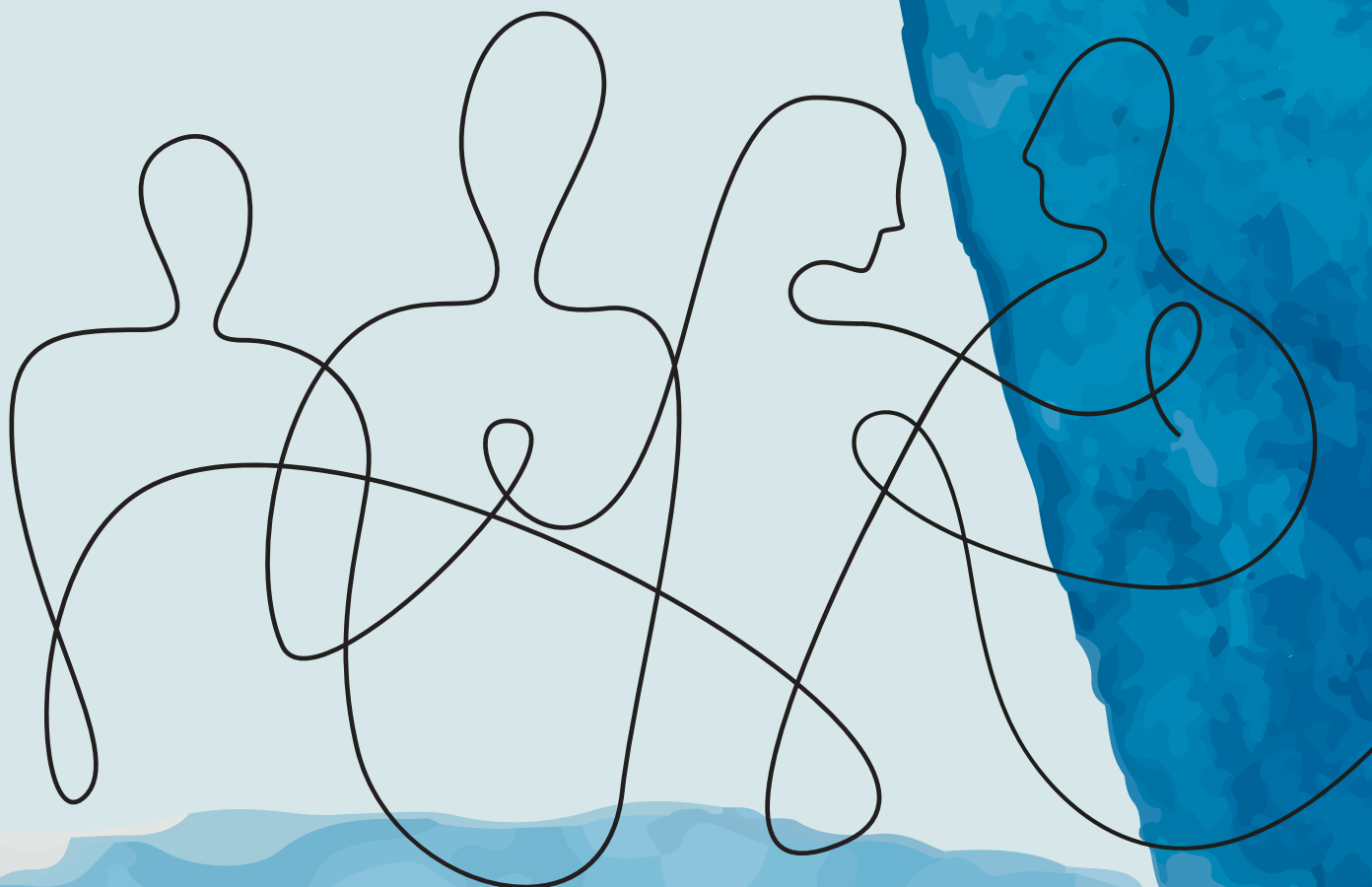


# SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE (SIV)

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

François Neveu et Julie Gagné-Bilocq

## 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.

## REMERCIEMENTS

La Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance tient à remercier toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, soutenu l'équipe dans ses travaux. Un merci particulier aux membres des directions santé mentale et dépendance des CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal, CISSS de la Baie-James, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que les organismes communautaires offrant du SIV pour leur contribution.

