

PROGRAMME DE SUIVI D'INTENSITÉ FLEXIBLE (SIF)

CADRE DE RÉFÉRENCE

Suivi d'intensité flexible (SIF)

Cadre de référence à l'intention
des établissements de santé
et de services sociaux

Février 2024

**Direction générale adjointe des services en santé mentale, en
dépendance et en itinérance**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIRECTION

Tung Tran
Directeur général adjoint des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Pierre Bleau
Directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale

Isabelle Fortin
Directrice des services en santé mentale et en psychiatrie légale – volet adultes

COORDINATION ET RÉDACTION

Marie-Ève Blanchet

COLLABORATEURS

Le cadre de référence a été réalisé grâce à la collaboration active et aux précieuses contributions de nombreux membres de l'équipe de la Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance. Leur engagement a joué un rôle essentiel dans l'élaboration de ce tout premier cadre de référence officiel pour ce programme.

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marilou Gagnon-Thibault

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document n'est disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes et sert uniquement à alléger le texte. Certaines utilisations usuelles de termes féminins ont toutefois été conservées.

Dépôt légal – 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-96899-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2024

REMERCIEMENTS

La Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance tient à remercier toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, soutenu l'équipe dans ses travaux. Un merci particulier aux membres des directions santé mentale et dépendance des CISSS Chaudière-Appalaches, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et du CISSS de l'Outaouais pour leur contribution.

AVANT-PROPOS

Le présent cadre de référence s'adresse aux établissements publics de santé et de services sociaux qui doivent offrir des services avec des modalités d'intervention dans la communauté auprès d'usagers présentant des troubles mentaux. Il vise à présenter le suivi d'intensité flexible pour soutenir les établissements dans l'implantation et l'harmonisation de cette pratique au Québec. Il offre des repères dans la mise en œuvre d'une prestation de soins et services plus adaptée aux besoins des usagers vivant dans des régions à plus faible densité démographique, où la population varie de 20 000 à 50 000 habitants.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. Objectifs et principes directeurs.....	3
1.1. Principes directeurs	3
2. Population visée	5
3. Modalités de fonctionnement du programme.....	7
3.1. Objectifs organisationnels	7
3.2. Accès aux soins et services du SIF.....	7
3.2.1. Démarchage.....	7
3.3. Requis pour le programme du SIF	8
3.4. Composition de l'équipe du SIF	9
3.4.1. Rôles spécifiques	11
4. Modalités de fonctionnement clinique.....	13
4.1. Services de réadaptation psychosociale	13
4.2. Intervention de proximité.....	13
4.3. Participation aux hospitalisations	14
4.4. Implication des familles et de l'entourage.....	14
4.5. Collaboration avec les partenaires	14
4.6. Intensité des services	15
4.6.1. Suivi individuel.....	15
4.6.2. Suivi en équipe interdisciplinaire	15
4.6.3. Flexibilité du SIF et mécanique des « bascules »	17
4.7. Disponibilités de l'équipe	17
4.8. Approches intégrées et connaissances spécifiques à développer.....	17
4.8.1. En dépendance	18
4.8.2. En réinsertion socioprofessionnelle	19
4.8.3. PPEP	19
4.9. Conditions de succès.....	20
4.9.1. Réunions de planification	20
4.9.2. Réunions hebdomadaires.....	21
5. Processus clinique	23
5.1. Collecte de données pour une nouvelle demande	23
5.2. Planification du plan d'intervention.....	23

5.2.1. Identification des besoins lors d'une révision du PI.....	24
5.2.2. Identifier des objectifs SMART	24
5.2.3. Moyens utilisés pour atteindre les objectifs.....	25
5.2.4. Actualisation de l'intervention	25
5.3. Révision du plan d'intervention	25
5.3.1. Continuité des services du SIF	25
5.3.2. Fin du SIF.....	25
<i>Bilan de la période de services.....</i>	<i>25</i>
6. Soutien auprès des intervenants	27
6.1. Formations recommandées	27
6.2. Soutien clinique	28
6.2.1. Soutien clinique individuel	28
6.2.2. Soutien clinique en équipe	28
6.2.3. Professionnels offrant le soutien clinique.....	28
7. Appréciation de la qualité des services pour la pratique du SIF.....	31
7.1. Processus d'amélioration continue.....	31
CONCLUSION	33
GLOSSAIRE	35
BIBLIOGRAPHIE	39

Liste des sigles et acronymes

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
ESSS	Établissement de santé et de services sociaux
ETC	Équivalent temps complet
FACT	<i>Flexible Assertive Community Treatment</i>
INSPQ	L'Institut national de santé publique du Québec
IPS-SM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
INSPQ	L'Institut national de santé publique du Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
PASM	Plan d'action en santé mentale
PEP	Premier épisode psychotique
PI	Plan d'intervention
PPEP	Programme pour premiers épisodes psychotiques
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SIV	Soutien d'intensité variable
SIF	Suivi d'intensité flexible
SIM	Suivi intensif dans le milieu
TUS	Troubles liés à l'usage de substances

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, la littérature est venue appuyer l'efficacité et la pertinence des services de soutien d'intensité variable (SIV) et de suivi intensif dans le milieu (SIM) dans les programmes en santé mentale du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Malgré la démonstration de leur efficacité auprès des personnes vivant avec un trouble mental, l'implantation de ces programmes distincts s'avère un défi dans les régions à faible densité populationnelle ou dans des milieux éloignés des centres urbains.

Étant donné la densité populationnelle plus faible de ces régions, il est plus difficile d'offrir une réponse clinique efficace aux personnes requérant une intensité de services comme le propose le SIM. La littérature, l'étude du programme mis en place aux Pays-Bas, les échanges avec les équipes du *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT) en Ontario et au Nouveau-Brunswick ainsi que l'expérience des programmes SIM et SIV au Québec ont joué un rôle essentiel dans l'orientation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lors de la création des équipes FACT en 2017. De plus, l'expérience acquise au cours des dernières années par les équipes FACT du Québec a conduit à l'adaptation de ce programme à la réalité québécoise. Le suivi d'intensité flexible (SIF) – appellation francophone retenue pour *FACT* – devient désormais le programme privilégié pour rejoindre des standards organisationnels et cliniques qui se rapprochent d'une organisation de soins et services comme celle du SIM.

Le SIF permet de soutenir une offre de services variée et harmonisée pour les territoires du Québec, dans le but de répondre de manière efficace et optimale aux besoins de la population. Le programme vise à offrir un accompagnement directement dans le milieu de vie, à maintenir la personne dans la communauté, à augmenter son autonomie fonctionnelle et à la soutenir dans son processus de rétablissement. Il propose une diversité de services, incluant notamment des activités de réadaptation psychosociale et de traitement. Ce programme se distingue par sa flexibilité dans la continuité des services, offrant des interventions individuelles et des interventions interdisciplinaires, adaptées selon l'évolution des besoins de la personne suivie.

1. OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS

Le SIF s'inscrit maintenant dans le continuum de soins et services de suivi dans la communauté. Ainsi, ce cadre vise à définir une pratique propre et unique au SIF du Québec afin de mieux reconnaître ce programme, d'encadrer la pratique (gestion et clinique) et d'offrir des repères pour favoriser une meilleure intégration des pratiques cliniques provenant des équipes de SIM et de SIV au sein d'une même équipe ayant des particularités géographiques. Ce cadre vise également à consolider l'offre de services actuelle.

1.1. Principes directeurs

Les principes directeurs du SIF s'appuient sur ceux du Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026 (MSSS, 2022c).

Accès aux services

Le Plan stratégique 2019-2023 du ministère de la Santé et des Services sociaux met l'accent sur l'amélioration de l'accessibilité des soins et services de santé. Cela se traduit par la volonté de fournir les services appropriés, au bon moment et par la bonne personne, en fonction des besoins de chaque individu. Pour y parvenir, il faut une coordination efficace entre les différents partenaires et une organisation des services adaptée aux besoins de chaque personne. Les services doivent être disponibles à proximité du milieu de vie de chaque individu pour garantir un accès rapide et efficace.

Intervention de proximité

Le SIF propose une solution plus adaptée à la réalité des personnes qui présentent un trouble mental grave en offrant des services directement dans la communauté, ce qui facilite l'accès aux soins. Le programme vise avant tout à aider ces personnes à s'intégrer dans leur communauté, en organisant la plupart des rencontres dans leur environnement de vie. Cela permet une évaluation plus précise et complète de la personne ainsi qu'une consolidation des acquis dans un environnement de vie réel, ce qui est plus bénéfique que dans des environnements institutionnels, où il peut être difficile de transposer les compétences acquises dans la vie quotidienne.

Soutien de l'engagement dans les services

L'adoption de stratégies innovantes et appropriées est nécessaire pour soutenir l'engagement des personnes à toutes les étapes de la prestation de services (admission, suivi, transfert). Des services flexibles, misant sur les forces de la personne et promouvant la prise de décision partagée pour renforcer son implication, sont à mettre en place.

Soins et services axés sur le rétablissement

Le PAISM 2022-2026 encourage la mise en place et le maintien de services visant le rétablissement des personnes. Ce processus permet à chaque individu de reprendre progressivement le contrôle de sa vie, indépendamment de la présence ou de l'absence de symptômes relatifs à des troubles mentaux. Les interventions seront basées sur des

pratiques cliniques reconnues et influencées par les forces et les expériences des usagers.

Accompagnement

L'accompagnement implique qu'un intervenant soutienne l'autonomie et les caractéristiques personnelles de l'utilisateur, ce qui permet à la personne accompagnée de développer ses compétences grâce à ses propres expériences. Cette approche sur mesure s'adapte à différents moments de vie de l'utilisateur, quels que soient son âge, ses valeurs, ses croyances ou son origine.

