



**SOINS
ET SERVICES**



***Pour une vision
de la réadaptation
psychosociale et
du rétablissement***

**Cadre de référence de la
Direction des services de réadaptation et
d'hébergement dans la communauté**

**Hôpital
Louis-H. Lafontaine**

AFFILIÉ À
Université de Montréal

**Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté
DSRHC – Hôpital Louis-H. Lafontaine**

POUR UNE VISION DE LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET DU RÉTABLISSEMENT

CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA DIRECTION DES SERVICES DE RÉADAPTATION ET D'HÉBERGEMENT DANS LA COMMUNAUTÉ, HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE

Rédigé par :

Jocelyn Bisson, conseiller clinique en réadaptation, recherche et évaluation, DSRHC, HLHL

Herman Alexandre, directeur adjoint, DSRHC, HLHL

Luc Legris, conseiller clinique en réadaptation, DSRHC, HLHL

Raymond Morissette, psychiatre, DSRHC, HLHL

Sylvain Ratel, chef du Service de l'hébergement de groupe, DSRHC, HLHL

29 septembre 2006

La référence suggérée pour ce document est :

Bisson, J., Alexandre, H., Legris, L., Morissette, R. et Ratel, S. (2006). *Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement: Cadre de référence de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Montréal, QC : Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Les auteurs sont :

Jocelyn Bisson, M.Sc. (psycho.)

Conseiller clinique en réadaptation, recherche et évaluation, DSRHC, HLHL

Herman Alexandre, M.A.P., M. Serv. Soc.

Directeur adjoint, DSRHC, HLHL

Luc Legris, Ph.D. (psycho.)

Conseiller clinique en réadaptation, DSRHC, HLHL

Raymond Morissette, M.D., psychiatre

Chef de psychiatrie, DSRHC, HLHL

Sylvain Ratel, B.Éd.

Chef du Service de l'hébergement de groupe, DSRHC, HLHL

Toute reproduction totale ou partielle et toute référence aux éléments de ce document sont autorisées, à condition d'en citer la source.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2 – 922577 – 50 – 3

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2006

Tous droits réservés

Distribué par la bibliothèque de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Téléphone : (514) 251-4000, poste 2964 Télécopieur : (514) 251-0270

Courriel : bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca

Remerciements

Ce document n'aurait pu être réalisé sans la contribution de certaines personnes que les cinq auteurs de ce document tiennent ici à remercier très chaleureusement.

Un très grand merci :

- à Lorraine Malo, chef du Service des programmes de réadaptation vocationnelle, pour sa contribution majeure au chapitre de la réadaptation vocationnelle ;
- à Pierre Mercier, chef du Service du Centre de soutien à l'intégration sociale (CSIS), et à Denis Plamondon, agent de programmation au CSIS, pour leur contribution majeure au chapitre des services du Centre de soutien à l'intégration sociale ;
- à Michel Bernier, chef du Service d'hébergement de psychiatrie gériatrique, Lise Boies, chef du Service d'hébergement spécialisé, Sylvie Cadorette, chef du Service de coordination des ressources, et Raymonde Desjardins, chef du Service d'hébergement individualisé, pour leur soutien et leur apport au chapitre des services d'hébergement ; à Lise Boies également pour son apport à la section sur le modèle de gestion ;
- à Jean-Jacques Leclerc, directeur de la DSRHC, et Nadia Righi, conseillère à la gestion de la qualité, DSRHC, pour leur lecture critique du document et leurs commentaires judicieux ;
- à Julien Hardy, peintre amateur, résident aux Appartements regroupés Poupart et gagnant du concours *Je prend ma vie en main*, pour sa peinture illustrée en page couverture de ce document et intitulée *Éclosion* ;
- à Diane Ratel, pour son apport à la correction finale du document.

Table des matières

Introduction	1	L'intervention au Centre de soutien à l'intégration sociale	24
Le modèle d'intervention	1	La mission du CSIS	24
Le processus d'intervention en réadaptation psychosociale	2	Valeurs prônées dans le modèle de service du CSIS	24
Les valeurs de la réadaptation psychosociale	4	Les objectifs du CSIS	24
Le modèle T-R-R	6	Le modèle vulnérabilité-stress-compétence	25
Le rétablissement, au cœur de la pratique	7	Les profils de clientèle	25
La relation d'aide	8	Les programmes spécifiques	26
Les qualités de l'intervenant en réadaptation psychosociale	10	Le parcours thérapeutique	28
La réadaptation psychosociale en ressource d'hébergement	11	L'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique	29
La notion de milieu	11	Les objectifs de l'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique	29
La réadaptation psychosociale au quotidien dans les ressources d'hébergement	12	L'évaluation	29
Les ressources d'hébergement	14	L'amélioration des pratiques	30
L'intervention vocationnelle	20	La supervision clinique	35
La préparation, l'entraînement et le soutien en emploi	20	Le modèle de gestion	37
Le soutien aux études	21	Conclusion	38
Le service des programmes de réadaptation vocationnelle	22	Axes de développement	39
		Références	41

Introduction

Le présent document vise à préciser le cadre de référence (le modèle conceptuel) à la base de l'organisation et de la prestation des services à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Ce cadre de référence est principalement inspiré des courants de pensée actuels en réadaptation psychosociale (RP). Notamment, il souscrit entièrement aux valeurs fondamentales de la RP que sont le respect des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale, la réponse adéquate aux besoins des personnes ainsi que le respect et l'encouragement du potentiel des personnes, de leur espoir et de leur participation active. Dans ce qui suit, nous présenterons les grands principes et les processus reconnus comme les meilleures pratiques en RP, notamment en ce qui a trait à l'évaluation, à la planification des services et à l'intervention proprement dite. Nous situerons également la RP et notre approche particulière d'intervention dans le cadre plus large du modèle Traitement-Réadaptation-Réhabilitation (ou modèle T-R-R), ainsi que dans la vision grandissante du Rétablissement. Nous examinerons ensuite les principes plus spécifiques de l'intervention en ressources d'hébergement réadaptatif, soit l'intervention telle qu'elle se pratique au quotidien dans les ressources d'hébergement de la DSRHC, et nous décrirons notre structure de services. Il en sera de même de l'intervention vocationnelle et de la structure des services vocationnels de la Direction, ainsi que des services du Centre de soutien à l'intégration sociale. Nous décrirons ensuite notre infrastructure de recherche et de soutien à la pratique qui vise à mieux inscrire les principes et les valeurs de la RP au cœur même de la pratique quotidienne. En discussion, nous tracerons les principaux axes de développement de la Direction. À cet égard, il importe de souligner que ce cadre de référence, bien que présentant notre vision actuelle de la réadaptation psychosociale et de notre organisation de services pour la réaliser, se veut surtout comme un point de départ. Un point de départ pour susciter la réflexion, l'échange et le dialogue entre nous et avec nos partenaires sur les meilleures moyens d'aider et de soutenir le développement des personnes avec des problèmes de santé mentale. S'il peut nous aider à cheminer en ce sens, il aura grandement atteint son but.

Le modèle d'intervention

Le but général de la réadaptation psychosociale est de restaurer, maintenir et améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes psychiatriques en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible (Anthony, 1979). On peut réaliser cet objectif en offrant à la personne l'aide, le soutien et l'environnement adéquat lui permet-

tant de vivre les opportunités nécessaires à son développement, et ce dans la dignité et l'intégrité de sa personne. Les moyens à cet égard sont fort nombreux et incluent, par exemple, l'entraînement vocationnel et le soutien en emploi, les ressources résidentielles, le développement et l'entraînement aux habiletés sociales et à la vie quotidienne, la gestion de cas (*case management*), l'accompagnement dans l'atteinte des objectifs personnels, les activités de soutien à la famille et les programmes éducatifs (Anthony et Liberman, 1992).

Les services de réadaptation sont généralement offerts dans la communauté, dans un contexte de soutien aussi normalisant que possible. Ils sont offerts de façon individualisée et ils visent à favoriser la responsabilité de la personne et le sentiment de contrôle qu'elle a sur sa vie. Il est généralement admis que les interventions de réadaptation interviennent en complément avec les approches de traitement existantes. L'intervention de réadaptation commence généralement quand l'état mental est relativement stabilisé, bien qu'elle puisse certainement être entreprise ou poursuivie en présence de symptômes, dans les limites de l'individu et de sa capacité à répondre aux interventions de réadaptation et de soutien. En ce sens, le but de l'intervention est la réduction des incapacités fonctionnelles et du handicap associé à la maladie. Le postulat est le suivant : si l'on augmente les habiletés fonctionnelles et l'autonomie de la personne, si on la soutient mieux dans son environnement quotidien, elle sera plus apte à fonctionner dans les rôles de son choix et sera moins sujette aux conséquences néfastes du handicap. Par ailleurs, dans la perspective du rétablissement, qui oriente de plus en plus la conception de l'aide et du soutien en réadaptation psychosociale, l'accent est mis sur le soutien de la personne dans sa réappropriation de son pouvoir d'agir (son *empowerment*), dans la poursuite de ses buts personnels, dans sa quête de sens et dans l'amélioration de sa qualité de vie (Solomon et Stanhope, 2004). À cet égard, la qualité de la relation d'aide devient primordiale. Enfin, il faut souligner que la réadaptation psychosociale vise le même but général que le traitement en psychiatrie, à savoir l'amélioration optimale des capacités et de la qualité de vie de la personne. Les différentes approches et stratégies d'intervention visées par le traitement, la réadaptation ou la réhabilitation se complètent nécessairement, comme nous le verrons plus loin avec le modèle intégré du Traitement-Réadaptation-Réhabilitation (T-R-R).

Dans ce chapitre, nous examinerons plus à fond le processus d'intervention en réadaptation psycho-

sociale, ainsi que les valeurs fondamentales de la réadaptation psychosociale et les principes directeurs qui orientent notre approche particulière de la réadaptation (soit le modèle T-R-R et la perspective du rétablissement). Dans les chapitres subséquents, nous approfondirons les créneaux de la réadaptation psychosociale spécifiques aux trois grands services de la DSRHC : l'hébergement réadaptatif, la réadaptation vocationnelle et la réadaptation en Centre de soutien à l'intégration sociale.

Le processus d'intervention en réadaptation psychosociale

Le processus de la réadaptation psychosociale comprend trois grandes phases : l'évaluation des besoins de la personne, l'établissement de priorités d'intervention à court et à long termes (la planification) et l'intervention proprement dite (Anthony et Liberman, 1992). Les objectifs d'intervention, en conformité avec les valeurs prônées en réadaptation psychosociale, doivent être individualisés, atteignables, centrés sur les besoins et les objectifs de la personne, idéalement mesurables et limités dans le temps (Caldwell et Woods, 2000).

L'évaluation

Dans la phase d'évaluation, on évalue avec la personne ses forces et difficultés dans le but d'identifier ses besoins et de planifier au mieux les services à lui offrir. L'évaluation en RP vise ainsi à avoir un portrait large de la personne, tant au plan de ses forces, de ses habiletés et de ses ressources, qu'au plan de ses difficultés particulières et de ses besoins au niveau psychologique, résidentiel, social et vocationnel (Farkas *et al.*, 1994). Les capacités d'observation et d'évaluation de l'intervenant en RP sont centrales à ce niveau, de même que sa capacité de créer un climat de confiance et d'ouverture mutuelle qui favorise une meilleure connaissance de l'usager. Par ailleurs, on peut utiliser des outils d'évaluation spécifique-

ment conçus à cette fin, et ce dans une optique de réadaptation.¹

Enfin, notons que l'évaluation se fait en préparation aux phases de planification des services et de l'intervention, mais également après ces phases, pour évaluer les progrès faits par la personne, ses réussites, ses difficultés et ses besoins émergents. On a ainsi l'idée d'un cycle où l'intervention est appliquée et mène à un nouveau cycle d'évaluation, d'ajustements ou de replanification et d'intervention. L'usager participe activement à chacune de ces phases.

La planification

Les informations recueillies lors de l'évaluation permettent d'établir avec la personne un plan d'intervention centré sur ses besoins particuliers qui tient compte de ses difficultés et de ses forces. Cela constitue la phase de planification. Le plan d'intervention précise les objectifs de développement des habiletés de la personne, en lien avec ses besoins et ses objectifs personnels, ainsi que les moyens et ressources nécessaires pour les réaliser. Évidemment, l'évolution constante de la personne et les changements incessants dans sa vie amènent à réévaluer constamment le plan d'intervention pour voir s'il correspond toujours aux besoins et désirs de la personne et à l'ajuster au besoin.

L'intervention

Enfin, la phase d'intervention est celle où le plan d'intervention est mis en œuvre avec et par la personne. Elle est constituée du vécu quotidien, avec ses multiples opportunités d'actions, d'apprentissage et de développement. Comme l'intervention en réadaptation physique, la RP comprend deux grandes stratégies d'intervention: (1) le soutien au développement des compétences et habiletés chez l'usager; (2) le développement

des ressources environnementales (Anthony et Liberman, 1992).

Le développement des habiletés

Le développement des habiletés peut se faire de deux façons. La première, l'enseignement direct d'habileté, est utilisée quand la personne n'a jamais acquis l'habileté visée. Elle consiste à entraîner la personne, via une série systématique d'activités éducatives, à lui apprendre l'habileté (ou le comportement) et à lui fournir l'occasion de la pratiquer et de la maîtriser. La deuxième, la programmation des habiletés, utile pour ceux qui possèdent déjà l'habileté, vise à préparer l'individu à l'utiliser dans des contextes spécifiques et à l'aider à surmonter les obstacles qui pourraient l'empêcher de la mettre en pratique. Les habiletés en question peuvent être très variables et concerner tous les domaines de la vie, comme les soins d'hygiène, l'automédication, la gestion des symptômes, l'amélioration ou le maintien des relations familiales et interpersonnelles, la poursuite d'objectifs professionnels ou éducatifs, la gestion de l'argent, la préparation des repas, les activités de loisirs, l'utilisation des transports publics ou l'utilisation des services publics. L'entraînement aux habiletés a été démontré par plusieurs auteurs comme un moyen efficace pour améliorer l'adaptation et les compétences des usagers des services de santé mentale (pour une recension, voir Bellack, 2004; Heinssen, Liberman et Kopelowicz, 2000). De nombreux programmes ont été développés pour favoriser l'acquisition de compétences spécifiques chez les usagers. Dans le cas de l'entraînement aux habiletés sociales, les résultats d'études sont à ce point positifs et systématiques qu'on considère ce type d'intervention comme une meilleure pratique ou intervention basée sur les données probantes (*evidence-based practice*) (Bellack, 2004).

Les interventions environnementales

Les interventions de développement des ressources environnementales visent à mettre l'usager en

¹ Les principes de l'évaluation et les outils d'évaluation utilisés à la DSRHC sont décrits en p. 29.

contact avec une ressource particulière. Il peut s'agir d'une ressource existante qui répond bien au type de besoin de la personne ou d'une ressource qu'on doit modifier parce qu'elle ne répond pas adéquatement aux besoins de la personne. La coordination des ressources requiert la sélection d'une ressource adéquate pour les besoins de l'utilisateur, la mise en place de ce qui est nécessaire pour amorcer l'activité et le soutien de l'utilisateur dans son utilisation de la ressource. La modification d'une ressource requiert de transformer une ressource afin qu'elle réponde mieux aux besoins de l'utilisateur. Cela nécessite parfois de négocier avec les responsables de la ressource pour amener les changements nécessaires. Ces notions seront abordées plus en détail au chapitre suivant sur la RP en ressource d'hébergement (p. 11).

L'intervention de crise

Bien que la RP se réalise normalement auprès d'individus dont la condition mentale est relativement stabilisée, il n'est pas rare que des crises se produisent. Aussi, certains types d'interventions et une certaine approche sont nécessaires lorsque la crise psychiatrique survient. D'abord, on peut définir la crise comme l'exacerbation des symptômes psychiatriques et des troubles mentaux et affectifs au-delà des capacités d'adaptation de la personne. Dans ce contexte, et compte tenu des conséquences fort néfastes que la crise peut amener chez la personne (décompensation psychotique, suicide) et son environnement (violence, aggravation de la condition mentale des autres résidents), il importe aux intervenants de savoir bien réagir. Comme les définissent Caldwell et Woods dans *Best practices in psychosocial rehabilitation* (Hughes et Weinstein, 2000), les buts de l'intervention de crise sont: (1) stabiliser la situation d'urgence; (2) diminuer les stressors qui ont amené la crise; (3) mobiliser les ressources et les soutiens pour résoudre la situation et prévenir l'hospitalisation, si possible; (4) ramener le niveau

global de fonctionnement de l'individu à son niveau initial, sinon à un niveau supérieur.

Idéalement, des interventions préventives peuvent être amorcées et même prévues dans le plan d'intervention. Cela peut inclure des interventions pour prévenir les rechutes, identifier les signes avant-coureurs de décompensation et des stressors spécifiques à la personne ainsi que s'enquérir auprès de la personne des meilleurs moyens de réduire son stress quand elle ne va pas bien et des personnes à contacter en cas de crise. L'intervenant principal devrait avoir une bonne idée du niveau de base des symptômes de la personne, de ses crises passées, de ses facteurs de stress, de ses tentatives de suicide s'il y a lieu ou de son risque suicidaire. En situation de crise, les intervenants devraient pratiquer l'écoute active, communiquer un sentiment d'acceptation et de sécurité, avoir un contrôle actif sur la situation avec un accent sur la résolution de problème et la réduction de l'affect et de la colère, instiguer chez l'utilisateur un sentiment de contrôle et d'estime de soi et savoir référer au bon service, au centre de crise, à l'urgence psychiatrique ou ailleurs, lorsque nécessaire (Caldwell et Woods, 2000).

Les valeurs de la réadaptation psychosociale

Avant d'être basée sur un modèle spécifique d'intervention ou une conception particulière de la maladie mentale, la réadaptation psychosociale (RP) repose d'abord et avant tout sur un ensemble de valeurs et de principes. Étant pratiqués par plusieurs types de professionnels, dans différents types de ressources et services et pour une clientèle fort variée, de tels principes et valeurs constituent un guide à la pratique et à l'organisation des services. Ils servent à orienter la pratique vers l'essentiel, tout en permettant la marge de manœuvre nécessaire à l'émergence de pratiques spécifiques adaptées aux différents professionnels dans leur milieu respectif et pour leur clientèle propre. Plusieurs auteurs en RP ainsi

que plusieurs organismes oeuvrant en RP ont proposé de tels principes et valeurs (Anthony et Liberman, 1992; Bachrach, 1996; Cook et Hoffschmidt, 1993). Dans les dernières années, la DSRHC s'est grandement inspirée dans son orientation clinique des valeurs et principes de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (Ruest *et al.*, 1995). Ces valeurs ont constitué le cœur des discussions menées dans notre Comité de programmation, qui constitue la principale plateforme de discussions cliniques de notre Direction. Nous présentons ici les valeurs et principes qui nous apparaissent les plus centraux et aussi les plus représentatifs de notre approche d'intervention.

