

**LIGNES DIRECTRICES POUR  
L'IMPLANTATION DE MESURES  
DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ  
EN SANTÉ MENTALE**

**LIGNES DIRECTRICES POUR  
L'IMPLANTATION DE MESURES  
DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ  
EN SANTÉ MENTALE**

***NOVEMBRE 2002***

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**  
***Direction générale des services à la population***

Édition produite par :  
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2002  
Bibliothèque nationale du Canada, 2002  
ISBN 2-550-40034-8

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

© Gouvernement du Québec

## **AVANT PROPOS**

---

Le présent document vise à soutenir l'implantation de mesures de soutien dans la communauté. Il est construit de façon à amener les acteurs à réfléchir à la perspective dans laquelle un service de soutien est offert. Le ministère s'est adjoint la collaboration du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale pour sa réalisation.

Nous tenons à remercier les membres du Groupe d'appui : MM. Thierry Boyer et Christopher McFadden, M<sup>mes</sup> Michelle Lévesque, Gabrielle Mercier Leblond et Anne-Marie Ponton, qui ont donné forme à ce document, ainsi que les autres membres du Groupe d'appui qui ont apporté leurs commentaires. Madeleine Breton et Denis Chabot, de l'équipe en santé mentale de la Direction générale des services à la population, ont fait les recherches et la rédaction du document.

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
<b>PRINCIPES DE BASE DU SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ .....</b>	<b>13</b>
<b>TYPES DE SOUTIEN .....</b>	<b>15</b>
Soutien par équipe, intensif et intégré .....	15
Soutien et coordination de services .....	16
Soutien de base non intensif.....	18
<b>DIFFÉRENTES MODALITÉS D'ORGANISATION POUR UN SOUTIEN ACCESSIBLE ET DE QUALITÉ.....</b>	<b>21</b>
Différentes modalités d'organisation sur une base locale : un travail en réseau nécessaire .....	21
Particularités .....	22
Recommandations pour l'organisation des services de soutien.....	23
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>25</b>
<b>Annexe 1 - Différentes mesures de soutien dans la communauté</b>	
<b>Annexe 2 - Les soutiens particuliers</b>	
Le soutien au logement	
Le soutien au travail ou aux études	

## **PRÉAMBULE**

---

Selon le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (1998), huit services doivent être disponibles et accessibles pour permettre aux personnes présentant des troubles mentaux graves de vivre en société en atteignant leur plein potentiel. Ces services sont :

- le suivi dans la communauté ;
- l'intervention de crise disponible en tout temps ;
- le soutien pour la réponse aux besoins de subsistance ;
- le traitement dans la communauté ;
- l'hospitalisation ;
- l'entraide ;
- le soutien aux familles et aux proches ;
- les loisirs, l'éducation, le développement des habiletés personnelles, l'intégration à l'emploi.

À partir de la tournée qu'il a effectuée au début de l'année 2000 dans toutes les régions du Québec avec le soutien des régies régionales de la santé et des services sociaux, le Groupe d'appui a réalisé un bilan de l'implantation du Plan d'action. Ce bilan montre que les services nécessaires au maintien des personnes adultes dans leur communauté doivent être davantage développés, entre autres les services de suivi dans la communauté.

Le suivi dans la communauté est une mesure pivot pour le maintien des personnes dans la communauté. Pour ce type de services, le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale observait qu'il existe au Québec une diversité de modèles de suivi dans la communauté pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, mais que les paramètres énoncés dans le Plan d'action ne semblaient pas suffisamment clairs. C'est à partir de cette vision nationale qu'est apparue l'importance de clarifier des balises concernant les mesures de suivi qui doivent être rendues accessibles pour accompagner la démarche d'intégration des personnes dans la communauté.

Les expériences rapportées dans la littérature indiquent que les premiers modèles de suivi dans la communauté ont émergé dans un contexte de désinstitutionnalisation. C'est le cas du « Training in community living » (TLC), conçu au Wisconsin durant les années 70 sous la direction de Marianne Test et Leonard Stein. Aux États-Unis et au Canada, notamment en Colombie-Britannique

et en Ontario, l'approche « Assertive community treatment » (ACT) a succédé au TLC et sert de référence. D'autres approches en matière de suivi communautaire ont aussi vu le jour, tant aux États-Unis qu'au Canada ou en Europe. Une des différences apportées par les autres approches concerne la modalité du suivi ; le « case management » (accompagnement dans la communauté avec un intervenant pivot) se fait sur une base individuelle, alors que le programme ACT préconise, au contraire, un suivi en équipe.

Parmi les expériences intéressantes, se trouve aussi le projet « Framework for support », instauré en Ontario en 1982 avec l'appui de l'Association canadienne de la santé mentale. Cette expérience de structure de soutien dans la communauté, qui est accompagnée d'un projet de recherche-action dirigé par Geoffrey Nelson, John Lord et Joanna Ochocka, amène les chercheurs à parler d'un changement de paradigme dans le développement des services dans la communauté en santé mentale, à partir de la notion d'« empowerment » (l'autonomisation, ou l'appropriation du pouvoir) qui structure de plus en plus les actions visant la pleine intégration des personnes qui ont des problèmes de santé mentale (Nelson, Lord et Ochocka, 2001).

Au Québec, durant les années 80, plusieurs nouveaux organismes communautaires ont développé des services de suivi alternatif et de réadaptation pour assurer aux personnes le soutien dans leur milieu de vie. Le rôle de l'alternative communautaire s'est vu confirmé avec la reconnaissance, en 1982, du Regroupement des ressources alternatives par le ministère de la Santé et des Services sociaux et plus tard, avec la Politique de santé mentale. La présence et la reconnaissance des organismes communautaires ont largement contribué, malgré des moyens limités, à introduire une diversité d'approches et des lieux d'intervention. Il s'agissait des premiers mouvements de suivi dans la communauté qu'a connu le Québec. Par la suite, différentes organisations implantèrent leurs propres mesures de suivi. Les démarches de planification régionales ont appuyé, dans plusieurs régions, cette diversification des réponses aux besoins identifiés dans le milieu.

