



**SUIVI INTENSIF
DANS LE MILIEU (SIM)
CADRE DE RÉFÉRENCE**

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

Pascale Dumais, conseillère SIM

Pierre Desgagné, conseiller SIM

François Neveu, coordonnateur des équipes de suivi dans la communauté

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 cadre de référence officiel pour ce programme.

RÉVISION LINGUISTIQUE

Lise Bolduc

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, 2024

ISBN : 978-2-550-98414-6 (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

Nous tenons également à exprimer toute notre reconnaissance aux autres intervenants, pairs-aidants, gestionnaires et médecins qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce document. Leur engagement a joué un rôle important dans l'élaboration de ce cadre de référence pour ce programme.

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'interventions dans la communauté auprès d'usagers présentant des troubles mentaux. Il vise à présenter le programme du suivi intensif dans le milieu pour soutenir les établissements dans l'harmonisation de cette pratique au Québec.

TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION	1
1 OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS	3
1.1 Objectifs organisationnels et cliniques	3
1.2 Principes directeurs	3
1.2.1 Assurer la primauté de la personne	4
1.2.2 Accès aux services	4
1.2.3 Intervention de proximité	4
1.2.4 Soutien de l'engagement dans les services	4
1.2.5 Soins et services axés sur le rétablissement	4
1.2.6 Collaboration et partenariat	5
1.2.7 Services offerts avec efficience et efficacité basés sur les données probantes	5
2 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT ORGANISATIONNELLES	7
2.1 Population visée	7
2.1.1 Clientèle cible	7
2.1.2 Problématiques associées	8
2.2 Accès	8
2.3 Démarchage	9
2.4 Horaire des services, gestion des urgences	10
2.5 Composition de l'équipe	10
2.5.1 Titres d'emploi essentiels d'une équipe SIM	11
2.6 Rôles et responsabilités des intervenants	12
2.6.1 Chef d'équipe	12
2.6.2 Intervenant pivot	13
2.6.3 Le répartiteur de tâches	13
2.6.4 Intervenant ressource en dépendances	13

3 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT CLINIQUES 15

3.1 Utilisation d'outils de suivi.....	15
3.2 Les rencontres d'équipe.....	16
3.2.1 Rencontre de planification quotidienne.....	16
3.2.2 Rencontre de mini équipe.....	16
3.2.3 Rencontre hebdomadaire.....	17
3.2.4 Rencontre organisationnelle (<i>staff day</i>).....	17
3.3 Dispensation des services.....	17
3.3.1 Services de réadaptation psychosociale.....	18
3.3.2 Ratio et intensité de suivi.....	18
3.3.3 Service dans la communauté.....	18
3.3.4 Engagement de la personne suivie.....	19
3.4 Participation aux hospitalisations.....	19
3.5 Collaboration proches, partenaires.....	19
3.6 Intervention sur les troubles concomitants.....	20
3.6.1 Principes d'intervention en trouble concomitant.....	21
3.6.2 Intervenant ressource en dépendances.....	22

4 PROCESSUS CLINIQUE 23

4.1 Collecte de données et analyse initiale.....	23
4.2 Planification du plan d'intervention.....	24
4.3 Situation actuelle de la personne.....	24
4.4 Situation souhaitée par la personne.....	25
4.5 Identification des objectifs.....	25
4.6 Moyens utilisés pour atteindre les objectifs.....	25
4.7 Actualisation de l'intervention.....	26
4.8 Bilan et révision des objectifs : poursuite du suivi, fin du suivi ou transfert vers un autre partenaire.....	26
4.8.1 Poursuite du suivi.....	26
4.8.2 Fin du suivi ou transfert vers un autre partenaire.....	26

5	CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES	29
5.1	Enjeux médico-légaux.....	29
5.2	Troubles mentaux graves et enjeux liés à l'instabilité résidentielle et itinérance	30
5.3	Habitudes de vie et gestion des problèmes métaboliques	31
5.4	Troubles mentaux graves et enjeux liés à un trouble de la personnalité.....	32
5.5	Troubles mentaux graves et enjeux liés au vieillissement de la personne	32
6	SOUTIEN AUX INTERVENANTS	33
6.1	Professionnel offrant le soutien clinique	33
6.2	Soutien clinique individuel.....	33
6.3	Soutien clinique en équipe.....	34
6.4	Soutien organisationnel.....	34
7	AMÉLIORATION CONTINUE ET APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES	35
	CONCLUSION	37
	BIBLIOGRAPHIE	39

LISTE DES ACRONYMES

AHQ	Association des hôpitaux du Québec
CETM	Commission d'examen des troubles mentaux
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
ESSS	Établissement de santé et de services sociaux
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
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
PAID	Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028
PAII	Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026
PAJSM	Programme accompagnement justice santé mentale
PI	Plan d'intervention
PPEP	Programme pour premiers épisodes psychotiques
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SIF	Suivi d'intensité flexible
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Soutien d'intensité variable
TAQ	Tribunal administratif du Québec
TC	Troubles concomitants
TUS	Troubles liés à l'usage de substances

INTRODUCTION

Ce *Cadre de référence pour le programme de suivi intensif dans le milieu (SIM)* se veut une mise à jour du *Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif* dans la communauté publié par l'Association des hôpitaux du Québec en 2004. Il s'adresse aux établissements de santé et services sociaux (ESSS), aux gestionnaires et intervenants offrant des services axés sur le modèle SIM dans une perspective d'harmonisation de cette pratique au Québec. Il présente les approches cliniques et les modalités de fonctionnement issues des données probantes et de la littérature scientifique récente que les établissements doivent respecter pour favoriser l'efficacité et l'efficacéité de leur programme (Bond et Drake, 2015). Il prend également en compte les objectifs et orientations énoncés dans le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (PAISM) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2022), en regard de l'implantation des bonnes pratiques. Il vise essentiellement à consolider l'offre de service actuel.

Les premières équipes de suivi intensif dans le milieu ont été déployées au Québec dans les années 1990. Ce modèle d'organisation de services s'est développé aux États-Unis à partir des travaux de Stein et Test (Stein et Test 1980) et a été adapté au Québec par la suite (Thomson, Gélinas et Ricard, 2002 ; AHQ, 2004). Au cours des dernières années, une abondante littérature a confirmé les avantages aux personnes suivies ainsi qu'à leur entourage, à la condition toutefois que les principes cliniques ainsi que les modèles de dispensation des services propres à ce programme soient respectés (Dieterich et coll., 2017). L'efficacité de ce programme ayant été démontrée, le SIM fait maintenant partie d'un continuum de services spécifiques et spécialisés de réadaptation avec les programmes de suivi dans la communauté tels que les programmes pour premiers épisodes psychotiques (PPEP), le suivi d'intensité flexible (SIF) et le soutien d'intensité variable (SIV).

La philosophie d'intervention de ce programme part du principe que les personnes suivies sont des citoyens à part entière qui ont droit à une vie décente et digne. Il s'agit d'un modèle de service offert aux adultes présentant des troubles mentaux graves, dont la condition est instable et qui peuvent être réfractaires aux traitements, basé sur une approche de réadaptation psychosociale et de collaboration avec la personne.

Comme ailleurs en Amérique du Nord et en Europe, des adaptations au modèle d'intervention original se sont avérées nécessaires considérant à la fois l'évolution des besoins de la clientèle et les avancées scientifiques récentes. Ces ajustements ont été réalisés tout en s'assurant de préserver les fondements, l'efficacité et la pertinence de la pratique SIM.



1

OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS

Les objectifs organisationnels réfèrent aux résultats désirés dans une organisation. Les ESSS ayant la responsabilité d'offrir des services SIM doivent viser l'atteinte des objectifs suivants.

1.1 Objectifs organisationnels et cliniques

- Garantir un accès facile aux services du SIM, et ce dans le respect des délais, pour toutes personnes ayant un requis de service SIM au sein du RSSS. Les besoins particuliers doivent être considérés afin de permettre à toutes les personnes d'accéder aux services spécialisés en santé mentale de manière juste et équitable, en surmontant les barrières telles que l'isolement social, la discrimination et la stigmatisation. Pour y parvenir, l'ESSS doit :
 - Avoir une équipe SIM et s'assurer qu'un nombre suffisant d'intervenants et de psychiatres y sont affectés.
 - Assurer un accès facile en ayant une équipe SIM présente et connue dans la communauté.
 - Mettre en œuvre les meilleures pratiques recommandées dans ce présent cadre pour répondre aux besoins des personnes suivies.
- 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 SIM et ainsi de garantir une prestation de services optimale. Pour y arriver, l'ESSS doit :
 - Assurer le suivi régulier du fonctionnement du SIM en utilisant des indicateurs clés de performance.
 - Rendre accessibles les données au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour favoriser une amélioration continue des services.
 - Collaborer au processus d'appréciation de la qualité des services des équipes du SIM dans le cadre d'un processus d'homologation des équipes.

1.2 Principes directeurs

Les principes directeurs du SIM s'inspirent du Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026 (MSSS, 2022c).

1.2.1 Assurer la primauté de la personne

Les services dispensés par le SIM sont centrés sur les besoins de la personne et de son entourage, comme défini dans le Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) : « Le concept de primauté de la personne réfère au respect de la personnalité, de la façon de vivre et des différences d'un individu, à la prise en compte de l'ensemble de ses besoins, de sa situation biopsychosociale, de son point de vue et de ses capacités. La primauté de la personne met également l'accent sur l'importance de la participation active de celle-ci et de ses proches ».