Le respect des droits des usagers

Quand on parle des droits des usagers, on est au cœur du concept de réhabilitation qui vise la reprise du pouvoir d'agir et de la dignité de la personne pour repousser la stigmatisation et l'exclusion sociale. Le respect des droits des personnes avec des problèmes de santé mentale implique que l'on considère que ces personnes ont les mêmes droits et libertés que tous les citoyens et qu'on respecte ces droits et libertés dans nos pratiques. Plus particulièrement, cela implique que ces personnes puissent prendre elles-mêmes les décisions qui affectent leur vie à tous égards. Dans cette optique, la RP vise à renforcer ce pouvoir de décision et ce droit à l'autonomie en permettant aux usagers de mieux contrôler leur vie dans tous les domaines et en les encourageant dans ce sens. Dans la mesure du possible, les usagers déterminent eux-mêmes leurs objectifs personnels et choisissent les services et moyens pour les atteindre.

Les besoins

Les besoins des usagers, comme ceux de toute personne, varient de l'un à l'autre ; ils comprennent les besoins biologiques, affectifs, sexuels, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels. Ils sont multiples, d'importance variable

et ils varient dans le temps. En ce sens, la RP vise à fournir aux usagers des services adaptés à leurs besoins spécifiques et changeants dans les multiples sphères de leur vie, que ce soit sous forme de soutien, de traitement clinique, de services d'hébergement, de loisirs, d'activités occupationnelles ou vocationnelles et d'actions avec les proches et la communauté.

Le potentiel, l'espoir et la participation active

Le développement du **potentiel** de l'utilisateur comme valeur part du principe que toute personne, qu'importe son niveau de difficultés causé par la maladie, a la capacité d'améliorer à son rythme son niveau de fonctionnement et sa qualité de vie. Dans cette optique, la RP vise à actualiser ce potentiel et à développer les forces et les habiletés de la personne, tout en tenant compte de ses difficultés particulières. Cette valeur est à la base du modèle des forces (*strength model*) proposé, entre autres, par Rapp (1998) comme modèle visant la réappropriation du pouvoir par les usagers en misant sur les forces des personnes. Elle est également inhérente à la notion de réappropriation du pouvoir d'agir, ou d'*empowerment*, qui est un concept clé dans la conceptualisation actuelle en RP.

Avoir ou retrouver **l'espoir** constitue pour les personnes avec un problème de santé mentale une condition essentielle de leur développement. L'espoir permet de donner un sens à leur vie ; il encourage l'effort, éveille le goût d'apprendre, de persévérer et de lutter pour avancer. C'est pour ces raisons que restaurer l'espoir est un objectif premier de la RP. Cela peut être fait en encourageant la personne dans ses petits succès personnels, dans ses réalisations aussi modestes soient-elles. Cela se fait également en offrant aux personnes diverses opportunités d'essayer et d'apprendre des choses. En donnant aux usagers la chance d'explorer leurs propres valeurs, de faire leurs propres choix, d'identifier leurs intérêts et de développer leurs habiletés, c'est l'espoir en eux qu'on éveille et qu'on stimule.

L'accent mis sur la **participation active** des usagers pour favoriser leur réadaptation vient de la conviction que l'individu est responsable des conditions de réussite de sa vie, de ses choix, valeurs et actions et que, sans cette implication ou participation active, aucun développement n'est possible. En ce sens, les pratiques et services de RP visent à soutenir et à encourager cette participation active de toutes les façons possibles : en offrant à la personne la possibilité de faire ses propres choix, de choisir ses objectifs personnels et de faire les activités qu'elle veut. Cela se fait par des encouragements, mais aussi par la mise en place de services orientés en ce sens (ex. : comité d'usagers, participation au plan d'intervention et à l'évaluation des services).

Le modèle T-R-R

Le modèle Traitement-Réadaptation-Réhabilitation (T-R-R) est un modèle conceptuel de l'intervention en santé mentale qui fait explicitement référence au continuum de soins et services nécessaires pour prendre en compte les multiples besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (Fortier, 2000; Morissette, 1996). D'une part, l'axe Traitement, dans lequel intervient principalement l'équipe de soins dirigée par le psychiatre, se concentre surtout sur la maladie, les déficits, ses causes et les symptômes. À cet égard, une des interventions principales est la pharmacothérapie, qui consiste à fournir à l'usager la médication psychiatrique nécessaire pour réduire ses symptômes et stabiliser sa condition mentale et affective. Les avancées pharmacologiques au cours des dernières décennies ont beaucoup facilité le rôle des psychiatres à cet égard, en permettant de réduire significativement les symptômes positifs de la maladie mentale (hallucinations, délires, comportements insolites) (Lalonde, 2001). Cependant, l'impact de la médication psychiatrique sur les symptômes négatifs de la maladie mentale (retrait social, dépression, anergie) sont beaucoup plus modestes, ce qui renvoie à la

nécessité d'approches alternatives et complémentaires de l'intervention. Parmi les approches de l'axe traitement, on a évidemment la psychothérapie, notamment la thérapie comportementale-cognitive pour laquelle on a démontré l'impact significatif sur la réduction des symptômes négatifs associés aux troubles psychotiques (Garethy *et al.*, 2000), la remédiation cognitive ainsi que l'intervention auprès des familles (pour une recension, voir Canadian Psychiatric Association, 2005; Pratt et Muser, 2004).

D'autre part, l'axe Réadaptation mise sur les incapacités fonctionnelles, les forces de la personne et le développement maximal de ses capacités par des procédures d'apprentissage et de soutien environnementaux (Bachrach, 1992). Les interventions visent à soutenir la personne dans le développement de son autonomie et de sa qualité de vie, en l'accompagnant dans son quotidien et dans la poursuite de ses objectifs personnels.

Enfin, la Réhabilitation vise à amener la personne à franchir un pas de plus dans son développement, en la soutenant de façon pleine et entière dans son intégration sociale. À cet égard, si la réadaptation fournit à la personne les moyens de développer ses capacités et son autonomie, la réhabilitation vise plutôt l'actualisation de ses compétences dans les situations concrètes, par sa participation active dans son milieu. Dans certains cas, pour réaliser cet idéal, l'intervention pourra consister à accompagner la personne dans ses démarches d'intégration ou de participation sociale; dans d'autres, elle pourra consister à changer le milieu pour réduire la stigmatisation, changer les attitudes et les croyances négatives des gens face à la maladie mentale et favoriser l'adaptation de la personne. Les programmes de soutien en emploi sont un bon exemple d'une telle pratique. Notons, à cet égard, que la littérature anglosaxonne ne distingue pas ces deux concepts (réadaptation et réhabilitation) et se réfère indistinctement à la notion de *psychosocial rehabilitation*. La distinction ici permet d'apporter une nuance de

plus, ou un gradient de plus, dans le continuum évolutif de la personne, dans son cheminement de la maladie vers le rétablissement.

Le modèle T-R-R fait partie intégrante du cadre de référence du plan de réorganisation clinique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (2006). Il fournit une base conceptuelle fort utile pour conceptualiser l'arrimage et la coordination entre les différents programmes cliniques et les différents services, dont ceux de la DSRHC. Ainsi, les traits du modèle T-R-R renvoient à l'idée qu'aucune des sphères n'est détachée des autres, que chacune est nécessaire et dépendante des autres. La qualité du traitement assure la possibilité de la réadaptation, qui elle-même rend possible la réhabilitation. À l'inverse, la qualité de la réadaptation permet d'éviter ou de réduire les rechutes et les réhospitalisations. Aussi, le modèle pose que chaque intervenant peut agir à des intensités variables dans les différentes sphères d'intervention et à différents moments de l'évolution de la personne. En fait, le modèle oblige à concevoir le cheminement large de la personne et à adopter une perspective large et globale de l'intervention axée sur le cheminement progressif de la personne. Sa finalité, qui vaut aussi bien pour l'intervention proprement psychiatrique que pour l'intervention réadaptative, vise à **maximiser les capacités et la qualité de vie des personnes, en leur offrant les meilleurs soutiens possibles.**

Si le modèle T-R-R n'est pas vraiment connu sous cette appellation en dehors de l'établissement, on peut néanmoins citer quelques articles notoires où ces idées et ces préoccupations d'intégration des services, sinon des philosophies d'intervention, sont exprimées. On pense d'abord aux articles fondateurs de Bachrach (1992, 1996) dans lesquels les valeurs et principes de la réadaptation psychosociale sont clairement exposés, voire même démontrés nécessaires et indispensables dans une conception plus mature de la psychiatrie. Dans le texte plus récent de Kopelowicz et Liberman (2003), on fait un pas de

plus dans la conception de l'intégration des approches médicales et réadaptatives et, enfin, dans le texte de Jacobs *et al.* (2002), on présente l'organisation clinique et administrative d'un centre de santé communautaire où des psychiatres ont pleinement endossé les valeurs et principes de la réadaptation psychosociale, dans une véritable perspective biopsychosociale de la maladie et du traitement.

Le rétablissement, au cœur de la pratique

De plus en plus, la notion de rétablissement s'impose dans le champ de la santé mentale et amène des changements profonds dans la façon de concevoir la maladie mentale et l'intervention en santé mentale. Plusieurs chefs de file en psychiatrie et en RP, dont William Anthony, Marianne Farkas et Phyllis Solomon en parlent comme de la nouvelle vision qui guide maintenant le champ de la santé mentale (Anthony, 1993; Solomon et Stanhope, 2004; Anthony, Rogers et Farkas, 2003). Le rétablissement est l'expérience profonde et intimement personnelle des personnes aux prises avec la maladie mentale, qui trouvent un sens à leur vie, à leur souffrance et à leur maladie, ainsi qu'une façon de vivre une vie satisfaisante, chargée d'espoir et de buts, même avec les limitations causées par la maladie (Anthony, 1993; Deegan, 2003; Corrigan et Ralph, 2005). Dans un article du *Partenaire* en 2001, Anthony définit le rétablissement comme «un cheminement profondément personnel de changement et de travail sur soi, sur ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses buts, ses compétences, ses rôles et ses projets de vie» (p. 2). Dans plusieurs cas, le rétablissement représente une réduction importante des symptômes, voire même une rémission complète des symptômes. Ceci est documenté par de nombreuses études longitudinales de suivi à long terme (pour une recension, voir Callabrese et Corrigan, 2005). Pour d'autres, il s'agira de changements positifs profonds dans leur vie, malgré la persistance des symptômes. En bref, si le traitement et la réadaptation psychosociale sont

ce que les intervenants font pour aider les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, le rétablissement est ce que ces personnes elles-mêmes font et vivent pour donner un sens à leur vie et vivre une vie meilleure.

Cette perspective du rétablissement contraste passablement avec l'approche historique en psychiatrie, où l'accent est mis sur la maladie et les déficits, où la maladie mentale est conçue comme une maladie chronique et où le traitement est orienté vers la gestion et la réduction des symptômes (Solomon et Stanhope, 2004). Dans la perspective du rétablissement, l'accent est mis sur les forces et possibilités de la personne. La maladie n'est pas conçue comme chronique, mais plutôt comme une condition que la personne vit et qui peut avoir un sens profond pour elle, et l'intervention est orientée vers le soutien de la personne dans sa quête de sens, dans sa volonté d'atteindre des objectifs importants pour elle et dans son espoir d'une vie meilleure. En ce sens, la notion de rétablissement est intimement liée aux valeurs et principes de la réadaptation psychosociale. Elle s'en distingue, par contre, par le fait qu'elle appartient davantage à la personne qui la vit qu'aux différents intervenants ou services qui pourraient la favoriser ou la faciliter. Malgré cela, on voit poindre ça et là de plus en plus de services de santé mentale orientés vers le rétablissement (Anthony, 1993, 2000, 2001; Carling, 2002; Onken *et al.*, 2002; Solomon et Stanhope, 2004; Sowers, 2005). Selon Solomon et Stanhope (2004), plusieurs états américains ont intégré la notion et les valeurs propres au rétablissement dans leur système de santé mentale. L'Ohio a même structuré l'ensemble de son système de santé mentale autour du rétablissement. Plus près de nous, nous avons le «Plan d'action en santé mentale du Québec» (MSSS, 2005), qui fait du rétablissement une des priorités du Ministère. Sans vouloir faire la synthèse de ces enjeux organisationnels, nous pouvons citer ici les principes de base d'un système orienté vers le

rétablissement, tels qu'énoncés par Anthony (2001).

- Centrer les objectifs des services vers la satisfaction et la qualité de vie des usagers, l'amélioration de leur statut et de leur place en société et la réappropriation de leur pouvoir d'agir (*empowerment*).
- Se doter d'indicateurs mesurant l'impact effectif des services sur les personnes, tant au plan des mesures objectives (utilisation des services hospitaliers, taux d'insertion en emploi) qu'au plan des mesures subjectives (satisfaction, qualité de vie).
- La vision d'ensemble doit inclure l'organisation, mais aussi l'environnement social global de la personne (milieu de travail, éducationnel, résidentiel et familial), car la réinsertion dans tous ces milieux fait partie des impacts attendus pour les usagers.
- L'organisation devrait permettre aux personnes de contribuer à la planification des services et à leur évaluation. Elle devrait les embaucher à tous les niveaux et soutenir la création de services d'entraide.
- L'organisation devrait s'acclimater aux langage, habitudes et mœurs des groupes culturels qu'elle dessert.
- La formation du personnel devrait inclure cette ouverture culturelle et expliciter la philosophie et les principes du rétablissement, de manière à voir et traduire leurs ramifications dans le quotidien de l'intervention. La vision du rétablissement devrait guider la sélection du personnel.
- Les services devraient valoriser le rétablissement, la réinsertion sociale et les buts des usagers.
- L'accès aux services devrait renforcer la liberté de choix des usagers.

La relation d'aide

La relation d'aide en réadaptation psychosociale est fondée sur une confiance mutuelle entre l'intervenant et l'utilisateur. Étant donné les difficultés relationnelles et affectives inhérentes à la maladie mentale, l'établissement d'une telle relation de confiance nécessite des qualités particulières, un savoir-faire et surtout un savoir-être de la part des intervenants pour créer et maintenir cette relation de confiance et susciter la motivation et l'espoir chez l'utilisateur. Les intervenants ont une responsabilité en ce sens et doivent parfois vaincre les résistances des usagers à vouloir s'impliquer activement dans leur réadaptation. L'intervenant doit créer un climat et un environnement riches en espoir et en motivation qui aident l'utilisateur à persévérer malgré les difficultés de sa maladie mentale, malgré les symptômes et les obstacles qu'il rencontre. La relation d'aide vise aussi bien le soutien de l'utilisateur dans ses difficultés que son encouragement dans ses forces, ses projets et ses efforts pour améliorer son contrôle sur sa vie et sa qualité de vie globalement. Ceci requiert des qualités de savoir-faire et de savoir-être, dont nous décrivons ici les principales.

L'établissement d'une relation de confiance

La création d'un lien de confiance avec l'utilisateur, certains diront d'une alliance thérapeutique, vient du développement chez l'utilisateur d'un sentiment de sécurité et de confiance dans sa relation avec son intervenant qui lui permet de se sentir à l'aise d'exprimer ses besoins, ses difficultés, ses préoccupations et ses bons coups. Depuis longtemps, on reconnaît que l'alliance thérapeutique est une dimension centrale de l'intervention psychologique. Plus récemment, des méta-analyses menées sur des centaines d'études ont montré que l'alliance thérapeutique est un des déterminants les plus robustes du succès en psychothérapie, quelle qu'en soit l'approche, et ceci tant pour les clientèles non psychotiques que pour les clientèles psychotiques ou présentant des problèmes graves de santé mentale (Frank et Gunderson, 1990;

Horvath et Symonds, 1991; Svensson et Hansson, 1999). Des chercheurs ont estimé que l'alliance thérapeutique pouvait expliquer plus de 45 % de la variance des résultats en psychothérapie (Gaston *et al.*, 1991). À ce titre, l'alliance thérapeutique fait partie de ce qu'on appelle l'approche des facteurs communs qui reconnaît la contribution majeure de ces facteurs aux différentes approches d'intervention (Lecomte et Lecomte, 1999).

Les interventions clés pour établir une telle relation de confiance comprennent, entre autres, l'écoute active, la création d'un climat exprimant l'acceptation de l'autre, l'absence de jugement et les reflets positifs de la personne. Dans un tel contexte, la personne peut se sentir comprise, écoutée et motivée à s'améliorer. Cela lui permet de révéler ses forces, de susciter son espoir et de la motiver dans son processus de rétablissement.

L'empowerment

L'empowerment, ou la réappropriation du pouvoir d'agir, est le processus par lequel les personnes prennent davantage de responsabilités dans l'orientation de leur vie, exercent un plus grand contrôle sur leur environnement et développent des stratégies leur permettant de jouer un rôle actif dans l'atteinte de leurs objectifs de vie (Young et Ensing, 1999). Cette notion est centrale dans le modèle des forces (Rapp, 1998) et elle est intimement liée à la perspective du rétablissement (Deegan, 1997; Provencher, 2002). Plusieurs composantes sont liées au pouvoir d'agir: la confiance en soi, la croyance en ses forces personnelles et leur utilisation, la perception de contrôle sur l'environnement, l'acquisition d'habiletés permettant d'être plus autonome et d'influencer les autres dans l'exercice de ses choix, l'autorité décisionnelle et l'efficacité personnelle (Provencher, 2002).

Évidemment, le rôle de l'intervenant dans ce processus est très important. Il doit stimuler l'utilisateur de toutes les façons possibles, afin que

celui-ci participe le plus qu'il peut dans sa propre vie, dans les décisions et les situations qui le concernent, notamment en l'impliquant activement dans l'élaboration de son plan d'intervention, en l'encourageant à faire des choix personnels et à contribuer aux décisions touchant ses groupes d'appartenance (ex. : comité d'usagers et groupe d'entraide).

L'attitude positive

À elles seules, les techniques et les connaissances nécessaires à l'intervenant en relation d'aide ne sont pas suffisantes. Elles doivent être incarnées par l'intervenant de façon telle qu'un contact accueillant avec l'utilisateur puisse s'en dégager. Ceci repose principalement sur une attitude positive que l'intervenant maintient dans sa relation avec l'utilisateur. Nous savons qu'une attitude positive permet de créer un climat qui est supportant pour la personne et qui préserve ou même restaure l'estime qu'elle a d'elle-même. Cette attitude positive s'exprime par les gestes, les échanges ou les contacts que l'intervenant a avec la clientèle. Elle se manifeste aussi par de l'encouragement : par des reflets positifs sur la personne, des remarques constructives mettant l'accent sur ses forces, par le partage d'expériences personnelles ou même par l'assistance pour résoudre des problèmes concrets. L'encouragement peut également se faire en aidant la personne à mieux prévoir les conséquences de ses gestes et décisions, en lui fournissant de l'information et en la guidant dans ses choix. Ainsi, l'attitude positive et l'encouragement constituent des éléments qui, dans le quotidien de la relation d'aide, permettent à la personne de faire face aux difficultés et contribuent au maintien de l'espoir.