L'objectif du document est de reconnaître l'ensemble des savoirs existants, d'en préciser les particularités et ainsi, faciliter le travail des gestionnaires qui auront à implanter les services de suivi dans la communauté. Les lignes directrices présentées dans ce document sont donc basées, à la fois sur les résultats d'expériences évaluées et rapportées dans la littérature, de même que sur l'expérience de plusieurs années de travail dans la communauté, rapportées par des acteurs impliqués, des personnes utilisatrices de services et des gestionnaires du système.

À cette étape de l'évolution des connaissances et des expériences, les membres du Groupe d'appui ont choisi de substituer le terme *soutien* à celui de *suivi*. Le développement de services dans une perspective de soutien répond mieux au concept de l'appropriation du pouvoir, et le terme nous a été fortement recommandé par les personnes elles-mêmes. Les services de soutien s'inscrivent

dans une approche respectueuse des personnes, de leur mode de vie et de l'expression de leurs besoins.

Les deux expressions continueront sans aucun doute à exister, toutefois, l'évolution vers un concept de soutien est suffisamment importante pour que les membres du Groupe d'appui la marquent par ce changement de terme. Le présent document doit être compris aussi dans la perspective de la nécessaire mise en réseau local des services intégrés en santé mentale. Dans cette perspective, les orientations présentées ne privilégient pas un mode d'organisation particulier ou des modalités d'organisation, elles précisent plutôt les différentes mesures de soutien qui devraient être accessibles sur une base locale dans le milieu de vie de la personne.

## **INTRODUCTION**

---

Le présent document vise à préciser les concepts afin de faciliter le travail des gestionnaires et intervenants qui seront chargés d'implanter les mesures de soutien pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Comme cela a été identifié au moment de la rencontre de suivi de gestion tenue avec les régies régionales, en novembre, en fonction de cinq cibles prioritaires, des travaux doivent encore être faits pour consolider ce volet de services.

L'objectif des lignes directrices présentées dans le document est de clarifier la nature des activités des différentes mesures de soutien, et non les modèles organisationnels qui les encadrent. En effet, ces mesures peuvent être mises en place distinctement ou en intégrant certaines des composantes énoncées ci-dessous.

Sont présentés et décrits dans les pages qui suivent :

- ◆ les principes de base du soutien dans la communauté ;
- ◆ trois types de soutien :
  - soutien par équipe, intensif et intégré,
  - soutien et coordination,
  - soutien de base non intensif,

Les données relatives aux services requis qui apparaissent dans le document sont tirées, en partie, des objectifs visés par le gouvernement du Québec dans le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale. Ont aussi été considérées, à titre complémentaire, les données du Cadre de référence produit par l'Association des hôpitaux du Québec sur le suivi intensif en équipe pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves ainsi que les orientations en matière de services en santé mentale des gouvernements de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. En annexe, les cibles relatives au soutien au travail ou aux études établies en fonction du rapport usagers/intervenants proviennent du « Supported Employment Consortium » des États-Unis.

Le document décrit d'abord les principes de base du soutien dans la communauté, puis les caractéristiques de trois types de soutien. Le soutien dans la communauté peut être assuré dans une diversité de modèles d'organisation. Dans cette perspective, le document présente des recommandations sur l'organisation en réseau de ces services et spécifie les critères devant être satisfaits afin d'appuyer l'instauration des activités de soutien dans la communauté.

Des mesures de soutien particulières pour le logement, le travail, les études sont présentées en annexe.

En parallèle aux mesures de soutien pour les personnes ayant un problème de santé mentale, il y aura lieu d'établir les principes de base des mesures de soutien aux membres de l'entourage. Au cours de leur tournée dans les régions du Québec, les membres du Groupe d'appui ont constaté que les familles ont encore peu d'aide. En effet, depuis le mouvement de désinstitutionnalisation, les membres de l'entourage sont fortement sollicités pour soutenir leurs proches dans la communauté. Les mesures de soutien pour les membres de l'entourage doivent favoriser l'actualisation de leur potentiel, ce qui leur permettra de mieux accompagner et soutenir leurs proches dans la communauté. Ces mesures seront détaillées dans un document complémentaire.

## **PRINCIPES DE BASE DU SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ**

Le soutien dans la communauté est un ensemble d'activités établies avec la personne concernée. Les objectifs visés et les moyens à privilégier doivent être déterminés en fonction d'un contexte de libre choix. Les mesures de soutien retenues le sont donc en fonction des besoins et du niveau des difficultés exprimées, tels qu'ils auront été définis en collaboration avec la personne.

« La réappropriation suite à une maladie mentale est une vision puissante. Elle fait appel à la notion qu'il ne fallait pas mentionner autrefois qui est que toute personne peut se développer au delà des limites que lui impose la maladie mentale. La réappropriation est un concept qui peut nous amener à voir de nouvelles façons de faire. Toute personne impliquée en réadaptation ne peut se contenter d'appliquer une série de techniques. Les praticiens doivent prendre conscience du rôle qu'ils jouent dans la réappropriation du pouvoir d'agir de leur clientèle. [...] Le défi du nouveau millénaire est le suivant : s'engager à travailler avec les personnes que nous desservons et leur famille, pour faire de la réappropriation non seulement une vision, mais une réalité pour tous » (Farquas, Vallée, 1996).

Toujours selon Farquas et Vallée, un élément semble commun à tous les processus de rétablissement « suite à une catastrophe personnelle – maladie mentale ou autre – c'est le besoin de croire en la personne en quête de réappropriation qui apporte le plus grand soutien. Le besoin d'une personne qui soit là semble universel ».

Dans la perspective de l'appropriation du pouvoir, le soutien dans la communauté est un moyen privilégié pour aider la personne à vivre avec satisfaction et succès dans la communauté. Quatre principes de base caractérisent le soutien dans la communauté :

- ◆ il se fait dans le milieu de vie choisi par la personne ;
- ◆ il permet à la personne d'exercer une activité significative ;
- ◆ il accompagne la personne dans l'exercice de sa citoyenneté ;
- ◆ il tient compte de la présence des membres de l'entourage.

Dans certains cas, la demande de services est effectuée par des proches de la personne. L'intervenant doit alors trouver des réponses qui respectent la personne et son entourage. Lorsque les individus se trouvent en état de plus grande vulnérabilité, ce sont les mesures prévues pour l'intervention en situation de crise qui s'appliquent.