## ÉDITION

**Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat Services sociaux, santé mentale et réadaptation en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.**

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

[publications.msss.gouv.qc.ca](http://publications.msss.gouv.qc.ca).

Pour plus d'information : [Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux](http://Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux)

Dépôt légal – 2025

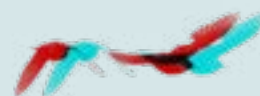
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-02885-2 (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, 2025

# TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION	1
<b>1. LES PRINCIPES DIRECTEURS</b>	<b>3</b>
1.1 La primauté de la personne.....	3
1.2 L'intervention dans la communauté.....	3
1.3 Les soins et services axés sur le rétablissement.....	3
1.4 L'engagement dans les services.....	4
1.5 L'efficacité et l'efficacité des services basés sur les données probantes.....	4
<b>2. LES MODALITÉS ORGANISATIONNELLES DU PROGRAMME SIV</b>	<b>5</b>
2.1 La population visée.....	5
2.1.1 L'orientation vers d'autres services.....	6
2.2 L'accès au service.....	6
2.2.1 Le démarchage ( <i>outreach</i> ).....	6
2.3 Le rôle des intervenants du SIV.....	7
2.3.1 Offrir des services de réadaptation psychosociale dans le milieu de vie.....	7
2.3.2 Assurer une coordination de services lorsque requis.....	7
2.4 La composition d'une équipe SIV.....	8
2.4.1 Le requis en équivalent temps complet (ETC) par 100 000 de population.....	8
2.4.2 Les expertises et rôles professionnels au sein de l'équipe SIV.....	8
2.5 La durée du suivi.....	9
<b>3. LES MODALITÉS CLINIQUES DU SIV</b>	<b>11</b>
3.1 L'intensité de service à offrir.....	11
3.1.1 L'intensité moyenne par personne et les modalités des rencontres.....	11
3.2 Le ratio intervenant-usagers.....	12

<b>3.3 Le suivi des personnes présentant des problématiques associées</b> .....	<b>12</b>
3.3.1 Les troubles mentaux graves et les troubles liés à l'utilisation de substances .....	13
3.3.2 Les troubles mentaux graves et les enjeux liés à la justice.....	13
3.3.3 Les troubles mentaux graves et les enjeux reliés à un trouble de la personnalité .....	14
3.3.4 Les troubles mentaux graves et les enjeux reliés au vieillissement de la personne .....	14
<b>4. LES PROCESSUS CLINIQUES AU SIV</b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 La cueillette de données</b> .....	<b>15</b>
4.1.1 L'analyse des informations .....	15
<b>4.2 Les composantes du plan d'intervention</b> .....	<b>16</b>
4.2.1 La situation actuelle de la personne .....	16
4.2.2 La situation souhaitée par la personne.....	16
4.2.3 Les objectifs .....	17
4.2.4 Les moyens utilisés pour atteindre les objectifs.....	17
<b>4.3 La réalisation de l'intervention</b> .....	<b>17</b>
<b>4.4 La révision des objectifs : poursuite du suivi, fin du suivi ou transfert     vers un partenaire</b> .....	<b>18</b>
<b>5. LE SOUTIEN CLINIQUE AUX INTERVENANTS</b> .....	<b>19</b>
<b>5.1 Le soutien clinique attendu de la part des organisations</b> .....	<b>19</b>
<b>5.2 Le soutien clinique aux intervenants</b> .....	<b>19</b>
5.2.1 Les rencontres d'équipe .....	20
5.2.2 Le soutien individuel.....	20
<b>6. L'ÉVALUATION ET L'AMÉLIORATION CONTINUE     DE LA PRATIQUE SIV</b> .....	<b>23</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>25</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>27</b>