1.2.2 Accès aux services

Le Plan stratégique du MSSS 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.

1.2.3 Intervention de proximité

Le SIM s'adapte 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 tenant des rencontres dans leur milieu de vie. Cela permet une évaluation précise et complète de la personne ainsi qu'une consolidation des acquis dans un environnement de vie réel.

1.2.4 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.

1.2.5 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 intervenants des équipes SIM soutiennent le rétablissement de la personne afin de lui permettre de redonner un sens à sa vie et de la rendre satisfaisante. Les interventions seront basées sur des pratiques cliniques reconnues et influencées par les forces et les expériences des usagers.

1.2.6 Collaboration et partenariat

Pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble mental, une collaboration 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.

1.2.7 Services offerts avec efficience et efficacité basés sur les données probantes

La LSSSS encadre le droit à toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans scientifique, humain et social, de façon personnalisée et sécuritaire. Les intervenants de la santé doivent évidemment exercer leur profession avec compétence, prudence et diligence. Pour ce faire, ils doivent avoir accès à du soutien clinique et de la formation continue leur permettant de développer et de maintenir leur expertise.



2

MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT ORGANISATIONNELLES

Une équipe SIM vise à la fois le traitement et la réadaptation psychosociale des adultes ayant un trouble de santé mentale grave, dans la communauté de personnes nécessitant une grande intensité de services, et ce pour une durée de suivi pouvant varier généralement entre 3 à 5 ans. Cette section porte sur les conditions essentielles pour un fonctionnement optimal au sein d'une équipe SIM.

2.1 Population visée

2.1.1 Clientèle cible

Le programme s'adresse aux personnes adultes présentant des troubles mentaux graves et dont les symptômes actifs affectent grandement le fonctionnement et l'intégration sociale. Ce sont des personnes qui nécessitent un traitement et du soutien en réadaptation à long terme. Elles démontrent des difficultés fonctionnelles liées au trouble mental tout en ayant un potentiel de réadaptation. Elles peuvent également présenter l'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Être réfractaire au traitement psychiatrique traditionnel ou avoir vécu des échecs avec d'autres services de suivi de moindre intensité;
- Être hospitalisée à répétition en unités de soins psychiatriques ou se présenter souvent à l'urgence pour des problèmes liés à son trouble mental;
- Présenter des problèmes liés à l'usage de substances de façon concomitante;
- Présenter des troubles de comportement pouvant affecter l'intégration sociale;
- Présenter des risques de devenir en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle;
- Présenter des enjeux médico-légaux.

Le programme est principalement conçu pour répondre aux besoins des adultes manifestant 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 (American Psychiatric Association, 2015). Le trouble mental grave doit être la cause principale du dysfonctionnement.

Le programme n'est pas conçu pour répondre à des besoins transitoires, à court terme ou postcrise. Pour maintenir l'efficacité du programme, la proportion de personnes suivies dont le profil ne correspond pas à la population cible ne devrait pas dépasser 10 % de tous les dossiers actifs du programme.

2.1.2 Problématiques associées

Dans les dernières années, il a été observé une plus grande prévalence de certaines problématiques associées à la clientèle. Ces problématiques peuvent rendre les interventions plus complexes ou nécessiter des approches ou des connaissances particulières. Lorsqu'une condition associée est présente, l'analyse rigoureuse et l'identification des enjeux nuisant au fonctionnement psychosocial de la personne sont essentielles pour planifier les interventions adéquates. Dans tous les cas, le développement d'une alliance thérapeutique avec la personne doit être une priorité et une fois établie, l'équipe sera davantage en mesure d'offrir ses services.

Bien que l'équipe SIM joue un rôle central dans la prestation des services, la création de partenariats, que ce soit avec d'autres programmes de l'établissement, avec des organismes communautaires ou avec des GMF, est importante et souvent nécessaire pour permettre l'atteinte des objectifs de traitement et de réadaptation psychosociale. Toutefois, si la condition associée à l'un de ces problèmes est plus prédominante 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 ou de travailler en collaboration avec d'autres programmes, services ou partenaires afin de répondre plus adéquatement aux besoins de la personne.

2.2 Accès

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. Les références pour le programme SIM peuvent provenir de partout. Pour qu'une équipe soit connue et reconnue dans la communauté, il est important d'avoir une diversité dans les références et qu'une proportion significative des usagers soit recrutée hors du RSSS.

Il existe principalement trois mécanismes par lesquels les équipes peuvent recruter de nouvelles personnes, soit par les références du RSSS (mécanisme d'accès en santé mentale (MASM, 2022), urgence, hôpital, cliniques externes et autres programmes, services), les partenaires externes (organismes communautaires, services policiers, familles, entourage, autoréférence et autres) ou par du démarchage dans la communauté.

Pour chaque nouvelle demande, l'équipe du SIM est responsable d'évaluer les besoins et les services requis dans un délai de 7 jours calendaires. Le délai d'accès à la prise en charge de l'équipe suivant l'assignation de la demande doit se faire à l'intérieur de 30 jours calendaires.

Pour les références ayant déjà une collecte de données complète de la situation biopsychosociale, particulièrement celles provenant du MASM, il n'est pas nécessaire d'en faire une nouvelle. Toutefois, l'équipe pourra ajouter ou bonifier les nouvelles informations à la suite de la visite dans le milieu. En cas d'incertitude sur l'admissibilité d'une personne référée, l'équipe SIM peut réaliser une analyse complémentaire en partenariat avec le référent. Si le refus est décidé, il doit reposer sur des éléments cliniques documentés et être communiqué au demandeur dans les 7 jours suivant la référence. L'équipe doit s'assurer de rediriger la personne vers le programme ou service qui sera le plus approprié.

Le taux de roulement des nouvelles admissions attendu est une moyenne de 25 % (ex. : pour une équipe de 10 intervenants ayant un équivalent temps complet (ETC), il est attendu qu'elle puisse accueillir un minimum de 20 nouvelles demandes par année). Pour une équipe dont les cibles sont atteintes, il est important d'évaluer en continu le requis de service des usagers afin de permettre une fluidité dans les demandes et les prises en charge.

2.3 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 services sociaux. 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. Dans certaines régions, il peut y avoir des obstacles, comme l'absence de moyens de transport adéquats qui limite l'accès aux services nécessaires. Pour pallier ces obstacles, l'équipe doit mettre en place des stratégies d'interventions 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. Cette démarche s'inscrit dans un objectif de rejoindre des personnes n'ayant pas accès aux différents services en santé mentale, soit parce qu'elles sont isolées, désaffiliées ou encore en rupture avec le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Les interventions de démarchage (*outreach*) consistent, de façon proactive, à aller vers les personnes isolées et en besoin. Une équipe SIM doit se préoccuper de ces personnes et faire du démarchage en complément des mécanismes de référence en place dans l'établissement et d'autres services ayant cette responsabilité. Plus spécifiquement, la notion de démarchage implique que l'équipe planifie du temps pour aller directement dans la communauté et créer des alliances avec des partenaires. L'équipe peut aussi utiliser une variété de techniques et stratégies afin de favoriser l'alliance thérapeutique et l'engagement des usagers, telles que des stratégies utilitaires et ponctuelles. À travers ces stratégies, il faut faire preuve d'ouverture, de flexibilité et de créativité tout en respectant le rythme de la personne. L'objectif est d'établir des liens de confiance, de fournir des interventions appropriées et d'accompagner les individus vers les services et ressources qui leur conviennent.

Une autre forme de démarchage consiste également à mettre en place des mécanismes de liaison ou de signalement avec des partenaires référents (ex. : accueil psychosocial des services sociaux généraux, urgences psychiatriques, centres d'hébergement de crise, etc.). 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, les policiers, Aire ouverte (qui a également comme objectif de mener des activités de démarchage) (Cadre de référence Aire ouverte, MSSS, 2021) et bien d'autres. Ceci doit permettre d'entrer en contact régulièrement avec des personnes qui fréquentent ces lieux, mais qui reconnaissent peu ou pas la présence du trouble mental, de leurs symptômes et de leur impact sur leur fonctionnement ou leur environnement ou encore dont le suivi par un autre service est difficile. Il s'agit alors, par des contacts réguliers ainsi qu'avec différentes stratégies d'engagement, de tenter de créer un lien avec ces personnes.

2.4 Horaire des services, gestion des urgences

L'équipe SIM a la responsabilité d'offrir les services sur un horaire étendu, allant sur une plage horaire quotidienne de semaine jusqu'à 20 heures et minimalement une journée la fin de semaine de jour. Les services de soir ne devraient pas se limiter à la distribution de médicaments, mais devraient également comporter des activités de réadaptation psychosociale. L'équipe doit être en mesure de maintenir les services les journées fériées et en période de vacances.

En dehors des heures de l'équipe SIM, les personnes suivies doivent être informées des alternatives en cas de besoin (Services 911, 811 Info-Social et Info-Santé, centre de crise, service de garde, etc.). Lorsque possible, il est souhaité d'avoir un mécanisme de liaison avec les services généraux de l'établissement (urgence détresse, service de garde de l'établissement) afin de pouvoir transmettre les informations et consignes en cas de besoin.