Le soutien dans la communauté donne lieu à divers types d'intervention. Ainsi, les interventions peuvent être :

- ◆ axées sur l'aide ou l'accompagnement, l'objectif visé étant alors de s'assurer que la personne reçoit en effet l'aide demandée et de l'accompagner si son état le requiert, y compris dans les moments de détresse où l'intervention en situation de crise est souvent nécessaire ;
- ◆ d'enseignement ou d'apprentissage, afin de développer les compétences et les habiletés de la personne lorsque celle-ci ou son milieu réclame des changements ;
- ◆ de réadaptation, afin de développer, par des processus intensifs et circonscrits, les compétences et les habiletés de la personne, ou pour en améliorer la qualité ;
- ◆ de traitement, afin de diminuer la détresse émotionnelle ainsi que les symptômes de la maladie ;
- ◆ de protection sociale, afin de garantir les conditions de vie, les droits et l'exercice des droits lorsqu'on laisse la personne ou son entourage vivre des situations où son intégrité est compromise ou que la représentation de ses droits doit être soutenue ou renforcée par des mesures explicites ;
- ◆ de nature palliative, ce qui consiste à agir à la place et avec la personne, par l'ajout d'une ressource ou d'un service, afin d'accompagner le développement de son autonomie, tout en consolidant le lien établi avec elle.

Le soutien dans la communauté s'inscrit dans le temps, avec une intensité qui peut varier selon les besoins de la personne. Il va de pair avec une démarche d'appropriation du pouvoir par la personne, démarche qui lui permet d'être un citoyen ou une citoyenne à part entière. Le soutien variera selon les trajectoires des personnes et pourra nécessiter, selon les situations, un accompagnement s'échelonnant sur une assez longue période.

## **TYPES DE SOUTIEN**

---

### ***Soutien par équipe, intensif et intégré***

Le soutien intensif s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves dont la condition est souvent instable ou très fragile, et qui courent un risque élevé d'hospitalisations répétées ou prolongées, ou encore de rupture avec le reste de la société.

L'intervention en équipe multidisciplinaire est alors requise et intègre directement le traitement, compte tenu des grandes difficultés et des besoins diversifiés des personnes. Les membres de l'équipe doivent développer conjointement une vue d'ensemble des besoins ainsi que des réponses à ces besoins. Les psychiatres et les médecins omnipraticiens font partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire qui assure le suivi clinique et le soutien communautaire. L'intensité de l'intervention est importante et se vérifie, non seulement par la fréquence, mais aussi par la complexité et l'intégration des moyens déployés pour répondre aux besoins. Les interventions :

- ◆ se déroulent presque exclusivement dans le milieu de vie des personnes ou dans les milieux qu'elles fréquentent ;
- ◆ couvrent un vaste éventail d'activités, comme la prise de contact proactive, l'évaluation ou la réévaluation des besoins, la réponse aux besoins de base, les services de traitement et de réadaptation, le soutien dans le milieu de vie de la personne ou dans les autres milieux qu'elle fréquente, la promotion des droits de la personne, l'intervention en situation de crise, l'orientation vers d'autres partenaires, etc. ;
- ◆ intègrent différentes expertises, dont celle des médecins ;
- ◆ demandent une coordination continue des services entre les membres de l'équipe et la personne (quotidienne ou deux ou trois fois par semaine).

La nature des besoins exige que ce type de soutien soit offert à 100 personnes par 100 000 de population, et jusqu'à 200 dans certains milieux urbains où, pour des raisons sociologiques ou historiques, un nombre plus important de personnes présentant des problèmes de santé mentale résident. Dans de tels cas, le rapport intervenant/usagers se situe entre 1/8 et 1/15.

Les modèles de référence pour le soutien intensif tirent leurs racines de modèles issus des centres hospitaliers psychiatriques. Parmi les plus connus, se retrouvent les modèles du Wisconsin ou encore, du Vermont. Dès 1955, l'expérience réalisée dans l'État du Vermont révèle « l'importance d'une visée à long terme dans la réadaptation des patients hospitalisés depuis de longues périodes. Une visée qui inclut une préparation avant la sortie, un suivi actif dans la communauté pendant plusieurs années, une continuité de l'équipe de réadaptation de l'interne vers l'externe » (Lesage et Morissette, 1992, dans Gélinas, 1996 : 56). En Amérique, le

modèle le plus connu est le PACT (« Assertive Community Treatment »), qui est peu répandu dans sa forme intégrale au Québec. Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETSQ), qui a évalué, en 1999, les expériences de soutien intensif en équipe du Centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ), dans l'Outaouais, et du Centre hospitalier de Shawinigan, dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, accorde une préférence aux programmes issus de milieux hospitaliers. Le CETSQ estime, en effet, que les programmes rattachés à un centre hospitalier « sont ceux qui peuvent le plus facilement intégrer un psychiatre et du personnel infirmier ce qui, toutes choses étant égales par ailleurs, est préférable dans un programme de suivi intensif parce qu'il favorise une meilleure intégration des services ». Cependant, dans la perspective des réseaux locaux de services intégrés en santé mentale et comme le montre déjà l'expérience de plusieurs régions, le rattachement à un centre hospitalier n'est pas la seule façon d'assurer une intégration et une continuité des services.

### **Soutien et coordination de services**

Le soutien d'intensité variable et de coordination s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, mais dont le niveau de difficulté est en général moins important que celui des personnes visées à la section précédente, ce qui n'exclut cependant pas des périodes de grande fragilité. Les intervenants assurent un soutien direct et un lien de coordination des ressources auprès de personnes dont les besoins varient en intensité. Cette pratique sera souvent décrite comme étant davantage communautaire, dans la mesure où elle intègre, à la fois les dimensions psychosociales et le traitement, dans une intensité qui varie dans le temps. Le modèle de « case management » de Boston, mis au point par William Anthony et Marianne Farkas, sert souvent de référence. L'intervention en équipe n'est pas toujours requise, mais les interventions peuvent toutefois être intensives à certaines périodes et les besoins de coordination sont souvent importants et complexes.

En ce qui concerne le soutien direct et le lien de coordination, un intervenant effectue lui-même certaines activités de soutien et assure la coordination de plusieurs autres activités de soutien avec la personne. Les intervenants peuvent être multiples et la coordination, complexe. Les interventions :

- ◆ se déroulent en général dans le milieu de vie des personnes ou dans ceux qu'elles fréquentent;
- ◆ offrent des activités (ou s'assurent que celles-ci soient offertes) comme la prise de contact, l'évaluation des besoins, la réponse aux besoins de base, le soutien dans le milieu de vie de la personne ou dans les autres milieux qu'elle fréquente, la protection, l'intervention en situation de crise et la liaison avec les partenaires ;
- ◆ demandent une coordination des services avec des organismes du milieu de vie, des partenaires du réseau de la santé, etc., une coordination plus importante que celle requise par le soutien intensif.