L'écoute

Une relation d'aide suppose *a priori* une bonne compréhension des besoins, attentes et désirs de la personne. L'intervenant doit s'assurer qu'il va bien répondre aux besoins de la personne plutôt qu'à ses propres aspirations d'intervenant. En fait, la

relation commence véritablement par l'écoute de la personne. Une bonne écoute demande de l'empathie, un regard positif sur la personne qui lui donne l'espace et le climat nécessaires à ce qu'elle s'exprime en toute confiance, ce qui permet de mieux la connaître, d'apprendre d'elle, de ses forces et difficultés. La personne est la mieux placée pour renseigner l'intervenant sur ses besoins à elle, ses attentes, ses projets et ses rêves. Être à l'écoute, c'est aussi savoir observer, être attentif à la personne, à ce qu'elle est, aux changements qui surviennent dans sa vie, aux signes potentiels de décompensation ou, au contraire, aux signes d'amélioration de sa condition. L'écoute est donc aussi une attitude bienveillante qui rassure, sans être envahissante. Elle permet à l'intervenant de créer l'environnement propice à mettre la personne en confiance et en mouvement dans sa démarche. Enfin, l'écoute et l'observation sont également des outils permettant à l'intervenant de recueillir de l'information précieuse sur la personne afin de mieux répondre à ses besoins et mieux l'aider dans son développement.

Les qualités de l'intervenant en réadaptation psychosociale

Diane Weinstein, dans un chapitre d'un manuel sur les meilleures pratiques en réadaptation psychosociale (Hughes et Weinstein, 2000), offre une description détaillée des compétences nécessaires des intervenants en RP. Elle présente et décrit 39 compétences, que nous pouvons résumer ici en trois grands types : les qualités relationnelles, personnelles et professionnelles. Les **qualités relationnelles** sont les compétences permettant d'établir une relation positive, aidante et chaleureuse avec l'utilisateur. Il s'agit de savoir être à l'écoute de l'utilisateur, de savoir le motiver, d'utiliser la relation d'aide pour faciliter le changement, d'offrir l'espoir, de bâtir sur les succès de la personne et de minimiser ses échecs, de générer de l'énergie et de l'enthousiasme, d'avoir l'aptitude à soutenir émotionnellement, d'être empathique, d'avoir de bonnes habiletés de

négociation et de médiation et de savoir mettre des limites. Les **qualités personnelles** sont les qualités plus générales de l'intervenant qui favorisent l'efficacité de son rôle d'aidant. Elles comprennent la stabilité émotionnelle, la conscience de soi, la flexibilité, la patience, le sens de l'humour, la tolérance à l'ambiguïté et la capacité de lâcher prise lorsque nécessaire. Les **qualités professionnelles** sont les compétences plus

directement liées à la performance du rôle d'intervenant. Elles incluent croire dans le rétablissement et le potentiel de la personne, respecter les valeurs éthiques, éviter les biais personnels et les préjugés, savoir travailler en collaboration, reconnaître les limites du rôle d'intervenant, savoir s'utiliser comme modèle de rôle et savoir prendre des risques calculés.

La réadaptation psychosociale en ressource d'hébergement

Depuis les premières vagues de désinstitutionnalisation dans les années 60, au cours desquelles on a sorti les usagers des hôpitaux psychiatriques sans trop savoir où les placer, les choses ont bien changé. Il est aujourd'hui clairement reconnu qu'un large éventail de types de ressources d'hébergement est nécessaire pour couvrir les besoins variés des personnes avec des problèmes de santé mentale (IAPSR, 1992). Ces ressources doivent non seulement répondre aux besoins de services de ces personnes, mais aussi favoriser au mieux leur intégration sociale ainsi que le maintien, sinon le développement, de leur autonomie et de leur qualité de vie. Ces ressources peuvent aller de l'appartement privé, où la personne reçoit une supervision clinique occasionnelle, aux résidences de groupes, où des intervenants spécialisés sont de service en tout temps. Bien qu'on ait conçu, à une certaine époque, que les usagers cheminent de façon relativement linéaire d'un type d'hébergement à l'autre à mesure qu'ils gagnent en capacités et en autonomie, la tendance actuelle est plutôt d'offrir à la personne le degré de soutien nécessaire pour qu'elle reste stable, s'intègre bien socialement et se rétablisse dans la mesure du possible (Stroul, 1986). On favorise aussi davantage le choix de l'usager dans les orientations de placement et on considère davantage les facteurs personnels qui peuvent contribuer à faciliter l'intégration sociale (Weinstein, 2000). Par exemple, vouloir un

appartement avec deux chambres à coucher pour accommoder son enfant, une grande chambre à coucher pour y mettre un lit double et accommoder sa vie conjugale, avoir un logement prêt d'une église ou du logement d'un membre de sa famille sont autant de préférences qui, lorsqu'elles sont prises en compte, peuvent faciliter la réhabilitation sociale, le maintien en hébergement et, à l'inverse, réduire d'autant les coûts d'insuccès réadaptatifs et de rechutes psychiatriques (Weinstein).

Les buts visés par les ressources d'hébergement sont de deux ordres : (1) offrir les soins et services dans la communauté aux personnes qui, autrement, seraient hospitalisées en raison de la gravité de leurs problèmes de santé mentale et de leurs incapacités fonctionnelles ; (2) utiliser une gamme de milieux résidentiels pour transiter d'un système centré sur l'hôpital psychiatrique à un système centré sur les services de la communauté (Dahlquist et Fields, 2000)².

La notion de milieu

Dans le modèle des forces développé par Rapp (*The strengths model*, 1998), on définit le milieu comme l'environnement dans lequel vit la personne, la configuration particulière des liens

² Voir la section «Les ressources d'hébergement», en page 16, pour une définition des différents types d'hébergement et de l'organisation administrative des ressources d'hébergement de la DSRHC.

qu'elle entretient (milieu de vie, loisirs, travail, relations sociales) et la matrice à partir de laquelle elle peut construire pour atteindre ses buts et améliorer sa qualité de vie. Ce concept est très intéressant puisqu'il remet l'accent sur l'environnement de la personne comme déterminant de sa qualité de vie et de son potentiel de développement. Ainsi, dans cette optique, le but de l'intervention n'est plus la diminution des symptômes ou le travail sur les déficits de la personne, mais plutôt l'enrichissement de son milieu de vie, le rétablissement de la personne dans le meilleur milieu possible pour favoriser le développement de son potentiel à partir de ses forces et des forces du milieu. Rapp souligne le contraste entre deux types extrêmes de milieux: les milieux facilitants (*enabling*) et les enclaves (*entrapping*). Les enclaves sont décrites comme des milieux pauvres où l'usager est stigmatisé, limité dans ses relations avec les autres usagers et le personnel des services psychiatriques. Il y a dans les enclaves peu d'incitatifs à viser des buts réalistes à long terme et, surtout, peu de possibilités de développer des aptitudes et des attentes qui pourraient faciliter l'autonomie et le développement, notamment celles relatives au travail, à l'autodiscipline et à la structuration du temps et de l'effort.

L'enjeu qui se pose en RP est de faire en sorte que les ressources d'hébergement constituent des milieux les plus facilitants possibles, des lieux où les usagers retrouvent le goût d'agir, d'avancer, d'apprendre, de bouger, de progresser. Les milieux doivent être nourrissants, stimulants, encourageants, fertiles au développement des personnes, quels que soient leur âge ou leurs problèmes particuliers de santé mentale.

La réadaptation psychosociale au quotidien dans les ressources d'hébergement

Les ressources d'hébergement de la DSRHC constituent des lieux privilégiés pour accom-

pagner et soutenir les usagers dans leur processus de rétablissement. Elles offrent, au quotidien, dans l'ensemble des sphères de vie de la personne, une multitude de moments propices au développement de son autonomie. Ces ressources permettent de suppléer hors des murs de l'hôpital à des difficultés ou manques, mais surtout d'aider à maximiser le potentiel de la personne. Le quotidien devient alors la matière première qui permet de partager un ensemble de moments de vie propices à intervenir dans une visée réadaptative. *La réadaptation reste avant tout une intervention individualisée, globale, continue et bien coordonnée (...). Elle cherche à permettre à une personne de vivre dans le milieu le moins restrictif possible, compte tenu de ses limites, en l'aidant à utiliser au maximum ses propres moyens.* (Messier, 2001, p. 1881)

Depuis sa mise sur pied, le Comité de programmation de la DSRHC a tenté de définir qu'elle pouvait être la représentation de ce quotidien en ressource d'hébergement et comment l'orienter pour qu'il permette l'éclosion de façons de faire véritablement conformes aux valeurs de la RP.

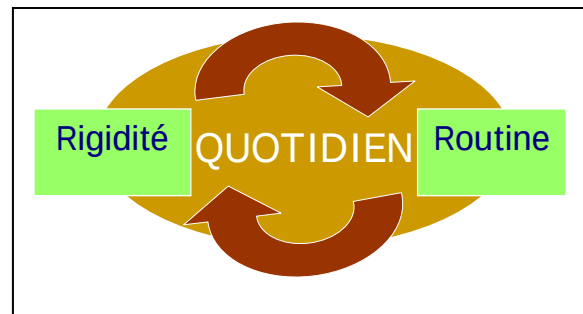


Figure 1

Au départ, le modèle en place offrait aux usagers un quotidien axé sur un cadre très rigide et routinier, qui rendait l'existence très prévisible et rassurante (Figure 1). Les premières expériences d'insertion en dehors des murs de l'hôpital amenaient leur lot d'inquiétudes, autant pour la clientèle que pour le personnel, et le réflexe de tout contrôler et organiser devenait la solution privilégiée pour les intervenants. Cette méthode

procurait probablement l'impression d'éviter les dérapages (plus souvent anticipés que vécus) dans le contexte où la communauté n'était ni préparée ni disposée à recevoir ces nouveaux citoyens sortis de l'hôpital psychiatrique et venant s'établir dans leurs quartiers.

Graduellement, de nouveaux modèles ont émergé en santé mentale, et les notions de réadaptation psychosociale, d'*empowerment* et surtout de rétablissement ont pris une place importante et sont devenues porteuses de changements dans la perception et les actions des intervenants. Ces idées nouvelles ont favorisé le passage d'un premier modèle plus restrictif à un nouveau plus souple (Figure 2).

Cette implantation graduelle, où le quotidien est empreint de souplesse et dépouillé de sa trop grande rigidité, favorise l'expression de routines rassurantes tout en laissant une place de choix à l'émergence de l'imprévu et du non planifié, ce qui permet d'éloigner l'ennui et d'éviter que s'instaure ce que plusieurs ont nommé le syndrome «chaise berçante-café-cigarettes». Cette notion est tout aussi importante pour que le quotidien des intervenants ne devienne pas «une routine plate et peu valorisante aboutissant à une sorte de désespérance professionnelle, à un ras-le-bol stérile» (Gendreau, 2001).

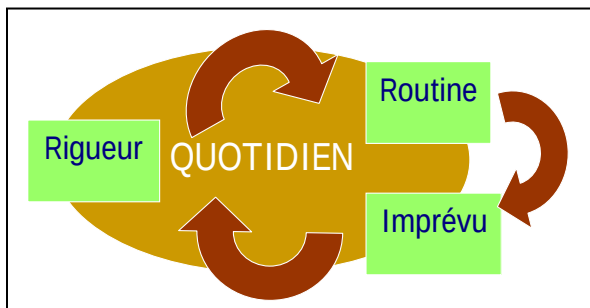


Figure 2

De plus, la considération inconditionnelle de la personne aux prises avec un problème de santé mentale comme un adulte majeur et responsable permet d'ouvrir la porte à des expérimentations et à des essais. Ces derniers, à l'aide du filet de

sécurité que constituent la présence d'intervenants et l'accompagnement au quotidien, offrent des occasions de réalisations et de réussites que ni les intervenants ni les résidents n'auraient cru au départ possibles. Comme l'affirmait Renou (2005) : «Le contexte le plus susceptible d'être positivement évolutif est celui qui permet une alternance entre l'état de déséquilibre dynamique, lequel permet l'acquisition de nouveaux schèmes, et celui d'équilibre dynamique qui permet l'assouplissement de ces mêmes schèmes.» (p. 149)

Voici quelques exemples.

- Un homme hospitalisé plus de 25 ans a déjà été considéré comme impossible à placer, en raison de son état mental jugé toujours instable et de son mode de fonctionnement chaotique au quotidien, en plus de sa consommation de cannabis qu'on craint de voir augmenter s'il retourne dans la communauté. Après trois ans en ressource, cet homme arrive à passer seul une nuit et une journée en camping et, sur place, il refuse de fumer lorsqu'on lui propose un «joint» en expliquant qu'il comprend maintenant les méfaits de cette substance pour lui.
- Une femme réussit à occuper son *bachelor* en ressource depuis plus de deux ans alors que, dans les douze années précédant son arrivée, elle n'était pas restée plus d'un mois dans ses milieux d'hébergement et connaissait des problèmes importants de toxicomanie et de prostitution, en plus de ses problèmes psychiatriques.
- Une femme occupe un HLM, de façon complètement autonome, après un séjour en appartement regroupé, alors que tous les cliniciens l'ayant connue la considéraient comme un cas chronique en raison de ses nombreuses années d'hospitalisation, de ses crises d'agressivité et de ses actes de mutilation importants.

Ces quelques exemples sont représentatifs d'une notion fondamentale en réadaptation psychosociale, *l'espoir*. Il s'agit de cette croyance indéfectible que tout être humain, qu'importe sa condition, peut évoluer et aller au-delà de ce qu'on avait cru possible.

Le vécu quotidien partagé

La réadaptation psychosociale, telle qu'elle est vécue dans les ressources d'hébergement de la Direction, propose une rencontre entre les intervenants et les résidents dans le *vécu quotidien partagé*. C'est à travers lui que se feront les observations et les interactions propices à dégager un plan d'intervention permettant le travail de croissance des schèmes adaptatifs de la personne. Ce plan, conçu avec le résident qui doit ensuite l'approuver, doit permettre l'élaboration d'objectifs issus des désirs de la personne et favoriser l'accroissement de son autonomie fonctionnelle.

La particularité du vécu quotidien partagé est de permettre l'*utilisation* des actions de la vie quotidienne comme moments propices aux interventions réadaptatives. L'idée n'est pas de chercher à modifier des comportements dans une visée de conformisme social, mais bien de permettre à la personne de penser, de décider et d'agir par elle-même dans le milieu le plus aidant qui soit.

L'intervention

Si l'intervention, au niveau des ressources d'hébergement, trouve son application dans un champ très spécifique, soit le quotidien, elle a également été définie au fil des ans par l'individualisation des services, et ce peu importe le type d'hébergement proposé. Graduellement, l'intervention a remplacé les notions de contrôle et les intervenants ont appris à accompagner les personnes dans leur démarche de réadaptation et de rétablissement. Une préoccupation importante est d'être en relation avec une personne plutôt qu'avec une maladie ou un symptôme. Cette évolution dans les pratiques a permis l'émergence d'une approche où l'utilisateur est partie prenante des

décisions. Une expression anglo-saxonne situe bien cette approche en déclarant : «*There's nothing about me without me.*» On peut traduire cette expression par «il n'y a rien à propos de moi sans moi» ou «rien qui me concerne ne se décide sans moi». On considère que l'utilisateur est capable de faire des choix tout en tenant compte, dans l'intervention, de la présence du trouble mental et des difficultés. Ces dernières représentent un défi à relever, mais ne doivent pas être perçues comme des barrières à l'intervention. Seules des restrictions juridiques ou des ententes spécifiques avec le résident au niveau du plan d'intervention peuvent restreindre cette valeur fondamentale dans l'intervention.

L'abolition des codes de vie

Dans cette vague de changements, on a commencé à remettre en question les traditionnels «codes de vie» en ressource d'hébergement. En fait, c'est au moment de la mise sur pied des ressources d'hébergement individualisé qu'on a commencé à remplacer cet outil jugé plutôt restrictif par la notion de *citoyen à part entière*, avec tout ce que cette notion comporte de droits et de responsabilités. On a établi que, comme pour tout autre citoyen, le code civil serait la base de réglementation permettant la coexistence des résidents les uns avec les autres dans l'espace social que la ressource propose. Ce service étant construit à partir de petits appartements individuels, ce premier changement s'est bien produit sans trop heurter les résidents ou les intervenants, malgré certaines inquiétudes de part et d'autre. Les clients ciblés pour résider dans ce nouveau type de service ont trouvé stimulant d'avoir un bail et un vrai appartement et d'être enfin considérés comme des locataires à part entière dans la communauté et non plus des malades.

Quelques années plus tard, à l'ouverture de la résidence de groupe le Ponceau, le même questionnement a resurgi et l'équipe est arrivée à des conclusions similaires sur la nécessité d'abolir le

code de vie et de fonder l'intervention sur la notion de citoyen responsable. Cette décision a entraîné des changements importants dans la façon d'aborder l'intervention. Les craintes ont fusé dès le départ, tant de l'intérieur que de l'extérieur de la ressource, car certains redoutaient que cela provoque un chaos insurmontable. Dans les faits, en remettant le pouvoir de décider et de s'organiser aux personnes, avec le soutien des intervenants, c'est le contraire qui s'est produit. Les résidents se sont effectivement responsabilisés et ont adopté des comportements empreints de maturité que peu d'intervenants, les ayant connus dans d'autres contextes, auraient cru possibles. Dans le vent de transformation des services que ces changements ont apporté, c'est ensuite l'ensemble des résidences de groupe et de la géro-psycho-geriatrie qui ont aboli l'utilisation de codes de vie pour proposer un mode d'intervention grandement individualisé.

Il faut souligner que cette approche n'est pas magique et ne permet pas d'éviter les difficultés et les contraintes que peut représenter l'expérience du vécu quotidien partagé. «Le quotidien, ça ne tourne pas si bien que ça. C'est plein d'accrochages, de dérapages, d'imprévus, de grains de sable dans la machine bien huilée. Métro-boulot-dodo, c'est bon pour un slogan, mais très souvent, ça ne tourne pas rond (...)» (Rouzel, 2004, p. 39) Mais il faut y voir une évolution dans le regard posé sur la personne et un défi posé aux équipes. Alors qu'autrefois les règles étaient restrictives mais clairement énoncées, voilà que la réflexion continue et le dialogue à teneur réadaptive doivent s'instaurer et amener l'ensemble des acteurs à se questionner et à communiquer régulièrement. Les rencontres d'équipes deviennent incontournables de même que le dialogue quotidien. C'est dans ce contexte que la rigidité fait place à la souplesse et à l'adresse dans l'intervention, ce qui permet de mieux répondre aux besoins et aux intérêts des personnes.

Les comités de résidents

Si cette approche demande un ajustement dans l'intervention, elle est aussi source de changement pour les résidents qui doivent faire face à des responsabilités nouvelles et un besoin d'organiser un quotidien agréable, empreint de respect et de fonctionnalité. C'est donc dans cette visée que les ressources se sont munies de comités de résidents. Un tel comité permet aux résidents de la ressource de discuter de leurs préoccupations et d'amener les changements souhaités. La plupart se tiennent sur une base mensuelle, mais la fréquence et la durée peuvent varier d'une ressource à l'autre.

Au départ animés par des intervenants des ressources et obtenant des niveaux de participation plutôt variables, la majorité de ces comités sont maintenant très fréquentés et certains sont animés ou coanimés par des résidents. Ces comités permettent de régulariser des situations difficiles et propices à des tensions entre les résidents. En assurant une animation respectueuse et en édictant d'emblée les règles de bon fonctionnement, les résidents voient rapidement la possibilité de s'exprimer et de mettre sur la table ce qui leur pèse et n'est pas toujours exprimable dans le feu de l'action. On peut voir à l'occasion des débordements de langage qui demandent à l'animateur de bien exercer son rôle, mais force est de constater que ces rencontres sont salutaires et apportent beaucoup, tant aux résidents qu'aux intervenants. Que ce soit pour le respect des uns envers les autres, le partage des tâches domestiques liées à la coexistence dans un milieu de vie ou l'énoncé de règles leur permettant de coexister paisiblement, l'existence des comités des résidents est une des pierres angulaires de l'approche préconisée dans les ressources d'hébergement de la DSRHC. Les bien-fondés d'une telle approche de groupe, et de l'appropriation par les membres du groupe de leurs propres normes et règles de fonctionnement ont été soulignés par plusieurs auteurs, dont Renou (2005).