2.5 Composition de l'équipe

Afin d'assurer l'actualisation de l'ensemble des tâches, des rôles et responsabilités des intervenants ainsi que le respect d'un horaire étendu, l'efficacité d'une équipe est optimale lorsqu'elle compte 10 intervenants ETC. Toutefois, en fonction de la réalité propre à chaque établissement, une équipe complète peut varier entre 7 à 12 intervenants ETC.

Plusieurs rôles sont nécessaires pour assurer une prestation efficace et conforme. La composition de l'équipe de SIM 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. L'équipe du SIM doit être composée d'intervenants ayant un équivalent temps complet et provenant d'au moins quatre titres d'emploi différents. Depuis les dernières années, on y retrouve les titres d'emplois d'agents de relations humaines, d'éducateurs spécialisés, d'ergothérapeutes, d'infirmières, de pairs aidants, de psychoéducateurs et de travailleurs sociaux. Toutefois, de nouveaux titres d'emploi se sont ajoutés au cours des années, permettant ainsi de diversifier les expertises professionnelles dans l'équipe. C'est ainsi qu'on a vu apparaître des intervenants provenant, entre autres, des domaines de la criminologie, de la sexologie et de la kinésiologie.

Dans une perspective de travail en interdisciplinarité, l'accès à une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM) pour le SIM peut être une valeur ajoutée au programme. Elle peut assurer un rôle de liaison, de coordination des soins interdisciplinaires et de soutien clinique à l'équipe en travaillant en collaboration avec l'équipe et en complémentarité avec le médecin psychiatre. Certaines responsabilités auprès des usagers du programme s'apparentent à celles du psychiatre. Ainsi, certaines heures consacrées aux psychiatres peuvent être compensées par l'IPSSM, mais sa présence ne se substitue pas au psychiatre.

2.5.1 Titres d'emploi essentiels d'une équipe SIM

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.

Psychiatre

Le traitement étant un élément essentiel de l'offre de services SIM, il est nécessaire qu'un psychiatre ou des psychiatres soient intégrés à l'équipe. L'ensemble des usagers au sein du SIM doit être pris en charge par un psychiatre. En plus du traitement, il collabore avec le chef d'équipe pour coordonner l'offre de services et il soutient l'équipe dans l'élaboration du plan de suivi. Il doit être en mesure de soutenir l'équipe lors des situations de crise, effectuer des visites à domicile, participer aux rencontres hebdomadaires ou mini équipe, avoir une souplesse d'horaire pour des rendez-vous de suivi et d'urgence. Il peut également contribuer à la formation des intervenants. À titre indicatif, les besoins en psychiatres correspondent à un ratio de 80 personnes suivies au SIM pour 0.5 ETC ou équivalent à 70 heures par période. Dans le contexte où l'on retrouverait un ou des psychiatres à temps partiel dans une équipe, il est important qu'ils soient disponibles à des heures prévisibles. Ce calcul tient compte que le ratio psychiatre est adéquat pour la population du territoire. Cette profession n'est pas incluse dans le calcul des intervenants de l'équipe.

Infirmière

Pour répondre efficacement à la mission de traitement psychiatrique de l'équipe, la présence d'une infirmière est essentielle. De ses actes réservés, elle assure entre autres l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne ainsi que le suivi des mesures métaboliques et protocoles, elle entreprend les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon l'ordonnance médicale et elle administre la médication selon la prescription médicale (OIIQ, 2023). Compte tenu de la complexité clinique des usagers, il faut compter minimalement 2 et optimalement 3 infirmières pour une cohorte de 80 usagers.

Travailleur social

De ses actes réservés, le travailleur social travaillant en SIM possède l'expertise à procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre de la tutelle au majeur ou du mandat de protection (OTSTCFQ, 2022). Il faut compter minimalement 2 travailleurs sociaux pour une cohorte de 80 usagers.

Pair aidant

L'intégration d'un plus grand nombre de pairs aidants travaillant dans les services en santé mentale est l'une des mesures du PAISM (MSSS, 2022). Le soutien au rétablissement étant l'un des principes directeurs du suivi intensif, il est important que l'équipe SIM ait accès à un pair aidant. Le pair aidant apporte un savoir expérientiel qui profite autant aux personnes en suivi qu'aux intervenants afin de les sensibiliser à la complexité de ce cheminement. Son rôle, par le partage de son vécu, est de donner l'espoir, d'inspirer, de soutenir et d'offrir de l'information aux personnes et à leurs proches. Son point de vue d'utilisateur de service est mis à contribution lors des discussions cliniques en équipe. Il peut jouer un rôle important dans la création d'une alliance thérapeutique avec certains usagers réfractaires au traitement. Dans un contexte de repérage de clientèle, le pair aidant peut jouer un rôle déterminant pour créer une alliance avec les personnes qui pourraient bénéficier d'un suivi.

2.6 Rôles et responsabilités des intervenants

Le suivi intensif implique un travail en interdisciplinarité où les actions des intervenants au sein de l'équipe varient selon la situation et les besoins de la personne. Ainsi, la responsabilité de fournir des services est partagée et ne fait pas appel à des compétences professionnelles spécifiques. À titre d'exemple, la distribution de la médication, l'enseignement sur la maladie et les bonnes habitudes de vie, l'établissement de liens avec un partenaire communautaire, les liens avec le médecin de famille ou l'aide à la gestion financière sont des activités qui peuvent être dispensées par tous les membres de l'équipe. De fait, tout ce qui n'est pas une activité professionnelle réservée peut être exécuté par l'ensemble des intervenants.

2.6.1 Chef d'équipe

Chaque équipe doit être coordonnée par un chef d'équipe qui est responsable des opérations cliniques. Cette fonction est centrale pour assurer la cohésion d'équipe et assurer son efficacité. Par ses fonctions, il doit être rigoureux pour planifier et mener les activités quotidiennes de l'équipe selon les modalités de fonctionnement clinique décrites dans la section 3 et veiller au respect du processus clinique décrit à la section 4. Une part de son temps de travail doit être consacrée pour les tâches clinico-administratives. Ces tâches portent sur l'évaluation des dossiers d'admission, la coordination des activités de démarchage et de développement de partenariat, la mise en œuvre de mécanismes efficaces de communication dans l'équipe et le soutien au gestionnaire. Le chef d'équipe n'a pas de dossier actif à titre d'intervenant pivot. Il peut donner des services directs aux personnes suivies, mais cette fonction ne devrait pas dépasser 20 % de son temps afin de lui permettre de prioriser ses rôles de coordination de l'équipe et de soutien clinique auprès des intervenants.

2.6.2 Intervenant pivot

L'intervenant pivot est le membre de l'équipe qui doit veiller à ce que les services offerts soient bien coordonnés entre les différents intervenants et la cohérence des interventions avec les objectifs ciblés. Il voit à la mise à jour du PI et du kardex à la suite d'un changement important et significatif dans la situation de l'utilisateur. Il peut également avoir comme rôle de faire valoir les droits et les préférences de la personne auprès de l'équipe ainsi que de faire les liens avec les partenaires communautaires ou les proches. Il a la responsabilité de s'assurer que tous les membres de l'équipe soient engagés et interviennent régulièrement auprès de la personne en fonction de ses besoins spécifiques durant l'épisode de soins et de services. Il est désigné par le chef d'équipe.

2.6.3 Le répartiteur de tâches

Le répartiteur de tâches (*shift manager*) est responsable de la répartition quotidienne des contacts et des tâches entre les intervenants. Ces derniers doivent se rapporter au répartiteur entre chaque suivi pour qu'il en soit avisé. Il s'assure que tous les contacts et les tâches soient effectués ou reportés et que les urgences qui surviennent dans le courant d'une journée soient gérées, et ce, en consultation avec le chef d'équipe et le psychiatre. Ce rôle doit offrir un soutien, en veillant à ne pas créer une charge supplémentaire pour les autres intervenants et implique de ne pas demeurer exclusivement ou systématiquement au bureau.

2.6.4 Intervenant ressource en dépendances

Un ou des intervenants-ressources en dépendance doivent être identifiés au sein de l'équipe. Cet intervenant identifié a la responsabilité de développer une connaissance plus approfondie des enjeux de dépendance dans un contexte de trouble concomitant. Ce rôle est détaillé à la section 3.6.2.



3

MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT CLINIQUES

Dans le contexte interdisciplinaire du programme SIM, l'organisation du travail ainsi que les mécanismes de partage de l'information entre les membres de l'équipe sont des éléments déterminants à considérer pour assurer l'efficacité et l'efficience des services. En effet, les bénéfices obtenus par les personnes suivies sont tributaires du respect des processus cliniques et d'une organisation du travail efficace. Cette section présente les conditions et les stratégies essentielles pour optimiser le fonctionnement de l'équipe.

Les équipes doivent se doter d'outils de suivi et de différentes modalités de rencontres d'équipe. Le but de ces rencontres est de développer et de maintenir une vision commune de la situation de l'utilisateur, de permettre la prise de décision clinique partagée et de maintenir une cohérence clinique continue. Ces rencontres permettent également :

- Une communication efficiente;
- 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.