Collaboration et partenariat

Pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble mental, une collaboration étroite est nécessaire entre les familles, l'entourage, les partenaires communautaires et les professionnels du RSSS. Ce partenariat dans les soins permet aux individus de prendre part activement à leur propre rétablissement. En considérant les besoins et les aspirations de chaque personne, ce partenariat contribue à améliorer leur bien-être global.

Services offerts avec efficacité et efficacie

Le SIF favorise une culture d'évaluation et d'amélioration continue de ses pratiques. Il met en place des mécanismes visant à mesurer la performance, la qualité et l'efficacité de ses processus, en collaboration avec les directions de la qualité et de la performance.

2. POPULATION VISÉE

Le programme est principalement conçu pour répondre aux besoins des adultes qui manifestent des symptômes associés à divers troubles mentaux, principalement pour traiter les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ainsi que les troubles bipolaires et apparentés. Le SIF peut offrir un soutien aux personnes présentant des troubles dépressifs et anxieux ainsi qu'à celles ayant des problèmes associés au trouble mental. Ces symptômes s'accompagnent fréquemment de difficultés d'organisation ou d'adaptation dans le milieu de vie et dans la communauté ainsi que de défis sociaux et d'intégration. Les personnes ciblées présentent des besoins de services significatifs qui touchent différentes sphères de leur vie. Par exemple, elles pourraient avoir besoin d'une assistance continue et régulière, assurée par au moins un intervenant-pivot, pour une meilleure gestion des symptômes de la maladie, rechercher une stabilité résidentielle, développer un réseau social, ou encore envisager une réintégration sur le marché du travail ou un retour aux études.

Les problèmes associés peuvent avoir un effet sur leur autonomie et faire en sorte qu'elles aient besoin de réadaptation psychosociale. Parmi ces problèmes figurent des problèmes de santé physique, des limitations fonctionnelles liées au vieillissement, des troubles de la personnalité, des troubles liés à l'usage de substances (TUS) ou autres dépendances ainsi que des aspects liés à la judiciarisation. Pour améliorer la qualité de vie de ces personnes dans leur communauté, les services de santé et de services sociaux doivent travailler en étroite collaboration avec différents secteurs d'activité et développer des partenariats. Il est donc nécessaire de coordonner les efforts et de collaborer avec différents partenaires dans la pratique du SIF. Les suivis conjoints s'avèrent bénéfiques pour le rétablissement de la personne suivie. Si les symptômes associés à l'un de ces problèmes sont plus prédominants que le trouble mental lui-même ou s'ils empêchent la mise en place de la réadaptation psychosociale, il est envisageable d'orienter la personne vers un autre service. Dans ce contexte, les intervenants du mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) deviennent de bons partenaires de collaboration grâce à leur connaissance approfondie des services en santé mentale ainsi que des autres programmes connexes. L'équipe du SIF, quant à elle, doit demeurer présente dans la transition vers le service ciblé. La collaboration étroite entre les différents partenaires est essentielle pour offrir les meilleurs soins et services possibles aux personnes qui présentent des problèmes interreliés.

Le programme n'est pas conçu pour répondre à des besoins transitoires ou à court terme post crise, par exemple des besoins de soutien pour gérer des difficultés financières ponctuelles ou pour gérer un stress temporaire lié au travail ou aux études.

Note concernant les services du Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) intégrés au SIF

Depuis la publication, en 2015, du Plan d'action en santé mentale (PASM), chaque établissement de santé et de services sociaux (ESSS) doit rendre accessibles des services spécifiques aux jeunes présentant un premier épisode psychotique (PEP), en respectant les standards soutenus par les données probantes, afin d'intervenir adéquatement et de façon précoce et ainsi de maximiser leurs chances de rétablissement (MSSS, 2015, p. 40). Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, le PPEP s'adresse aux personnes de 12 à 35 ans qui présentent des symptômes d'un trouble psychotique et qui n'ont jamais été traitées pour une psychose ou qui ont été traitées pour une ou des périodes totalisant moins de 12 mois de suivi (MSSS, 2022a, p. 7). Depuis 2021, le Ministère demande aussi que chaque ESSS offre des services du PPEP sur tout son territoire (MSSS, 2022a, p. 38). Les régions couvertes par le SIF étant souvent peu densément peuplées, il est rarement possible d'y implanter des PPEP distincts des autres services de santé mentale. En raison des besoins d'interventions intensives de proximité pour ces jeunes, il est recommandé que les services du PPEP soient intégrés au SIF. Des intervenants de l'équipe seront alors formés à l'approche privilégiée pour le traitement des jeunes présentant un PEP (voir la section 4.8.3). Selon la littérature récente, moins de 15 % des jeunes présentant un PEP présenteront des symptômes avant 18 ans, ce qui indique que le volume de places utilisées par ces jeunes sera faible. Également, pour les jeunes de moins de 18 ans, il est recommandé que le suivi soit réalisé en collaboration avec la direction jeunesse.

3. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME

3.1. Objectifs organisationnels

- Garantir l'accès aux services du SIF, en prenant en compte les besoins particuliers des populations vulnérables : l'objectif est de permettre à toutes les personnes d'accéder aux services en santé mentale de manière juste et équitable, en surmontant les barrières telles que l'isolement social, la discrimination et la stigmatisation.
- Assurer un suivi de qualité, efficace et efficient des services offerts : l'objectif est de mettre en place des processus de suivi permettant d'évaluer la qualité des services offerts par le programme du SIF et ainsi de garantir une prestation de services optimale. Il est essentiel d'évaluer régulièrement le fonctionnement du SIF en utilisant des indicateurs clés de performance. Les données résultantes seront accessibles au Ministère pour favoriser une amélioration continue des services.
- Collaborer au processus d'appréciation de la qualité des services des équipes du SIF dans le cadre d'un processus d'homologation : l'objectif est de participer activement au processus d'homologation, qui évalue et reconnaît la qualité des services offerts par le SIF dans le but d'améliorer la qualité de vie des usagers.

3.2. Accès aux soins et services du SIF

Le PAISM 2022-2026 est guidé par des principes directeurs qui rappellent l'importance d'un accès universel à un accompagnement en santé mentale adapté aux besoins de chaque individu, et ce, en temps opportun. Il convient de préciser que les différentes demandes dirigées vers le SIF peuvent être adressées non seulement par le MASM, mais également par d'autres partenaires de la communauté et du RSSS, tels que les groupes de médecine de famille, les services spécifiques en santé mentale, les hôpitaux, les organismes communautaires, Aire ouverte, les services et les partenaires pour la jeunesse, etc. Cette collaboration entre les différents partenaires permet d'offrir un accès rapide et efficace aux soins et services en santé mentale pour répondre aux besoins de chaque personne. En ce sens, chaque ESSS doté d'une équipe du SIF a pour responsabilité de promouvoir cette pratique auprès de tous les partenaires concernés, de manière à favoriser une collaboration étroite pour le bien-être des personnes. Pour chaque nouvelle demande, l'équipe de SIF est responsable d'évaluer les besoins et les services requis dans un délai de 7 jours calendaires et de commencer les services dans les 30 jours calendaires suivant l'analyse de la demande. Si nécessaire, après avoir évalué les besoins et les services requis, l'équipe de SIF peut suggérer de réorienter la personne vers un service plus adapté à ses besoins ou vers le MASM, pour une orientation optimale et une coordination efficace des services offerts (MSSS, 2022b).

3.2.1. Démarchage

En cohérence avec le principe d'accès défini dans le PAISM 2022-2026, l'organisation des services doit s'adapter aux réalités et aux spécificités des personnes, notamment celles qui manifestent une réticence à faire appel aux services de santé et aux services

sociaux traditionnels. L'objectif est de leur assurer un accès opportun aux services. En effet, certaines personnes éprouvent des difficultés à identifier les symptômes de leur trouble mental, ou à reconnaître les déficits dans leur fonctionnement. De plus, des obstacles tels que la distance géographique et l'absence de moyens de transport adéquats peuvent limiter l'accès aux services nécessaires. Pour pallier ces obstacles, l'équipe doit mettre en place des stratégies d'intervention et de collaboration avec les différents partenaires pour rejoindre ces personnes et les informer quant aux soins et services accessibles en lien avec leurs besoins ou leurs vécus. Dans le cadre de leurs activités, les intervenants doivent mettre en place des interventions de démarchage, également connues sous le nom d'« *outreach* ». Il s'agit d'une démarche essentielle pour atteindre efficacement la population cible du programme. Ces interventions consistent à adopter une approche proactive en allant directement vers les personnes là où elles se trouvent. L'objectif est d'établir des liens de confiance, de fournir des interventions appropriées et d'accompagner les individus vers les services et les ressources qui leur conviennent. Dans le cadre de cette stratégie, il est également important de nouer des partenariats avec divers acteurs clés, tels que les centres locaux d'emploi, les propriétaires de logements, les organismes communautaires (notamment ceux qui proposent des groupes de soutien aux personnes et aux familles), les policiers, Aire ouverte, qui a également comme objectif de mener des activités de démarchage, et bien d'autres.

