intensif dans le milieu	GESTRED Indicateur 1.8.6 P-13 : 10,2 places	Programmer + Implanter à Sherbrooke ¹³	10,7 ETC 107 places										10,7 ETC 107 places (Sherbrooke)

¹ Selon la nomenclature du MSSS

² Tiré du *Tableau détaillé de l'état de situation des places d'hébergement en SM Estrie par type de ressources*, au 6 mars 2008, ASSSE. Ne tient pas compte du dispensateur actuel de cette catégorie de services.

³ Cette proposition ne signifie pas une fin en soi, mais demeure une cible ministérielle qui fait consensus et augmente le degré d'acceptabilité des changements organisationnels requis.

⁴ Prendre en compte l'attraction de la ville-centre : examiner la pertinence d'augmenter de 10 à 15 % les ressources pour cette MRC.

⁵ Estimation de la population de l'Estrie pour 2010-2011, ventilée par territoire de MRC; MSSS, projection OASIS, 25 juin 2007.

⁶ Changement au permis à faire.

⁷ Pour des personnes non identifiées à un territoire de CSSS, occupant des places régionales et ne répondant pas encore aux critères d'admissibilité du programme PALV. À réviser en 2013.

⁸ De niveau 2^e ligne.

⁹ 29 places au permis.

¹⁰ La notion de transition n'est pas une fin en soi pour cette ressource.

¹¹ Milieu urbain, milieu rural (fermette...).

¹² Envisager relocalisation dans un milieu physique mieux adapté.

¹³ À défaut d'équipe SIM hors Sherbrooke, le ratio intervenant/client en SIV sera augmenté afin d'offrir davantage d'intensité lorsque requis

	HIÉRARCHISATION ¹	SITUATION ACTUELLE ²	MOUVEMENT PROPOSÉ	SCÉNARIO PROPOSÉ ³	SHERB.. ⁴	MEMPHRÉ-MAGOG	VAL ST-FRANÇOIS	GRANIT	HAUT ST-FRANÇOIS	COAT.	DES SOURCES	CJPC/MSG	CHUS	MBNH
	Population ⁵			307 980 h	153 536	47 478	29 230	22 759	22 180	18 763	14 034			
Niveau local	Hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré	240 ¹⁴ places (133 RTF 107 RI)	<u>Décentraliser au niveau local</u> 215 places RTF et RI de niveau 1 ^{re} ligne : - réserver 123 places RI/RTF (100 % de la cible) - transformer 84 places en <u>logement avec soutien</u> (100 % de la cible) - transformer ± 8 places en <u>budget d'hébergement temporaire</u> (destiné aux clientèles SM dans chaque MRC) ¹⁵ <i>Basculer :</i> - les 25 places du Pavillon de la Montagne vers hébergement de 2 ^e ligne	123 places <i>(pouvant aussi être de transition)</i>	61,4 places	19,0 places	11,7 places	9,1 places	8,9 places	7,5 places	5,6 places			
	Logement autonome (notion de bail) avec soutien (notion de réadaptation)	70 26 supervisions à distance 44 logements supervisés : (dont 39 privés et 5 OSBL, La Cordée)	<u>Maintenir</u> <u>Transformer 84 places RI/RTF en places de logement avec soutien</u> <u>Diversifier l'ensemble :</u> # avec supervision à distance - logement social - logement partagé (colocation) - chambre et pension - appartement/logement autonome # avec présence 24/7 - appartements supervisés...	154 places	76,6 places	23,7 places	14,6 places	11,4 places	11,1 places	9,4 places	7,0 places			
	Soutien au travail-études	N/D	<u>Programmer + Implanter au niveau local</u>	179 places	89,1 places	27,5 places	17,0 places	13,2 places	12,9 places	10,9 places	8,1 places			
	SIV Soutien d'intensité variable dans la communauté (incluant le milieu carcéral)	GESTRED Indicateur 1.8.5 P-13 : 190,4 places	<u>Programmer + Implanter au niveau local :</u> Ces cibles doivent inclure les personnes en logement autonome avec soutien et celles en milieu de vie substitut	42,8 ETC 770 places	19,2 ETC 384 places	6,6 ETC 119 places	4,1 ETC 73 places	3,2 ETC 57 places	3,1 ETC 55 places	2,6 ETC 47 places	1,9 ETC 35 places	<i>Réaffecter le SIV de Maison Saint-Georges vers l'interne</i>		

¹⁴ Places occupées au 6 mars 2008, sans tenir compte de la notion de places régulières ou spécifiques.

¹⁵ Budgets à décentraliser dans chaque MRC pour répondre à des besoins de dépannage, répit, crise, etc. par des mesures ultralégères et temporaires.