# LISTE DES ACRONYMES

<b>ACT</b>	Assertive Community treatment
<b>DI</b>	Déficience intellectuelle
<b>ESSS</b>	Établissement de santé et de services sociaux
<b>ETC</b>	Équivalent temps complet
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>LSSSS</b>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PAID</b>	Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028
<b>PAISM</b>	Plan d'action interministériel en santé mentale
<b>PASM</b>	Plan d'action en santé mentale
<b>PI</b>	Plan d'intervention
<b>PPEP</b>	Programme pour premiers épisodes psychotiques
<b>RSSS</b>	Réseau de la santé et des services sociaux
<b>SBNI</b>	Soutien de base non-intensif
<b>SIF</b>	Suivi d'intensité flexible
<b>SIM</b>	Suivi intensif dans le milieu
<b>SIV</b>	Soutien d'intensité variable



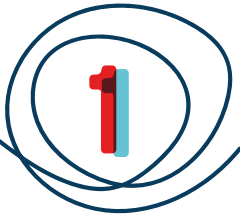
# INTRODUCTION

La façon de soutenir les personnes présentant un trouble mental dans leur réadaptation a grandement évolué ces dernières années. Historiquement, les services d'aide percevaient la maladie mentale comme une maladie dite chronique sans perspectives positives. Les traitements visaient donc essentiellement à gérer et à diminuer les symptômes de la maladie (Solomon et Stanhope, 2004). Aujourd'hui, les interventions visent une perspective plus large qui inclut la gestion des symptômes, mais également le rétablissement des personnes. Le rétablissement est un processus non linéaire (Provencher, 2013) par lequel une personne reprend graduellement du pouvoir sur sa vie, et ce, qu'il y ait présence de symptômes associés à des troubles mentaux ou non. Il permet la redécouverte de soi, de ses capacités, de ses rêves et de ses forces (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale).

Afin d'aider les personnes présentant un trouble mental grave à retrouver une place citoyenne dans la communauté, le PAISM 2022-2026 (MSSS, 2022) recommande plusieurs mesures de soutien dans la communauté, dont le SIV. L'objectif de ce service est d'offrir de la réadaptation psychosociale et de l'accompagnement directement dans le milieu de vie de personnes qui présentent des troubles mentaux graves afin de les aider à développer leur autonomie fonctionnelle et de faciliter leur intégration sociale. L'appellation « soutien d'intensité variable » est issue du PASM 2005-2010 (MSSS, 2005). Des clarifications ont été apportées dans le plan d'action 2015-2020 (MSSS, 2015) où il est maintenant positionné dans un continuum de services offerts dans la communauté qui inclut le SIM, le SIF, le PPEP et le SBNI.

Ce cadre de référence s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants qui offrent du SIV, qu'ils exercent dans un ESSS ou dans le milieu communautaire. Il vise à harmoniser la pratique SIV au Québec ainsi qu'à établir les standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour les services offerts. De plus, il se veut adaptatif aux particularités régionales, tant d'un point de vue culturel que géographique.





# LES PRINCIPES DIRECTEURS

---

## 1.1 La primauté de la personne

Les services du SIV sont centrés sur les besoins, valeurs et préférences de la personne. 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 (PASM 2015-2020).

---

## 1.2 L'intervention dans la communauté

Pour la clientèle présentant des troubles mentaux graves qui ne va pas chercher les services de manière traditionnelle, le SIV offre une modalité s'adaptant davantage à sa réalité, facilitant ainsi l'accès aux services. Comme l'objectif premier du programme SIV est d'aider les personnes à s'intégrer dans leur communauté, la majorité des rencontres ont lieu dans le milieu de vie de la personne (principalement son domicile ou d'autres endroits où la personne évolue). Selon Rapp et Goscha (2004), cela permet une évaluation plus juste et plus complète des besoins de la personne. De plus, les acquis faits dans le milieu de vie sont généralement mieux consolidés que ceux faits dans des milieux institutionnels. Enfin, cette mesure diminue les abandons de service puisque ces personnes ne sont pas toujours en mesure de se déplacer pour recevoir des services.