3.3. Requis pour le programme du SIF

Les requis constituent des repères qui permettent d'orienter, d'optimiser et de développer le territoire couvert. En vertu du principe de responsabilité populationnelle, les établissements ont le mandat d'améliorer et d'adapter progressivement l'offre de services de leur territoire en vue de la rendre conforme à ces standards, en collaboration avec leurs partenaires (MSSS, 2015). Pour répondre aux besoins de la population et rendre accessibles des services diversifiés sur des territoires vastes, un nombre approprié d'intervenants et d'heures de travail est essentiel. Le PASM 2015-2020 a établi le nombre de places que les ESSS doivent offrir pour le soutien dans la communauté destiné aux personnes présentant un trouble mental grave. Ce requis est établi à 70 places par 100 000 habitants pour le SIM et à 250 places par 100 000 habitants pour le SIV. Dans le cadre de référence pour le PPEP, on ajoute que 48 places devraient être consacrées aux jeunes présentant un PEP pour les ESSS en dehors de l'île de Montréal (MSSS, 2022a, p. 13). Considérant l'offre de services intégrés du SIF, il est donc attendu que les ESSS offrent 370 places de SIF par 100 000 habitants. Ce requis est diminué à 320 places par 100 000 habitants lorsque le PPEP est offert par une autre équipe.

Le SIF est principalement implanté sur les territoires regroupant de 20 000 à 50 000 habitants. Selon le bassin de population couvert et considérant le ratio moyen d'usagers par intervenant (14 : 1), l'équipe de SIF sera donc composée de 5 à 13 intervenants en équivalent temps complet (ETC). Voici un exemple qui illustre la façon de déterminer le nombre nécessaire d'intervenants en ETC afin de respecter le requis de places au SIF.

Population	Nombre de places reconnues 320 places/ 100 000 (sans PPEP)	Nombre de places reconnues 370 places/ 100 000 (avec PPEP)	Ratio de 14 usagers/intervenant-pivot
20 000	64	74	5 ETC
35 000	112	130	8 à 9 ETC
50 000	160	185	11 à 13 ETC

Afin de répondre adéquatement aux besoins des usagers suivis, il est attendu que les intervenants de l'équipe de SIF travaillent minimalement quatre jours par semaine au sein de l'équipe.

Pour assurer des soins et services appropriés, le nombre d'usagers par ETC est en moyenne de 14, avec une capacité pouvant atteindre 16 en fonction de la complexité du portrait clinique des usagers, des enjeux socioéconomiques de l'organisation et des contraintes liées à la géographie du territoire à couvrir. Cette capacité est répartie sur l'ensemble des ETC affectés au SIF, y compris le coordonnateur clinique. Cette répartition exclut les professionnels consultants, les éventuels médecins associés et le soutien administratif.

3.4. Composition de l'équipe du SIF

Il est essentiel que les services du SIF puissent compter sur une diversité d'intervenants dont la charge de cas se trouve majoritairement au SIF. Plusieurs rôles sont nécessaires pour s'assurer que la pratique de SIF est efficace et conforme. La composition de l'équipe de SIF doit regrouper différents titres d'emploi ayant des connaissances, des expertises et des perspectives différentes afin d'assurer une diversité dans la gamme de services offerts et une réponse aux besoins spécifiques et complexes. Certaines professions sont à privilégier par leurs activités professionnelles réservées et pour assurer le bon fonctionnement du service en lien avec les besoins observés chez la population ciblée. L'équipe du SIF doit être composée d'intervenants provenant d'au moins trois titres d'emploi différents. De plus, la présence d'un médecin associé et d'une infirmière est nécessaire pour un fonctionnement optimal.

Médecin associé

Le programme du SIF rejoint des usagers qui nécessitent régulièrement un traitement pharmacologique et dont certains peuvent être réfractaires aux traitements habituels. Le programme a la responsabilité d'offrir des services médicaux intégrés à l'équipe pour répondre à l'ensemble des besoins. Le médecin associé, qu'il soit généraliste ou psychiatre, doit être considéré comme un membre à part entière de l'équipe, pour assurer

la santé globale et le bien-être des personnes suivies et offrir un soutien actif à l'équipe dans la mise en place des services de réadaptation dans la communauté. Les personnes ciblées par un suivi en équipe interdisciplinaire doivent être préférablement suivies par le médecin associé à l'équipe pour permettre une plus grande cohérence clinique du traitement et ainsi faciliter l'introduction d'activités de réadaptation. L'implication active du médecin associé au SIF offrant minimalement une journée sur une période de quatre semaines apporterait les avantages suivants :

- Travailler étroitement avec l'infirmière de l'équipe pour l'organisation du traitement ainsi qu'avec le coordonnateur clinique pour coordonner l'offre de services;
- Participer aux stratégies d'interventions quotidiennes avec les intervenants de l'équipe du SIF pour gérer le traitement et déterminer les approches à adopter pour un traitement à long terme;
- Contribuer aux discussions et soutenir les stratégies d'intervention avec les intervenants du SIF pour tous les dossiers actifs au SIF lors d'enjeux cliniques rencontrés et de situations plus complexes.

L'intégration d'une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPS-SM) est une option intéressante pour offrir une réponse clinique adaptée et pour mieux soutenir la gestion du traitement dans la communauté, notamment lorsqu'il est difficile d'avoir accès à un médecin. Il est recommandé que l'IPS-SM ait des heures de travail consacrées spécifiquement au SIF afin de mieux répondre aux besoins précis des usagers et de contribuer au maintien de la continuité des soins. L'expertise de l'IPS-SM peut contribuer à réduire les temps d'attente pour les soins, à accroître l'efficacité du traitement de manière globale et à favoriser une collaboration efficace avec les intervenants de l'équipe du SIF et le médecin associé.

Infirmière

Il est recommandé d'avoir au moins une infirmière au sein du SIF. Cependant l'équipe devrait pouvoir offrir un suivi infirmier en continu, y compris lors des périodes de vacances. Idéalement, l'équipe devrait avoir accès en tout temps à une deuxième infirmière, intégrée à l'équipe ou disponible via un partenariat officiel avec les services spécifiques et spécialisés en santé mentale, par exemple. L'infirmière joue un rôle clé dans la détection précoce de problèmes de santé et dans l'évaluation de la condition mentale des usagers. La grande majorité des usagers reçoivent un traitement pharmacologique et pourraient bénéficier d'un suivi plus étroit pour la gestion du traitement et pour répondre aux besoins cliniques spécifiques. L'infirmière peut également aider les autres intervenants en répondant aux questions sur le traitement et en fournissant des soins en cas de situations particulières et occasionnelles.

Des études ont montré que l'espérance de vie des personnes présentant des troubles mentaux graves est réduite (MSSS, 2015, p. 5), mais des activités de prévention et de promotion de la santé peuvent aider à contrer ce phénomène. L'infirmière joue un rôle central dans cette approche en veillant à ce que chaque usager reçoive des conseils et un soutien pour développer de saines habitudes de vie et en travaillant en collaboration

avec les autres intervenants de l'équipe pour intégrer cette approche. Son leadership et son soutien sont essentiels pour s'assurer que les activités de prévention et de promotion de la santé sont comprises comme une responsabilité partagée au sein de l'équipe.

L'organisation du travail de l'infirmière doit permettre de mettre à contribution ses compétences pour soutenir l'ensemble des intervenants et pour offrir des soins et des traitements médicaux aux usagers ainsi que des services de réadaptation en tant qu'intervenante-pivot.

3.4.1. Rôles spécifiques

Coordonnateur clinique

(Référence au titre de chef d'équipe)

Il est crucial qu'une équipe du SIF puisse compter sur un coordonnateur affecté au service, peu importe le nombre de places reconnues pour ce programme. Son rôle est déterminant dans le fonctionnement de l'équipe pour assurer une cohérence dans l'offre de soins et services. Il est porteur des valeurs du programme et assume des responsabilités cliniques. Ses responsabilités peuvent être, par exemple, les suivantes :

- Planifier et soutenir les activités quotidiennes de l'équipe selon les modalités de fonctionnement clinique;
- Participer activement aux analyses de nouvelles demandes de services;
- Assurer une répartition équitable de la charge de travail entre les intervenants;
- Soutenir la révision du requis de services lors des rencontres de soutien clinique auprès de chaque intervenant-pivot;
- Donner des services directs aux usagers (cette fonction doit cependant être réduite au minimum afin de permettre au coordonnateur de prioriser son rôle de coordination et ne devrait pas dépasser plus de 30 % de son travail par semaine);
- Faire connaître et promouvoir les services du SIF;
- Développer des partenariats avec différents services du réseau et des ressources dans la communauté.

Sa charge de travail à titre d'intervenant-pivot s'organise proportionnellement au nombre d'intervenants dans l'équipe, en fonction de la complexité des suivis demandés. Par exemple, pour être en mesure d'offrir le soutien clinique nécessaire à tous les intervenants, il devra consacrer plus de temps à cette responsabilité selon le nombre d'intervenants intégrés à l'équipe.

La pratique de la pair-aidance

Le savoir expérientiel d'un pair-aidant est bénéfique pour la personne, car il l'aide à progresser dans son cheminement et son processus de rétablissement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (2022c, p. 33) encourage et soutient l'intégration de cette pratique dans les services des équipes de suivi dans la communauté afin que chaque programme puisse bénéficier de l'approche d'intervention des pairs aidants. Il est recommandé que le SIF permette également l'accès à des pairs aidants, de sorte que

l'ensemble des usagers du programme puisse bénéficier d'un soutien basé sur le vécu et l'expérience personnelle.

4. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT CLINIQUE

Le programme offre des services variés allant de la gestion des traitements psychiatriques aux services de réadaptation psychosociale. Les modalités cliniques et l'organisation des services doivent être déterminées par l'analyse des besoins et demeurent flexibles pour s'adapter à l'évolution des besoins de la personne suivie.