3.1 Utilisation d'outils de suivi

Pour chaque personne suivie, il est nécessaire de créer un horaire hebdomadaire en se référant au kardex (version papier ou informatisée) afin de maintenir une cohérence avec les objectifs du PI, à gérer efficacement la charge de travail et maximiser le temps de l'équipe. Le kardex permet de regrouper les interventions, les démarches et les contacts spécifiques à venir (par qui, quand, pour combien de temps et où) planifiés en fonction des objectifs ciblés dans le PI. Les informations et les notes évolutives au dossier doivent être mises à jour quotidiennement. Les équipes doivent utiliser diverses stratégies telles que la formation de mini équipe, l'utilisation de tableaux pour répartir les tâches et responsabilités, l'utilisation d'un cahier de communication et des rencontres d'équipe pour partager l'information. Ces stratégies visent à prioriser les interventions à offrir, à transmettre l'information pertinente sur les comportements lors des contacts et à ajuster le niveau d'intensité de service. Les intervenants ont la responsabilité d'utiliser des outils sur une

base quotidienne et de s'impliquer activement pour un fonctionnement optimal de l'équipe assurant ainsi la cohérence des interactions des intervenants avec les personnes suivies et la qualité des soins et services offerts.

3.2 Les rencontres d'équipe

Il y a quatre types de rencontres pour un fonctionnement optimal d'une équipe SIM : la rencontre de planification quotidienne, la mini équipe, la rencontre de planification hebdomadaire et la rencontre organisationnelle (*staff day*). Ces rencontres ont leurs fonctions respectives en regard de la planification des services, des modifications de l'intensité du soutien et du fonctionnement de l'équipe. Toutefois, en fonction des réalités de chaque établissement, on peut retrouver des variantes. L'essentiel est que ces rencontres facilitent l'échange d'informations et appuient les processus cliniques. Les rencontres d'équipe en présentiel sont à privilégier.

3.2.1 Rencontre de planification quotidienne

Ces rencontres d'équipe servent essentiellement à coordonner les interventions de l'équipe selon la situation actuelle des personnes suivies et la disponibilité des intervenants. Il est important de s'assurer de planifier une personne qui aura le rôle de répartiteur de tâche ainsi que de la présence de tous les intervenants prévus à l'horaire du jour pour favoriser la circulation de l'information et un partage équitable des tâches et responsabilités. Elle devrait durer entre 30 à 45 minutes pour une équipe de 80 usagers. Ces rencontres peuvent avoir plusieurs objectifs :

- Communiquer les informations cliniques pertinentes et faire le suivi des interventions réalisées dans les dernières 24 heures;
- Partager les tâches et responsabilités d'équipe pour la journée;
- Planifier le temps de travail personnel selon les besoins (ex. : rédaction d'un mandat de protection);
- Répartir les suivis planifiés et prévus ce jour;
- Planifier des contacts supplémentaires.

3.2.2 Rencontre de mini équipe

La rencontre de mini équipe est essentielle au bon déroulement du processus clinique, particulièrement à l'élaboration du PI. Il s'agit d'une modalité de fonctionnement indispensable dans une équipe SIM. La rencontre de mini équipe est un groupe ponctuel d'environ 3 intervenants dont l'objectif est, entre autres, de proposer à l'ensemble de l'équipe des solutions ou de nouvelles orientations cliniques en réponse aux besoins de l'utilisateur. Cette rencontre peut également avoir une fonction-conseil en soutien à l'intervenant pivot et elle doit être sollicitée dans l'élaboration ou la révision du PI. Les intervenants de la mini équipe sont préalablement désignés par le chef d'équipe. Ces rencontres doivent être planifiées et structurées dans la fréquence et la durée. Il est attendu minimalement d'avoir 8 rencontres de mini équipe pour

l'ensemble des dossiers actifs, par période, pour une équipe de 10 ETC. Cette fréquence permettra d'assurer une coordination optimale entre les intervenants impliqués et une rigueur dans les services offerts auprès de la personne suivie.

L'intervenant pivot doit faire preuve de leadership pour planifier les rencontres et coordonner les intervenants qui composent la mini équipe. Il est important d'impliquer les acteurs pertinents lorsque nécessaire (famille, intervenant dépendance, psychiatre, partenaires). Il doit s'assurer de présenter le PI ou les solutions proposées à l'équipe et d'inscrire les activités de réadaptation psychosociale au kardex. Concernant les intervenants de la mini équipe, ils doivent avoir une bonne connaissance de la situation et des besoins de la personne suivie ainsi que collaborer au développement et à la planification du PI.

3.2.3 Rencontre hebdomadaire

La rencontre hebdomadaire est une réunion de l'équipe, où tous les intervenants de l'équipe prévus à l'horaire, y compris le psychiatre traitant sont présents. Elle devrait se tenir vers le milieu de la semaine, à un jour et à une heure fixe et d'une durée moyenne de 2 heures sous la supervision du chef d'équipe. Il est donc essentiel que l'équipe se dote d'une structure dans la préparation et l'animation de cette réunion afin d'optimiser ce temps et que chacune des personnes qui y participent puisse en bénéficier pleinement. Cette réunion est l'espace approprié pour que l'ensemble des intervenants puissent discuter des enjeux cliniques particuliers. En fait, 70 % du temps de réunion devrait être consacré à des discussions de cas. Il n'est pas nécessaire de discuter de tous les usagers, mais mettre en priorité ceux qui ont des enjeux cliniques. Elle sert à évaluer les besoins des personnes suivies, à établir des objectifs, à planifier des interventions et à assigner les intervenants qui seront responsables de l'accomplissement des tâches. Cette rencontre a aussi un volet clinico-administratif, tel que les suivis en lien avec l'amélioration continue, les bons coups de l'équipe, les enjeux de sécurité, la formation croisée, la présentation des PI, par exemple.

3.2.4 Rencontre organisationnelle (*staff day*)

L'objectif de cette rencontre est l'amélioration continue au sein de l'équipe. L'équipe peut prendre ce temps de recul pour discuter, entre autres, des procédures d'équipe, des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe et des aspects organisationnels du programme, en misant sur la créativité du groupe. C'est un moment où les intervenants, sous l'animation du chef d'équipe, peuvent réfléchir quant à leur pratique et réévaluer les façons de faire au sein de l'équipe. Ces rencontres permettent également de cibler les besoins de l'équipe, par exemple, des formations nécessaires pour mieux soutenir la pratique clinique ou des activités de consolidation d'équipe. Il est recommandé de tenir ces rencontres minimalement 2 fois par année à raison d'une demi-journée.

3.3 Dispensation des services

Un des principes directeurs du programme SIM concerne l'intervention de proximité. L'équipe doit aller vers les personnes en tenant compte de leur réalité, en offrant une intensité de suivi selon leurs besoins de réadaptation psychosociale, et ce, directement dans la communauté. La

responsabilité clinique de chaque usager repose sur l'ensemble des intervenants de l'équipe. Dans une perspective de travail en interdisciplinarité, pour assurer la cohérence des services entre eux et pour que chacun des membres de l'équipe puisse contribuer en fonction de son expertise spécifique, chaque usager doit avoir un contact en personne par au moins trois membres de l'équipe par période.

3.3.1 Services de réadaptation psychosociale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2023), la réadaptation se définit comme un ensemble d'interventions coordonnées et conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement. Dans le contexte SIM, les interventions de réadaptation psychosociale visent à aider la personne à composer avec les symptômes de la maladie et à améliorer ses habiletés afin d'atteindre un niveau d'autonomie permettant le rétablissement. Offrir l'aide directement dans le milieu de vie est un élément important du programme, car il permet un plus haut taux de succès dans les démarches entreprises par les personnes (Rapp et Goscha, 2012).

Toute personne présentant un enjeu de fonctionnement lié à son trouble mental peut bénéficier d'activités associées à la réadaptation psychosociale. L'efficacité du modèle permet des résultats significatifs au point de vue clinique tout en respectant le développement de l'autonomie de la personne (Latimer, 2003). L'équipe doit analyser les besoins de réadaptation ainsi que les enjeux cliniques ayant un effet sur l'autonomie fonctionnelle des personnes. Ce concept regroupe l'ensemble des stratégies d'intervention visant à amener une personne à un niveau de fonctionnement optimal d'un point de vue mental, physique, affectif, professionnel et social. Elle doit cibler, dans le plan d'intervention, les difficultés fonctionnelles importantes et prioritaires afin de déterminer les interventions appropriées et nécessaires (OMS, 2023).

3.3.2 Ratio et intensité de suivi

Afin de permettre une grande intensité de suivi, le ratio par intervenant est bas, soit 1 intervenant pour 9 personnes suivies. Considérant les enjeux cliniques de la clientèle SIM, les interventions dans la communauté ont un meilleur impact lorsqu'elles sont fréquentes, de courte durée et centrées sur des objectifs précis et en cohérence avec le PI. La cible minimale attendue de rencontres par personne par période est de 8 rencontres. Toutefois, considérant les besoins pour chaque personne suivie, la pratique optimale est de 12 rencontres par personne par période. L'équipe a ainsi la latitude voulue pour déterminer et réviser régulièrement l'intensité de services requis selon les besoins de la personne. Par exemple, la fréquence peut être plus élevée si elle est associée à des accompagnements quotidiens en communauté pour l'apprentissage à prendre le transport en commun ou une distribution quotidienne de la médication pour un temps déterminé.

3.3.3 Service dans la communauté

Un des principaux objectifs du SIM est d'aider la personne à s'intégrer et à se maintenir active dans sa communauté. Plusieurs données soulignent l'importance d'aller dans l'environnement des personnes afin de leur offrir des services. Selon Gélinas (2010), la dispensation des services

dans l'environnement de la personne permet d'actualiser les interventions directement là où la personne les utilise. 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. Cette approche d'intervention permet un plus haut taux de succès dans le développement et le maintien des habiletés pour les usagers. Il est attendu que 75 % des interventions se déroulent en présentiel, dans la communauté, comme dans le milieu de vie de l'utilisateur, dans un parc, dans une ressource communautaire par exemple.