Les ressources d'hébergement

La mission des services d'hébergement est d'offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins de la clientèle adulte souffrant de problèmes sévères et persistants de santé mentale. Pour répondre adéquatement à cette mission, la DSRHC comprend plusieurs types de ressources, qui comportent chacun un niveau d'encadrement et de soutien particulier pouvant répondre aux besoins spécifiques de la clientèle desservie. Ainsi, en décembre 2005, la DSRHC comptait 143 ressources résidentielles dans lesquelles résidaient 1487 usagers et où travaillaient 185 intervenants de l'établissement.

Définition des types d'hébergement

On peut définir quatre grands types d'hébergement: (1) les centres de crise, qui fournissent une alternative à l'urgence psychiatrique et où les usagers peuvent séjourner quelques jours, le temps de stabiliser leur condition psychiatrique; (2) les hébergements transitoires, où les usagers séjournent quelques mois, le temps de trouver un hébergement permanent après un séjour à l'hôpital psychiatrique; (3) les hébergements de longue durée tels que les résidences de groupe, les appartements supervisés, les ressources intermédiaires privées et les ressources de type familial, où divers niveaux de soutien sont fournis selon l'ampleur des besoins des clients; (4) les hébergements autonomes avec soutien (*supported housing*), où les services de soutien ne sont pas assurés sur place, mais disponibles au besoin par des intervenants ou des équipes mobiles (Dahlquist et Fields, 2000). Les hébergements de longue durée comprennent les milieux de vie individuels, pour une clientèle plus autonome, et les milieux résidentiels de groupe, pour une clientèle ayant de plus grands besoins d'encadrement.

Les **milieux de vie individuels**, appelés aussi logements avec soutien intégré, sont des milieux résidentiels individuels, mais généralement regroupés, où on retrouve un ensemble de services

axés sur le maintien et l'amélioration de la qualité de vie en logement. L'accès au logement est généralement soumis à certaines conditions, notamment en ce qui concerne les habiletés à la vie quotidienne, et la durée de séjour est parfois déterminée au départ. Ce type de ressources comprend essentiellement les appartements supervisés et les appartements regroupés. Dans les deux cas, il s'agit d'appartements individuels regroupés dans un même immeuble, assurant des services réadaptatifs dans le milieu de vie ainsi que certains services communautaires (local communautaire, buanderie, téléphone public). Dans le cas des appartements regroupés, la présence d'intervenants est assurée 24 heures sur 24, et on peut y offrir une gestion du budget et de la médication. Dans le cas des appartements supervisés, la présence des intervenants n'est assurée que 35 heures par semaine. Les maisons de chambre et les chambres et pensions sont des ressources où on offre des chambres individuelles regroupées dans un même immeuble, avec accès à une cuisine, des salles de bains communes et des services dispensés 35 heures par semaine. Enfin, les appartements relais sont des appartements autonomes, sans encadrement particulier sur place, où les usagers sont suivis par un intervenant individuel, selon la fréquence et l'intensité requises par la personne.

Les **milieux résidentiels de groupe** comprennent les résidences de groupes, les résidences de psychiatrie gériatrique, les ressources de type familial (RTF), les ressources intermédiaires (RI), les maisons de transition et les ressources de psychiatrie justice. Les résidences de groupe à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ont vu le jour au début des années 90 dans le cadre de la désinstitutionnalisation. Leur mission était alors axée sur l'hébergement et, par la suite, elles sont devenues des milieux réadaptatifs afin de répondre aux besoins des résidents qu'elles accueillaient. Les résidences de groupes sont des immeubles de type duplex avec studio, gérés par l'établissement ou par des OSBL en santé mentale,

dans lesquelles vivent un maximum de 9 résidents et où on offre une large gamme de services de soutien et de réadaptation psychosociale avec la présence d'intervenants sur place 24 heures sur 24. Les ressources de type familial peuvent accueillir jusqu'à 9 résidents et sont gérées par des familles. En plus du service de gîte et couvert, elles offrent des services de soutien et d'assistance. Le suivi clinique y est assuré par un personnel mobile de l'établissement (HLHL), généralement des techniciennes en travail social, des travailleuses sociales et des infirmières. Les ressources intermédiaires privées sont également des lieux d'hébergement tenus et gérés par des propriétaires privés, mais pouvant accueillir de 10 à 29 résidents. Des services de soutien et d'assistance sont dispensés par les propriétaires ou leur personnel et le suivi clinique est assuré par un personnel mobile de l'établissement. Enfin, les résidences de psychiatrie gériatrique sont des milieux résidentiels de groupe offerts à une clientèle gériatrique, gérés et maintenus par le personnel de l'établissement de santé, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

L'organisation administrative des ressources d'hébergement

Parmi l'ensemble des ressources d'hébergement dont l'établissement a la responsabilité, certaines sont entièrement gérées par la DSRHC (les ressources établissement ou RE), d'autres le sont en partie par des organismes sans but lucratif (OSBL) ou encore par des particuliers. Les ressources directement gérées par la Direction sont subdivisées en quatre services: 1) le service d'hébergement individualisé; 2) le service d'hébergement des résidences de groupe; 3) le service d'hébergement spécialisé; 4) le service d'hébergement de psychiatrie gériatrique. En plus de ces quatre services, la DSRHC comprend également le service de coordination des ressources, qui gère le Centre d'intervention de crise l'Appoint ainsi que l'accès aux différentes ressources d'hébergement sous la responsabilité directe d'organismes sans but lucratif (OSBL) ou de particuliers. La

structure des services d'hébergement de la Direction est présentée à la Figure 3.

Le service d'hébergement des résidences de groupe

Le service d'hébergement des résidences de groupe comprend six résidences de groupe: 5915 Viau, 5927 Viau, Francheville, Pierre-Gaulin, Valdombre et Couture. Chacune de ces ressources peut accueillir 9 résidents. Depuis les trois dernières années, ces ressources se sont de plus en plus spécialisées. Ainsi, les résidences 5915 Viau, Francheville et Pierre-Gaulin s'orientent plus spécifiquement vers une clientèle d'âge mûr (40 ans et plus), avec de nombreuses années d'hospitalisation et présentant des troubles psychotiques. La résidence 5927 Viau se spécialise dans une clientèle de jeunes adultes ayant des troubles psychotiques. La résidence Valdombre se spécialise dans une clientèle présentant des troubles psychotiques et de personnalité avec des problèmes de comportement et d'agressivité. Enfin, la résidence Couture accueille sept résidents présentant une déficience intellectuelle légère à moyenne associée à une problématique de santé mentale.

Le service d'hébergement individualisé

Le service d'hébergement individualisé comprend deux appartements regroupés (les Appartements Poupert et Du Marché), trois appartements relais (l'Épopée, Desjardins, Les Pignons bleus) et un hébergement de chambres regroupées (La Petite Patrie). La clientèle de Poupert et celle de La Petite Patrie proviennent de HLHL et du CHUM et présentent des problématiques de troubles cooccurrents (santé mentale, toxicomanie, itinérance et prostitution) (voir *Développement de nouveaux services*, p. 32). La Petite Patrie est comme un appartement regroupé, à la différence que les appartements n'ont pas de cuisine et qu'un service de cuisine est offert aux résidents deux fois par jour. La clientèle de Du Marché comprend un certain nombre de jeunes personnes avec un diagnostic de schizophrénie pour qui Du Marché

constitue une première expérience d'hébergement dans le réseau de la santé mentale. Enfin, on peut souligner la présence d'une intervenante sur place 35 heures / semaine aux Pignons bleus pour une période de deux ans.

Le service d'hébergement spécialisé

Le service d'hébergement spécialisé comprend trois ressources d'hébergement transitoire et deux résidences de groupe spécialisées. Parmi les hébergements transitoires, la résidence Ste-Claire héberge 9 personnes pour une période de quelques

jours à un maximum de trois mois. La Relance héberge 18 personnes en attente d'une ressource d'hébergement pour une durée excédant généralement trois mois. L'Horizon héberge 18 personnes en attente d'une ressource d'hébergement et préalablement hospitalisées dans les unités de la psychiatrie tertiaire. Plusieurs de ces personnes ont été hospitalisées pendant plusieurs années et ont parfois connu de nombreux échecs de placement. La ressource est située dans une ancienne unité de soin de l'hôpital (HLHL).

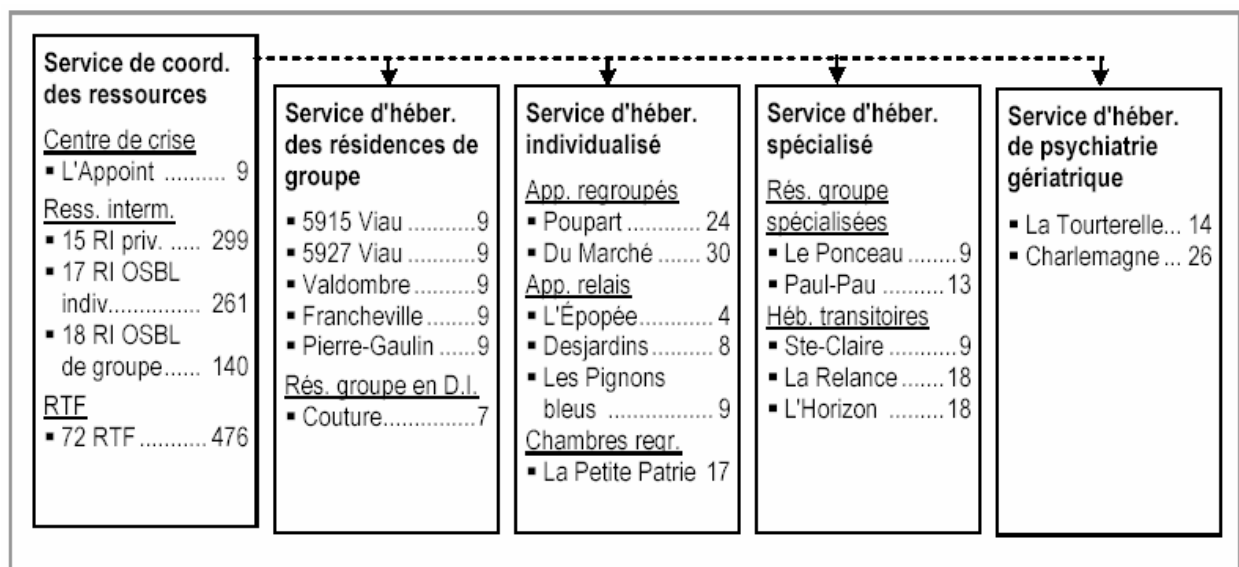


Figure 3 : Structure des services d'hébergement de la DSRHC

Parmi les résidences de groupe spécialisées, Le Ponceau est une résidence située dans la sous-région nord de Montréal et qui accueille jusqu'à 9 personnes présentant des problèmes graves et réfractaires de santé mentale avec des problèmes de comportements associés. Il s'agit dans la plupart des cas de personnes ayant une histoire de longs séjours en milieu hospitalier ou des échecs de placement dans les ressources résidentielles existantes. Établie en 1989, la résidence Paul-Pau est la première résidence de groupe de l'établissement. Elle accueille 13 personnes dans deux duplex attachés. Depuis 2006, sa mission est réorientée vers l'accueil de jeunes personnes âgées de 16 à 20 ans présentant des problèmes de santé

mentale et provenant du réseau de la jeunesse (voir *Développement de nouveaux services*, p. 32).

Le service d'hébergement de psychiatrie gériatrique

Le service d'hébergement de psychiatrie gériatrique comprend deux résidences de groupe: La Tourterelle, inaugurée en décembre 1996, qui accueille 14 résidents en chambres individuelles et Charlemagne, inaugurée en mai 1998, qui accueille 26 résidents, également en chambres individuelles.

Dans les deux dernières années, ces deux ressources ont connu des changements importants de restructuration dans une démarche d'implantation

des valeurs et des principes de la réadaptation psychosociale. Une étude sur le profil de santé physique et mentale de la clientèle âgée des ressources intermédiaires privées et des deux ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique a contribué à orienter cette restructuration (Bisson, Dionne et Ricard, 2004). Le rapport de l'étude relatait, entre autres, que les incapacités des résidents étaient bien palliées par les ressources, mais que certains besoins au plan de la réadaptation et de la réhabilitation étaient moins bien comblés, ce qui pouvait avoir une incidence sur l'autonomie des personnes et leur qualité de vie.

L'objectif a été de réviser le mode de pratique pour accroître les interventions visant à stimuler les personnes ainsi qu'à favoriser leur autonomie et leur épanouissement personnel et social. Alors que les résidences fonctionnaient auparavant davantage dans une perspective de soins, les changements ainsi amenés leur permettent maintenant de fonctionner davantage dans une approche de milieu de vie, ce qui est plus propice à encourager le développement et le maintien de l'autonomie des personnes. Cette révision de la mission du service a, en outre, permis d'orienter ses services vers une nouvelle clientèle. Alors que l'âge et la présence de troubles psychiatriques étaient auparavant les seuls critères d'admission au service, la clientèle actuelle se compose de personnes ayant des troubles psychiatriques sévères et persistants associés à un profil gériatrique. Donc, cette clientèle éprouve des difficultés au plan de la santé physique et psychiatrique, souvent associées à des troubles du comportement, ainsi que des difficultés d'assiduité au traitement et d'autonomie limitée dans les activités de la vie quotidienne. Enfin, notons que la réflexion se poursuit avec les deux équipes d'intervenants pour approfondir les particularités de l'intervention auprès de cette clientèle spécifique, dans le modèle de la réadaptation psychosociale.

Le service de coordination des ressources

La mission du service de coordination des ressources est d'assurer et de coordonner l'accès à un éventail de milieux résidentiels dans la communauté aux personnes souffrant de troubles mentaux graves, qu'elles proviennent de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (mission sous-régionale), de l'Institut Philippe-Pinel ou de la clientèle régionale en psychiatrie légale. Le mandat du service concerne le développement des milieux résidentiels, leur évaluation et le suivi de la qualité. Le service assume également le suivi et la supervision clinique des ressources d'hébergement sous la responsabilité directe d'organismes sans but lucratif (OSBL) ou de particuliers (c.-à-d. les ressources intermédiaires privées et les ressources de type familial). La gestion du Centre de crise l'Appoint est également sous la responsabilité de ce service.

Le mandat du Centre de crise l'Appoint est de répondre aux situations problématiques qui se présentent aux moments où les équipes de traitement ne sont pas accessibles, le jour, le soir, le week-end et les jours fériés; d'aider la personne en crise à trouver des solutions qui se trouvent le plus près possible de son milieu de vie ; de travailler en réseau intégré avec le centre d'intervention de crise L'Entremise et en complémentarité avec le service des Urgences et les équipes de traitement de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et des établissements psychiatriques de la sous-région Est de Montréal. L'Appoint offre deux types d'intervention: (1) de l'intervention téléphonique, via son centre d'appels, qui permet d'évaluer la demande d'aide et d'orienter la personne à la bonne ressource; (2) de l'hébergement de crise, qui est mis à la disposition de la personne lorsque la crise ne peut être résolue dans son milieu de vie. La durée de séjour à l'Appoint varie selon les besoins et est établie en collaboration avec la personne, le milieu de vie et les intervenants concernés. L'Appoint peut accueillir jusqu'à 9 personnes. Les services d'intervention

téléphonique et d'hébergement sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine.

Parmi les milieux résidentiels gérés par des OSBL, on retrouve toute la gamme des ressources de groupes et individuelles, dont les ressources intermédiaires, les milieux résidentiels de groupe, les appartements supervisés, regroupés ou relais, des maisons de chambres et des chambres et pensions. On dénombre au total 354 personnes qui habitent dans ces milieux résidentiels gérés par les OSBL. De celles-ci, 230 résident dans les ressources de l'Échelon, 59 dans les ressources du Mûrier

et 65 dans les ressources de La Traversée. Des ententes de services sont également faites auprès de 15 ressources intermédiaires privées, dans lesquelles logent 299 personnes, et auprès de 72 ressources de type familial où logent 476 personnes. Enfin, des ententes de services sont passées avec quatre OSBL – soit L'Intervalle, L'Entretoît, les Résidences Fleuries et Le Mûrier – pour la gestion de ressources intermédiaires en psychiatrie légale. Au total, 96 personnes logent et bénéficient des services dans ces ressources.

L'intervention vocationnelle

L'intervention vocationnelle se réfère aux services mis en place et aux différentes interventions faites, d'une part, pour définir un projet vocationnel significatif pour la personne, en fonction de ses intérêts et de ses aptitudes, et, d'autre part, pour mettre en place les conditions favorisant la poursuite et la réussite de son parcours professionnel. Les études, le travail et l'emploi sont les principaux champs d'activités visés.

La préparation, l'entraînement et le soutien en emploi

L'accent mis sur le travail en réadaptation se comprend quand on constate que la majorité des personnes ayant des problèmes de santé mentale aspirent à détenir un emploi régulier et rémunéré et que ceux qui ont effectivement un emploi en tirent généralement un grand bénéfice. Il a été démontré que le travail, chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale comme chez la population générale, avait un effet bénéfique sur l'estime de soi, le fonctionnement social et la santé mentale (Mueser *et al.*, 1997). Or, on sait que la grande majorité des personnes avec des problèmes de santé mentale reste malgré cela sans emploi;

l'étude de Jacobs *et al.* (1992) rapporte des proportions de 75 % à 90 %.

De nombreuses approches ont été développées et appliquées pour soutenir les personnes avec des problèmes de santé mentale dans leur volonté de travailler. Avec les premières approches, il était convenu que les personnes s'engagent initialement dans un processus relativement long de préparation à l'emploi: ateliers protégés, unités de travail de préparation professionnelles, emplois réservés, entreprises dirigées par un organismes de santé mentale ou emplois de transition (Becker et Drake, 2004). Ces programmes mettaient l'accent sur une progression graduelle de préparation à l'emploi, sur la supervision étroite des usagers ainsi que sur des attentes relativement modestes quant aux possibilités des personnes de se trouver et de maintenir de véritables emplois. Toutefois, comme le soulignent Becker et Drake, et avant eux Bond (1998), ces approches transitionnelles comportent de nombreuses lacunes: (1) en raison de leur structure étagée, elles posent des problèmes de motivation; (2) les tâches ne correspondent souvent ni aux préférences ni aux aptitudes des personnes; (3) les habiletés utilisées ne sont généralement pas celles qui seront requises dans les véritables emplois; (4) il n'a pas été démontré

que ces expériences de formation aident à trouver et à maintenir des emplois compétitifs.