4.1. Services de réadaptation psychosociale

Toute personne présentant un trouble mental pourrait bénéficier d'activités associées à la réadaptation psychosociale. L'équipe doit analyser les besoins de réadaptation ainsi que les enjeux cliniques ayant un effet sur l'autonomie fonctionnelle des personnes et cibler les difficultés fonctionnelles importantes pour déterminer les services nécessaires aux personnes visées de manière adéquate. La réadaptation vise à améliorer à long terme les capacités nécessaires pour s'adapter, apprendre, travailler, socialiser et vivre de manière autonome. Cela inclut des habiletés de base au quotidien, par exemple en ce qui concerne les soins personnels, la gestion financière, l'éducation sur la santé physique et mentale, le développement des compétences sociales et le retour à des activités significatives telles que le travail, l'éducation ou les loisirs (Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, 2015).

4.2. Intervention de proximité

La majorité des rencontres devraient être offertes par le biais d'interventions soutenues directement dans la communauté et dans le milieu de vie de la personne. Il peut s'agir de son domicile ou des milieux dans lesquels la personne éprouve des difficultés et où elle a besoin d'aide dans sa vie au quotidien. Plusieurs sources soulignent l'importance d'aller dans les milieux de vie des personnes afin de leur offrir des services. Selon Rapp et Goscha (2004), cela permet une évaluation plus juste et plus complète et une meilleure compréhension de la situation par l'intervenant, en plus d'être favorable aux apprentissages chez la personne suivie. De plus, les acquis effectués dans le milieu de vie sont généralement consolidés, alors que ceux acquis en milieux institutionnels peuvent être difficilement généralisables dans la vie quotidienne de la personne. Les rencontres de suivi dans la communauté ont un meilleur effet si elles sont de courte durée, avec des objectifs précis. Enfin, puisque les personnes ne sont pas toujours en mesure de se déplacer pour recevoir des services, cela contribue à diminuer les abandons de service. Cette approche d'intervention permet donc un plus haut taux de succès dans le développement et le maintien des habiletés pour les usagers. Il n'est pas attendu que toutes les rencontres soient dans la communauté, mais il est attendu qu'au moins 75 % des rencontres se fassent directement dans le milieu de vie ou dans la communauté de la personne. Cela tient compte du fait qu'il est parfois plus favorable, dans le processus de réadaptation, que la personne se déplace dans les bureaux de l'équipe plutôt que les intervenants se déplacent. De plus, la réalité des territoires des régions où est déployé le

SIF amène des défis pour accompagner facilement les personnes au sein de leur communauté. Compte tenu des distances, les intervenants doivent développer des stratégies pour maximiser leurs déplacements et consolider cette pratique d'intervention. Par exemple, il peut être bénéfique de regrouper des suivis dans le même secteur ou d'avoir accès à des bureaux à proximité du lieu des rencontres prévues dans la journée.

4.3. Participation aux hospitalisations

L'équipe du SIF travaille à mettre en place des interventions pour prévenir les hospitalisations. Cependant, il y a des situations où l'hospitalisation devient nécessaire pour répondre aux besoins de la personne suivie. Dans ces circonstances, l'équipe doit absolument jouer un rôle actif auprès de la personne et des équipes médicales et participer activement à la planification des congés. L'objectif est de veiller à ce que chaque transition soit planifiée pour assurer un retour dans le milieu de vie de façon sécuritaire. Pendant toute la durée de l'hospitalisation, l'équipe du SIF est étroitement impliquée et met en place des processus pour garantir une communication rapide. Elle établit un premier contact dans les 24 heures avec l'unité de soins ou les services d'urgence. Elle maintient également un lien régulier avec les usagers et l'équipe médicale, assurant un suivi une fois par semaine au minimum.

4.4. Implication des familles et de l'entourage

Pour soutenir efficacement la participation de la personne suivie dans son rétablissement, il est essentiel d'inclure également sa famille et son entourage dans un processus de décision partagée. En effet, l'implication des proches est un élément crucial pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux graves à se rétablir. Selon Liberman (2008), la famille peut contribuer au rétablissement de la personne si elle est bien informée sur la maladie et bien équipée pour offrir le soutien nécessaire. Bien que certains usagers suivis au SIF soient particulièrement isolés, il reste essentiel d'identifier avec eux les personnes significatives de leur entourage. On vise une participation des familles et de l'entourage à plus de 80 % dans les suivis du SIF. En outre, l'intervention familiale est largement reconnue comme une pratique efficace pour aider à prévenir les rechutes et pour réduire le niveau de stress pour toute la famille, ce qui favorise l'acceptation des services par la personne suivie. Lorsque les proches sont soutenus et guidés, ils peuvent contribuer de manière significative au rétablissement de la personne suivie. L'implication des familles doit donc être valorisée et intégrée dans les approches d'intervention pour assurer un rétablissement optimal de la personne suivie.

4.5. Collaboration avec les partenaires

Les services du SIF doivent promouvoir l'implication des partenaires de la communauté (organismes communautaires, services offerts par la municipalité, propriétaires de logements, etc.) et des services de santé afin de consolider un réseau autour de la personne suivie. Lorsque les liens sont déjà existants avec les différents partenaires de la communauté, il est important de privilégier des interventions et des approches qui favorisent le maintien de ces liens. L'équipe de SIF doit analyser de façon individualisée

l'apport ou l'ajout de partenaires et ainsi coordonner les services offerts par les différents acteurs impliqués auprès de la personne suivie. Ensemble, les partenaires permettent la mise en place d'un filet social autour de la personne et ils deviennent alors des collaborateurs importants pour l'atteinte de ses objectifs et d'une vie plus satisfaisante.

4.6. Intensité des services

Le programme de SIF accorde une importance à la fréquence et à la qualité des contacts plutôt qu'à la durée des rencontres (Rapp et Goscha, 2004). Pour les suivis en équipe interdisciplinaire (mini-équipe), il est attendu qu'il y ait en moyenne huit rencontres significatives en personne par usager par période de quatre semaines. Pour les suivis individuels, il est attendu qu'il y ait en moyenne trois rencontres significatives (dont au moins deux en personne) par usager par période de quatre semaines.

L'intensité des services dans le programme de SIF peut varier considérablement en fonction des besoins individuels de chaque personne. Il est important de reconnaître que l'augmentation du nombre de contacts auprès d'une personne ne vise pas uniquement à prévenir les crises et à éviter une détérioration de l'état clinique. L'augmentation du nombre de contacts peut également être utilisée pour saisir des occasions propices au rétablissement. En saisissant les occasions où la personne est prête et ouverte à recevoir de l'aide, on favorise une meilleure adhésion au processus de rétablissement et on maximise les chances de succès. Par exemple, si une personne suivie exprime le souhait de retourner au travail, il pourrait y avoir trois rencontres prévues dans une semaine pour soutenir ce processus. En considérant les besoins et les souhaits de chaque individu, l'équipe peut offrir un soutien ciblé et adapté, favorisant ainsi une meilleure intégration, une autonomie accrue et un rétablissement optimal.

4.6.1. Suivi individuel

Le SIF offre majoritairement des suivis individuels par un intervenant-pivot. Cet intervenant est chargé de la planification du PI, avec la collaboration de la personne suivie et de ses proches. Il partage la responsabilité avec les membres de l'équipe en ce qui concerne la planification et la coordination des services avec les différents partenaires. Il offre des interventions directes et des accompagnements vers les ressources appropriées dans la communauté, en cohérence avec ce qui a été planifié dans le PI. L'intervenant-pivot est au fait des besoins de la personne, a une vue d'ensemble des services qu'elle reçoit et veille à ce que le PI soit mis à jour lors d'un changement important dans la situation ou l'état clinique.

4.6.2. Suivi en équipe interdisciplinaire

Les besoins cliniques en santé mentale peuvent être complexes et variés, nécessitant des interventions diversifiées pour répondre adéquatement aux besoins de la personne suivie. Dans certains cas, les interventions d'un seul intervenant ne suffisent pas pour traiter efficacement les conséquences significatives que ces problèmes peuvent avoir sur le fonctionnement quotidien de la personne. C'est pourquoi une approche interdisciplinaire

est parfois nécessaire pour offrir un suivi adéquat et maintenir la continuité des soins malgré les changements sur le plan clinique.

Par conséquent, il peut être favorable qu'un suivi en équipe interdisciplinaire soit offert pour les besoins cliniques suivants :

- Un traitement qui n'est pas stabilisé ou des changements fréquents dans la médication;
- La persistance des symptômes dans le temps ou une instabilité psychologique;
- Des hospitalisations fréquentes ou un risque élevé d'admission à l'hôpital;
- Un engagement précaire de la personne suivie;
- Des difficultés à impliquer la personne dans son traitement et plusieurs rendez-vous manqués;
- La présence de multiples enjeux cliniques ou problèmes associés mentionnés précédemment qui présentent des facteurs de risque importants, un nombre élevé de rencontres par semaine;
- Une détérioration du fonctionnement psychosocial.

Ces situations nécessitent souvent une surveillance étroite et une coordination entre différents professionnels de la santé. Elles peuvent également indiquer la nécessité d'un suivi à plus long terme et d'une approche de soins globale impliquant plusieurs intervenants de la santé, afin de répondre de manière adéquate aux besoins cliniques variés.

Rôles et responsabilités de l'interdisciplinarité

L'intervenant-pivot doit collaborer avec le reste de l'équipe en partageant des fonctions communes ainsi que des responsabilités spécifiques liées à son titre d'emploi pour répondre aux multiples besoins qui émergent lors des suivis en équipe interdisciplinaire. Il doit veiller à ce que les services offerts soient bien coordonnés entre les différents intervenants du SIF impliqués auprès d'une même personne, tout en assurant la cohérence des interventions ciblées. L'équipe interdisciplinaire qui assure les suivis est généralement composée de trois intervenants. Les intervenants sont désignés en fonction de leur titre d'emploi, selon l'analyse des besoins identifiés ou selon les expériences et les intérêts de chacun, permettant d'assurer un suivi optimal ou de favoriser la relation avec l'utilisateur.