3.3.4 Engagement de la personne suivie

Un des principes directeurs du programme SIM touche le soutien de l'engagement dans les services. Une équipe SIM doit donc faire preuve d'innovation, de flexibilité et de créativité au quotidien pour soutenir l'engagement des personnes, et ce, à toutes les étapes de la prestation de services (admission, suivi, transfert). Il est utile de rappeler que les personnes visées ne prennent généralement pas leurs décisions sur les éléments cliniques que nous leur présentons, mais plutôt en fonction de ce qui est sensé pour eux (Quintin et coll., 2016). Il est donc important de miser sur la création d'un lien thérapeutique. Le taux d'abandon peut être influencé par divers facteurs tels que la gravité des symptômes, les contraintes de temps, les problèmes logistiques, les croyances personnelles, l'insatisfaction à l'égard du programme ou de l'intervenant, etc. Essentiellement, l'abandon réfère à un client quittant le service avant l'atteinte de ses objectifs. Le taux d'abandon au service doit être inférieur à 10 %.

3.4 Participation aux hospitalisations

Une équipe SIM doit travailler à mettre en place des interventions dans la communauté pour éviter les hospitalisations. Néanmoins, dans certaines situations, l'hospitalisation est inévitable pour répondre aux besoins de l'utilisateur. Dans ces circonstances, l'équipe doit être proactive auprès de la personne et des équipes médicales. Pendant l'hospitalisation, l'équipe du SIM est étroitement impliquée, en assurant une présence une fois par semaine pour favoriser une communication efficace et amorcer la planification du congé éventuel. L'équipe SIM s'assure de planifier le congé avec l'équipe traitante et faire une visite dans les 24 heures de la sortie, dans la mesure du possible. L'objectif est de veiller à ce que chaque transition soit planifiée avec un retour sécuritaire dans le milieu de vie. Concernant les visites à l'urgence, il est également important que l'équipe puisse établir un mécanisme de liaison et de communication.

3.5 Collaboration proches, partenaires

Les services SIM doivent promouvoir l'implication et l'engagement des familles, de l'entourage, des partenaires de la communauté et des services de santé et services sociaux nécessaires afin de consolider un réseau autour de la personne. Selon le guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale (MSSS, 2024), cette responsabilité est entre autres partagée entre les intervenants de l'équipe, les personnes suivies et les proches. Lorsque les liens sont déjà existants avec les proches et les différents partenaires de la communauté, il est important de privilégier des interventions et des approches pour favoriser le maintien de ces liens.

L'implication des proches dans les suivis SIM est un des facteurs importants liés au rétablissement. Selon Liberman (2008), la famille est contributive au rétablissement de la personne présentant un trouble mental grave lorsqu'elle est bien informée à propos de la maladie et qu'elle est bien outillée pour offrir le soutien nécessaire. De plus, Lecomte (2014) souligne que c'est l'une des responsabilités de l'équipe de soutenir et d'informer les proches. En effet, l'intervention familiale peut aider à prévenir des rechutes et contribuer à réduire le niveau de stress pour l'ensemble de la famille, ce qui permet d'augmenter la disposition de l'utilisateur à recevoir des services.

Il est également important que les proches puissent développer des connaissances pour soutenir la personne suivie et ainsi connaître les comportements et attitudes à adopter pour l'aider. Bien que certaines personnes suivies au SIM soient particulièrement isolées, il reste essentiel d'identifier avec elles les personnes significatives de leur entourage. On vise une participation des familles et de l'entourage à plus de 80 % dans les suivis du SIM. L'implication doit donc être valorisée et intégrée dans les approches d'intervention pour assurer un rétablissement optimal de la personne suivie.

3.6 Intervention sur les troubles concomitants

Le trouble concomitant (TC) peut être défini comme une combinaison de troubles mentaux avec des problèmes d'abus d'alcool, de substances psychoactives, de jeu de hasard et d'argent, d'utilisation Internet et cyberdépendance (Skinner et coll., 2010). Les troubles mentaux sont associés à un plus grand risque de développer des problèmes de dépendance. La prévalence du trouble d'utilisation de substances chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique peut varier autour de 40 à 50 % (Hunt et coll., 2018; INSPQ, 2020). En ce qui concerne les troubles bipolaires, la prévalence moyenne est de 33 % pour n'importe quel TUS (Huỳnh et coll., 2020, p. 2-3). Comparativement aux personnes présentant des troubles mentaux qui n'ont pas de TUS, les personnes présentant un TC sont davantage à risque de tentatives de suicide, d'hospitalisations, d'instabilité résidentielle, d'abandon de traitement, de rechutes et elles utilisent davantage les services (INESSS, O'Neil et Lapalme, 2016).

Le Plan d'action interministériel en dépendance (PAID) 2018-2028 (MSSS, 2018) prône un décloisonnement des services en dépendance, en santé mentale et en itinérance ainsi que l'adoption d'une approche globale dans le traitement de la personne. Par approche globale, ou intégrée, on fait référence à une démarche clinique où l'équipe traite à la fois le trouble mental et le TUS comparativement au traitement parallèle où les deux conditions sont traitées simultanément par deux équipes différentes. Si le traitement parallèle semble moins efficace qu'une approche intégrée, il peut tout de même donner de bons résultats si des mécanismes de collaboration sont en place, permettant aux deux équipes d'intervenir de façon cohérente et concertée dans la réponse aux besoins de la personne suivie.

3.6.1 Principes d'intervention en trouble concomitant

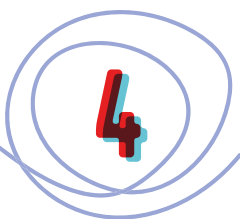
La planification du traitement des troubles concomitants doit s'inscrire d'emblée dans le cadre du processus clinique décrit à la section 4 et doit se retrouver dans le PI. L'Association canadienne de psychiatrie (Crockford et Addington, 2017) ainsi que le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC, 2019) ont émis des recommandations particulières dans la planification, l'organisation et la dispensation des soins et services, entre autres :

- Effectuer un repérage, une détection et une évaluation systématique à l'aide d'outils cliniques validés par le MSSS (ex. : AUDIT, DALI, SDS, DÉBA-A, DÉBA-D) ;
- Prendre le temps de créer l'alliance thérapeutique, être empathique, à l'écoute des besoins de la clientèle et intervenir sans jugement;
- Favoriser l'implication des proches et les soutenir ;
- Favoriser l'utilisation d'approches d'intervention fondées sur des données probantes ;
- Permettre un accès facile, simple et équitable, à partir de points d'entrée multiples, peu importe l'endroit où l'utilisateur s'adresse initialement (principe du « *No wrong door* ») ;
- Déployer un processus clinique systématique pour favoriser une offre de services cohérente (se référer à la section 4) ;
- Favoriser une organisation du travail qui permet une coordination et une continuité de services intégrés et adaptés aux situations complexes vécues par la clientèle ;
- Mettre en place des mécanismes de soutien et d'encadrement de la pratique clinique en matière de troubles concomitants (formation, soutien clinique...).

Compte tenu de la prévalence élevée des enjeux de TUS pour la clientèle SIM et de leur vulnérabilité face à la consommation, il est primordial de respecter les principes d'intervention cités ci-haut. Les intervenants doivent posséder une connaissance des outils de repérage, de détection et d'évaluation recommandés et être outillés pour intervenir avec des approches d'intervention appropriées aux enjeux de dépendance. Il est important d'assurer un repérage, une détection et une évaluation de façon systématique pour intervenir de façon intégrée et en continu. Pour la clientèle ayant un trouble concomitant, il est attendu que l'enjeu du TUS soit détaillé dans l'analyse initiale et intégré au PI de l'utilisateur afin qu'il soit priorisé au même titre que les enjeux de traitement du trouble de santé mentale. Les interventions doivent être adaptées en fonction de la motivation de l'utilisateur et doivent s'appuyer sur des approches préconisées en troubles concomitants (entretien motivationnel, réduction des méfaits, approche cognitivo-comportementale, prévention de la rechute, recours aux groupes de soutien et pairs aidants, pharmacothérapie, etc.). Ainsi, l'intervention en troubles concomitants doit être une responsabilité partagée entre tous les intervenants de l'équipe.

3.6.2 Intervenant ressource en dépendances

Afin de supporter le chef d'équipe et les intervenants de l'équipe, il est demandé d'identifier un ou des intervenants qui assureront un rôle de vigie pour cette dimension. Cet intervenant ressource en dépendance doit apporter son soutien aux intervenants SIM pour l'utilisation d'outils des troubles concomitants et pour amorcer les interventions nécessaires. Sans être un expert clinique, il joue un rôle-conseil lorsque les intervenants font face à des questions avec un outil, une approche ou à des impasses cliniques. Il favorise la mise à jour des connaissances cliniques nécessaires pour guider et soutenir l'ensemble de l'équipe en regard des meilleures pratiques. Il propose des outils d'évaluation et de suivi. Il peut être appelé à faire des co-interventions avec des collègues pour développer leurs compétences et des interventions directes dans des cas plus complexes. De plus, il a la responsabilité de développer une collaboration étroite, des mécanismes de liaison, de référencement et de support clinique avec les services dans la communauté et dans le réseau qui détiennent cette expertise afin que les personnes en suivi puissent éventuellement recevoir des services externes avec le Centre de réadaptation en dépendance (CRD). Ces intervenants-ressources sont nommés en fonction de leur volonté à développer des connaissances dans ce domaine, de leurs formations (antérieures ou futures) et de leur expérience et non seulement en fonction de leur titre d'emploi.