Par ailleurs, une nouvelle approche, centrée sur le principe de soutien à l'emploi, a émergé vers le milieu des années 80 aux États-Unis et semble être devenue aujourd'hui le modèle dominant en réhabilitation vocationnelle. Cette approche implique de trouver des emplois compétitifs (c.-à-d. des emplois rémunérés sur le marché du travail pour lesquels toute personne peut postuler) aux clients sans préparation particulière et ensuite de leur fournir le soutien nécessaire pour qu'ils maintiennent leur emploi (Bond, 1998). Dans ce courant, le modèle *Individual Placement and Support* (placement et soutien individuels) est certes le modèle le plus connu et le plus évalué. Six principes le définissent: (1) l'objectif est de trouver un emploi compétitif sur le marché du travail; (2) les clients obtiennent des emplois directement, plutôt que de suivre un long parcours de préparation; (3) le soutien à l'emploi est intégré au traitement en santé mentale; (4) les services sont basés sur les préférences des clients; (5) l'évaluation globale et continue du client est faite à partir de son expérience de travail; (6) le soutien est continu et fourni aussi longtemps que nécessaire (Bond, 1998). Les résultats d'études ont démontré de façon systématique que le soutien en emploi est plus efficace pour l'obtention d'emplois réguliers et le revenu que les approches plus graduelles de préparation à l'emploi (pour une recension, voir Crowther *et al.*, 2001). Des études ont également montré que le soutien en emploi avait des effets plus modestes, bien que significatifs, sur d'autres domaines de fonctionnement tels que le fonctionnement social, les symptômes psychiatriques et l'estime de soi (Mueser *et al.*, 1997; Bond *et al.*, 2001).

Ceci dit, il faut souligner que la plupart des études sur le soutien en emploi ont été conduites aux États-Unis dans le contexte qui leur est propre. Aussi, comme le rapportent Latimer et Lecomte (2002), les prémisses et les conditions sur

lesquelles repose le modèle de soutien en emploi ne sont pas nécessairement rencontrées dans le contexte québécois, notamment en ce qui a trait aux législations relatives à l'emploi, aux protections sociales et aux programmes liés à l'emploi des personnes handicapées. Dans les faits, deux facteurs majeurs peuvent nuire à l'implantation de programmes de soutien en emploi au Québec et réduire les incitatifs pour les usagers d'obtenir un emploi compétitif (Latimer et Lecomte).

D'une part, les politiques et règlements du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (MESSF) offrent peu d'incitatifs pour les personnes voulant retourner en emploi. En effet, après 48 mois en emploi, les personnes perdent leur carnet de réclamation qui comprend, entre autres, les coûts liés à l'assurance médicament. D'autre part, les règlements de la sécurité du revenu font en sorte qu'une personne ayant des contraintes sévères à l'emploi ne peut gagner plus de 120 \$ par mois sans pénalité. Au-delà de cette somme, elle voit ses prestations diminuer du revenu gagné. De plus, lorsque la personne gagne le salaire minimum, elle ne voit pas sa situation financière s'améliorer de façon significative compte tenu des frais reliés au travail (transport, vêtements, etc.). Il est donc primordial que ces politiques sociales soient revues pour faciliter l'intégration en emploi des personnes ayant un trouble grave de santé mentale.

Il existe, au Québec, des entreprises qui embauchent des personnes ayant un trouble grave de santé mentale. Il y a d'abord les centres de travail adaptés, créés et subventionnés par l'Office des personnes handicapées du Québec, qui favorisent l'insertion et le maintien en emploi des personnes handicapées. À ce titre, on peut citer *Le Sextant*, qui se spécialise en entretien ménager et dans la manufacture de papeterie de bureau, et *Le Transit*, qui a développé des services de gardiennage et d'emballage de produits équitables. Il y a également les entreprises sociales, développées

selon les modèles européens et subventionnées en partie par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tels le *Projets Part* qui a développé des services de traiteur, de restauration et de production de plats congelés ainsi que *Collection Innova* qui fabrique des vêtements adaptés. Ces entreprises sont des organismes à but non lucratif dans lesquelles des travailleurs siègent au conseil d'administration et participent aux décisions et orientations de l'entreprise.

Le soutien aux études

Lauzon, dans un numéro spécial du *Partenaire* (2003), présentait les principaux modèles de soutien aux études. Deux de ces modèles mettent l'accent sur le soutien à la poursuite d'études dans les établissements scolaires réguliers: le modèle de soutien en établissement, qui offre ses propres services de soutien aux études, et le modèle d'équipes mobiles, dans lequel des équipes d'intervenants se déplacent et offrent du soutien dans les milieux. Deux autres modèles s'apparentent plus à des programmes de préparation aux études ou à des formations académiques adaptées, soit le modèle de soutien en classe et le modèle de soutien en groupe.

Au Québec, une recherche action a été menée en 2001-2003 par Le Pavois dans la ville de Québec sur le soutien aux études par une équipe mobile (Le Pavois, 2004a, 2004b). Les résultats, bien que basés sur un petit échantillon, ont montré que les interventions de soutien aux études avaient un effet positif sur les étudiants. À Montréal, les responsables de *Prise II*, un organisme communautaire qui a reçu le mandat régional pour le soutien aux études aux niveaux collégial et universitaire, ont observé un besoin grandissant pour ce type de service tant chez la clientèle que dans les établissements.

De nombreux obstacles existent à la poursuite des études chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale. L'étude du *Pavois* en a relevé plusieurs et a émis 17 recommandations de

modifications aux politiques et règlements du MESSF, du Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (MELS) et du MSSS. Entre autres, il a été recommandé que les personnes recevant des prestations de la sécurité du revenu puissent suivre plus de deux cours par session sans atteinte à leurs prestations et que les personnes ayant un trouble grave de santé mentale soient reconnues par le MELS comme des personnes handicapées et puissent se prévaloir des mesures d'accommodations et du régime de prêts et bourses pour les étudiants ayant un handicap reconnu.

Le service des programmes de réadaptation vocationnelle

Depuis 2002, la DSRHC a entrepris de réviser les services de réadaptation par le travail, afin de développer des programmes selon les meilleures pratiques et en réponse aux besoins ayant émergé des différentes consultations tenues auprès des usagers et des partenaires (Malo et Gélinas, 2003; Alexandre, Gauthier et Righi, 2004).

Le but du Service des programmes de réadaptation vocationnelle (SPRV) de la DSRHC est de soutenir toute personne souffrant de trouble mental grave dans la poursuite et la réussite de son parcours vocationnel. Le Service comprend quatre programmes (Figure 4): (1) le programme d'entraînement et de préparation à l'emploi (PEPE); (2) le programme de soutien au travail et à l'emploi (PSTE); (3) le programme de soutien aux études (PSÉ); (4) le programme de soutien à la formation professionnelle (PSFP).

Ces programmes s'adressent aux adultes de 18 ans et plus aux prises avec un trouble grave, complexe et réfractaire de santé mentale, qui ont un suivi médical et un intervenant pivot. Le SPRV offre un accès régional et est accessible aux personnes référées par un des partenaires du service: l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, les établissements du RUIS de l'Université de Montréal et des CSSS francophones et les organismes partenaires d'insertion et de soutien à l'emploi et aux études.

Le modèle d'intervention retenu est le modèle vulnérabilité-stress-compétences développé par Nuechterlein et al. (1994) et adapté par Lecomte et Leclerc (2004). Ce modèle permet d'identifier les facteurs chez la personne et dans son environnement qui facilitent ou freinent son parcours vocationnel. Il permet également de cibler les interventions et les adaptations requises en milieu de travail pour soutenir la personne.

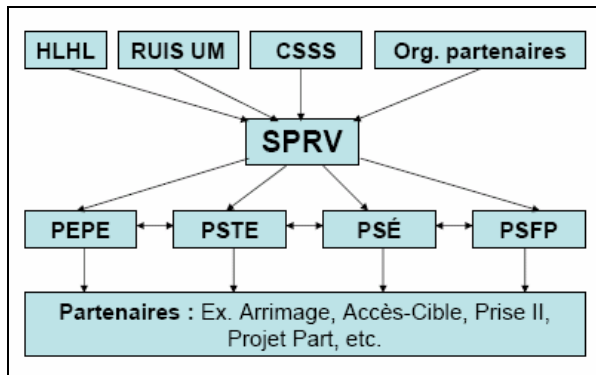


Figure 4 Structure des programmes du SPRV

Le Programme d'entraînement et de préparation à l'emploi a pour buts de préparer la personne à occuper un emploi, de développer ses compétences personnelles en lien avec le rôle de travailleur (comportements et attitudes) et d'améliorer son potentiel de travail (habiletés et capacités). Parmi les activités proposées et en développement, on note: (1) un suivi individualisé par un éducateur spécialisé; (2) un programme de production situé au *Centre Angus* pour une capacité d'accueil de 30-40 personnes; (3) des stages dans différents milieux de travail; (4) un partenariat avec des organismes d'intégration en emploi (ex. : *Collection Innova*, *Le Transit*, *Le Sextant*); (5) des services d'orientation et de *counseling* sur demande; (6) un partenariat avec le *Centre de soutien à l'intégration sociale*, pour l'accès à des programmes d'amélioration des compétences sociales et du fonctionnement cognitif. La participation à ce programme est d'une durée limitée.

Le Programme de soutien au travail et à l'emploi a pour buts de favoriser l'intégration et le maintien en emploi par du soutien à la personne et à son environnement de travail. Cela se fait par des rencontres avec les personnes concernées – le travailleur, le patron et les collègues – et la recherche de solutions et de stratégies communes pour favoriser l'intégration et le maintien en milieu de travail. Cela comprend aussi des activités de promotion et de prévention dans les milieux de travail. Parmi les activités proposées et à développer, on note: (1) les interventions directes dans les milieux de travail selon le plan d'intervention de la personne; (2) les partenariats avec les organismes communautaires qui font de la recherche, de l'intégration et du maintien en emploi, tels *L'Arrimage* et *Accès Cible*; (3) les partenariats avec les organismes qui offrent des emplois spécifiquement aux personnes ayant des troubles mentaux graves tels *Collection Innova*, *Le Sextant*, *Le Transit* et *Projets Part*.

Le Programme de soutien aux études a pour buts : (1) de favoriser et soutenir le retour et la poursuite des études tant académiques que professionnelles dans les établissements réguliers du réseau de l'éducation; (2) de permettre aux personnes d'effectuer des choix correspondant à leurs aspirations et capacités; (3) d'informer les personnes sur les différents parcours académiques et professionnels; (4) de préparer la personne à entreprendre des études et l'aider à analyser son dossier académique avec les ressources concernées. Parmi les activités proposées, on note: (1) le suivi et les interventions individuelles dans les milieux d'éducation selon le modèle de l'équipe mobile développé par *Le Pavois* à Québec; (2) des services d'orientation et de *counseling*; (3) des partenariats avec *Prise II* pour le soutien aux études aux niveaux collégial et universitaire, avec *Le PartCours* pour une formation adaptée de niveau secondaire et avec d'autres milieux scolaires au besoin; (4) l'accès à un centre de documentation.

Le Programme de soutien à la formation professionnelle a pour buts: (1) de permettre l'acquisition de compétences spécifiques et génériques pour exercer un métier selon une formation adaptée; (2) d'obtenir un emploi sur le marché régulier du travail. Les activités proposées sont: (1) le soutien, selon le plan d'intervention individualisé; (2) un programme d'insertion socio-professionnelle (ISP) du MELs d'une durée de 900 heures offert en partenariat avec le Centre Paul-Gratton de la Commission scolaire de la

Pointe-de-l'Île; (3) des services d'orientation et de *counseling* sur demande; (4) un suivi post-programme.

Notons, par ailleurs, que chacun de ces programmes comprendra en outre dans sa gamme d'activités des projets de recherche et d'évaluation pour documenter les résultats du programme ainsi que des références aux autres programmes du SPRV ou aux partenaires.

L'intervention au Centre de soutien à l'intégration sociale

Les services de réadaptation offerts en centre de jour externe existent depuis près de 20 ans à l'Hôpital L.-H. Lafontaine. Dans la dernière année, la réorganisation de services qui touche à la fois l'ensemble du réseau de la santé, notre institution et notre Direction a nécessité des modifications dans la définition de ces services, notamment aux niveaux du profil de la clientèle desservie et de la prestation de services offerts. Globalement, l'offre de services du Centre de soutien à l'intégration sociale (CSIS) s'adresse à des personnes adultes atteintes de troubles mentaux graves ayant une incidence majeure sur les sphères du fonctionnement. À ces troubles peuvent s'ajouter des problématiques concomitantes de toxicomanie, d'itinérance et de prostitution. Ces personnes ont besoin de services de 2^e et 3^e lignes dans l'axe du continuum traitement-réadaptation-réhabilitation. La prestation de services est actualisée en complémentarité et en partenariat avec les services d'hébergement et le service des programmes de réadaptation vocationnelle de la DSRHC.

La mission du CSIS

La mission du Centre est d'élaborer et d'actualiser une programmation visant l'intégration sociale des personnes. Elle est constituée de programmes spécialisés de réadaptation dans lesquels

l'approche de groupe et les activités d'apprentissages thérapeutiques et éducatives tiennent une place prépondérante. Ces programmes ont un caractère transitoire et la durée d'intervention est fonction de la réponse de chaque individu à l'approche proposée.

Ces particularités nous ont incités à nommer cette ressource *Centre de soutien à l'intégration sociale* (CSIS) afin de la distinguer de l'appellation de centre de jour utilisée plus couramment pour différentes clientèles et différents services dans le réseau des services de santé et des services sociaux.

Valeurs prônées dans le modèle de service du CSIS

Les valeurs prônées dans le modèle de service du CSIS s'inscrivent directement parmi les valeurs de la RP mises de l'avant dans ce cadre de référence. L'accent est mis ici sur les besoins de la personne, le respect des droits et la croyance dans le potentiel des personnes. On insiste aussi sur l'importance du lien thérapeutique et des liens significatifs, incluant l'entraide entre pairs. Enfin, au cœur de toute participation aux activités du CSIS, réside la nécessité de la participation active de la personne dans son ou ses projets de réadaptation.

Les objectifs du CSIS

Le premier objectif du CSIS est de donner les moyens à la personne et de la soutenir afin qu'elle puisse s'intégrer de façon optimale dans la communauté en fonction de ses besoins, de ses capacités et de son rythme. Ceci implique l'élaboration d'une programmation diversifiée, souple et centrée sur les besoins de la personne. Il s'agit également de favoriser le travail en partenariat avec les intervenants impliqués dans le suivi des personnes et d'offrir un milieu de vie ouvert, dynamique et soutenant.

Le second objectif général vise à promouvoir et à soutenir les initiatives des personnes dans leur processus d'intégration sociale. Ceci se fait en les impliquant dans l'élaboration de l'offre de service du Centre et en les aidant à gérer des projets favorisant leur intégration sociale.

Le troisième objectif est de soutenir les milieux d'intervention dans leurs actions auprès des personnes. Ceci consiste à présenter des programmes d'information et de formation adaptés à la réalité des milieux demandeurs, à leur assurer un soutien clinique et à créer des lieux d'échanges et de discussions entre partenaires.

Le modèle vulnérabilité-stress-compétence

Les activités offertes dans les programmes d'apprentissages ont été choisies afin de favoriser, d'une part, l'émergence d'une barrière de protection contre la maladie et, d'autre part, le développement d'habiletés et d'une connaissance constructive de soi utiles à l'exercice de la citoyenneté. Ces habiletés font appel à la connaissance et à la gestion de soi (ex. : gestion du stress, des émotions), à la résolution de problèmes, aux habiletés sociales et aux stratégies d'adaptation.

Cette approche s'inspire du modèle vulnérabilité-stress-compétence développé par Nuechterlein *et al.* (1994) et adapté par Lecomte et Leclerc

(2004), qui décrit le processus par lequel une vulnérabilité, qu'elle soit de nature génétique, développementale ou autre, lorsqu'elle est mise en interaction avec des facteurs de stress importants ou quotidiens, déclenche une réponse symptomatique. Mais celle-ci peut être évitée, et la vie sociale et communautaire maintenue, chez les personnes ayant un registre de facteurs de protection efficaces (Lecomte et Leclerc, 2004).

L'orientation vers les solutions

Milton Erickson a été l'un des pionniers de cette approche. Il s'agit d'une méthode qui s'appuie sur les compétences des personnes plutôt que sur leurs insuffisances, sur leurs points forts et leurs aptitudes plutôt que sur leurs faiblesses et leurs limites. Elle s'intéresse en premier lieu à la recherche de solutions – même si celles-ci paraissent difficiles et éloignées – et au moyen de les atteindre. Elle s'efforce de produire des changements dans la manière d'appréhender les choses et la façon d'agir des clients, changements qui mènent à la résolution des problèmes. Elle s'oriente vers une vision constructive de l'avenir, sur l'importance donnée aux forces et aux capacités du client et sur une représentation claire des résultats escomptés (O'Hanlon et Weiner-Davis, 1989).

Les profils de clientèle

Les services du CSIS sont organisés par programmes spécifiques en fonction de trois types de clientèles définis selon un axe allant de la réclusion sociale au plein exercice de la citoyenneté.

Réclusion → Exclusion → Citoyenneté

Cette typologie s'inspire du consensus sur la réadaptation psychosociale adopté par l'OMS (1995) concernant la notion de citoyenneté:

«La réadaptation psychosociale est un processus qui permet à un individu souffrant de troubles mentaux d'atteindre un fonctionnement autonome optimal dans la communauté

et, par conséquent, **d'être un citoyen à part entière**. Cela veut dire à la fois améliorer les compétences de l'individu et apporter des changements à l'environnement afin de créer une qualité de vie acceptable.»

Le premier profil, la réclusion sociale, concerne les personnes qui vivent un isolement social très important. Leur identité s'est construite principalement autour d'une prise en charge par d'autres qu'eux-mêmes. Pour ces personnes, l'offre de services vise la mobilisation, la remotivation, la prise de conscience graduelle de leurs capacités et la reprise de leur pouvoir d'agir.

Le profil exclusion sociale concerne les personnes dont l'adaptation aux différents contextes s'actua-

lise par une implication significative mais partielle dans la communauté et leur réseau naturel. Elles ont parfois la particularité de s'identifier en s'opposant de diverses façons à la norme. L'offre de services pour ces personnes s'appuie sur l'effet rassembleur de l'appartenance au groupe et sur l'alliance thérapeutique. L'ajout d'activités d'apprentissage plus structurées ne se réalise que dans un deuxième temps si la personne le juge nécessaire.

Le troisième profil concerne les personnes qui exerçaient des rôles socialement valorisés dans un passé récent et les personnes qui sont intéressées par une démarche plus avancée de développement d'habiletés psychosociales.