Pour les suivis qui nécessitent une collaboration interdisciplinaire, chaque intervenant de l'équipe doit exercer et partager des activités communes de traitement et de réadaptation psychosociale dans la communauté. Toute fonction qui n'est pas rattachée à une activité professionnelle peut être accomplie par l'ensemble des intervenants affectés au SIF. Par exemple, les intervenants peuvent tous sensibiliser les personnes à l'importance de privilégier des activités visant la prévention des maladies physiques, de faire l'enseignement de saines habitudes de vie, d'assurer la distribution de la médication, de réaliser divers accompagnements comme aller à la banque, à l'épicerie, etc.

Chaque intervenant est responsable de planifier et de soutenir le PI axé sur le rétablissement et contribue à faciliter la coordination des services offerts par l'équipe de SIF.

4.6.3. Flexibilité du SIF et mécanique des « bascules »

Grâce à un éventail de services diversifiés dans une même équipe, et à sa flexibilité, le SIF permet à la personne de bénéficier d'un suivi ayant une intensité qui s'adapte en continu entre deux modes de prestation de services. Le continuum s'étire entre des interventions individuelles et des interventions interdisciplinaires. Cette flexibilité permet une adaptation et un ajustement qui tiennent compte du niveau de motivation et des préférences de la personne, selon l'analyse et l'évolution de ses besoins, tout au long de la période de services. Pour ce faire, l'équipe doit mettre en place un mécanisme interne de détermination d'un suivi optimal. D'un côté, on trouve les interventions individuelles de type « *case-management* » pour les situations qui nécessitent des interventions de moindre intensité (lorsque la réponse aux besoins peut s'échelonner dans le temps). De l'autre côté, on trouve les interventions de grande intensité de services, qui se font en équipe interdisciplinaire, lorsque l'utilisateur vit une situation d'une gravité importante et que la réponse aux besoins doit être immédiate. Cette mécanique de « bascules » permet de réduire les abandons de services par une adaptation continue aux besoins, aux réalités et à la motivation des personnes.

Afin de s'assurer que les personnes suivies reçoivent l'intensité adéquate et suffisante pour atteindre leurs objectifs, l'équipe doit adopter des mécanismes internes rigoureux (voir la section 6). Cette planification assure un partage du travail en équipe efficient et favorise la cohérence des interventions en lien avec les objectifs ciblés au PI ainsi que la coordination des services intégrés dans l'équipe.

4.7. Disponibilités de l'équipe

Le SIF devrait pouvoir rendre accessibles des services en personne sur un horaire étendu allant jusqu'à 20 h en semaine et offrir des services la fin de semaine. Cet horaire établi assure la continuité des services nécessaires pour garantir une plus grande stabilité des soins et services. L'équipe doit également établir des partenariats officiels avec la communauté, notamment avec un centre de crise, pour les plages horaires non couvertes par la présence d'un intervenant de l'équipe.

4.8. Approches intégrées et connaissances spécifiques à développer

Il est recommandé que tous les intervenants de l'équipe soient suffisamment outillés et acquièrent des connaissances spécifiques pour intervenir efficacement en réponse aux besoins et aux enjeux fréquemment rencontrés au SIF. La prise en charge des troubles concomitants inclut des problèmes liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives, des comportements de jeu pathologique, des troubles liés à l'usage d'internet et de la cyberdépendance.

De plus, comme l'objectif du SIF est de favoriser une intégration dans la communauté, les approches d'intervention qui favorisent la réinsertion à l'emploi ou le retour aux études doivent être valorisées au sein d'une équipe.

Afin de faciliter l'intégration de ces approches, il est recommandé qu'un intervenant de l'équipe développe des connaissances plus approfondies et exerce un rôle de leader à cet égard. Cet intervenant deviendra la principale référence pour l'équipe afin de guider et de soutenir tous les intervenants dans la maîtrise des meilleures approches d'interventions adaptées aux besoins spécifiques.

On ne s'attend pas à ce que cet intervenant suive toutes les personnes ayant des besoins dans son domaine de connaissances. Au contraire, son rôle principal est de valoriser une approche de transfert de connaissances au sein de l'équipe en agissant en tant qu'intervenant-ressource.

4.8.1. En dépendance

Les TUS peuvent être fréquents parmi la population ciblée par le SIF. D'après une revue systématique avec méta-analyse, la prévalence des TUS chez les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie s'élève à environ 41,7 % (Hunt et al., 2018). De plus, selon une publication de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2020), la prévalence du trouble d'utilisation de drogues illicites chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique est de près de 38 %. En ce qui concerne les troubles bipolaires, sans tenir compte de la période couverte étudiée, la prévalence moyenne est de 33 % pour n'importe quel TUS (Huỳnh et al., 2020, p. 2-3). Ces données témoignent que les troubles mentaux augmentent le risque de développer des problèmes de dépendance. Pour faire face à cette réalité, il est essentiel d'adopter une approche intégrée en traitant simultanément les problèmes de santé mentale et de dépendance afin de répondre efficacement à ces besoins complexes et interreliés (MSSS, 2018, p. 20).

Tous les intervenants doivent être formés et être suffisamment outillés pour repérer les enjeux de dépendance et adopter des approches d'intervention et des modèles de gestion pour le traitement des troubles concomitants (Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, 2019).

Par exemple :

- Repérer les troubles de dépendance par des mécanismes internes;
- Détecter des troubles concomitants à l'aide d'outils prenant en considération la relation avec le trouble mental de la personne;
- Utiliser des méthodes d'intervention proactives basées sur une évaluation continue, sur la prévention des rechutes et sur des interventions rapides;
- Cibler des interventions sur mesure de manière à motiver la personne au changement.

L'intervenant-ressource en dépendance a le rôle d'apporter son soutien aux intervenants du SIF pour l'utilisation d'outils de détection des troubles concomitants et pour la réalisation des interventions nécessaires. Il joue un rôle important pour soutenir

les intervenants lorsqu'ils font face à des questions ou à des impasses. De plus, il a la responsabilité de développer des liens étroits avec les services dans la communauté qui détiennent cette expertise, afin que les personnes en suivi puissent éventuellement recevoir des services en externe avec le centre de réadaptation en dépendance de leur région et avoir accès à des services adaptés à leur niveau de soins (interne ou externe), en fonction du type de consommation, des risques de sevrage et des besoins individuels.

4.8.2. En réinsertion socioprofessionnelle

Plusieurs études démontrent que le soutien à l'emploi de type « *Individual Placement and Support* » permet d'obtenir de meilleurs résultats pour l'intégration au travail et le maintien en emploi des personnes vivant avec un trouble mental grave. L'équipe doit être en mesure d'offrir un soutien actif et personnalisé pour favoriser l'intégration en milieu de travail régulier.

Il est recommandé de cibler un **intervenant-ressource en réinsertion socioprofessionnelle** afin de mieux maîtriser les concepts de cette approche et de comprendre son essence et son but ultime. Cela permettrait de cibler les interventions qui s'en rapprochent le plus, de soutenir l'ensemble de l'équipe et d'assurer un accompagnement auprès de chaque personne suivie qui exprime un intérêt pour un retour éventuel à l'emploi ou aux études ou qui désire s'y maintenir avec succès.

De plus, l'intervenant-ressource en réinsertion socioprofessionnelle peut soutenir l'équipe en ciblant les ressources disponibles pour faciliter l'intégration socioprofessionnelle des personnes et en créant des liens avec les organismes de la communauté tels que Québec emploi, les carrefours jeunesse-emploi et les employeurs potentiels.

4.8.3. PPEP

Dans les régions où le PPEP sera intégré au SIF (MSSS, 2022a, p. 38), il est conseillé d'attribuer la responsabilité de l'expertise associée au PEP à certains intervenants de l'équipe. Ces intervenants doivent être formés et acquérir des connaissances spécifiques liées à cette population visée. Contrairement aux intervenants-ressources en dépendance et en réinsertion socioprofessionnelle, les intervenants qui possèdent davantage de connaissances en PEP ont la responsabilité d'intervenir auprès de la majorité des jeunes. Ce rôle doit être réparti au moins entre deux intervenants au sein de l'équipe afin qu'ils puissent se soutenir mutuellement et que soit évitée toute interruption de service liée, entre autres, aux congés annuels.

Il importe que les intervenants du SIF désignés pour offrir des services aux jeunes présentant un PEP soient en lien direct avec une équipe du PPEP de leur établissement afin de recevoir le soutien nécessaire (discussion de cas complexes, obtention d'un deuxième avis médical, etc.). S'il n'y a pas de PPEP sur le territoire de l'établissement, une collaboration avec une équipe du PPEP d'un autre centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

(CIUSSS) est à prévoir. La mise en place d'une communauté de praticiens spécifique pour ces régions est également encouragée et sera soutenue par le Ministère.

4.9. Conditions de succès

Afin de soutenir les prises de décision en équipe, certaines rencontres sont à privilégier dans l'organisation des services du SIF. Il devient essentiel qu'une équipe de SIF puisse avoir des rencontres formelles, planifiées et structurées qui permettent des discussions cliniques. Le but de ces rencontres est de développer et de maintenir une vision commune de la situation de l'usager, de permettre la prise de décision clinique partagée et de maintenir une cohérence clinique continue. Ces rencontres permettent également :

- une communication efficace;
- une cohésion dans l'offre de soins et services;
- un espace d'échange et de réflexion pour orienter et appuyer les décisions cliniques;
- une circulation d'information au sein de l'équipe;
- une gestion efficace de la charge de travail partagée.