Pour ce type de soutien, la nature des besoins exigerait que des services soient offerts de 250 à 300 personnes par 100 000 de population. Le rapport intervenant/usagers peut être de l'ordre de 1/12 à 1/25.

Les modèles d'intervention sont, par exemple, les modèles de coordination et de suivi proposés par les services de « case management ». L'amalgame des composantes relationnelles et communautaires au concept initial fait en sorte que le « case management » se définit aujourd'hui comme un mode de pratique qui reconnaît l'importance d'intégrer les dimensions biologiques, psychologiques et sociales à l'intervention. Pour Bachrach (1988, dans Paradis et Gagnon, 1995 : 13),

*« le case management est la mise en application du concept de continuité de soins en fournissant des services cohérents, pendant une longue période, à des personnes qui ont de la difficulté à naviguer à travers un système de services fragmentés et décentralisés ».*

Dans une approche nommée « approche intégrée de réinsertion sociale » (AIRS) (De Cangas, 1994) on propose un modèle qui jumelle trois composantes essentielles : 1) la coordination des plans de services ; 2) le développement communautaire ; 3) le suivi et l'évaluation par un coordonnateur unique. La première composante de l'AIRS vise à assurer un soutien directement dans le milieu de vie des personnes. Les services individualisés, la coordination des services à long terme ainsi qu'un soutien global et holistique sont à la base de cette première composante. Le deuxième élément de ce modèle touche, plus particulièrement, le développement communautaire qui, selon l'auteur, distingue l'AIRS des autres approches de coordination de plans de services. Ce second volet a pour objectif de renforcer les systèmes d'aide naturels de la collectivité par l'entremise de trois stratégies précises : 1) une approche proactive qui insère la personne dans la vie et les activités du milieu ; 2) des mesures de soutien et d'éducation auprès des gens du milieu qui entrent en contact avec la personne ; 3) une coordination centralisée des services assumée par un seul et même intervenant. Enfin, la troisième composante prévoit un suivi et une évaluation des résultats obtenus par la personne. Ces diverses fonctions relèvent de la responsabilité exclusive du coordonnateur désigné.

Au Québec, depuis les années 80, ce type de pratique s'est implanté dans plusieurs régions. Ainsi, en 1982, le Centre hospitalier de soins psychiatriques de l'Abitibi-Témiscamingue, sous l'influence de psychiatres français et à l'initiative de la direction de l'établissement, a mis en place, et avec succès, un programme de suivi dans la communauté. Cette même année, la Gaspésie implantait un tel programme sous l'égide d'un CLSC (un centre hospitalier allait suivre en 1985), puis ce fut au tour de l'Outaouais en 1985 et de Lanaudière en 1986. En 1988, un symposium interactif mettait en réseau ces expériences de « case management » déjà implantées dans certains secteurs : au Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs en Gaspésie, au CLSC de Portneuf dans la région de Québec, au Centre des services sociaux de l'Outaouais, au CLSC de Montmagny, au CH-CLSC de Mont-Joli, à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (Lapointe, 1989). Les modèles instaurés

ont influencé les pratiques, enrichi le débat sur les nouvelles méthodes d'intervention dans le domaine de la santé mentale au Québec, et se sont répandus dans des régions. Ces modèles dépassent la simple coordination de services. Ainsi, en milieu rural, le travail communautaire, auprès des réseaux informels d'aide, représente une dimension importante de la pratique et pallie souvent le manque de ressources. Dans cette perspective, le travail est plus facile quand l'intervenant dessert un secteur donné et est l'intervenant pivot significatif pour les personnes qui demandent du soutien. À Montréal, par exemple, le Centre hospitalier Louis-H.-Lafontaine a choisi de développer une pratique de « case management » avec une approche de secteur qui a été évaluée et a fait ses preuves (Lesage, 2002). Dans tous les cas, les modèles ont également été instaurés dans la perspective d'une forte intégration et d'une continuité de services avec l'équipe médicale. Ces services sont aujourd'hui offerts sur une base territoriale dans plusieurs régions sous différents modèles d'organisation à partir des centres hospitaliers de courte durée et des CLSC.

Des groupes communautaires ou encore des centres de crise offrent aussi un suivi alternatif de réadaptation qui s'appuie sur des principes similaires pour assurer le soutien de la personne dans son milieu de vie. Par exemple, la Maison Les Étapes, fondée à Montréal en 1957, offre des services et des programmes communautaires en santé mentale qui répondent aux besoins d'adultes ayant connu ou connaissant des difficultés d'ordre psychiatrique. En 1976, l'organisme mettait sur pied, à titre de projet pilote, un service d'hébergement pour une population dite « institutionnelle ». Pendant les quatre années qu'a duré le projet, 103 patients ont été hébergés et seulement 12 ont dû être hospitalisés à nouveau. Rapidement, « étant donné la sévérité et la chronicité des maladies de ces patients, un service de support à long terme a été incorporé au projet original ». Une équipe d'intervenants sera créée pour assurer un suivi dans la communauté après la sortie des personnes de la ressource d'hébergement. « Les services de suivi communautaire ont pour mandat de répondre aux besoins exprimés ou identifiés des individus en évitant de créer des dépendances négatives ou contraires aux buts recherchés » (MacFadden, 1997).

Pour ce volet de soutien et de coordination, peu d'évaluations ont été réalisées, souvent faute de moyens ou encore à cause de l'éloignement des organismes de recherche, mais ces expériences ont fait leurs preuves et contribuent à une diversification des mesures de soutien accessibles dans le milieu de vie des personnes.

### ***Soutien de base non intensif***

Le soutien non intensif s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves dont le niveau de difficulté est en général beaucoup moindre ou, généralement, plus stable que les deux groupes précédemment mentionnés.