PROCESSUS CLINIQUE

Les personnes suivies par le SIM ont des besoins variés, complexes et évolutifs. Afin d'assurer une prestation harmonieuse de soins et de services, il est essentiel que l'équipe adopte et respecte un processus clinique rigoureux pour définir les services requis à mettre en place. Selon Lecomte et coll. (2014), 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 permet 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 dans les différentes modalités d'intervention.

4.1 Collecte de données et analyse initiale

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 mener à une analyse initiale 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.

L'analyse des besoins de la personne se base sur l'ensemble des informations disponibles, que ce soit celles qui sont rapportées par la personne ou ses proches, par les partenaires référents, à travers les résumés de dossiers, etc. Ces informations aideront à déterminer les services du SIM 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 identifie les enjeux cliniques avec la personne et doit être en mesure de tracer un portrait clinique basé sur ses connaissances cliniques et théoriques 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.

4.2 Planification du plan d'intervention

Le PI est un document formel qui représente le contrat de service entre l'équipe 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 Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CERRIS) précise que « cette planification est effectuée par les intervenants, en collaboration avec les personnes suivies, dans le cadre d'un travail de concertation et elle s'appuie sur une vision globale de la situation » (CERRIS, 2016). C'est l'intervenant pivot qui a la responsabilité de coordonner et planifier l'élaboration avec le soutien des membres de la mini équipe ainsi que du chef d'équipe. 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. Le premier PI doit être rédigé dans les 8 premières semaines d'intervention. Tous les intervenants ont la responsabilité de s'assurer que le PI est en cohérence avec la situation clinique actuelle de l'utilisateur. Pour respecter les bonnes pratiques cliniques, le PI doit intégrer différentes sections.

4.3 Situation actuelle de la personne

L'intervenant pivot, avec la collaboration des membres de l'équipe, est responsable d'objectiver la situation actuelle de la personne afin de définir en quoi un suivi SIM peut lui permettre d'améliorer son autonomie fonctionnelle. Plus précisément, on doit être en mesure d'identifier quels sont les enjeux cliniques faisant obstacle au fonctionnement. Les domaines de vie suivants devraient en principe être tous explorés et les enjeux de fonctionnement clairement identifiés :

- Santé mentale ;
- Dépendance ;
- Santé physique ;
- Milieu de vie et vie quotidienne ;
- Relations familiales et sociales ;
- Problèmes légaux ou judiciaires ;
- Finances ;
- Travail, école ou occupations.

4.4 Situation souhaitée par la personne

La situation souhaitée représente les aspirations, les désirs et la perception que la personne a de sa situation pour chacun des domaines de vie. L'élaboration des objectifs du PI doit être une décision partagée et doit être réalisée après que le portrait clinique global ait été présenté à la personne suivie par l'intervenant pivot de la mini équipe. Il doit être élaboré à la lumière de ses désirs et de ses priorités.

Dans le cas d'un désaccord ou d'un enjeu de collaboration, le PI permettra de documenter les divergences d'opinions et guider la personne à faire un choix éclairé sur les objectifs à prioriser. La responsabilité des intervenants est de s'assurer que les objectifs priorités par la personne suivie soient identifiés de façon éclairée et qu'elle soit en mesure de prendre ses propres décisions permettant d'améliorer sa situation.

4.5 Identification des objectifs

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.

4.6 Moyens utilisés pour atteindre les objectifs

Pour permettre l'atteinte des objectifs inscrits au PI, les intervenants et la personne suivie utiliseront diverses stratégies. 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. La persévérance, la créativité et la flexibilité sont de mises pour favoriser l'engagement des personnes suivies afin d'augmenter l'adhésion au suivi.

4.7 Actualisation de l'intervention

Une fois que le PI est élaboré, il est important que les intervenants et la personne suivie évaluent régulièrement si les interventions identifiées permettent l'atteinte des objectifs visés. Les notes évolutives sont indispensables pour suivre l'effet des interventions mises en place. Les intervenants sont encouragés à utiliser des approches cliniques reconnues pour s'assurer que les interventions soient efficaces. Si, malgré les ajustements apportés aux interventions, les objectifs demeurent difficiles à atteindre, l'intervenant ou la mini équipe peut solliciter l'aide de son équipe en présentant la situation clinique pour bénéficier de conseils, d'idées et de du soutien clinique en vue de mettre en place des stratégies différentes ou complémentaires avec l'aide de l'équipe. L'actualisation d'un PI est une responsabilité partagée par tous les intervenants impliqués dans le suivi de la personne. Si nécessaire, la révision du PI sera effectuée avant l'échéance prévue.

4.8 Bilan et révision des objectifs : poursuite du suivi, fin du suivi ou transfert vers un autre partenaire

Pour chaque personne en suivi, l'évaluation du niveau d'atteinte des objectifs et leur révision doivent se faire dans un délai maximal de 6 mois. L'intervenant avec sa mini équipe doit réévaluer la situation clinique actuelle de la personne ainsi que l'effet des interventions précédentes sur l'atteinte des objectifs initiaux. Ils devront 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 l'intensité et le requis du suivi SIM sont toujours pertinents ou s'ils doivent cesser. Il est également indiqué de reprendre les outils de mesure utilisés initialement afin d'objectiver davantage l'évolution de la situation de la personne. Selon les résultats de ce bilan, la possibilité d'une poursuite, d'un transfert vers un partenaire répondant mieux aux besoins de la personne ou d'une fin de suivi pourra être envisagée.

4.8.1 Poursuite du suivi

Dans le cas où la personne nécessite toujours un requis de services correspondant à un suivi SIM, un nouveau PI doit être élaboré selon les conditions énumérées à la section 4.3 et les suivantes. Ce dernier demeure l'outil incontournable pour travailler de nouveaux objectifs de réadaptation psychosociale et ainsi poursuivre la planification et l'offre de soins et services du programme.

4.8.2 Fin du suivi ou transfert vers un autre partenaire

Dans le cas où il est déterminé que la personne n'a plus besoin d'une intensité de services correspondant à un suivi SIM, l'équipe a la responsabilité de l'orienter vers des programmes ou des services qui répondront mieux à ses besoins. Un transfert doit toujours être soigneusement planifié avec la personne suivie et ses proches ainsi qu'avec la nouvelle équipe, le cas échéant.

Ce processus de transition doit être inscrit dans le PI en indiquant les objectifs, les stratégies ainsi que les responsabilités des différents acteurs impliqués. Ce plan peut s'échelonner sur plusieurs semaines ou mois, selon les enjeux cliniques présents. Enfin, il est recommandé que l'équipe assure une relance et se rende disponible auprès du partenaire pour environ 3 mois afin de répondre aux questions et faciliter l'intégration de l'utilisateur vers ce nouveau programme. Pendant l'attente de la prise en charge par le nouveau service lors d'un transfert, l'équipe SIM demeure responsable du suivi.

Lors de fermeture ou transfert à un autre programme, l'intervenant doit rédiger une note synthèse au dossier. Cette note résumera la situation de la personne lors de la demande de suivi, les services offerts, un bilan de l'atteinte ou non des objectifs et l'orientation proposée. Cette note permet de dresser un bilan complet de l'épisode de soins et de services et de faire une synthèse des interventions effectuées qui pourra être utile au nouveau service ou advenant une nouvelle demande de service.



5

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Considérant la prévalence importante d'enjeux liés aux problématiques associées ainsi que les orientations du MSSS à travers ses plans d'action, les enjeux suivants devraient faire l'objet d'une attention particulière de la part des intervenants SIM.

5.1 Enjeux médico-légaux

Depuis plusieurs années, une plus grande judiciarisation des personnes présentant des troubles mentaux graves est observée. Les difficultés d'accès aux services spécialisés en santé mentale, la marginalisation ainsi que la stigmatisation des personnes atteintes sont parmi les principaux facteurs pouvant expliquer ce phénomène. Plusieurs personnes suivies au SIM ont un statut légal (ordonnance de soin, ordonnance d'hébergement, régime de protection) ou présentent des enjeux médico-légaux ou judiciaires (CETM, TAQ, PAJSM). Ces personnes sont souvent reconnues pour manquer d'engagement et présenter une mauvaise adhérence aux recommandations. Elles peuvent également présenter des besoins nombreux et complexes (dépendances, troubles de la personnalité ou de comportement, instabilité résidentielle, hospitalisations fréquentes...) nécessitant une coordination entre le système de la santé et le système de justice. Cette coordination permet à la personne de travailler à son rétablissement tout en assurant la sécurité du public.

Le suivi SIM doit être axé sur les besoins de réadaptation et non seulement sur les enjeux médico-légaux. Ceci est d'autant plus important si la personne présente des besoins de réadaptation ou que ses difficultés fonctionnelles sont principalement en lien avec ses éléments psychotiques ou bipolaires. Toutefois, les intervenants peuvent également avoir à composer avec une gestion des risques au quotidien (comportements à risque, attitude hostile, impulsivité, absence d'autocritique, abus d'alcool ou de drogue, non-adhésion ou mauvaise collaboration au traitement, etc.). Pour faciliter cette gestion des risques, il est donc suggéré que l'équipe utilise des outils cliniques structurés et validés (par exemple, selon le contexte, START, HCR-20V3, SAPROF, DUNDRUM, etc.) dans le processus d'analyse du risque et des besoins de ces personnes afin de bonifier l'élaboration du plan d'intervention. Ces outils peuvent être un bon complément au jugement clinique pour bien objectiver les enjeux.