4.9.1. Réunions de planification

Ces rencontres sont prévues sur une base quotidienne pour planifier les interventions prévues auprès des **personnes suivies en équipe interdisciplinaire seulement**. En fonction des enjeux cliniques et du nombre de personnes suivies en équipe interdisciplinaire, la fréquence des réunions de planification peut être ajustée. Ces rencontres d'équipe servent essentiellement à répartir les suivis planifiés, à transmettre l'information concernant les interventions de la veille et à communiquer les enjeux cliniques, avec la présence de tous les intervenants inscrits à l'horaire. Ces rencontres permettent :

- de favoriser une meilleure communication pour faciliter la circulation d'informations et pour rendre ces informations disponibles à tous;
- d'organiser le temps de bureau des intervenants selon les besoins prioritaires établis en équipe (ex. : révision d'un régime de protection);
- de prévoir des disponibilités pour répondre aux besoins émergents;
- d'établir des contacts supplémentaires pour éviter des crises;
- d'assurer un suivi aux interventions réalisées durant la journée (responsabilité de l'équipe).

Selon les informations transmises et les enjeux soulevés lors de la rencontre de planification, il est pertinent de prévoir des rencontres de mini-équipe plus fréquentes pour cibler de nouvelles orientations cliniques et ajuster l'intensité des suivis selon l'évolution des besoins de la personne.

4.9.2. Réunions hebdomadaires

Il est essentiel que l'équipe de SIF se dote d'une structure pour que tous les intervenants puissent se rencontrer une fois par semaine. Les réunions d'équipe doivent être bien structurées, permettant de créer un contexte profitable pour tous les intervenants qui y participent. Il est recommandé qu'elles soient d'une durée de deux heures, ce qui permet d'allouer minimalement 70 % du temps à des échanges cliniques (Rapp et Goscha, 2012) pour l'ensemble des suivis du SIF, ce qui comprend les suivis individuels et ceux en équipe interdisciplinaire. Cette réunion hebdomadaire est indispensable pour planifier les activités et promouvoir la rigueur clinique dans les suivis de la charge de travail complète.

La participation de tous est requise pour cette réunion clinique, qui vise à favoriser les échanges et à parvenir à des prises de décision partagées, notamment dans le traitement de situations complexes. Ces moments d'échange permettent d'aborder l'ensemble des besoins et de solliciter les avis de tous les intervenants. Chacun est encouragé à apporter son soutien et à suggérer les interventions les plus appropriées.

Cette réunion ne doit pas se substituer aux rencontres de soutien clinique de groupe, comme cela est recommandé à la section 6.2.2.

5. PROCESSUS CLINIQUE

Les personnes suivies par le SIF ont des besoins variés, qui sont souvent complexes et peuvent changer fréquemment. Afin d'assurer une prestation harmonieuse de soins et de services en cohérence avec l'évolution des besoins de la personne suivie, il est essentiel que l'équipe adopte et suive un processus clinique rigoureux pour définir les services requis à mettre en place. Selon Lecomte et Leclerc (2012), la détermination d'un PI doit comprendre différentes étapes qui rejoignent également les lignes directrices promues par les normes des professions et des différents ordres professionnels. Un processus clinique complet permettant d'assurer une rigueur clinique et de maximiser les bienfaits des interventions. Cette rigueur clinique s'appuie sur la prise de décision partagée entre l'équipe, la personne suivie et son entourage. Elle vise à ce que la personne suivie puisse faire des choix éclairés et que sa famille soit impliquée quant aux différentes modalités d'intervention (prévention, diagnostic, traitement de ses symptômes et réadaptation psychosociale).

Pour ce faire, le processus clinique devrait comprendre les étapes suivantes.

5.1. Collecte de données pour une nouvelle demande

Lorsqu'une personne est nouvellement admise, il est nécessaire de collecter des données afin de mieux comprendre sa situation actuelle et d'identifier ses besoins, en complémentarité avec celles recueillies par le demandeur. Le document utilisé pour cette collecte, qu'il s'agisse d'une collecte de données ou d'une évaluation professionnelle, doit permettre une analyse globale des besoins dans tous les domaines de vie, tout en respectant les balises et les procédures de l'établissement. Cette collecte de données est une partie intégrante du programme et peut être réalisée par tous les intervenants, indépendamment de leur titre d'emploi. Ces informations aideront à déterminer les services du SIF à mettre en place. Afin d'obtenir un portrait complet et précis des besoins de la personne, des observations cliniques directes dans son environnement de vie sont également nécessaires pour formuler des recommandations d'interventions adaptées. Par conséquent, le processus de collecte de données pour la première planification du PI est généralement estimé à environ huit semaines. Par la suite, l'intervenant-pivot identifie les enjeux cliniques avec la personne et doit être en mesure de tracer un portrait clinique basé sur ses connaissances cliniques théoriques et sur sa connaissance des meilleures pratiques en santé mentale. L'analyse des liens entre les différentes informations recueillies permettra à l'intervenant de mieux comprendre la situation de l'utilisateur, et il pourra s'appuyer sur cette analyse pour guider les priorités d'intervention.

À noter que chaque professionnel est tenu de respecter les obligations propres à sa profession.

5.2. Planification du plan d'intervention

Le PI est un document formel qui représente le contrat de service entre l'intervenant-pivot et la personne suivie. Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*

(LSSSS, RLRQ, c. S-4.2, art. 102), le PI est obligatoire pour toutes les personnes suivies, même lorsque la collaboration de l'utilisateur est difficile à obtenir. Cette exigence est également applicable aux personnes recevant des soins prolongés en santé mentale, conformément à la LSSSS. Le PI est essentiel pour baliser les services offerts et protéger la clientèle. Sans un PI, les interventions de l'intervenant lors des rencontres risquent de ne pas être structurées et planifiées, ce qui limite l'évolution de l'état clinique de la personne (Tsai et al., 2019). Pour éviter cela, il est essentiel de réviser le PI au moins tous les six mois et ainsi de s'assurer que les interventions répondent aux besoins de la personne. L'élaboration d'un PI est une responsabilité partagée par tous les intervenants impliqués dans le suivi de la personne.

Lors des suivis en équipe interdisciplinaire, tous les intervenants ont la responsabilité de s'assurer que le PI est en cohérence avec la situation clinique actuelle de l'utilisateur.

Dans cette optique, tous les intervenants de l'équipe doivent être coresponsables de la révision du PI en l'absence de l'intervenant-pivot, afin de maintenir la cohérence entre les services offerts et les besoins de la personne en tout temps.

Pour respecter à la fois la LSSSS et les bonnes pratiques cliniques, le PI doit intégrer différentes sections.

5.2.1. Identification des besoins lors d'une révision du PI

Chaque intervenant est responsable d'analyser la situation de la personne et de définir si le SIF offre la meilleure réponse pour accompagner la personne vers une autonomie fonctionnelle. De plus, la collaboration de l'utilisateur est importante pour que ses aspirations, ses désirs et sa perception de sa situation soient pris en compte dans le PI pour chacun des domaines de vie. Le PI doit permettre de couvrir tous les domaines de vie, et l'intervenant doit fournir une vision objective de la situation avec la personne suivie et l'aider à comprendre les enjeux potentiels pour qu'elle puisse prendre des décisions éclairées quant aux objectifs à prioriser.

5.2.2. Identifier des objectifs SMART

Selon l'INSPQ (2022), il est recommandé de formuler les objectifs de manière SMART. Cette formulation favorise une meilleure compréhension des tâches à accomplir par les équipes et facilite le suivi et l'évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte de ces objectifs. L'acronyme *SMART* signifie que les objectifs doivent être **spécifiques** et répondre aux enjeux identifiés lors de l'analyse des besoins. Ils doivent également être **mesurables** afin de pouvoir évaluer la progression de la personne dans chaque domaine de vie. Pour atteindre les composantes SMART, l'intervenant engage une discussion avec la personne pour l'aider à identifier des objectifs **atteignables** en tenant compte des capacités et des ressources disponibles. De plus, il est essentiel que les objectifs soient **réalistes**, c'est-à-dire qu'ils doivent être pertinents et significatifs pour la personne suivie et présenter un niveau de défi approprié pour la motiver. Enfin, les objectifs doivent être définis dans un **temps** précis afin de déterminer les interventions à mettre en place.

5.2.3. Moyens utilisés pour atteindre les objectifs

Afin de réaliser les objectifs inscrits au PI, l'intervenant et l'utilisateur utiliseront plusieurs stratégies différentes, et il est intéressant d'en cibler quelques-unes afin de donner une première direction au suivi. Ces stratégies seront réévaluées durant le suivi et ajustées selon l'évolution de la situation. L'équipe doit être persévérante pour favoriser l'engagement des personnes par une diversité de stratégies qui visent à augmenter l'adhésion au suivi.

5.2.4. Actualisation de l'intervention

Une fois que le PI est élaboré, il est important que l'intervenant-pivot et l'utilisateur évaluent régulièrement si les interventions identifiées ont permis d'atteindre les objectifs visés. Les notes évolutives sont un outil précieux pour suivre l'effet des interventions mises en place. Les intervenants sont encouragés à utiliser des approches cliniques rigoureuses et validées pour s'assurer que les interventions sont efficaces. Si, malgré les ajustements apportés aux interventions, les objectifs demeurent difficiles à atteindre, l'intervenant peut solliciter l'aide de son équipe en présentant la situation clinique pour bénéficier de conseils, d'idées et de soutien clinique en vue de mettre en place des stratégies différentes ou complémentaires. Si nécessaire, la révision du PI sera effectuée avant l'échéance prévue.