Dans le cas du soutien non intensif, un intervenant assume la coordination et quelques activités de soutien, les autres services sont souvent coordonnés avec d'autres organismes. Il assure un point fixe de responsabilité ou de référence pour

la personne et son entourage. Les interventions sont dans le milieu de vie, ou dans d'autres lieux significatifs. Les interventions :

- ◆ offrent des activités comme la prise de contact, l'évaluation des besoins, la réponse à des besoins ponctuels, le soutien dans le milieu de vie ou dans d'autres milieux et la protection ;
- ◆ assurent la coordination des services, qui est un volet important du modèle ;

Le rapport intervenant/usagers se situe généralement de 1/25 à 1/45. Selon les particularités des milieux, de 500 à 600 personnes qui ont des problèmes de santé mentale par 100 000 personnes de la population pourraient être desservies.

Les modèles de référence pour ce type de soutien sont proches des modèles de type « caseworker » connus en service social. Les activités sont souvent exercées par les intervenants qui assurent le soutien communautaire et peuvent être offertes dans le cadre d'activités particulières ou dédiées. L'accessibilité à ces mesures de soutien constitue un élément incontournable pour l'intégration des personnes.

## **DIFFÉRENTES MODALITÉS D'ORGANISATION POUR UN SOUTIEN ACCESSIBLE ET DE QUALITÉ**

---

### ***Différentes modalités d'organisation sur une base locale : un travail en réseau nécessaire***

Il est particulièrement important d'offrir les types de soutien décrits dans ce document selon différentes approches et surtout, dans un contexte d'accessibilité à une variété de services sur une base locale. La mise en réseau des services représente l'occasion d'harmoniser les différentes mesures de soutien offertes à la personne.

Les besoins de la personne sont multiples et ne doivent pas être fragmentés ; l'accessibilité à un intervenant pivot qui assure la mise en réseau des services requis apparaît nécessaire et donne un sens au réseau local de services intégrés en santé mentale. La coordination des services, tant du point de vue clinique que du soutien à la personne, apparaît comme un objectif incontournable. La réponse aux besoins exige différentes mesures de soutien aux intensités variables et s'appuyant sur différents modèles organisationnels. Les diverses mesures de soutien présentées en fonction de l'intensité des besoins ne doivent pas être considérées comme des compartiments étanches, mais comme des modalités dont l'efficacité repose sur la capacité de s'adapter aux besoins de la personne, de l'accompagner dans son cheminement et dans sa démarche. La réponse à ces besoins demande une coordination afin de mettre en place une planification des services qui relie, tant les partenaires du domaine de la santé et des services sociaux que les partenaires intersectoriels.

Dans cette perspective, l'hospitalisation ou le recours aux services médicaux s'inscrit dans un continuum de services orientés vers l'intégration de la personne et l'exercice de sa citoyenneté. La mise en réseau de ces services est une dimension incontournable pour assurer une continuité, tant pour la personne qu'au sein des organisations. À Montréal, au début des années 70, l'équipe du Dr Fenton, formée d'une travailleuse sociale et d'une infirmière, rattachée à l'Hôpital général de Montréal, a assuré efficacement un suivi dans la communauté auprès de 79 personnes pendant deux ans. C'est aussi à cette époque que la psychiatrie communautaire inspirée du modèle français, avec la sectorisation, va prendre racine de façon systématique. La psychiatrie de secteur, au moins à ses débuts, va inclure des visites à domicile de façon assez systématique. Plusieurs expériences ont eu lieu dans les années 70 et ultérieurement, c'est d'ailleurs dans cette mouvance qu'a été élaborée la politique de sectorisation à Montréal, pour laquelle ses auteurs se sont inspirés des principes de la psychiatrie communautaire. Ces expériences resteront cependant isolées et ne pourront s'inscrire sur une base permanente. Quant au projet du Dr Fenton, il n'a guère été diffusé, mais il a néanmoins obtenu des résultats probants qui montrent

l'importance de soutenir les personnes dans leur milieu de vie et d'intégrer les activités de soutien et celles de traitement médical par un travail en réseau. (Benoît et Lesage, 1999)

La mise en réseau des mesures de soutien dans la communauté peut s'exercer selon une diversité de modèles, mais elle doit comprendre une gamme de services pour accompagner la personne et soutenir les membres de son entourage. Si les orientations portant sur les réseaux locaux de services intégrés en santé mentale précisent les balises de ces réseaux, les choix organisationnels doivent reposer sur une maximisation des compétences des ressources et tenir compte des caractéristiques des milieux.

Les orientations présentées ici marquent une préoccupation d'accroître l'accessibilité des différentes mesures de soutien dans la communauté, non pas dans une perspective de concurrence, mais bien dans une perspective de diversité de choix et d'accompagnement.

### ***Particularités***

Un soutien intensif plus proactif est généralement requis pour les personnes ayant aussi des problèmes liés à la consommation (alcool ou drogue). Près de 50 % des personnes ayant besoin d'un soutien plus intensif sont aux prises avec de tels problèmes. Les liens avec les services de toxicomanie apparaissent nécessaires dans plusieurs situations. Ce type de suivi est aussi nécessaire pour les personnes qui sont passées par le système judiciaire (AHQ, 2000).

De manière générale, la densité de la population en milieu rural ne justifie pas une équipe de soutien intensif. Une intensification des réponses pour quelques personnes, à partir d'une démarche de soutien communautaire, est suffisante, à condition qu'elle soit appuyée par une expertise plus pointue, le cas échéant.

De manière générale, le soutien intensif est moins recommandé pour les personnes ayant des difficultés associées à des troubles de personnalité. Lorsque ces troubles apparaissent comme la problématique principale, une approche comportementale avec une démarche de groupe semble l'approche la plus efficace (Linehan, 1987, 1994).

L'intensité de soutien que nécessite l'état d'une personne peut varier dans le temps et selon les milieux qu'elle fréquente quotidiennement. La proportion de personnes qui ont besoin d'un soutien de niveau intensif de manière continue ou importante est faible. Le filet de sécurité doit prévoir des mesures de soutien en situation de crise.

Il est fréquent que, pendant de courtes périodes, des personnes, dont l'état réclame un soutien de coordination, puissent avoir besoin d'un soutien plus intensif. Ce soutien peut être généralement organisé à partir des services déjà existants, par une intensification des modalités des réponses et une maximisation de la coordination avec la personne, les membres de l'équipe et les ressources du milieu. Il en est de même pour les personnes qui demandent un soutien de base non intensif.