Pour une minorité d'utilisateurs sous CETM, certaines caractéristiques (refus catégorique de traitement malgré une ordonnance, antécédents répétitifs de violence, prévalence de traits antisociaux) peuvent rendre un suivi encore plus complexe. Dans ce contexte, il est important que l'équipe SIM développe des liens de collaboration avec des intervenants ayant une expertise en psychiatrie légale (criminologues, équipes médico-légales...) ou avec le système de justice. Cette collaboration permet à la personne de travailler à son rétablissement tout en assurant

la sécurité du public. En effet, les équipes SIM visent le traitement du trouble mental et la réadaptation de la personne, mais elles ne possèdent pas nécessairement l'expertise pour travailler sur certains facteurs criminogènes.

Enfin, il est important de souligner que les troubles d'abus de substances jouent également un rôle majeur dans les enjeux de comportements problématiques de la clientèle judiciairisée (Kirchebner et coll., 2023; Marquant et coll., 2021). Ces problèmes persistent souvent à long terme malgré la stabilisation des symptômes psychiatriques, et cela demeure un des plus grands défis auxquels sont confrontés les intervenants. Par conséquent, le traitement du trouble concomitant devrait être priorisé lorsqu'il est présent chez la personne avec des enjeux médico-légaux et de comportements complexes.

5.2 Troubles mentaux graves et enjeux liés à l'instabilité résidentielle et itinérance

Les conditions de santé et de bien-être, notamment les enjeux de dépendances, les troubles de comportement et de troubles mentaux se trouvent parmi les raisons les plus fréquemment évoquées par les personnes en situation d'itinérance pour expliquer la perte de leur dernier logement (Latimer et Bordeleau, 2019). La complexité de cette situation vécue par la personne peut amener l'intervenant à se sentir impuissant face à cette réalité et dépourvu d'outil. Selon le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS, 2022), il importe d'assurer un soutien et un accompagnement selon le rythme de la personne afin de miser sur la création de l'alliance thérapeutique essentielle à l'accompagnement. La souplesse, la créativité et l'adaptation des services sont trois conditions étroitement liées à l'engagement dans une démarche de soins. De plus, sachant que les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être ont souvent des parcours difficiles (séjours en centres hospitaliers, en établissements de détention, thérapies), il est important de veiller à la continuité des services (Guide des bonnes pratiques en itinérance intégral, CREMIS, 2022).

Dans la pratique du SIM, les stratégies de démarchages, les stratégies pour trouver des ressources d'hébergement ou des logements appropriés ainsi que les partenariats avec les services de proximité spécialisés en itinérance et les organismes communautaires constituent les interventions clés pour cette clientèle. Comme recommandé dans le Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 (PAII), il est important d'assurer un soutien et une collaboration active afin de garantir la continuité et l'accessibilité à des services pour ces personnes en situation d'itinérance et de vulnérabilité. Il est important de travailler sur les causes fondamentales expliquant l'instabilité résidentielle de la personne dans le PI. Le SIM peut également jouer un rôle essentiel en matière de défense des droits de la personne.

5.3 Habitudes de vie et gestion des problèmes métaboliques

L'espérance de vie des personnes présentant des troubles mentaux graves est réduite de 15 à 20 ans comparativement à la population en général (Corell et coll., 2022). Parmi les facteurs qui expliquent ce phénomène, on retrouve une plus forte prévalence de comportements de santé problématiques (inactivité physique, tabagisme, abus de substances, mauvaise alimentation, troubles du sommeil...) parmi ces personnes (Firth et al. 2019). Ces facteurs contribuent au développement de problèmes métaboliques, cardiaques, pulmonaires ainsi qu'à un plus grand risque de cancers. Pour ajouter à ce portrait, le trouble mental en lui-même a aussi une incidence sur la morbidité, car les personnes sont parfois incapables de reconnaître et de rapporter les signes et les symptômes d'un problème de santé, d'observer le traitement médical ou de respecter les rendez-vous de suivis (Goff et coll. 2005). Le traitement pharmacologique en lui-même peut aussi contribuer à l'émergence de troubles métaboliques (De Hert et coll., 2009). Enfin, même si c'est un enjeu de santé important et que la clientèle exprime régulièrement le besoin d'en connaître plus, les problèmes métaboliques ne reçoivent pas toute l'attention dont ils devraient bénéficier de la part des intervenants en santé mentale (Romain et coll., 2020).

Par conséquent, une attention particulière doit tout de même être portée par l'ensemble des membres de l'équipe aux enjeux de santé physique et des habitudes de vie de la personne suivie. Ainsi, un dépistage des problèmes de santé métaboliques et une analyse des habitudes de vie devraient être faits systématiquement et se retrouver au dossier afin de déterminer les besoins et les stratégies d'intervention en matière de santé physique (Vancampfort et coll., 2015). L'équipe doit également, dès l'admission, soutenir l'accès à un médecin de famille, le cas échéant.

Par ailleurs, il est démontré qu'il est non seulement possible, mais également nécessaire d'intégrer de saines habitudes de vie dans le processus de réadaptation des personnes présentant des troubles mentaux sévères (Casagrande et coll., 2010). Par exemple, en raison de ses nombreux bienfaits physiques et psychologiques, il est de plus en plus suggéré d'intégrer l'activité physique dans le traitement des troubles mentaux graves (Schuch et Vancampfort, 2021). En plus de ses effets sur la santé physique, il est également démontré que l'activité physique a des effets positifs sur le fonctionnement du cerveau. Parmi les effets rapportés, on note des améliorations sur les symptômes positifs et négatifs, sur les fonctions cognitives et sur la qualité de vie, ainsi que des modifications de certaines structures cérébrales (Girdler et coll., 2019).

Il est important de préciser que même si les membres de l'équipe ont des niveaux de connaissances variés en matière de promotion de l'activité physique, de la cessation tabagique, de saines habitudes alimentaires ou d'autogestion de la santé physique ou de la médication, il s'agit d'une responsabilité partagée et tous peuvent intervenir à des degrés divers selon les objectifs au PI. Dans ce contexte, le rôle de l'équipe doit en être un de soutien actif auprès de la personne, de ses proches et des partenaires en faisant, par exemple, de l'enseignement sur l'hygiène de vie saine, le suivi de certains facteurs de risque ou la promotion de l'activité physique.

5.4 Troubles mentaux graves et enjeux liés à un trouble de la personnalité

Plusieurs personnes présentent à la fois un trouble mental grave et un trouble de la personnalité. Le fait de présenter un trouble de la personnalité ne devrait pas limiter l'accès au SIM. Ceci est d'autant plus important si la personne présente des besoins de réadaptation ou que ses incapacités fonctionnelles sont principalement en lien avec ses éléments psychotiques ou bipolaires. Sans coordination adéquate, une organisation de travail interdisciplinaire, telle que le SIM où plusieurs professionnels interviennent simultanément auprès d'une personne présentant un trouble de la personnalité, peut devenir contre-thérapeutique. Toutefois, des stratégies d'encadrement appropriées incluant la mise en place d'un PI précisant ce qui est attendu ainsi que les conséquences du non-respect du cadre peuvent atténuer ces risques et permettre à l'équipe de soutenir le rétablissement de l'utilisateur.

5.5 Troubles mentaux graves et enjeux liés au vieillissement de la personne

Le pourcentage de personnes âgées augmente au Québec et pourrait atteindre 30 % en 2030 selon l'INSPQ. Cela occasionne des défis pour le RSSS au niveau des mesures de soutien et de soins et services à offrir. Pour les gens combinant un trouble mental grave et des difficultés de fonctionnement liées au vieillissement, les défis sont encore plus nombreux. À cet effet, le PAISM (MSSS, 2022) souligne l'importance de collaborer et d'éviter la stigmatisation entre les services. La présence de troubles mentaux dans le présent ou le passé d'une personne ne peut être un frein à l'accessibilité à d'autres programmes ou à une ressource d'hébergement de soins de longue durée, à moins que les installations en place ne permettent une réponse adéquate à ses besoins.



6

SOUTIEN AUX INTERVENANTS

Tout intervenant a la responsabilité de mettre à jour ses habiletés et connaissances afin de maintenir ses compétences, et ce, de façon proactive. Les professionnels doivent respecter les exigences de leur ordre professionnel en matière d'heures de formation continue. Les établissements doivent également favoriser le développement des compétences. Le soutien clinique consiste en un ensemble d'activités structurées dans une perspective d'instaurer les conditions qui favorisent le perfectionnement des intervenants. Cette démarche vise généralement à améliorer les habiletés cliniques. Le soutien clinique peut prendre plusieurs formes. Il est recommandé d'utiliser des stratégies variées pour soutenir le travail quotidien des intervenants du SIM.