---

## 1.3 Les soins et services axés sur le rétablissement

Le PAISM 2022-2026 encourage la mise en place et le maintien de services visant le rétablissement des personnes. Ce processus permet à chaque individu de reprendre progressivement le contrôle de sa vie, indépendamment de la présence ou de l'absence de symptômes relatifs à des troubles mentaux. Les interventions mettent l'accent sur le pouvoir d'agir de la personne, dans une culture d'espoir et avec une vision positive de l'avenir.

---

## **1.4 L'engagement dans les services**

Les intervenants œuvrant au sein des équipes SIV mettent en place des méthodes d'intervention adaptées à la réalité des personnes afin de soutenir leur engagement et leur adhésion au service. Ils favorisent également l'implication des personnes suivies en promouvant la prise de décision partagée et le partenariat dans l'intervention.

---

## **1.5 L'efficacité et l'efficacités des services basés sur les données probantes**

Les intervenants du programme SIV offrent des soins et services s'appuyant sur les données probantes ayant faits l'objet de révision sur une base régulière. De façon continue, les intervenants de l'équipe ont accès à différents outils (soutien clinique, formation continue, réunions cliniques, etc.) leur permettant de développer et de soutenir leur expertise, et ainsi d'offrir des services harmonisés de qualité.



## 2

# LES MODALITÉS ORGANISATIONNELLES DU PROGRAMME SIV

---

## 2.1 La population visée

Le programme SIV s'adresse aux personnes adultes (18 ans et plus) qui présentent une condition clinique et sociale complexe nécessitant des activités de réadaptation psychosociale dans leur milieu de vie afin de les aider à accroître leur autonomie fonctionnelle. Selon Wallace (dans Lecomte et Leclerc, 2006), l'autonomie fonctionnelle renvoie aux habiletés de base dont la personne a besoin dans sa vie de tous les jours : hygiène personnelle, gestion du budget, transport, santé, etc. Le programme SIV vient donc en aide aux personnes dont les difficultés fonctionnelles sont tributaires de la présence de symptômes reliés à un trouble mental grave. Il offre un support pour le développement d'aptitudes individuelles et un accompagnement dans le milieu afin d'accroître l'autonomie des personnes dans les domaines suivants : maintien en logement, amélioration de la gestion financière, développement des activités quotidiennes (travail, école ou loisirs), création et maintien d'un réseau social, prendre soin de sa santé physique et mentale et des enjeux de dépendances. Bien que le programme SIV vise une clientèle adulte, il est important de considérer que certains jeunes pourraient bénéficier du programme afin de faciliter une transition harmonieuse entre les services destinés à la jeunesse et ceux aux adultes. Par conséquent, les équipes SIV pourraient être appelées à suivre des jeunes de moins de 18 ans.

À l'origine, le programme SIV a été élaboré pour accompagner les personnes présentant un diagnostic de trouble psychotique. Il est attendu que minimalement 25 % des personnes admises au SIV présentent un profil diagnostique de troubles psychotiques afin de s'assurer de desservir cette partie de la population parfois difficile à intégrer dans les services. Le programme répond également aux besoins de personnes présentant d'autres diagnostics, soit les troubles bipolaires, les troubles dépressifs, les troubles anxieux ainsi que les troubles obsessionnels-compulsifs. Les comportements et symptômes s'apparentant aux problèmes de santé mentale ciblés sont suffisants pour l'admission, un diagnostic n'est donc pas un prérequis à l'accès au suivi SIV. La condition essentielle permettant l'accès au programme est la nécessité de la réadaptation psychosociale dans le milieu de vie.

Il est également possible que d'autres types de profils diagnostics puissent être acceptés au programme SIV si les besoins de réadaptation sont reliés à la chronicité, l'intensité et les impacts fonctionnels de l'état mental de la personne. Pour assurer un accès optimal aux services pour les clientèles ciblées, il est recommandé de ne pas dépasser 15 % de ces cas spécifiques parmi les places disponibles.