La révision du protocole d'entente entre le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux demandera de préciser les collaborations avec les services de réadaptation et de définir les zones de complémentarité. Il arrive que des personnes ayant des problèmes de santé mentale aient leur premier contact avec les services de santé mentale après avoir transité par le système judiciaire. Ces situations supposent des responsabilités partagées et un travail conjoint avec les services de probation pour assurer une continuité d'interventions avec les services réguliers en santé mentale. Le modèle d'organisation des services concernant la population psychiatrie-justice est en voie d'être redéfini et visera à réaliser un meilleur arrimage des deux secteurs, de façon à rendre accessibles les mesures de soutien pour ces personnes.

## ***Recommandations pour l'organisation des services de soutien***

### ***Mesures à privilégier***

Les mesures suivantes ne sont pas hiérarchisées. Elles doivent être évaluées et considérées comme interdépendantes. Pour l'organisation des services de soutien dans la communauté, il faut donc s'assurer :

- ◆ de consolider les services existants par des mesures particulières, une diversité de mesures et des solutions de rechange ;
- ◆ de privilégier des modèles intégrés sur une base locale ;
- ◆ de privilégier des approches globales pour assurer le soutien des personnes ;
- ◆ de favoriser les ressources plus légères, accessibles dans le milieu de vie de la personne ;
- ◆ de privilégier des modèles de services intégrés sur une base locale ou territoriale, appuyés par une expertise régionale, le cas échéant ;
- ◆ de s'engager à tenir compte des rapports intervenants/usagers établis dans les présentes lignes directrices ;
- ◆ de privilégier l'arrimage à des groupes de médecine de famille ou à des médecins omnipraticiens, en cabinet ou en établissement, appuyés par une

expertise psychiatrique disponible et engagée dans le cadre de la hiérarchisation des services médicaux ;

- ◆ de disposer de noyaux suffisants d'intervenants afin de permettre le développement ou le maintien d'une expertise en soutien dans la communauté.

### ***Résultats visés***

La mise en place de mesures de soutien, ayant comme principes de base l'appropriation du pouvoir et l'intégration des personnes à la vie en société, aura les résultats suivants :

- Augmenter le pouvoir de choix, de contrôle et de participation des personnes et des proches dans leurs rapports avec les professionnels ;
- Favoriser le rôle de citoyen ;
- Favoriser un rôle de professionnel axé sur la collaboration et l'habilitation ou le développement de compétences ;
- Favoriser l'auto-assistance/entraide, les soutiens individualisés et informels ;
- Permettre un regard sur la personne dans sa globalité, la reconnaissance de ses forces, de son potentiel de développement et de rétablissement ;
- Développer des services résidentiels axés sur l'assistance à la vie autonome ;
- Soutenir l'intégration dans des emplois et aux études des personnes.

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- ANTHONY, W.A., et autres. « Clinical care update: the chronically mentally ill: case management, more than a response to a dysfunctional system », *Community Mental Health Journal*, vol. 24, n° 3, 1988, p. 219-228.
- ARSENAULT, R. *Conscientisation et santé mentale : expériences, théorie et pratique*, Maria, Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs, Service de santé mentale, 1990, 66 p.
- ARSENAULT, R. « Conscientisation et santé mentale : une pratique en région », *Service Social*, vol. 40, 1991, p. 59-64.
- ARSENAULT, R. et autres. *Le case management et la réinsertion sociale : perspectives et réflexions*, Maria, Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs, 1987, 20 p.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *L'approche managed care : le concept, ses impacts, son potentiel au Québec*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 1996, 44 p. (Collection La reconfiguration du réseau)
- AUSTIN, C. « Case management in long term care: options and opportunities », *Health and Social Work*, vol. 8, 1983, p. 16-30.
- BACHRACH, L.L. « Overview: model programs for chronic mental patients », *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, 1980, p. 1023-1031.
- BOYER, T. *Différentes intensités de soutien dans la communauté*, essai de clarification, Hull, Centre hospitalier Pierre-Janet, 13 p.
- BOYER, T. *Développer des services destinés aux personnes nécessitant une aide de longue durée, Santé mentale au Québec*, vol. XX, n° 1, 1995, p. 31-48.
- BRUNELLE, A. « Les programmes de case management : une description sommaire », *Santé mentale au Québec*, vol. XIII, 1988, p. 157-160.
- CENTRE HOSPITALIER BAIE-DES-CHALEURS. *Programme de réinsertion sociale*, Maria, Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs, mai 1999, 20 p.
- CLSC BEAUCE-CENTRE. *Programme de soutien communautaire en santé mentale pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants*, cadre de référence des CLSC de la région 12, 1994, [s. p.].
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *La santé mentale : prévenir, traiter et réadapter efficacement : avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1985, 123 p.

- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : pour une réponse efficace et efficiente aux besoins de la personne atteinte de troubles mentaux graves*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1997, 123 p.
- CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC. *Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, rapport CETS 99-1 RF, 1999, 88 p.
- DE CANGAS, J.P.C. « L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) : au-delà du " Case management " et de la réhabilitation psychosociale », *Santé mentale au Québec*, vol. XIX, n° 1, 1994, p. 59-74.
- FARKAS, M., et C. VALLÉE. « De la réappropriation au pouvoir d'agir : la dimension discrète d'une réelle réadaptation », *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, n° 2, 1996, p. 21-32.
- GAGNÉ, M., et J.L. PARENTEAU. « Équipe MRC : nouvelle configuration des équipes de réinsertion en santé mentale », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 18, n° 2, automne 1999.
- GÉLINAS, DANIEL. *Travail social, suivi intensif dans le milieu et case management en psychiatrie*, Mémoire de maîtrise, École de service social de l'Université de Montréal, 1996.
- GUAY, J. *Le suivi communautaire*, formation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, programme de santé mentale, équipe unique, 1998.
- GUAY, J., et D. CHABOT. *Parrainage social et entraide de quartier*, Rapport final, Québec, 1992.
- HARRIS, M., et H. BERGMAN. « Community connections: an urban case management approach », *Community Support Network News*, vol. 2, n° 4, 1985.
- HÉBERT, R. *Définition du concept d'interdisciplinarité*, conférence présentée dans le cadre du colloque « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », Québec, 4 et 5 avril 1997.
- INTAGLIATA, J. « Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 8, n° 4, 1982, p. 655-674.
- JONES, B. *Redéfinir la schizophrénie et son traitement : une approche multidisciplinaire*, document approuvé par l'Association des psychiatres du Canada et la Société canadienne de schizophrénie, Château Montebello, 1992