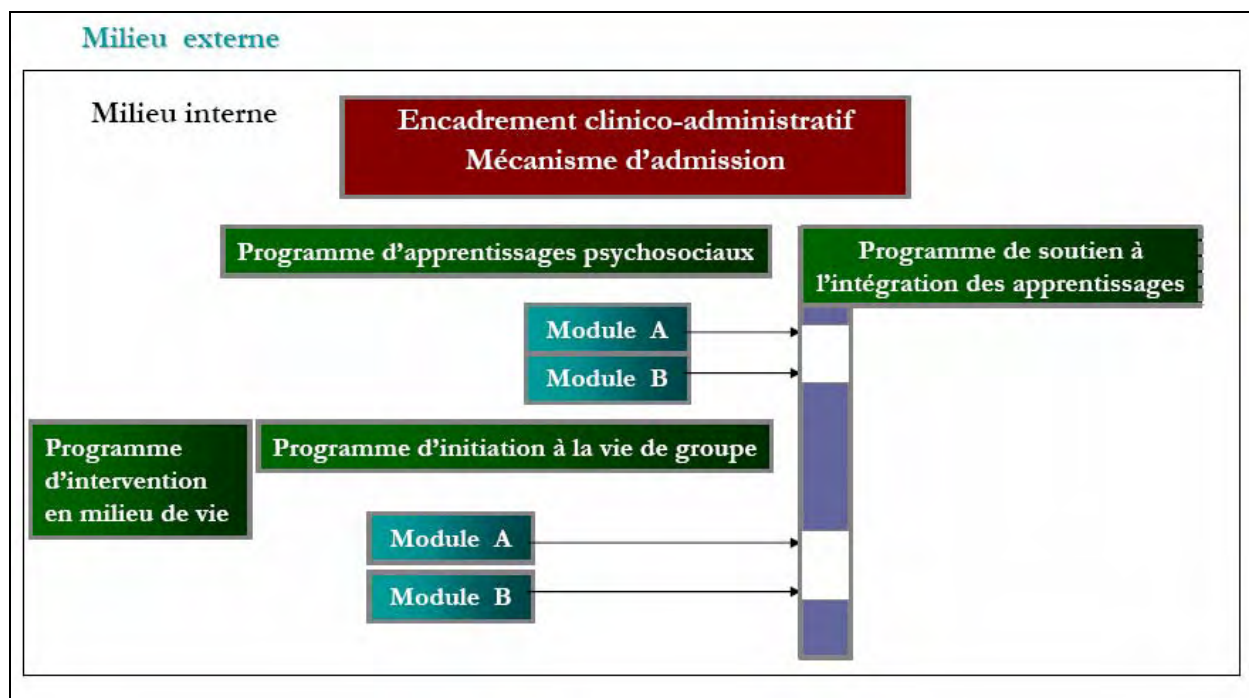


Figure 5 Structure des programmes du CSIS

Les programmes spécifiques

La programmation du CSIS est constituée de quatre programmes (figure 5). Deux programmes d'apprentissages en forment la partie centrale et deux autres se situent en périphérie. Les deux programmes d'apprentissage visent à donner les moyens aux personnes et à les soutenir pour

qu'elles puissent s'intégrer de façon optimale dans la communauté. L'orientation vers l'apprentissage vise à favoriser le développement de compétences comportementales, affectives et cognitives utiles à l'insertion. Ces programmes proposent différents modules portant sur le savoir-faire et le savoir-être et tiennent compte des besoins, des capacités et du rythme des personnes.

Le programme d'initiation à la vie de groupe

Ce programme est constitué de deux modules (A et B) ayant trois objectifs spécifiques communs, mais s'adressant à deux types de clients. Le module A est destiné aux personnes présentant un profil de réclusion sociale, tandis que le module B s'adresse aux personnes confrontées à une problématique d'exclusion sociale avec ou sans trouble concomitant. Les trois objectifs spécifiques sont: (1) développer les habitudes à la vie de groupe, les habiletés cognitives et sociales de base et les sentiments de compétence sociale et d'estime de soi; (2) sensibiliser la personne aux facteurs de protection susceptibles de favoriser l'équilibre mental; (3) favoriser l'appropriation et l'actualisation du pouvoir d'agir de la personne sur son quotidien.

Le programme Apprentissages psychosociaux

Ce deuxième programme d'apprentissage a les mêmes objectifs que le programme d'*Initiation à la vie de groupe*, mais vise en outre le développement de la connaissance de soi et des habiletés interactionnelles. Ce programme est ouvert à toute personne qui recherche une démarche de thérapie d'apprentissages plus développée. Il offre également deux modules. Le module A s'intéresse à la clientèle présentant une vulnérabilité cognitive plus marquée dont les besoins perçus font appel à une approche plus structurée. Le module B vise la clientèle éprouvant des difficultés de régulation émotionnelle, mais qui a des assises cognitives plus solides.

Le programme d'intervention en milieu de vie

L'objectif général de ce programme est de soutenir les milieux de vie dans leurs actions auprès de la clientèle. Deux volets sont définis. Le premier, à caractère plus spécialisé, concerne les besoins liés à l'évaluation. Cela inclut l'évaluation de l'autonomie résidentielle et de l'organisation du milieu de vie ou des obstacles empêchant l'accès aux ressources de la communauté.

Le second volet est plus centré sur l'intervention et vise à surmonter un obstacle concret à la satisfaction d'un désir ou d'un besoin d'insertion communautaire. Ce besoin peut être lié à l'utilisation d'une ressource externe, à l'entraînement au transport en commun, à l'identification d'un lieu d'actualisation ou au soutien technique à une inscription.

Le programme de soutien à l'intégration des apprentissages

Ce programme d'activités se situe à l'interface des programmes d'apprentissages et de la communauté. Son objectif général est de promouvoir et soutenir les projets d'intégration communautaire d'une personne ou d'un groupe de personnes de notre clientèle. Ce projet peut prendre différentes formes et être ou non subséquent à un passage dans un des programmes d'apprentissage. Le programme offre deux catégories d'activités pour favoriser le rétablissement: les activités spécifiques et les projets génériques.

Les activités spécifiques

Ces activités sont offertes dans le cadre de chacun des modules des programmes d'apprentissage. Elles en constituent la phase terminale ou de sortie afin de préparer le projet d'insertion communautaire de la personne. La nature des activités offertes dans chaque module est le reflet du profil de clientèle auquel il est rattaché.

Les projets génériques

Suite à une étape exploratoire, toute personne en lien avec la mission du Centre a accès à trois types de projet.

(1) *Groupe de rencontre sur l'expérience du rétablissement.* Cette approche vise à explorer l'expérience quotidienne de l'insertion communautaire et du rétablissement. Elle s'appuie sur une relation thérapeutique établie et l'aboutissement d'un contrat thérapeutique s'actualisant dans la communauté.

(2) *Dans et avec la communauté.* Il s'agit d'un projet de vie visant à développer l'appartenance au groupe par des activités ludiques, sportives et éducatives. Celles-ci servent de véhicule pour la personne dans son passage d'un lieu de transition à un milieu communautaire. Le projet s'appuie sur des valeurs relatives au plaisir d'être actif avec d'autres personnes et à l'aide naturelle des gens du milieu, y compris les pairs.

(3) *Par et avec le groupe.* Ce projet s'inspire de la philosophie des groupes d'entraide. L'objectif est de favoriser l'émergence d'un esprit d'entraide pouvant s'actualiser dans la communauté ou contribuer à améliorer la qualité des services que nous offrons. Par leur participation à différents comités, les personnes intéressées peuvent contribuer à l'élaboration de différents projets. On peut penser ici à un comité sur la satisfaction des services offerts au Centre, à la préparation d'une activité à l'extérieur ou bien à la mise sur pied d'un groupe d'entraide.

Le parcours thérapeutique

L'intervention de groupe présente plusieurs avantages par rapport à l'intervention individuelle. Bien qu'elle soit centrée sur certaines tâches comportementales, cognitives ou émotives, elle favorise l'émergence de comportements et de réponses appropriés par un processus d'autorégulation et une cohésion de groupe qui créent un sentiment d'appartenance et d'entraide (White, 2000).

Le défi du CSIS consiste à offrir une approche de groupe tout en favorisant une relation thérapeutique individualisée. Cette approche peut être personnalisée à différents moments du parcours de la personne. En voici des exemples.

- Lors de l'analyse de la demande de services, les données de la référence permettent d'ébaucher un premier profil de la personne et

d'envisager une orientation vers un programme spécifique.

- Dans la phase d'entrée, la façon d'être et de faire de la personne en entrevue initiale et dans son exploration des activités de groupe indique aux intervenants comment ils peuvent se comporter pour favoriser la réussite.
- Dans la phase d'apprentissage, la contribution de la personne dans son choix d'objectifs et la façon dont elle s'y prend pour réaliser son projet de vie l'amènent à une plus grande appropriation de son pouvoir d'agir.

Le retour sur l'expérience vécue, qui s'exprime par des mots, des attitudes et des comportements uniques à chaque individu, est la pierre angulaire du projet thérapeutique. Une relation thérapeutique s'instaure par la rencontre et la communication. Donner à la personne la parole, être à son écoute, laisser à la représentation le temps d'opérer sont des incontournables d'une approche centrée sur la personne. Cette méthode indique assez tôt à la personne qu'elle a un pouvoir dans son cheminement. Ce pouvoir, elle le met en branle et peut le constater dès qu'elle exprime ses besoins, ses désirs et les façons dont les intervenants peuvent l'aider. C'est à l'intérieur de cette trame d'informations qu'une relation thérapeutique pourra évoluer.

En conclusion, le CSIS offre un amalgame d'activités thérapeutiques et éducatives à caractère réadaptatif dans un lieu transitionnel qui vise le rétablissement et l'intégration sociale. Ce lieu permet à la personne, à l'intérieur d'un cadre thérapeutique, d'explorer les dimensions de sa vie intérieure et d'ajuster progressivement ses conduites à la lumière de son expérience et de ses échanges avec ses pairs et les intervenants. Par son apport, le Centre souhaite soutenir la personne dans son projet de changement et être un témoin significatif de ses efforts et de ses progrès.

L'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique

Les objectifs de l'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique

Le but central de l'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique à la DSRHC est **le soutien et l'amélioration de nos services et pratiques d'intervention**. Ceci se fait, d'une part, par les processus d'évaluation mis en place, qui visent une meilleure connaissance de notre clientèle, de nos processus et modes d'intervention. Mieux connaître la clientèle, ses besoins, ses forces et ses difficultés permet de mieux répondre à ses besoins et à ses aspirations de développement. De plus, mieux connaître nos processus et modes d'intervention permet de les jauger, de les adapter ou de les modifier en fonction des meilleures pratiques et des pratiques émergentes en réadaptation psychosociale.

L'amélioration se fait, d'autre part, par le regard critique sur nos services et pratiques, par la mise à jour constante de nos connaissances sur les meilleures pratiques et les pratiques en émergence en réadaptation psychosociales, par les activités de supervision clinique ainsi que par la mise sur pied et la réalisation de projets de recherche-action ou de développement organisationnel visant l'amélioration des pratiques ou le développement de nouveaux services mieux adaptés aux besoins d'une clientèle en constant changement. Cette amélioration des pratiques se fait par la participation active des usagers, des intervenants, des gestionnaires et des conseillers cliniques de la Direction à la transformation de nos services via différents comités et projets. Dans ce chapitre, nous examinerons en détail ces deux axes de développement que sont l'évaluation et l'amélioration des pratiques, en y décrivant les différents projets et comités mis en place pour les réaliser, et décrirons le service de supervision

clinique, qui relève à la fois de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques.

L'évaluation

L'évaluation à la DSRHC prend de multiples formes. Premièrement, il y a la démarche d'agrément menée aux trois ans sous l'égide du *Conseil canadien d'agrément des services de santé* (CCASS) à laquelle participe notre établissement et notre Direction. Cela implique la participation active de tous les gestionnaires et de tous les intervenants de la Direction à un exercice d'examen de nos pratiques dans une visée d'amélioration continue des services. La méthodologie d'évaluation employée dans cette démarche, les buts visés par notre Direction ainsi que les résultats quant à l'atteinte de ces objectifs sont bien décrits dans les rapports fournis au CCASS au cours des dernières années (DSRHC, 1998, 2001, 2004).

Deuxièmement, une approche d'évaluation vient de projets spécifiques d'évaluation de programme menés dans certaines ressources de la Direction. Cette approche s'inscrit plus particulièrement dans des visées et une méthodologie de recherche. On y utilise généralement des outils d'évaluation standardisés et des méthodes d'analyses qualitatives et quantitatives rigoureuses. Par cette approche, on tente généralement de décrire l'implantation du programme, les services effectivement dispensés, la clientèle et les retombées du programme (voir *La réalisation des projets de recherche*, p. 31).

Troisièmement, une approche concerne l'utilisation continue d'outils d'évaluation pour les fins d'évaluation et d'intervention. D'une part, cela comprend les divers formulaires, questionnaires et outils de travail utilisés par les intervenants dans leur pratique quotidienne d'intervention. À cet égard, une démarche a été menée dans la dernière année pour standardiser et rationaliser ces outils,

faire en sorte que les mêmes outils soient utilisés dans chaque ressource de la Direction, qu'ils soient inscrits au *Dossier soins et services* de l'usager et soient transmis aux archives de l'hôpital. D'autre part, une démarche a également été entreprise en 2005-2006 pour développer une batterie standardisée d'outils d'évaluation pour les fins de gestion, de recherche et d'évaluation des services et de la clientèle. C'est ainsi qu'a été développé l'*Outil d'évaluation en réadaptation psychosociale* (OÉRP), qui comprend huit outils de mesure spécifiques: (1) un questionnaire clinico-administratif; (2) le CIRSG, qui fournit un bilan de santé de l'individu; (3) le Questionnaire des besoins en réadaptation psychosociale (QBRP), qui permet d'évaluer les besoins de la personne et ses objectifs de développement; (4) l'HoNOS, pour évaluer les symptômes psychiatriques et les problèmes de fonctionnement; (5) le Relevé de consommation d'alcool et de drogues; (6) l'échelle de comportements agressifs du Riverview; (7) l'Échelle de satisfaction des domaines de vie, qui est une mesure de qualité de vie; (8) et une échelle d'appropriation du pouvoir d'agir (*empowerment*). L'OÉRP vise à doter la Direction d'outils de mesure standardisés, validés et rigoureux pour recueillir de l'information clinique sur la clientèle desservie par ses services et ainsi pouvoir répondre à plusieurs questions relatives à la clientèle (son profil clinique, son évolution clinique) et à nos services, notamment en ce qui concerne les retombées de nos interventions et de notre programmation en réadaptation sur la clientèle.

Les outils inclus dans l'OÉRP, et tout particulièrement le *Questionnaire des besoins en réadaptation psychosociale* (Bisson et Goulet, 2005), ont été sélectionnés et conçus pour être non seulement des outils d'évaluation, mais aussi des outils cliniques faisant partie intégrante d'une démarche d'intervention centrée sur le rétablissement de la personne. Ils visent à évaluer les multiples facettes de la personne, et leur meilleure connaissance fournit autant de prises à

l'intervention. Ces connaissances permettent l'élaboration d'un plan d'intervention centré sur les besoins et les objectifs de la personne qui est fondé sur une compréhension large, positive et solidement établie de la personne et de son fonctionnement.

Par ailleurs, un autre but visé par le développement de l'OÉRP consiste à fournir aux intervenants et professionnels oeuvrant auprès des usagers un **langage commun** leur permettant d'échanger avec un maximum d'aisance, d'objectivité et de compréhension mutuelle sur les problématiques cliniques spécifiques. L'OÉRP permet aux intervenants de mieux se comprendre dans leurs échanges sur la clientèle, notamment en fournissant une méthode pour évaluer le fonctionnement de l'usager dans les multiples sphères de sa vie, en fournissant des définitions et des barèmes précis des niveaux d'autonomie et de besoins, de même que des définitions précises des différents types de besoins ou de problèmes. En outre, comme il est généralement administré par plus d'un intervenant, et dans la mesure du possible dans une optique multidisciplinaire, il favorise ainsi l'échange clinique entre intervenants. Enfin, la notion de langage commun développé par l'usage d'un outil commun devient particulièrement intéressante et utile quand vient le temps d'assurer un transfert harmonieux d'un usager d'une ressource à une autre. Il favorise ainsi la continuité de soins et la collaboration interprofessionnelle et interdirection.

L'amélioration des pratiques

Comme mentionné plus haut, diverses stratégies sont mises en place à la Direction pour améliorer les services. Une d'entre elles est le regard critique sur nos services et pratiques. Un tel regard permet d'évaluer nos services à la lumière de notre cadre de référence, de nos valeurs, mais aussi en fonction des nouvelles connaissances, des meilleures pratiques et des pratiques émergentes en psychiatrie et en réadaptation psychosociale.

Ce regard critique peut se faire de diverses façons, par le service de supervision clinique, par des projets de recherche-action spécifiques ou les activités de différents comités. Par contre, c'est d'abord par son Comité de programmation (CP) que la DSRHC réalise cet objectif. De fait, le CP a été mis en place à la DSRHC en 1993 pour agir comme «courroie de transmission» entre la théorie et la pratique et assurer que les pratiques d'intervention à la DSRHC s'inscrivent le plus possible dans le courant des meilleures pratiques en réadaptation. Cinq objectifs spécifiques sont visés par le CP: (1) mieux connaître les meilleures pratiques en réadaptation psychosociale; (2) développer les moyens de mieux inscrire ces connaissances et modèles de pratiques sur le terrain, dans l'intervention et dans l'organisation des services; (3) faire consensus sur le modèle conceptuel général d'intervention; (4) faire consensus sur les valeurs inhérentes au modèle de services que la DSRHC veut promulguer et véhiculer; (5) offrir une plateforme où les décideurs de la DSRHC et ceux des autres directions de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine peuvent échanger sur les pratiques, dans le but de trouver de meilleures façons d'organiser les pratiques et l'échange interdirection.

Le CP a connu diverses phases de développement depuis sa mise en place en 1993. La première phase, pilotée par le Dr Raymond Morissette de 1993 à 1996, a mené à une grande période de formation des intervenants durant l'année 1995. La deuxième phase, de 1997 à 2002, a impliqué les chefs de services et les responsables cliniques. La troisième phase, de 2003 à 2005, a permis à la Direction d'approfondir ses valeurs face à l'intervention et à la prestation des services de réadaptation psychosociale (valeurs inhérentes au présent cadre de référence) et de se mettre à jour face aux nouvelles connaissances et aux modèles émergents en RP. C'est là qu'une prise de conscience s'est faite sur l'importance du rétablissement en RP et là aussi qu'ont émergé plusieurs projets de recherche et activités de développement des

services. Enfin, la quatrième phase, qui a débuté à l'automne 2005, est orientée vers l'examen critique des différents services et programmes spécifiques de la Direction. Une grille d'évaluation a été conçue et est utilisée au CP pour les fins d'évaluation des programmes. À ce jour, plus de six programmations spécifiques ont été présentées et discutées en CP. Notons que des représentantes de la Direction des soins infirmiers (DSI), de la Direction des services professionnels (DSP) et de la Direction des services cliniques siègent à ce comité et peuvent exprimer, comme tout autre membre du comité, leurs suggestions face aux programmations présentées et discutées. Notons aussi que le CP sert ainsi de plateforme décisionnelle et que les programmations ainsi présentées au CP doivent être modifiées en fonction des suggestions faites au CP.

La réalisation de projets de recherche

Un autre moyen important par lequel la Direction amène des améliorations dans ses services est la réalisation de projets d'évaluation de programme, de projets de recherche et de projets de recherche-action. Par les projets d'évaluation de programme et les projets de recherche, la Direction peut recueillir de l'information sur ses services, ses programmes et sa clientèle, ce qui lui permet ensuite de prendre les meilleures décisions quant aux changements spécifiques à amener pour améliorer ses services. La différence entre évaluation de programme et recherche tient à l'aspect novateur de la recherche, qui vise à contribuer significativement à l'avancement des connaissances scientifiques. L'évaluation de programme est certes utile, mais l'est essentiellement pour les fins du programme évalué. Un exemple d'un projet de recherche récemment mené à la DSRHC est le projet sur «La santé, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des personnes âgées résidant dans les ressources intermédiaires privées et les ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique de l'Hôpital Louis- H. Lafontaine» (Bisson, Dionne et Ricard,

2004). Ce projet a permis de renseigner la Direction sur les conditions de santé physique et mentale de sa clientèle âgée en ressources intermédiaires privées et en ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique et ainsi de mieux cibler ses priorités d'actions pour l'amélioration des services à cette clientèle. De fait, des changements importants ont été entrepris dans le Service des ressources d'hébergement en psychiatrie gériatrique suite aux résultats et aux recommandations issus du rapport de recherche. Également, certains résultats à portée plus générale seront éventuellement publiés dans une revue scientifique pour diffuser les connaissances.