5.3. Révision du plan d'intervention

L'intervenant doit réévaluer la situation clinique actuelle de la personne ainsi que de l'effet des interventions précédentes sur l'atteinte des objectifs initiaux. Il devra également discuter avec la personne suivie afin de bien saisir sa perception de la situation et vérifier si les attentes et les priorités ont changé. Lors de cette révision, l'équipe détermine si le SIF demeure la réponse adaptée aux besoins de la personne.

5.3.1. Continuité des services du SIF

Lorsque la continuité des services du SIF est requise, une nouvelle planification du PI est nécessaire pour recentrer les interventions de l'intervenant en effectuant un bilan et en révisant les objectifs.

5.3.2. Fin du SIF

La fin de la période de services doit être planifiée en concertation avec la personne suivie, sa famille et son entourage. Si les besoins actuels nécessitent une transition vers un autre service, l'équipe veille à ce que cette transition soit personnalisée et sécuritaire.

Bilan de la période de services

Lors de la fin de la période de services du SIF, un bilan complet des services offerts par le programme doit être disponible. Ce bilan devrait contenir les motifs de la demande initiale, les interventions réalisées, l'atteinte ou non des objectifs ainsi que l'orientation proposée. Lorsqu'un transfert vers un autre service est effectué, l'intervenant-pivot devrait être en mesure de rester disponible pendant environ trois mois pour le programme vers lequel l'utilisateur est transféré. Cette disponibilité a pour but de permettre à l'intervenant de

répondre aux questions et de faciliter l'intégration de l'utilisateur vers ce nouveau programme.

6. SOUTIEN AUPRÈS DES INTERVENANTS

Le modèle de soins et de services du SIF repose principalement sur le suivi individuel. En conséquence, les intervenants se retrouvent souvent seuls avec la personne lors des rencontres de suivi. Dans ce contexte, la formation continue et le développement des compétences sont donc essentiels pour que les intervenants puissent répondre aux besoins des personnes et offrir des services de qualité. Le soutien clinique est également essentiel dans la pratique du SIF. Celui-ci se définit comme un ensemble d'activités structurées qui visent à améliorer les compétences et les habiletés cliniques des intervenants, ainsi qu'à les aider à surmonter les défis cliniques qu'ils peuvent rencontrer (MSSS, 2021b, p. 28) dans le but d'améliorer la situation de la personne et la réponse à ses besoins.

6.1. Formations recommandées

L'accès à des formations connexes permet aux intervenants de se tenir à jour par rapport à leurs connaissances cliniques ainsi que d'approfondir certaines approches afin d'enrichir leur travail d'intervention. Il est recommandé que les intervenants œuvrant dans la communauté auprès des personnes vivant avec des troubles mentaux graves soient formés, entre autres, aux trois approches suivantes :

1. L'approche motivationnelle, afin d'aider les personnes à s'engager dans leur processus de rétablissement;
2. L'intervention utilisant les techniques cognitivo-comportementales, y compris l'activation comportementale;
3. Les approches soutenant le rétablissement qui regroupent plusieurs formes d'intervention, dont l'approche par les forces.

Il ne s'agit pas que les intervenants deviennent des experts pour chacune de ces approches, mais qu'ils puissent connaître certaines stratégies afin de faciliter le processus de rétablissement des personnes en suivi, dans le respect des lois et des normes professionnelles.

Il est également important de garantir la sécurité des intervenants du SIF par le fait qu'ils travaillent dans la communauté. Pour ce faire, des formations spécifiques sont nécessaires afin de leur apprendre à minimiser les risques, à prévenir les incidents et à gérer les situations difficiles et dangereuses en toute sécurité. Les intervenants devraient entre autres être formés sur la prévention du suicide ainsi que sur les modalités de l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ, c. P-38.001). Il est important que les intervenants comprennent la notion de danger associé à l'état mental et connaissent leurs rôles et leurs responsabilités en contexte exceptionnel sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (MSSS, 2018a). Il est essentiel de mettre en place des actions et des moyens tangibles pour concrétiser ces orientations sur le terrain, en assurant la sécurité des intervenants et des personnes auxquelles ils fournissent des soins. Les intervenants doivent être bien préparés pour

gérer efficacement les situations difficiles et développer des compétences en gestion de crise.

6.2. Soutien clinique

Le soutien clinique peut prendre plusieurs formes. Il est recommandé d'utiliser des stratégies variées pour soutenir le travail quotidien des intervenants du SIF.

6.2.1. Soutien clinique individuel

Le soutien clinique individuel est un élément essentiel pour offrir des services de qualité, pour améliorer le bien-être des utilisateurs de ces services, pour favoriser le développement des compétences et l'identité professionnelle ainsi que pour identifier les enjeux éthiques. Son but est principalement d'encadrer la pratique en permettant au professionnel offrant le soutien clinique (coordonnateur clinique) de mettre en question les interventions et de cibler celles à privilégier avec l'intervenant. Ce dernier doit être engagé dans le processus en étant encouragé à poser des questions, à partager ses réflexions et à discuter des défis rencontrés dans sa pratique. Les rencontres de soutien clinique individuel devraient favoriser la résolution de problèmes, l'identification des forces et des faiblesses de l'intervenant, l'élaboration de stratégies efficaces et l'évaluation de l'effet des interventions.

6.2.2. Soutien clinique en équipe

En plus des rencontres individuelles, il est nécessaire d'organiser des rencontres d'équipe de soutien clinique afin de favoriser les échanges et le partage de solutions. Ces rencontres doivent être plus longues pour être efficaces, et peuvent prendre différentes formes. Selon plusieurs auteurs, le soutien en groupe est une approche efficace pour mettre en œuvre les meilleures pratiques cliniques (Bernard et Goodyear, 2004). Ainsi, des rencontres structurées selon des modèles reconnus tels que le codéveloppement offrent des occasions d'approfondir les connaissances, de relever les défis cliniques et de solliciter les expériences professionnelles au sein de l'équipe. Selon Rapp et Goscha (2012), ces rencontres de soutien en équipe visent à générer de nouvelles idées pour résoudre diverses situations problématiques, à favoriser les apprentissages collectifs et à renforcer la cohésion d'équipe dans le cadre de la pratique du SIF. Ces rencontres complètent les réunions hebdomadaires déjà en place (voir la section 4.9.2).

6.2.3. Professionnels offrant le soutien clinique

Le coordonnateur clinique a pour responsabilité de fournir un soutien clinique à l'ensemble des intervenants. Cela comprend la planification de rencontres individuelles et de groupe avec les membres de l'équipe ainsi que la possibilité d'accompagner directement les intervenants lors des rencontres de suivi. Il est légitimé de remettre en question les interventions, avec le soutien actif du gestionnaire, dans le but d'aider l'intervenant à renforcer certains aspects cliniques. L'organisation du temps de travail du professionnel offrant le soutien clinique doit prévoir au moins une rencontre individuelle par mois, d'environ une heure, avec chaque intervenant. La durée précise de ces rencontres sera déterminée en fonction des besoins de chaque intervenant. Le coordonnateur clinique doit attribuer suffisamment de temps, soit au minimum 10 % à 15 % de son emploi du temps

par semaine, pour fournir un soutien clinique aux intervenants de l'équipe. La proportion de temps consacré au soutien clinique doit être ajustée à la hausse en fonction des besoins particuliers de l'équipe, de sa composition ainsi que de la complexité des cas cliniques.

7. APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES POUR LA PRATIQUE DU SIF

Afin de respecter les normes attendues, les ESSS qui offrent des services de SIF doivent rendre accessibles certaines données pour suivre les investissements liés au programme et se conformer autant que possible aux normes spécifiques du SIF. Dans cette optique, un processus d'homologation sera mis en place pour aider les équipes à atteindre les normes de qualité attendues. Ce processus d'appréciation de la pratique vise à évaluer la qualité et la conformité des équipes tous les deux ans et les guidera dans leur démarche d'amélioration continue.

7.1. Processus d'amélioration continue

L'appréciation de la pratique du SIF s'inscrit dans un processus d'amélioration continue visant à soutenir l'application des meilleures pratiques. Des recommandations sont formulées pour identifier les domaines nécessitant des améliorations en se basant sur des évaluations des pratiques actuelles, des données et des indicateurs de performance.

CONCLUSION

Ce premier cadre de référence a permis de mieux définir le programme de SIF et d'apporter les nuances qui le différencient des autres équipes de suivi dans la communauté, soit celles du SIM et du SIV. L'organisation de services du SIF se fait connaître de plus en plus au Québec, principalement pour les réseaux locaux de services (RLS) regroupant des populations de 20 000 à 50 000 habitants. Le SIF est un programme bien adapté à ces milieux spécifiques puisque le pourcentage de personnes qui requièrent un suivi en équipe interdisciplinaire n'y est pas suffisamment élevé pour mettre en place une équipe de SIM. La dimension forte du SIF est qu'il déploie un large éventail de services réunissant l'ensemble des composantes des programmes de suivi dans la communauté au sein d'une même équipe, ce qui favorise une continuité et limite la rupture des soins et services. Au Québec, 40 RLS ont une population se situant entre 20 000 et 50 000 habitants. On trouve actuellement 20 RLS ayant adopté l'offre de services du SIF afin de mieux répondre aux multiples besoins des troubles mentaux graves. Cette offre de services prometteuse est donc appelée à grandir au fil des prochaines années. Ainsi, la pratique du SIF au Québec évoluera avec l'expérience des équipes actuelles et sera bonifiée avec les milieux qui l'auront déployée pour faire avancer les connaissances expérientielles de la pratique.