ANNEXE 2 : Plan de déploiement

Le réseau de la santé - établissements

- Élaborer et coordonner régionalement le plan de déploiement;
- Élaborer et adopter une programmation des soins et des services de réadaptation pour les clientèles avec troubles mentaux graves;
- Établir et tenir compte du portrait de la clientèle avec troubles mentaux graves qui demeure dans les résidences privées ou autres alternatives;
- Développer et mettre en place les services SIV et SIM, lesquels sont des préalables aux changements attendus;
- S'assurer du développement concomitant du SIV et du communautaire pour une offre de service plus complète;
- Tenir compte des réalités rurales et urbaines (dispersion, accès au logement, langue, accès aux services);
- Développer et structurer l'arrimage interprogrammes (santé mentale avec PALV, santé physique (gériatrie/courte durée), DI, DP);
- Explorer le rôle des intervenants-pivots et les gestionnaires de cas dans la gestion des interfaces, entre autres PALV, DI, DP;
- Se donner des balises financières régionales pour la rémunération des RTF, des RI, des appartements supervisés, de la supervision à distance et du soutien au logement et établir des critères de qualité pour ces services;
- Clarifier les règles de paiement des places RNI (RI-RTF), CHSLD, lorsque la personne est hospitalisée;
- Explorer et considérer les différentes alternatives et les idées novatrices pour assurer l'accès à de l'hébergement temporaire et permanent;
- Établir un plan de travail pour le transfert des activités de la 2^e ligne vers la 1^{re} ligne;
- Assurer le transfert des connaissances entre la 2^e ligne et la 1^{re} ligne à l'intérieur d'un même programme et interprogrammes;
- Prendre en compte les interfaces entre le CSSS-IUGS et les autres CSSS, en lien avec la réduction de RI à Sherbrooke et leur développement dans les autres territoires;
- Revoir la collaboration avec les CSSS dans un contexte d'intégration sociale des clientèles hébergées dans les ressources régionales;
- Optimiser l'élaboration systématique des plans de services individualisés (PSI) (concertation entre partenaires de plusieurs milieux);
- Clarifier les concepts SIV, SIM, de réadaptation, de soutien au logement et de soutien communautaire;
- S'arrimer avec le plan de mise en œuvre des projets cliniques en santé mentale de chaque CSSS;
- Tenir compte des orientations ministérielles en regard du logement communautaire;
- Se doter d'un langage commun;
- S'assurer d'avoir un budget de transition;
- Soutenir la créativité;

La clientèle et les ressources humaines

- Établir des mesures de soutien et de communication pour la clientèle, pour l'entourage, pour les ressources, pour les professionnels au cours de cette réorganisation (formation, encadrement);
- Se donner des mesures de soutien clinique et de soutien administratif au cours de cette réorganisation;
- Prendre en compte les besoins de la clientèle de langue anglaise;
- Définir les mécanismes de transfert d'une ressource à l'autre dans le processus de réorganisation;
- Établir les processus d'évaluation de la clientèle potentiellement à relocaliser;
- Favoriser le changement par attrition naturelle;
- Tenir compte des besoins, de la motivation et de la capacité de chaque personne à transiter d'une ressource vers une autre ressource. Attention de ne pas recréer les effets pervers de la désinstitutionnalisation, alors que les ressources dans le milieu ne sont pas organisées pour accueillir ces personnes (logements sociaux, équipes de suivi...);
- Informer la clientèle à toutes les étapes de la transformation; ne pas présumer que la personne le sait.
- Se donner des balises de gestion des risques pour éviter que la personne se retrouve en bris de services;
- Soutenir et susciter la contribution active des personnes;
- Informer les ressources RTF et RI et les mobiliser dans cette transformation;
- Associer les médecins du milieu;
- Tenir compte de l'âge et du temps d'hébergement de chaque personne avant de la déménager. Une intégration progressive de la personne dans un nouveau milieu de vie est une approche à maintenir;
- Se donner des conditions de soutien à la communauté (organisateur communautaire);
- Favoriser le soutien à l'emploi;
- Tenir compte de la pénurie des ressources humaines;
- Évaluer l'impact sur Sherbrooke, de l'attraction vers la ville centre des clientèles santé mentale et ajuster au besoin;

Les organismes communautaires et les ressources du milieu

- Faire l'inventaire des organismes communautaires qui peuvent offrir leurs services aux personnes atteintes de troubles mentaux graves dans chaque MRC;
- Établir des ententes avec les partenaires; s'assurer d'une certaine flexibilité;

Le suivi et l'évaluation

- Tenir compte des indicateurs de qualité établis par un comité d'usagers (Référence : « *Contexte de la mise sur pied du comité qualité* »);
- Développer des tableaux de bord pour le suivi d'indicateurs de qualité, d'implantation etc.;
- Se donner des données communes et fiables;
- Surveiller le risque de reproduire l'impact de la désinstitutionnalisation;
- Évaluer la pertinence de maintenir un mécanisme régional d'accès à l'hébergement sous sa forme actuelle d'ici un ou deux ans selon l'évolution de la décentralisation des ressources;