D'autre part, les projets de recherche-action visent, quant à eux, non seulement à évaluer les services en place, mais du même coup à créer les changements souhaités dans les services et les pratiques d'intervention. Comme exemple d'un tel projet, nous pouvons citer le «Projet de recherche-action pour l'amélioration des pratiques réadaptatives dans les ressources d'hébergement de la DSRHC», qui est en cours et se poursuivra jusqu'à l'été 2007. Ce projet de recherche a émergé des discussions du Comité de programmation de la DSRHC en lien avec la question des droits des usagers. Il est subventionné par la Fondation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et constitue une démarche concrète pour améliorer les pratiques réadaptatives dans les ressources d'hébergement de la DSRHC. Le but visé est que chaque ressource d'hébergement examine ses modes de fonctionnement et identifie dans ses pratiques et dans l'organisation de ses services les changements à amener pour mieux respecter les droits des usagers et mieux réaliser les valeurs de la réadaptation psychosociale.

La méthode adoptée est une recherche-action dans laquelle les usagers et les intervenants de chaque ressource d'hébergement sont appelés à participer. Des questionnaires individuels sont administrés à tous les usagers et intervenants dans le but d'obtenir leurs perceptions des situations et

pratiques à améliorer dans leur ressource. Les résultats d'ensemble pour la ressource sont ensuite présentés aux usagers et aux intervenants par le responsable du projet. Ils servent de base à une discussion de groupe pour établir un consensus sur les situations et pratiques à changer et à améliorer au cours de l'année et les moyens à prendre pour le faire. De ces discussions découle un plan d'actions propre à chaque ressource qui précise les changements à réaliser au cours de l'année, les moyens pour les opérationnaliser et le calendrier des activités. Après un an, l'étude sera reprise pour évaluer les changements faits, identifier les facteurs et conditions qui ont pu aider ou nuire à la réalisation des changements prévus et déterminer les situations et pratiques qui pourront être améliorées dans l'avenir. À ce jour, la première phase de l'étude est terminée. Les analyses préliminaires montrent que les taux de réponses sont généralement très bons, soit de 80% chez les intervenants et de 68% chez les usagers. La participation aux discussions de groupe a été très active et dynamique, ce qui témoigne d'une véritable volonté chez les intervenants et les usagers des ressources de participer activement à l'amélioration des services. Un rapport d'étape sera déposé à l'automne 2006 pour décrire les résultats de la première phase du projet, soit la description des problématiques identifiées par les ressources ainsi que les solutions proposées par elles pour améliorer leurs pratiques.

Le développement de nouveaux services

Afin de répondre aux besoins en constante évolution de sa clientèle, de même qu'à la transformation progressive de sa clientèle, la Direction doit constamment modifier son offre de services. Ceci se fait par la modification des services actuels, des programmations spécifiques et le développement de nouveaux services. On peut citer ici quelques exemples de transformations majeures qui ont eut lieu dans l'offre de services de la DSRHC au cours des deux dernières années.

Une d'entre elles concerne les Appartements regroupés Poupart qui, depuis le Défi Accès de juin 2002, reçoivent une clientèle sous-régionale provenant principalement du CHUM. Cette ouverture de service a amené une clientèle plus jeune, dans laquelle plusieurs usagers présentent une cooccurrence de difficultés touchant la maladie mentale, la toxicomanie, la prostitution et l'itinérance. Dans ce contexte, l'équipe des Appartements regroupés Poupart a dû rapidement développer une approche adaptée aux besoins et à la réalité de cette clientèle. Cela a pu se faire avec le soutien d'un conseiller clinique de la Direction et d'une stagiaire en sexologie, et ce pour parfaire les connaissances des intervenants en toxicomanie et développer leurs habilités à travailler auprès d'une clientèle qui pratique le travail du sexe. La complexité clinique que présente cette clientèle a également nécessité un travail de collaboration avec des partenaires du communautaire (Le CRAN, Dans la rue et Cactus) et des cliniques spécialisées telles que Cormier-Lafontaine. Ce travail a mené, en outre, à l'organisation d'un colloque sur les enjeux de la cooccurrence, auquel ont participé plus de 200 personnes (Comité organisateur du Colloque sur la cooccurrence, 2006), qui a été grandement apprécié par les acteurs et organismes oeuvrant dans le milieu des problématiques de cooccurrence au Québec.

Un autre projet actuellement en développement concerne la transformation d'une ressource du Service de l'hébergement spécialisé, la Résidence de groupe Paul-Pau, pour une clientèle de jeunes de 16 à 20 ans. Il est actuellement dans les priorités du MSSS de développer de telles ressources de transition entre les services destinés aux jeunes et ceux réservés aux adultes. Un projet est en cours depuis décembre 2005, qui fait appel à la DSRHC et à la collaboration de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et du Centre jeunesse de Montréal-IU, pour élaborer une offre de services visant à répondre aux besoins de la clientèle des jeunes de 16 à 20 ans du Centre jeunesse qui ont des problèmes de santé mentale. Ce projet vise à

faciliter leur transition entre l'adolescence et le stade jeune adulte et entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte.

Un des enjeux du développement de tels services de transition est lié à l'intégration des services et expertises des organisations impliquées dans le traitement des jeunes et des adultes. Actuellement, plusieurs pistes sont explorées pour favoriser la contribution de chacune des organisations au développement d'une pratique novatrice, notamment au niveau de la formation, du soutien clinique ou de l'accès à des services spécialisés (crise, travail et étude).

Comme exemple d'autres transformations majeures ayant eu cours dans les dernières années à la DSRHC, on peut citer la transformation du Service des centres et modules de réadaptation vers le Service des programmes de réadaptation vocationnelle et le Service du Centre de soutien à l'intégration sociale (décrits plus haut). Cette transformation vise certainement l'amélioration des services et des pratiques à plusieurs niveaux. D'une part, elle fait suite à une large consultation, tant à l'interne auprès des professionnels et des équipes de gestion de l'établissement, qu'à l'externe auprès des multiples partenaires de la Direction sur la question des services de réadaptation (Malo et Gélinas, 2003; Alexandre, Gauthier et Righi, 2004). D'autre part, elle fait suite à une recension exhaustive de la littérature sur les meilleures pratiques en réadaptation psychosociale et s'inspire assurément des meilleures pratiques dans le domaine. Comme résultat, la nouvelle offre de services est plus conséquente à l'ouverture régionale visée par les deux nouveaux services de même qu'aux besoins plus diversifiés de cette clientèle. De plus, ses services et programmes s'orientent davantage dans l'axe des meilleures pratiques, ils répondent mieux aux demandes des usagers et des partenaires et ils s'arriment mieux à l'offre de services des partenaires. Par ailleurs, chacun des programmes spécifiques de ces deux services

comporte un volet évaluatif qui permettra d'évaluer l'implantation effective des services comme prévu et leur impact sur la clientèle. Cela permettra d'avoir un regard critique sur les services et d'amener les correctifs nécessaires pour viser continuellement l'amélioration des services.

Enfin, il faut souligner que chacun des services de la Direction est en perpétuelle transformation et doit s'adapter continuellement aux besoins changeant de la clientèle, aux transformations de la clientèle et à l'évolution des connaissances et des pratiques. Une expression de cela est la spécialisation grandissante des différentes ressources d'hébergement. Cela se fait par l'expertise grandissante des intervenants sur le terrain avec des clientèles spécifiques, par les activités de formation, la participation des intervenants et des gestionnaires à des colloques et des conférences et la mise en place de divers comités où tant les usagers que les intervenants et gestionnaires sont appelés à participer. Enfin, l'examen des programmations des différentes ressources en Comité de programmation permet d'amener des changements significatifs qui visent nécessairement l'amélioration des services et des pratiques. En outre, dans cet exercice d'examen des programmations, les ressources sont appelées à incorporer un volet d'évaluation pour mesurer l'atteinte de leurs buts et jauger les progrès faits, sinon les lacunes à combler pour mieux répondre aux besoins de leur clientèle.

Les comités

Parmi les comités ou activités de la Direction en lien avec le soutien et l'amélioration de nos services et pratiques, on peut mentionner les Journée des responsables de ressource, le Comité de direction, le Comité formation et diffusion de l'information et les Comités de résidents.

Les Journées des responsables de ressource

Les Journées des responsables de ressource sont des journées de formation et de réflexion visant à approfondir les connaissances des responsables de

ressource sur différentes problématiques en lien avec la santé mentale et la réadaptation psychosociale. Ces journées ont lieu tous les six mois et impliquent une vingtaine de responsables de ressource, en plus de deux ou trois gestionnaires et invités spéciaux pour l'animation des journées. À ce jour, les thèmes abordés ont touché aux notions de contrôle dans l'intervention, de stigmatisation et de rétablissement, à la Politique sur les drogues et l'alcool, à l'animation de la vie de groupe, aux changements dans le réseau de la santé et à la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues et d'alcool. Il va sans dire que ces journées sont grandement appréciées par les responsables de ressource.

Les Comités de résidents

Les Comités des résidents, présents dans chacune des ressources d'hébergement, ont été décrits plus haut. On peut souligner ici que ces comités sont un plus pour les usagers et pour la Direction et contribuent certainement à leur façon à l'amélioration des services. En agissant comme plateforme de discussion pour les usagers, ils leur permettent d'exprimer collectivement leurs besoins et leurs suggestions afin d'avoir des services répondant mieux à leurs besoins, leurs valeurs et leurs aspirations.

Le Comité formation et diffusion de l'information

Le mandat du Comité formation et diffusion de l'information est d'assurer le retour d'information aux intervenants et aux usagers, d'évaluer les besoins de formation des intervenants, de diffuser notre modèle de pratique ainsi que les résultats de recherche et d'évaluation et de publiciser les présentations et les publications en lien avec la réadaptation psychosociale. C'est, entre autres, à partir de ce Comité que sont organisés les midis de la réadaptation, une activité de formation sur les thèmes de la réadaptation psychosociale ouverte au personnel de l'établissement et au public en général. De telles activités, par leur

impact sur un large public et les liens qu'elles permettent de créer avec les partenaires du réseau de la santé, sont certes un moyen additionnel et non négligeable d'améliorer les services et les pratiques à la Direction.

Le Comité de direction de la DSRHC

Enfin, le Comité de direction de la DSRHC est également en lien avec l'amélioration des services. Bien que son mandat principal soit de voir au bon fonctionnement des multiples aspects administratifs, financiers, logistiques et opérationnels des services de la Direction, il demeure que son existence et son occurrence régulière sont essentielles au bon fonctionnement des services, voire à leur amélioration. Entre autres, aucune décision d'importance concernant des changements à apporter dans les services ne saurait se faire sans passer par ce Comité.

Le Comité de gestion des risques et de la qualité

Le Comité de gestion des risques et de la qualité est responsable de l'application de la politique de gestion des risques et de la démarche d'amélioration continue de la qualité (démarche agrément). À partir de l'analyse des rapports produits sur les différentes activités de la DSRHC (rapport des cadres de garde, rapport des plaintes, rapports d'évaluation des ressources, rapport CSST et rapports des divers comités de travail), le Comité a la responsabilité de faire des recommandations au Comité de direction de la DSRHC. Le Comité a pour mandat :

- d'implanter des mesures pour évaluer la qualité de la prestation des soins et services ;
- de s'assurer des conditions de succès à la réalisation des équipes d'amélioration continue de la qualité (démarche agrément) ;
- de soutenir les mesures visant à prévenir la récurrence des incidents et accidents ;

- de colliger les informations, de dégager des priorités et de faire des recommandations au Comité de direction et aux partenaires ;
- et de prévoir des modalités d'implantation et de suivi concernant la gestion des risques et de la qualité auprès des différents partenaires fournisseurs de services et signataires d'un contrat avec l'établissement.

La supervision clinique

Le Service de supervision clinique de la Direction s'inscrit dans le cadre des fonctions du conseiller clinique de la DSRHC. Il répond plus spécifiquement aux demandes de soutien clinique et de formation complémentaire pour les intervenants. Ce Service est directement inspiré de la perspective du rétablissement (Provencher, 2002) et d'une approche andragogique d'enseignement (Émard et Aubry, 2004) qui se réfère à la réalité personnelle et environnementale de l'apprenant dans le processus de formation.

Les intervenants sont les personnes-clés à partir desquelles s'actualisent les services de réadaptation de la DSRHC. La restructuration de la DSRHC a conduit à des changements organisationnels importants, mais également à l'implantation d'une nouvelle philosophie d'intervention qui implique des connaissances spécifiques et de nouvelles attitudes. Ce modèle clinique repose, entre autres, sur la disponibilité et la capacité des intervenants à établir avec les usagers un lien significatif à partir duquel le processus de réadaptation et de rétablissement pourra s'actualiser. Comme le souligne Provencher, cette nouvelle philosophie implique pour les intervenants un changement fondamental dans leur rôle qui requiert des attitudes génériques telles que l'acceptation inconditionnelle de la personne, la capacité d'établir un climat et un lien de confiance, la croyance dans le potentiel de la personne et une compréhension empathique. L'intervenant joue ainsi davantage un rôle d'agent

facilitateur que celui d'un expert qui oriente et dirige le processus d'intervention.

L'implantation d'une pratique inspirée de la perspective du rétablissement entraîne également une nouvelle définition du cadre des interventions. Par exemple, le fait de délaissier un cadre plus stricte et plus contrôlant pour un cadre plus souple qui tente le mieux possible de s'arrimer aux besoins des usagers peut être plus déstabilisant pour les intervenants et les amener à se questionner davantage sur les liens établis avec les usagers. Cela nécessite pour les intervenants une plus grande responsabilité dans les liens établis avec les personnes.

De plus, le travail d'intervention dans les ressources d'hébergement implique une proximité quotidienne avec la clientèle. Cette particularité fait en sorte que les ressources constituent des lieux privilégiés d'intervention où se multiplient les occasions d'accompagner les résidents dans leur processus de réadaptation et de rétablissement. Par ailleurs, ce travail clinique de proximité nécessite chez les intervenants une capacité de maintenir le lien thérapeutique, là où le cadre de l'intervention doit souvent être redéfini et aménagé dans le contexte du quotidien.

Dans ce contexte, les dirigeants doivent demeurer sensibles aux besoins de formation des intervenants afin d'offrir le soutien clinique nécessaire. La supervision clinique est donc l'un des outils mis à la disposition des intervenants pour répondre à des besoins ponctuels directement imbriqués à leur réalité. La supervision clinique permet une intégration de l'ensemble des connaissances (*savoir*, *savoir-faire* et *savoir-être*) rattachées à l'expérience immédiate et personnelle des intervenants. Le service de supervision clinique est donc complémentaire aux autres moyens existants de formation – que ce soit les colloques, les discussions d'équipe, les journées d'étude et les lectures – avec l'avantage d'être plus personnalisé.

En outre, le service de supervision offre aux membres des équipes d'intervention un lieu et une opportunité pour s'exprimer sur les situations vécues dans la pratique. Cela leur permet de se situer dans le cadre de la relation, d'y clarifier les enjeux relationnels, de prendre du recul et d'alimenter le questionnement clinique. La supervision permet aussi de travailler sur les différentes perceptions émergeant de l'intervention, de mieux saisir les nuances individuelles et de s'entendre en équipe sur une ligne directrice commune.

Ce service de formation complémentaire s'adresse à tous les intervenants de la DSRHC. Les demandes acheminées peuvent provenir d'un intervenant, d'un groupe d'intervenants ou d'une équipe de travail. L'évaluation des demandes permet de préciser les besoins spécifiques de supervision et de définir les modalités du soutien nécessaire. Chaque situation est unique et demande une intervention adaptée au contexte. Il n'y a pas de restriction sur la nature des demandes de soutien, pour autant qu'elles soient en lien direct avec le travail d'intervention. Ce service constitue ainsi un lieu d'acheminement des demandes et des besoins cliniques de formation pour les diverses équipes d'intervenants.

Certaines conditions doivent être maintenues pour que le superviseur clinique puisse bien remplir sa fonction. Une première condition est la nécessité d'assurer une neutralité bienveillante dans le rapport établi avec les différents intervenants. Cette neutralité est facilitée par le statut associé au poste du conseiller clinique de la DSRHC, qui est rattaché au directeur adjoint, mais qui n'a pas la responsabilité administrative directe des équipes d'intervenants. Ce statut lui assure également la souplesse nécessaire pour travailler de pair avec les chefs des différents services, les responsables de ressource et les différents intervenants.

Une seconde condition concerne le cadre et les modalités de supervision. *A priori*, le rôle du superviseur n'est pas celui d'un expert qui dirige et oriente les équipes vers l'application spécifique de

techniques d'intervention. Il est plutôt celui qui accompagne les équipes dans leur réflexion clinique. Son rôle et sa responsabilité sont donc de mettre en place les conditions favorisant cette réflexion et de s'assurer que l'aide réponde bien aux attentes et aux besoins des équipes.

Ceci implique de la part du superviseur la capacité de créer un climat de confiance, nécessaire pour que les intervenants puissent parler librement de leur pratique. Ce lien de confiance repose avant tout sur l'écoute attentive des besoins et des expériences concrètes des intervenants. Cette écoute apporte un soutien et permet de préciser les difficultés rencontrées dans l'intervention.

Certaines demandes concernent des situations cliniques difficiles où l'équipe exprime des sentiments d'impuissance et d'impasse dans l'intervention. D'autres demandes concernent des difficultés plus générales suscitées par de nouvelles clientèles ou par l'implantation du modèle de pratique. Dans certains cas, des rencontres hebdomadaires sont nécessaires et permettent d'assurer un suivi dans le processus d'intégration en complément à des journées d'étude ou de formation. L'expérience dans l'implantation de ce service a permis jusqu'à maintenant de constater les nombreux besoins des équipes et de confirmer que la supervision constitue une dimension essentielle comme soutien au travail clinique des ressources d'hébergement. Elle contribue également au développement de nouvelles pratiques cliniques, comme nous l'avons vu plus haut concernant le développement des services des Appartements regroupés Poupart avec sa nouvelle clientèle aux prises avec des troubles cooccurrents de santé mentale, de toxicomanie, d'itinérance et de prostitution. Une autre démarche comparable s'amorce avec les équipes de Charlemagne et Tourterelle pour travailler la spécificité de la réadaptation auprès des clientèles âgées.