- KANTER, J. « Case management of the young adult chronic patient: a clinic perspective » *New directions for Mental Health Services*, vol. 27, 1985.
- KANTER, J. « Clinical case management: definition, principles, components », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 40, n° 4, 1989, p. 361-368.
- LALONDE, P., et F. GRUNGBERG. *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1988, [s. p.].
- LAMB, H.R. « Therapist case managers: more than broker of services », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 31, n° 11, 1988, p. 762-764.
- LESAGE, A, et autres. « Alternatives to acute hospital psychiatric Care in East end Montréal », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 1, février 2002, p. 49-55.
- LESAGE, A, F. Benoit « L'implantation du suivi intensif dans la communauté : des leçons à tirer du passé », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 44, n° 3, octobre 1999, p. 781-787.
- LAPOINTE, Y. *Actes du symposium interactif sur le case management au Québec*, Maria, Centre hospitalier de Baie-des-Chaleurs, 1988, [s. p.].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1997, 57 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Transformation des services de santé mentale : état d'avancement des travaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2001, 50 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Transformation des services de santé mentale : cibles prioritaires adoptées au forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2001, 50 p.
- MAURIN, J.T. « Case management: caring for psychiatric clients », *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 28, n° 7, 1990, p. 6-12.
- MERCIER, C. et D. WHITE. « La politique de santé mentale et la communautarisation des services », *Santé mentale au Québec*, vol. XX, n° 1, 1995, p. 17-30.
- NADEAU, B. « Le case management au carrefour de l'intervention clinique et communautaire », *Santé mentale au Québec*, vol. XIV, n° 2, 1989, p. 51-59.

- NADEAU, B., et autres. *Le case management en santé mentale : quand le clinique et le communautaire s'en mêlent (s'emmêlent) ou l'expérience de Maria en Gaspésie*, document de travail disponible au Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs, 1989, [s. p.].
- NATIONAL HEALTH SERVICES. *Effective care co-ordination in mental health services: Modernising the care program approach, a policy booklet standards*, gouvernement du Royaume-Uni, 2001, 36 p.
- NATIONAL HEALTH SERVICES. *Mental Health national services framework: Modern standards and service models*, gouvernement du Royaume-Uni, 1999, 150 p.
- NELSON, G., J. Lord, et J. OCHOCKA. *Shifting the paradigm in community Mental Health: Towards empowerment and Community*, Toronto, University of Toronto Press, 2001, 295 p.
- PAQUET, R. « La politique de santé mentale : l'action en région, réflexion d'un acteur », *Santé mentale au Québec*, vol. XX, n° 1, 1995, p. 49-56.
- PARADIS, M., et C. GAGNON. *Projet PSI-La Boussole : un modèle de plan de services individualisé (PSI) axé sur le case management*, Québec, Centre de santé publique de Québec, 1995, [s. p.].
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *La pratique de case management en santé mentale : les quinze années d'expérience de l'équipe de Maria*, Gaspé, 2001, 80 p.
- STEIN, L.I., et M.A. TEST. « Alternative to mental hospital treatment, I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation », *Archives of General Psychiatry*, vol. 37, 1980, p. 392-397.
- STEIN, L.I., et M.A. TEST. « The training in community living model: a decade of experience », *New directions in Mental Health Services*, 1985.
- TESSIER, L. et M. CLÉMENT. *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : défis des années 90*, Comité de la santé mentale du Québec, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1992, [s. p.].
- TEST, M.A. « Continuity of care in community treatment », *New directions for Mental Health Services*, 1979, p. 15-23.
- TRUDEAU, J.-B. *La transformation des services en santé mentale et psychiatrie en Outaouais (1985-1998)*, Hull, Centre hospitalier Pierre-Janet, 1998, [s. p.]
- VALLÉE, C., N. COURTEMANCHE, et T. BOYER. « Au-delà des assises conceptuelles : illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe », *Santé mentale au Québec*, vol. XXIII, n° 2, 1998, p. 48-69.

## Annexe 1 - Différentes mesures de soutien dans la communauté

	SOUTIEN INTENSIF	SOUTIEN ET COORDINATION DES SERVICES	SOUTIEN DE BASE NON INTENSIF
BESOINS DES USAGERS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes avec troubles mentaux graves souvent avec d'autres problématiques associées</li> <li>Condition instable et fragile</li> <li>Risque d'hospitalisations prolongées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes avec troubles mentaux graves</li> <li>Difficultés de fonctionnement moins importantes que pour suivi intensif, même si périodes de grande fragilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau de difficultés beaucoup moindre que dans les deux autres modèles</li> <li>Condition généralement stabilisée</li> </ul>
PERSPECTIVES	<ul style="list-style-type: none"> <li>La réponse aux besoins immédiats de la personne (intervention en situation de crise)</li> <li>Le soutien et la protection de la personne lorsque demandés</li> <li>L'amélioration des compétences individuelles</li> <li>La réadaptation</li> <li>L'intervention intègre le traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'intervention vise surtout le développement des compétences individuelles</li> <li>Les liens sont assurés pour assurer la continuité du plan de traitement</li> <li>Le soutien, l'enseignement, l'accompagnement</li> <li>La protection et l'intervention en situation de crise dans certaines occasions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'intervention vise le soutien et l'accompagnement</li> </ul>
ACTIVITÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise de contact proactive</li> <li>Évaluation et réévaluation des besoins</li> <li>Traitement</li> <li>Intervention en situation de crise</li> <li>Réponse aux besoins de base</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise de contact</li> <li>Évaluation des besoins</li> <li>Réponse aux besoins de base</li> <li>Peut devenir un soutien intensif dans certaines situations</li> <li>Intervention en situation de crise n'est pas constamment requise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise de contact</li> <li>Évaluation des besoins</li> <li>Réponse à des besoins ponctuels</li> <li>Coordination d'autres activités lorsque nécessaire</li> </ul>
MODÈLES QUI SOUS-TENDENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'intervention en équipe multidisciplinaire est requise</li> <li>Les interventions se déroulent presque exclusivement dans le milieu de vie</li> <li>Intégrer différentes expertises requises, dont l'intervention médicale</li> <li>La coordination continue en équipe et avec la personne est nécessaire</li> <li>Intervention quotidienne ou 2 à 3 fois par semaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un intervenant assure la coordination et plusieurs activités de soutien</li> <li>Les modèles d'intervention sont par exemple les modèles de coordination (ex. : <i>case management</i>) ou de suivi communautaire alternatif ou de réadaptation</li> <li>Les interventions peuvent se dérouler dans le milieu de vie des personnes ou dans ceux qu'elles fréquentent mais pas exclusivement.</li> </ul> <p>L'intensité du soutien peut varier dans le temps</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La coordination des services est un volet important de par la nature et l'orientation du modèle</li> <li>Un intervenant assume la coordination des services et quelques interventions</li> <li>Les interventions sont dans les milieux de vie, dans des lieux significatifs, etc.</li> </ul>
RATIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 personnes/100 000 de population</li> <li>jusqu'à 200 personnes/100 000 de population en milieu urbain 1 inter./8 pers. 1 inter./15 pers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>250-300 personnes/100 000 de population</li> <li>1/12 à 1/25</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le rapport intervenant/client se rapproche de 1/25 à 1/45</li> <li>500 à 600 personnes/100 000 de population</li> </ul>
COMMENTAIRES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un soutien intensif plus proactif est généralement requis, pour les personnes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool</li> <li>Le soutien intensif en équipe est moins recommandé pour les personnes ayant des troubles de personnalité limités</li> <li>De manière générale, la densité de la population en milieu rural ne justifie pas une équipe de soutien intensif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En plus des différentes activités de soutien, les organisations qui offrent le soutien de type communautaire constituent souvent, aussi, des lieux physiques d'appartenance, d'expression et d'entraide</li> </ul>	