6.1 Professionnel offrant le soutien clinique

Le chef d'équipe 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 minimalement une rencontre individuelle par période avec chaque intervenant. La durée précise de ces rencontres sera déterminée en fonction des besoins de chaque intervenant. Le chef d'équipe doit attribuer suffisamment de temps, soit au minimum 30 à 40 % de son emploi du temps par semaine (soutien clinique individuel, participation à la mini équipe et aux rencontres hebdomadaires d'équipe, mentorat *in vivo*), pour fournir un soutien clinique aux intervenants de l'équipe. La proportion de temps consacré au soutien clinique doit être ajustée en fonction des besoins particuliers de l'équipe, de sa composition ainsi que de la complexité des cas cliniques.

6.2 Soutien clinique individuel

Le soutien clinique individuel est un élément essentiel pour offrir des services de qualité, pour améliorer le bien-être des personnes suivies, 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, qui est majoritairement le chef d'équipe au SIM, 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. Elles 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.

6.3 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 peuvent prendre différentes formes et offrent des occasions d'approfondir les connaissances, de relever les défis cliniques et de solliciter les expériences professionnelles au sein de l'équipe. Le soutien en groupe est une approche efficace pour mettre en œuvre les meilleures pratiques cliniques (Bernard et Goodyear, 2004). Ces rencontres complètent les réunions hebdomadaires existantes (voir la section 3.2.3).

6.4 Soutien organisationnel

La dispensation d'activités de formation continue est essentielle pour le développement des habiletés spécifiques requises dans un contexte de travail dans la communauté. Ceci est particulièrement important lors de la mise à niveau de certaines pratiques cliniques ou lors d'accueil de nouveau employé. L'organisation doit s'assurer que des stratégies de rétention des habiletés acquises à travers ces formations soient en place. Un accent doit être mis sur les thèmes suivants : dépendance, sécurité et enjeux légaux, approches cliniques reconnues et préconisées en santé mentale visant le rétablissement et la réadaptation psychosociale.



7

AMÉLIORATION CONTINUE ET APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Un processus d'amélioration continue pourrait être simplement défini comme l'ensemble des activités et outils de suivi qui visent à améliorer les services à la clientèle ou les méthodes de travail de l'équipe (caucus hebdomadaires, élaboration d'un plan d'amélioration...). La mise en place d'activités d'amélioration continue est une composante essentielle du fonctionnement de toute équipe de travail et fait partie des exigences ministérielles à l'égard des établissements. Elles nécessitent l'implication active et constante de l'ensemble des personnes qui gravitent autour de l'équipe, que ce soient les intervenants, les chefs d'équipe, les médecins ou les gestionnaires. Il est donc essentiel que l'équipe intègre une telle approche participative dans son fonctionnement.

Afin de respecter les normes de pratique attendues, les ESSS qui offrent des services de SIM doivent rendre accessibles certaines données pour suivre les investissements liés au programme et se conformer autant que possible aux normes spécifiques. Dans cette optique, un mécanisme d'évaluation et d'homologation des équipes de suivi dans la communauté a été mis en place. Ce processus d'appréciation de la pratique vise à évaluer la qualité et la conformité des équipes tous les trois ans, les guidera dans leur démarche d'amélioration continue visant à soutenir l'application des meilleures pratiques. Ses visites d'appréciation de la pratique du SIM s'inscrivent 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

Depuis plus de trente ans, le SIM est un programme de services reconnu, favorisant une meilleure intégration des personnes vivant avec un trouble mental dans la communauté et leur permettant de vivre une vie plus digne et satisfaisante. Considérant l'évolution des besoins des personnes prises en charge et des avancées cliniques, des ajustements au programme initial étaient requis. Les données scientifiques ont démontré les nombreux avantages de ce modèle, tels que la réduction des jours d'hospitalisation, le maintien en communauté et l'amélioration des symptômes de la maladie sur la qualité de vie. Cette mise à jour maintient les éléments essentiels du programme SIM, soit un ratio bas pour permettre une intensité de service, la prestation des services directement dans la communauté, les approches de démarchage, le volet de traitement et réadaptation psychosociale à travers un horaire de travail étendu et flexible ainsi qu'un travail en équipe interdisciplinaire. Considérant que les pratiques continueront d'évoluer au cours des années, il sera d'autant plus important de consolider les éléments essentiels et les partenariats afin que les intervenants soient mieux outillés pour faire face aux enjeux et cas cliniques plus complexes.

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 hôpitaux du Québec. (2004). *Guide de pratique pour les équipes de suivi dans la communauté*. Québec.
- Bernard, J. M. et Goodyear, R. K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3^e éd.). Pearson Education.
- Bond, G. R. et R. E. Drake (2015). *The critical ingredients of assertive community treatment*, World Psychiatry, vol. 14, no 2, 240-242.
- Casagrande, S.S., Jerome, G.J., Dalcin, A.T. et coll. (2010) Randomized trial of achieving healthy lifestyles in psychiatric rehabilitation: the ACHIEVE trial. *BMC Psychiatry* 10, 108 p.
- Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) (2022). *Guide des bonnes pratiques en itinérance intégral*.
- 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*.
- Correl, CU., Solmi, M., Croatto, G., et coll. (2022) Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*; 21:248–271
- Crockford, D, et Addington, D. (2017) Canadian Schizophrenia Guidelines: *Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders*; Canadian Journal of Psychiatry Volume 62, Issue 9.
- De Hert M, Dekker JM, Wood D, et al. *Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC)* Eur Psychiatry. 2009;24:412–24
- Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. *Intensive case management for severe mental illness*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 6;1(1):CD007906. doi: 10.1002/14651858.CD007906.pub3. PMID: 28067944; PMCID: PMC6472672.

- Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2019;6:675-712.
- Gélinas Daniel, « Suivi intensif en équipe et soutien d'intensité variable au Québec », *Vie sociale*, 2010/1 (N° 1), p. 129-150. DOI : 10.3917/vsoc.101.0129. URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-129.htm>
- Girdler SJ, Confino JE, Woesner ME. Exercise as a Treatment for Schizophrenia: A Review. *Psychopharmacol Bull.* 2019 Feb 15;49(1):56-69. PMID: 30858639; PMCID: PMC6386427.
- Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, Bierer M, Duckworth K, Sacks FM. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry.* 2005 Feb;66(2):183-94; quiz 147, 273-4. doi: 10.4088/jcp.v66n0205. PMID: 15705003.
- 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 de santé publique du Québec - INSPQ. (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : Troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale* (inspq.qc.ca). Section sur les troubles concomitants, pages 2-3.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Avis rédigé par Sébastien O'Neil et Micheline Lapalme. *ETMIS* 2016; 12(01): 1-83
- 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>
- Kirchbner, J., Lau, S., & Machtetanz, L. (2023). Offenders and non-offenders with schizophrenia spectrum disorders: Do they really differ in known risk factors for aggression?. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1145644.
- Latimer, Eric, *Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves* rapport présenté au Ministre de la santé et des services sociaux du Québec / Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec ; [rédigé par Eric Latimer], Montréal, le Conseil, 2003, 1 ressource en ligne, Collections de BANQ.

- Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018* (267 p.). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002292/>
- 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.
- Lieberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. American Psychiatric Publishing.
- 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>
- Marquant, T., Van Nuffel, M., Sabbe, B., & Goethals, K. (2021). *Substance Use Disorders as a Critical Element for Decision-Making in Forensic Assertive Community Treatment: A Systematic Review*. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 777141.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). Cadre de référence Aire Ouverte (publication no 21-914-12W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003235/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003699>
- 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 no 18-804-02W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002078/>
- 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 no 22-914-27W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003525/>
- 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 no 21-914-14W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021) *S'allier devant l'itinérance. Plan interministériel en itinérance 2021-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003179/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Programme de suivi d'intensité flexible (SIF) Cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003679/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2023) *Réadaptation*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation#:~:text=La%20r%C3%A9adaptation%20est%20d%C3%A9finie%20comme,elles%20interagissent%20avec%20leur%20environnement%20%C2%BB>.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2023) *Loi sur les infirmières et infirmiers*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/l-8,%20r.%201>
- 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
- Rapp C. A. et Goscha R. J. (2012). *The strengths model (3^e Éd.) A recovery-oriented approach to mental health services*. USA: Oxford University Press.
- Romain, A. J., Trottier, A., Karelis, A. D. et Abdel-Baki, A. (2020e). Do Mental Health Professionals Promote a Healthy Lifestyle among Individuals Experiencing Serious Mental Illness? *Issues in Mental Health Nursing*, 41(6), 531-539. doi: 10.1080/01612840.2019.168843
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- Schuch FB, Vancampfort D. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends Psychiatry Psychother*. 2021 Jul-Sep;43(3):177-184. doi: 10.47626/2237-6089-2021-0237. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33890431; PMCID: PMC8638711.
- Skinner W.J., C.P. O'Grady, C. Bartha et C. Parker. (2010) *Concurrent Substance Use and Mental Health Disorders—An Information Guide*, Toronto, Centre for Addiction and Mental Health.
- Thomson DA, Gélinas D, Ricard N. Le modèle PACT [The PACT model]. *Infirm Que*. 2002 Sep-Oct;10(1):26-36. French. PMID: 12424978.
- Quintin J, Côté L., Guimaraes D., (2016). *Le suivi intensif dans la communauté et la consommation : quelques enjeux éthiques*. *Erudit*. <https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2016-v14-n2-dss02693/1037735ar/>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A.J., De Hert, M., Wampers, M., Ward, P.B., Rosenbaum, S., et Corell, U. 2015 *Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis* *World Psychiatry*, 14:339-347