Le modèle de gestion

Le modèle de gestion adopté à la DSRHC repose sur une conception centrée sur les besoins humains (CBH) où l'on valorise les forces et le rôle de chacun. Chaque personne, peu importe sa fonction ou son titre hiérarchique, est importante dans la réalisation de la mission de la Direction. Les valeurs prônées à la DSRHC sont basées sur l'authenticité, la confiance, le respect et l'ouverture des individus entre eux. Une attention particulière est portée au climat de travail afin de créer les conditions qui favorisent la mobilisation du personnel dans la poursuite des buts communs et soutiennent la créativité et l'innovation. Dans cet esprit, plusieurs projets en cours, qui visent à mieux répondre aux besoins et aux nouvelles réalités de la clientèle, ont pris racine dans les idées et suggestions des intervenants sur le terrain.

La conception CBH stipule que le lieu où doit se prendre la décision se situe là où le problème existe (Brassard, 1996). On dit que la mobilisation et la motivation des personnes sont optimisées dans une organisation du travail qui favorise l'autonomie et la responsabilisation des équipes. Cela se réalise à la DSRHC par une décentralisation de la gestion clinique dans chacun des milieux via les responsables de ressource et les agents de programmation. Aussi, bien que plusieurs moyens soient mis en place pour assurer les meilleurs services, l'organisation du travail reste peu formalisée et comporte peu de procédures et de standardisation qui pourraient entraver l'adaptation mutuelle et les processus de résolution de problèmes propres à la réalité de chaque milieu.

Enfin, des efforts constants sont déployés pour amener l'ensemble du personnel à partager une vision et des valeurs communes orientées vers le rétablissement des personnes et pour les soutenir dans une pratique en réadaptation psychosociale de plus en plus exigeante, complexe et orientée vers les meilleures pratiques. Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux moyens sont mis

en place pour assurer le développement de l'expertise et l'amélioration constante des pratiques, tant des intervenants que des gestionnaires. En plus de la participation des équipes à la démarche d'agrément de l'établissement, du service de supervision clinique, de la participation des intervenants et gestionnaires aux différents projets d'évaluation de programme et de recherche-action, on peut également mentionner les journées des responsables de ressource, la participation des intervenants et gestionnaires aux activités de colloques et de formation ainsi que les multiples activités et occasions de contacts et d'échanges avec les chercheurs, intervenants et gestionnaires de l'extérieur du réseau de la santé mentale.

La DSRHC accueille de nombreux visiteurs chaque année du Québec et même d'Europe qui viennent s'inspirer du modèle de pratique mis en place dans nos différentes ressources. Les équipes des milieux visités sont sollicitées dans la présentation de leur programmation clinique. Cette reconnaissance de leur participation au développement d'une expertise en réadaptation favorise leur sentiment de fierté et leur engagement dans la mission de la DSRHC.

Conclusion

Nous avons présenté dans ce document les fondements de notre vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement, telle qu'elle se réalise dans les services de notre Direction. Il est clair que cette vision tout comme la réalité de nos services sont en perpétuel changement, en constante évolution. Aussi, pour revenir à l'essentiel, il peut être utile à cette étape d'en résumer les grandes lignes. Nous présenterons ensuite les principaux axes de développement vers lesquels la Direction compte s'orienter dans les prochaines années.

D'abord, on peut retenir que les principes, valeurs et modèles desquels nous nous inspirons dans notre vision de la réadaptation psychosociale sont directement tirés des courants actuels de pensées et de pratique en réadaptation psychosociale. Les valeurs et principes auxquels nous adhérons sont généralement admis et promulgués par les principaux auteurs dans le domaine, par les guides de meilleures pratiques et par les différentes associations liées à la réadaptation psychosociale ou à la défense des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Nous avons, à cet égard, abondamment discuté des différents

principes d'un modèle d'intervention orienté vers le maintien ou l'amélioration de l'autonomie des personnes, de leur qualité de vie, du respect de leurs droits, de la meilleure réponse possible à leurs besoins, d'une intervention porteuse d'espoir axée sur le développement du potentiel des personnes et de leur participation active dans leur vie et leur communauté. Nous avons également situé notre vision, ou cadre de référence, dans le modèle T-R-R, qui est également le principal modèle de référence de notre établissement. En ceci, la DSRHC se considère certainement membre à part entière de l'organisation de l'établissement et un acteur parmi d'autres dans le système de santé, qui visent à faciliter le cheminement des personnes dans leur processus de réadaptation et, ultimement, de rétablissement. À cet égard, il est clair que la Direction compte s'inspirer de plus en plus de la perspective du rétablissement et orienter son offre de service de la façon la plus cohérente possible avec cette perspective. Nous avons également présenté les trois principaux axes d'intervention qui structurent l'organisation de nos services : l'intervention dans les services d'hébergement, l'intervention vocationnelle et l'intervention en centre de soutien à

l'intégration sociale. Nous avons présenté les bases théoriques de ces approches complémentaires de la réadaptation psychosociale ainsi que l'organisation concrète de ces services.

Enfin, nous avons présenté notre infrastructure de recherche et de soutien à la pratique, en y discutant plus en détail les principes guidant l'évaluation et l'amélioration des pratiques ainsi que les différents comités, projets de recherche et services de soutien à la pratique, dont le service de supervision clinique. Ceci donne un bon aperçu des services de notre Direction et des moyens concrets que nous avons mis en place pour réaliser notre vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement dans la pratique et la réalité concrète des personnes.

Axes de développement

Plusieurs axes de développement orienteront l'avenir de la DSRHC au cours des prochaines années. Nous en décrivons ici sommairement les principaux.

Les services d'hébergement

Comme on l'a vu précédemment, plusieurs changements ont eu lieu ces dernières années dans les services d'hébergement. Nous avons mentionné les transformations importantes qui ont été amenées dans les Appartements regroupés Poupard, qui accueillent de plus en plus une clientèle aux prises avec des problèmes cooccurrents de santé mentale, toxicomanie, itinérance et prostitution, et dans la ressource Paul-Pau, orientée maintenant vers des services aux jeunes de 16 à 20 ans. Dans les deux cas, les réorientations impliquent des changements de clientèles et des changements dans l'organisation des services et dans les pratiques d'intervention. Nous avons également mentionné les changements importants ayant eu cours et se poursuivant dans le service d'hébergement de psychiatrie gériatrique, ainsi que la spécialisation grandissante des autres ressources d'hébergement, dont les ressources de groupes et les ressources

transitoires. Plusieurs changements sont à prévoir dans les prochaines années pour adapter l'offre des services d'hébergement à la demande constamment changeante. Avec l'implantation progressive des mesures prévues dans le plan d'action à l'égard des services de psychiatrie et de l'hébergement réadaptatif, on peut aisément prévoir que ces changements ne sont pas prêts de s'estomper. Aussi, dans ce contexte, la DSRHC sera de plus en plus appelée à faire place à une clientèle régionale et, en conséquence de l'orientation de la clientèle plus légère vers les services de première ligne, à faire place à une clientèle de plus en plus lourde au plan psychiatrique.

Le service des programmes de réadaptation vocationnelle

Nous avons mentionné les changements effectués au cours des dernières années au niveau des services de réadaptation vocationnelle. La nouvelle programmation débute dès cet automne et il est à prévoir que ces programmes s'ajusteront progressivement aux besoins émergents de la clientèle. En outre, des projets de recherche et d'évaluation sont prévus dans chacun des programmes pour évaluer leur implantation et leur impact sur la clientèle, au plan de la satisfaction et des progrès dans les études et le travail, ainsi que pour les adapter et les améliorer.

Le service du Centre de soutien à l'intégration sociale

Les activités du CSIS commenceront également dès cet automne et des ressources sont également prévues pour en évaluer l'implantation, le fonctionnement et l'impact sur les usagers.

Le rétablissement

La perspective du rétablissement remet à notre avis l'accent sur l'essentiel pour les usagers aux prises avec la maladie mentale: l'importance pour eux de trouver un sens à leur vie, à leur souffrance et à leur maladie, l'importance pour eux de vivre

une vie satisfaisante, chargée d'espoir et de buts malgré les limitations causées par la maladie. En ce sens, l'expérience du rétablissement appartient intimement à la personne qui la vit. Cependant, les services peuvent être organisés de manière à la favoriser. Et la DSRHC, s'inspirant des recommandations proposées par Anthony (2001) à cet égard, entend bien continuer ses démarches pour favoriser le rétablissement des personnes. Notamment, la DSRHC veut continuer d'orienter ses services vers la satisfaction et la qualité de vie des usagers de même que l'amélioration de leur statut et de leur place en société. Elle a pris les moyens pour se doter d'indicateurs mesurant les impacts objectifs et subjectifs de ses services sur les personnes. Sa vision comprend l'environnement social global de la personne (études, milieu de travail, milieu résidentiel et familial). Elle entend impliquer davantage les usagers dans la planification des services et leur évaluation. Notamment, des projets sont en voie de développement pour créer des services d'entraide entre pairs et pour embaucher des pairs aidants dans ses services. La formation du personnel est de plus en

plus orientée vers une compréhension en profondeur des valeurs et principes de la réadaptation psychosociale et du rétablissement, de même que la sélection du personnel. Les services valorisent actuellement le rétablissement, la réinsertion sociale et les buts des usagers. Et le mécanisme d'accès aux services de la DSRHC renforce la liberté de choix des usagers.

Le mécanisme d'accès

Enfin, mentionnons que nous sommes à repenser le mécanisme d'accès à la DSRHC. Nous envisageons à cet égard un guichet unique et un mécanisme d'accès mieux défini pour faciliter l'accès aux ressources de la DSRHC, orienter les usagers vers les meilleures ressources, assurer une plus grande continuité de services, tant à l'intérieur des services de la DSRHC que dans ceux de ses partenaires, et assurer l'utilisation la plus efficiente des services de la DSRHC.

Références

- Alexandre, H., Gauthier, D. et Righi, N. (2004), *Révision des services de réadaptation: document synthèse*, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Anthony, W.A. (1979), *Principles of psychiatric rehabilitation*, Baltimore, MD: University Park Press.
- Anthony, W.A. (1993), Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990's, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W.A. (2000), A recovery-oriented system: Setting some system level standards, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.
- Anthony, W.A. (2001), Pour un système de santé axé sur le rétablissement: douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services, *Le Partenaire*, 9(2), 1-5.
- Anthony, W.A., Rogers, E.S. et Farkas, M. (2003), Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery, *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114.
- Anthony, W.A. et Liberman, R.P. (1992), Principles and practice of psychiatric rehabilitation, In R.P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*, Toronto : Maxwell Macmillan.
- Bachrach, L.L. (1992), Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long term patients, *American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1455-1463.
- Bachrach, L.L. (1996), Psychosocial rehabilitation and psychiatry: What are the boundaries ? *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 28-35.
- Becker, D.R. et Drake, R.E. (2004), Intégration communautaire et soutien à l'emploi. In T. Lecomte et C. Leclerc (Éds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bellack, A. S. (2004), Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375-391.
- Bisson J., Dionne, M. et Ricard, N. (2004). *La santé, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des personnes âgées résidant dans les ressources intermédiaires privées et les ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Rapport de recherche déposé à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- Bisson, J. et Goulet, N. (2005), *Le QBRP – Version 1.0. Manuel d'utilisation et d'interprétation du Questionnaire des besoins en réadaptation psychosociale*, Montréal.: DSRHC, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Bond, G.R. (1998), Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.
- Bond, G., Resnick, S., Drake, R., Xie, H., McHugo, G. et Bebout, R. (2001), Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness ? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
- Brassard, A. (1996), *Conception des organisations et de la gestion. Les conceptions mécanistes centrées sur les besoins humains et situationnels*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Callabrese, J.D. et Corrigan, P.W. (2005), Beyond dementia praecox: Findings from long-term follow-up studies of schizophrenia, In R.O. Ralph et P.W. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Caldwell, B. et Woods, J. (2000), Interventions in psychosocial rehabilitation, In R. Hughes et D. Weinstein (Eds), *Best practices in psychosocial rehabilitation*, Columbia, MD: IAPSRs.
- Canadian Psychiatric Association (2005), Clinical practice guidelines, Treatment of schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (Sup. 1), 7S-57S.
- Carling, P.J. (2002), Un système à rétablir, *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 114-127.
- Comité organisateur du Colloque sur la cooccurrence (2006), *Actes du colloque. Les enjeux de la cooccurrence. Un défi relevé ! 15 févr., Lion d'Or, Montréal.*

- Cook, J.A. et Hoffschmidt, S.J. (1993), Comprehensive models of psychosocial rehabilitation, In R.W. Flexer et P.L. Solomon (Eds), *Psychiatric rehabilitation in practice*, Toronto : Andover Medical Publishers.
- Corrigan, P.W. et Ralph, R.O. (2005), Introduction: Recovery as consumer vision and research paradigm, In R.O. Ralph et P.W. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R. et Huxley, P. (2001), Helping people with severe mental illness to obtain work : systematic review, *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- Dahlquist, B. et Fields, S. (2000), Residential treatment programs, In R. Hughes et D. Weinstein (Eds), *Best practices in psychosocial rehabilitation*, Columbia, MD: IAPSRs.
- Deegan, G. (2003), Discovering recovery, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 368-376.
- Deegan, P.E. (1997), *Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities*, Social Work Health Care, 25(3), 11-24.
- Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine (1998). Rapport de la visite d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Qualité-agrément 1998-2001.
- Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine (2001). Rapport de la visite d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Qualité-agrément 2001-2004.
- Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine (2004). Rapport de la visite d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Qualité-agrément 2004-2007.
- Émard, R. et Aubry, T. (2004), *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie*, Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Frank, J.D. et Gunderson, J.G. (1990), The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome, *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-235.
- Farkas, M.D., O'Brien, W.F., Cohen, M.R. et Anthony, W.A. (1994), Assessment and planning in psychiatric rehabilitation, In J.R. Bedell (Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders*, Philadelphia, PA, US: Taylor et Francis.
- Fortier, L. (2000), Sensibilisation au modèle de référence: Traitement-Réadaptation-Réhabilitation (T-R-R), Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Garety, P.A., Fowler, D. et Kuipers, E. (2000), Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms, *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 73-86.
- Gaston, L., Marmar, C.R., Callagues, D. et Thompson, L.W. (1991), Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy process, *Psychotherapy Research*, 1, 104-113.
- Gendreau, G. (2001), *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*, Montréal: Sciences et culture.
- Heinssen, R.K., Liberman, R.P. et Kopelowicz, A. (2000), Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 21-46.
- Hôpital Louis-H. Lafontaine (2006), Plan de réorganisation clinique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Montréal: HLHL.
- Horvath, A.O. et Symonds, B.D. (1991), Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis, *Journal of Counselling Psychology*, 38, 139-149.
- Hughes, R. et Weinstein, D. (Eds) (2000), *Best practices in psychosocial rehabilitation*, Columbia, MD: IAPSRs.
- International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPSRs) (1992), *Position statement on housing*, Columbia, MD: IAPSRs.
- Jacobs, H.D., Wissusik, R., Collier, D., Stackman, D., Burkeman, D. (2002), Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 365-369.
- Jacobs, S., Davidson, L., Steiner, J. et Hoge, M. (2002), The integration of treatment and rehabilitation in

- psychiatric practice and services: A case study of a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 38(1), 73-81.
- Kopelowicz, A. et Liberman, R.P. (2003), Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses, *Psychiatric Services*, 54(11), 1491-1498.
- Lalonde, P. (2001), Schizophrénies, In P. Lalonde, J. Aubut, F. Grunberg et al., *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*, Gaëtan Morin.
- Latimer, E. et Lecomte, T. (2002), Le soutien à l'emploi de type «IPS» pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves: une voie d'avenir pour le Québec ? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 241-267.
- Lauzon, G. (2003), Le soutien aux études supérieures pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves: modèles de référence, *Le Partenaire*, 10(2), 6-13.
- Lecomte, T. et Leclerc, C. (2004), Interventions de pointe en réadaptation psychosociale, In T. Lecomte et C. Leclerc (Éds), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C. et Lecomte, T. (1999), Au-delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves: les facteurs communs, *Santé mentale au Québec*, 24(1), 19-38.
- Le Pavois (2004a), Les trajectoires scolaires de personnes ayant un problème grave de santé mentale; synthèse d'une recherche action, Québec, 24 p.
- Le Pavois (2004b), Les trajectoires scolaires de personnes ayant un problème grave de santé mentale : des pistes d'intervention et d'orientation pour le soutien scolaire de personnes ayant un problème grave de santé mentale. Québec, 9 p.
- Malo, L. et Gélinas, D. (2003), Synthèse : Réadaptation psychosociale. Rapport de consultation, remis au Comité d'orientation sur la réadaptation psychosociale à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Messier, M.J. (2001), Réadaptation, In P. Lalonde, J. Aubut, F. Grunberg et al., *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale, Tome II.*, Gaëtan Morin.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005), *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec : MSSS.
- Morissette, R. (1996), *Traitement, réadaptation, réhabilitation*. Présentation faite à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., Torrey, W.C., Xie, H., Bond, G.R., Drake, R.E. et Dain, B.J. (1997), Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 419-426.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Ventura, J., Gitlin, M. et al. (1994), The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(32 sup.), 58-64.
- Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgeway, P., Dornan, D.H. et Ralph, R.O. (2002), *Mental health recovery: What helps and what hinders ?* Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors.
- Organisation mondiale de la santé (1995), *Psychosocial rehabilitation. A consensus statement*. Document WHO/MNH/MND/96.2, Genève: OMS.
- Pratt, S.I. et Mueser, K.T. (2004), Schizophrenia, In M.M. Anthony et D.H. Barlow (Eds), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*, NY: Guilford Press.
- Provencher, H.L. (2002), L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Rapp, C. A. (1998) The strengths model. Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. NY: Oxford University Press.
- Renou, M. (2005), *Psychoéducation, une conception, une méthode*, Montréal: Sciences et culture.
- Rouzel, J. (2004), *Le quotidien en éducation spécialisée*, Paris: Dunod.
- Ruest, J.P., Tessier, L., Wagener Jobidon, V. et Paquette, D. (1995), *Valeurs et principes de la réadaptation psychosociale*. Montréal: Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

- Solomon, P. et Stanhope, V. (2004), Recovery: Expanding the vision of evidence-based practice, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(4), 311-321.
- Sowers, W. (2005), Transforming systems of care: The American Association of Community Psychiatrists guidelines for recovery oriented services, *Community Mental Health Journal*, 41(6), 757-774.
- Stroul, B. (1986), *Crisis residential services: Review of information*. Prepared for National Institute of Mental Health, Community Support Program.
- Svensson, B. et Hansson, L. (1999), Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: Development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 281-287.
- Weinstein, D. (2000). Housing, In R. Hughes et D. Weinstein (Eds), *Best practices in psychosocial rehabilitation*, Columbia, MD: IAPSR.
- White, J.R. (2000), Introduction. In J.R. White et A.S. Freeman (Eds), *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. Washington, American Psychological Association.
- Young, S.L. et Ensing, D.S. (1999), Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.

COLLECTIONS



**ENSEIGNEMENT
ET FORMATION**



**SOINS
ET SERVICES**



**RECHERCHE ET
ÉVALUATION**



**GESTION ET
ADMINISTRATION**



L'Hôpital Louis-H. Lafontaine offre des services spécialisés et ultraspécialisés en santé mentale. Centre universitaire affilié à l'Université de Montréal, il développe des savoirs par la recherche, l'enseignement et l'évaluation.

À la fine pointe des connaissances, le Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine est le plus important lieu de recherche en santé mentale dans le milieu francophone canadien.

**Hôpital
Louis-H. Lafontaine**

AFFILIÉ À
Université de Montréal 