## ***Annexe 2 - Les soutiens particuliers***

### **LE SOUTIEN AU LOGEMENT**

Les activités de soutien au logement sont celles qui sont essentielles pour aider la personne à vivre avec satisfaction et succès dans le milieu de son choix. Ce type de soutien peut faire partie des activités de soutien communautaire intensif, d'intensité de coordination, de base non intensif, ou encore faire l'objet d'un soutien particulier centré essentiellement sur le milieu de vie de la personne ou de son entourage. Les activités de soutien visent à faciliter l'accès à un logement à un coût abordable. Elles se déroulent très majoritairement dans le milieu de vie de la personne.

Selon les choix ou les besoins exprimés par la personne, ces activités de soutien se concrétiseront, entre autres, par de l'aide à faire l'épicerie, à faire les repas, à gérer le budget, à meubler son logement, à harmoniser les relations avec le voisinage, à s'orienter auprès des différents organismes, et autres. Ces activités consistent aussi à maintenir les liens avec les autres intervenants en mesure de soutenir la personne, et à agir à titre de personne-ressource pour les autres intervenants. La disponibilité d'une intervention 24/7, dont l'intervention de crise, apporte un complément important à ces mesures de soutien.

Ces activités de soutien au logement peuvent être de plusieurs intensités.

Les besoins seraient de desservir 175 à 200 personnes par 100 000 de population, en plus d'assurer l'accessibilité à des mesures d'hébergement encadré plus structurantes.

Les modalités du soutien peuvent être assurées sur une base individuelle ou collective par l'entremise de ressources communautaires de rencontre et d'entraide situées à proximité des milieux de vie. Ces ressources constituent pour la personne des milieux d'appartenance qui favorisent d'autant son intégration sociale.

L'accessibilité au logement autonome représente un enjeu important pour la personne car elle est liée au développement de sa pleine citoyenneté. La question du logement social pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale sera du reste l'objet de travaux complémentaires avec la Société d'habitation du Québec (SHQ).

## **LE SOUTIEN AU TRAVAIL OU AUX ÉTUDES**

Le soutien au travail ou aux études consiste en des activités qui sont essentielles pour aider la personne à exercer une activité productive ou significative ou encore, qui accompagne son développement. Les activités de soutien ou de maintien au travail ou aux études peuvent se définir selon les mêmes principes que les activités liées au soutien au logement. Contrairement à ces dernières toutefois, elles peuvent toucher différents domaines : milieu de travail, milieu scolaire, milieu social.

Ces activités de soutien peuvent être un complément aux activités de soutien général dans la communauté lorsque la personne a besoin d'un soutien particulier pour le travail ou l'école. Ou encore, les activités de soutien aux études ou au travail peuvent faire partie intégrante de l'ensemble des activités de soutien dans la communauté lorsque des soutiens particuliers ne sont pas requis.

Le soutien au travail ou aux études ne se substitue pas aux mécanismes et services accessibles à l'ensemble de la population (syndicats, services externes de main-d'œuvre, etc.) ; il vise au contraire à soutenir l'accès à des mesures dans une perspective de collaboration intersectorielle.

Ces activités visent à développer les compétences personnelles, de façon à accroître le niveau d'autonomie de la personne et de lui permettre d'accroître sa qualité de vie. Elles se déroulent majoritairement à l'extérieur du milieu de travail ou scolaire bien que des interventions puissent être faites dans ces milieux mêmes. Ces activités sont multiples : aide pour le transport, modification de l'horaire de travail ou de l'horaire de cours, modification de l'environnement physique, modification des périodes d'examens, aide en ce qui concerne la compréhension des enjeux du milieu de vie ou du milieu social, aide pour comprendre ou effectuer les tâches, aide à l'intégration dans le milieu.

Les modalités de soutien peuvent être individuelles ou collectives, et être assurées par des lieux communautaires ou d'entraide. Ces activités de soutien au travail et à la formation peuvent aussi être de plusieurs intensités selon les besoins de la personne. Elles sont axées sur la discussion et la résolution de problèmes et visent à s'assurer, par un contact régulier, que la personne a un fonctionnement et un rendement adéquats. Elles peuvent porter sur des activités d'apprentissage et demander un contact plus serré avec les intervenants concernés. Il faut aussi s'assurer de pouvoir répondre rapidement auprès de l'employeur, de l'organisme d'intégration ou encore du milieu de formation par une disponibilité de jour en cas de crise ou de détresse.

Le rapport intervenant/usagers peut être de l'ordre de 1/25 à 1/40.