GLOSSAIRE

Analyse : l'analyse des informations consiste à chercher le sens et la signification à accorder aux informations recueillies dans le but de circonscrire la nature des problèmes et des besoins de la personne et de clarifier sa demande. L'analyse comprend notamment l'appréciation du degré d'urgence, la vérification de critères d'obtention de services et la détermination des services à offrir en fonction des besoins identifiés. L'analyse permet également d'identifier des facteurs de risque pouvant mener à des problèmes plus importants. Elle se fonde sur la collaboration avec les autres services du CISSS ou du CIUSSS ou avec les autres milieux et services qui assurent un rôle de soutien.

Charge de travail : la charge de travail du SIF englobe tous les usagers qui reçoivent des services du programme de SIF, ce qui inclut tous les suivis individuels et tous les suivis étroits en interdisciplinarité.

Entourage : l'entourage inclut les parents, les membres de la fratrie, les familles d'accueil, les conjoints, les enfants, les amis et toute autre personne intéressée par le processus de rétablissement d'un proche. Il inclut également le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur, principalement en ce qui concerne les aspects légaux (par exemple, le consentement).

Équipe interdisciplinaire : selon l'Office des professions du Québec, « dans une équipe interdisciplinaire, les résultats des évaluations, des observations et des interventions réalisées par les différents professionnels et autres intervenants sont mis en commun en vue de partager une compréhension globale de la situation et de s'entendre sur des objectifs communs d'intervention. Les membres de l'équipe interdisciplinaire travaillent ensemble ».

Évaluation : il s'agit de la mesure de conformité par rapport au cadre de référence du programme.

Formation : nous renvoyons ici à la formation sur les concepts de base nécessaires afin d'assurer une prestation optimale de services par les intervenants en lien avec le programme, et non à la formation sur les approches complémentaires pouvant être utiles aux intervenants (comme les techniques ou les outils issus des modèles cognitivo-comportementaux, l'approche motivationnelle, etc.).

Intervenant : l'intervenant, terme générique, désigne tout professionnel de la santé et des services sociaux, y compris les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel, qui travaille auprès de la personne utilisatrice de services et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen des besoins psychosociaux additionnels de celle-ci.

Intervenant-pivot : il s'agit de l'intervenant principal auquel la personne se réfère lorsque sa situation et ses besoins se modifient. L'intervenant-pivot est responsable d'offrir un

suivi aux personnes prises en charge par le SIF et de coordonner les services requis avec les partenaires.

Intervention de démarchage (outreach) : il s'agit d'aller, de façon proactive, vers les personnes là où elles se trouvent, dans le but d'établir un lien de confiance avec elles, de réaliser des interventions et de les accompagner vers les différents services et ressources appropriés.

Mini-équipe : la composition d'une mini-équipe se définit par la mise en place d'un sous-groupe d'intervenants, soit trois intervenants en moyenne qui graviteront plus étroitement autour d'un usager. Ces intervenants sont désignés en lien avec leur titre d'emploi et selon l'analyse des besoins identifiés pour l'atteinte des objectifs.

Professionnel : c'est un membre d'un ordre titulaire d'un permis délivré par son ordre et inscrit au tableau de ce dernier. Dans le cadre du présent document, il désigne toute personne exerçant l'une des professions réglementées et régies par le *Code des professions* du Québec qui intervient selon son champ d'exercice.

Professionnel offrant le soutien clinique : pour la pratique du SIF, nous faisons référence au coordonnateur clinique, connu également sous le nom de *chef d'équipe*.

Ratio : le ratio sert à exprimer le nombre moyen de clients par intervenant.

Réadaptation : la réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée entre autres auprès des personnes présentant des problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement.

Requis : les requis renvoient au nombre d'adultes ou de jeunes qui devraient théoriquement recevoir le service.

Requis de services : les requis de services constituent des repères qui permettent d'orienter, d'optimiser et de développer le territoire couvert. En vertu du principe de responsabilité populationnelle, les établissements ont le mandat d'améliorer et d'adapter progressivement l'offre de services de leur territoire en vue de la rendre conforme à ces standards, en collaboration avec leurs partenaires.

Rétablissement : il s'agit de l'expérience de la personne et de son cheminement vers une vie qu'elle considère comme satisfaisante et épanouissante, et ce, malgré la maladie mentale et la persistance de symptômes.

Soutien clinique : le soutien clinique est un processus d'échange formel favorisant l'amélioration continue des pratiques.

Traitement : il s'agit de l'ensemble des mesures visant à guérir, à soulager ou à prévenir un trouble. Dans ce guide de pratique, les traitements incluent la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions.

Usager : un usager correspond à toute personne utilisatrice des services du SIF.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Association des psychiatres du Canada. (2006, mars). *Wait time benchmarks for patients with serious psychiatric illnesses*. https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Wait-times-CPA_policy_paper_1-web-EN.pdf
- Becker, D. R., Drake, R. E. et Bond, G. R. (2016). Recent advances in supported employment for people with serious mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(3), 196-201.
- Bernard, J. M. et Goodyear, R. K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3^e éd.). Pearson Education.
- Bush, C., Langford, W., Rosen, P. et Gott, W. (1990). Operation outreach: intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(6), 647-649.
- Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale. (2016a). *À portée de main*. <https://cerrisweb.com/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/retablissement>
- Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants. (2019). *Les troubles concomitants : synthèse des connaissances*.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement. Ottawa, Ontario : Chez l'auteur.
- Corbiere, M., & Lecomte, T. (2009). Vocational Services Provided to Individuals Affected by Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38-50.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. et Solomon, P. (2007). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. Guilford Press.
- Descôteaux, M., Lavoie, P. et St-Jean, K. (2019). *L'outreach en santé mentale* [document de travail]. Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Fleury, M. et Latimer, E. (2004). Les enjeux systémiques qui sous-tendent les nouvelles interventions. Dans T. Lecomte et C. Leclerc (dir.), *Intervention de pointe en réadaptation psychiatrique* (p. 351-377). Presses de l'Université du Québec.
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. et Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 234-258.

- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Fleury, M.-J., Kisely, S. et Lesage, A. (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale* (publication n° 2963). Institut national de santé publique du Québec.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2019). *La prise de décision partagée : une approche gagnante* [capsule narrée].
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Planifier la réalisation du projet*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-projet-en-lien-responsabilite-populationnelle/planifier-realisation-du-projet-convenir-modalites-soutien/planifier-realisation-du-projet>
- Latimer, E. (2008). Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec (Monographie No. AETMIS MO-2008-01), pp.1-73).
- 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.
- Leavey, G., McGrellis, S., Forbes, T., Thampi, A., Davidson, G., Rosato, M., Bunting, B., Divin, N., Hughes, L., Toal, A., Paul, M. et Singh, S. P. (2019). Improving mental health pathways and care for adolescents in transition to adult services (IMPACT): A retrospective case note review of social and clinical determinants of transition. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 955-963.
- Lecomte, T et Leclerc, C. (2012). Manuel de réadaptation psychiatrique, 2e édition. Presse de l'université du Québec.
- Lecomte, T. (2023) Manuel de réadaptation psychiatrique, 3e édition: Presse de l'Université du Québec.
- Lecomte, T., Corbière, M. et Leclerc, C. (2014b). Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatrique : auxquelles accorder la priorité et pourquoi? *Revue canadienne de psychiatrie*, 59(4), 196-202.
- Leclerc, C. et Thérien, P. (2012). Les interventions destinées aux proches des personnes souffrant de troubles mentaux. In T. Lecomte et C. Leclerc (Eds.), Manuel de réadaptation psychiatrique (pp. 209-224). Presses de l'Université du Québec.
- Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. American Psychiatric Publishing.
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. RLRQ, chapitre P-38.001. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>

- Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ, chapitre S-4.2.
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement* (publication n° 17-914-17W).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *La mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement : guide d'accompagnement* (publication n° 17-914-03W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-03W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018a). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux* (publication n° 17-917-07W).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018b). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 : prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet* (publication n° 18-804-02W).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Cadre de référence Aire Ouverte* (publication n° 21-914-12W).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-12W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b). *Document d'information à l'intention des établissements – soins et services en santé mentale des jeunes. Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)* (publication n° 21-914-19W).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-19W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021c). *Troubles mentaux fréquents : Repérage et trajectoires de services. Guide de pratique clinique* (publication n° 21-914-11W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-11W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022a). *Cadre de référence : programmes pour premiers épisodes psychotiques* (publication n° 22-914-01W).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022b). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec : cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux* (publication n° 22-914-27W).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022c). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : s'unir pour un mieux-être collectif* (publication n° 21-914-14W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

- Morin, M.-H. (2012). D'agent causal... à famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de familles dans les pratiques en santé mentale. *Le Partenaire*, 20 (4), 4-10.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>
- Office des professions du Québec. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*. Gouvernement du Québec.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation : lignes directrices*.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2017). *Cadre de référence : le psychoéducateur en santé mentale adulte*.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2022). Guide de pratique professionnelle: *L'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre de la tutelle au majeur, du mandat de protection ou de la représentation temporaire du majeur inapte*. https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2022/11/Guide_Pratique_Professionnelle_PL18-1.pdf
- Poirier, C. (2018). *Cadre de référence sur les plans d'intervention et les plans de services individualisés*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord. <https://numerique.banq.gc.ca/patrimoine/details/52327/3435954>
- Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 319-333.
- Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities* (2^e éd.). Oxford University Press.
- Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services* (3^e éd.). Oxford University Press.
- Sherman, P. S. et Ryan, C. S. (1998). Intensity and duration of intensive case management services. *Psychiatric Services*, 49(12), 1585-1587. <https://doi.org/10.1176/ps.49.12.1585>
- Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2015). *Les meilleures pratiques cliniques en réadaptation psychosociale : note informative*.
- Van Veldhuizen, J. R. et Bahler, M. (2015). *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT)*.