### **2.1.1 L'orientation vers d'autres services**

La LSSS souligne que toute personne a le droit de recevoir des services adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. Ainsi, les personnes ne répondant pas aux critères du programme SIV devraient être orientées vers des services mieux adaptés, afin de répondre à leurs besoins, et ce, de façon personnalisée. Il n'est pas exclu d'offrir des suivis conjoints avec d'autres programmes lorsque la situation le requiert.

---

## **2.2 L'accès au service**

Le PAISM 2022-2026 note l'importance pour chaque personne d'obtenir un accompagnement adapté à ses besoins en santé mentale, et ce, en temps opportun. L'accès à un service dans la communauté doit donc être disponible sur l'ensemble du territoire québécois. Lorsque le bassin de population desservi par l'ESSS (de 20 000 à 50 000 habitants) ne permet pas la mise en place de services SIV et SIM distincts, la mise en place d'une équipe SIF peut être une option. Ainsi, chaque ESSS est responsable de mettre en place le service et de le faire connaître à sa communauté. Bien que la porte d'entrée des services soit généralement le mécanisme d'accès, il est également possible qu'il y ait des accès directs de certains partenaires selon la configuration de chacun des ESSS (ex : hospitalisation). Pour chaque nouvelle demande, l'équipe de SIV est responsable d'évaluer les besoins et les services requis dans un délai de 7 jours et de commencer les services dans un délai de 30 jours calendaires suivant l'assignation de la demande au programme.

### **2.2.1 Le démarchage (*outreach*)**

Les services de soutien dans la communauté doivent se préoccuper des personnes peu susceptibles de demander elles-mêmes des soins et des services en lien avec leurs enjeux reliés à la santé mentale.

Deux des éléments caractérisant la clientèle SIV sont souvent une non-reconnaissance de la maladie et ses symptômes ainsi que des difficultés d'organisation. Une proportion de personnes qui pourrait bénéficier des services du SIV n'ira pas solliciter les services directement ou n'arrivera pas à traverser les étapes d'une demande de service traditionnelle. Les interventions de démarchage (*outreach*) consistent, de façon proactive, à aller vers les personnes là où elles se trouvent dans le but d'établir des liens de confiance avec elles. Ainsi, pour atteindre l'objectif de rejoindre cette partie de la population, il est essentiel de faire connaître nos services dans la communauté, par des activités de présentation et représentation auprès des partenaires afin qu'ils puissent faire des références au programme SIV (ex. : organismes communautaires, service de police, ressource en itinérance, propriétaires de logements, centre local d'emploi, Aire

ouverte, etc.). Les liens rapprochés avec les unités d'hospitalisation ou autres services permettent aussi d'orienter les références et organiser les congés des hôpitaux pour ainsi permettre aux équipes d'intervenir rapidement. Une fois les personnes identifiées, les équipes SIV doivent aller vers les personnes ciblées afin de les attacher au service. Les équipes doivent faire preuve de créativité et de persévérance dans leur approche et proposer plusieurs options en lien avec la réalité des personnes afin de leur permettre de prendre une décision éclairée quant à leur intérêt à entreprendre un suivi.

---

## **2.3 Le rôle des intervenants du SIV**

Le programme SIV vise à aider les personnes à développer leur autonomie fonctionnelle dans leur milieu de vie. Pour ce faire, les intervenants ont deux rôles principaux, soit offrir des services de réadaptation psychosociale dans le milieu de vie et assurer la coordination de services autour de la personne.

### **2.3.1 Offrir des services de réadaptation psychosociale dans le milieu de vie**

« La réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée entre autres auprès des personnes présentant des problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. La réadaptation peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien [...] » (OTSTCFQ, 2018).

Offrir l'aide directement dans le milieu de vie est un élément important du programme SIV, car il permet un plus haut taux de succès dans les démarches entreprises par les personnes (Rapp et Goscha, 2012). Selon ces auteurs, plus de 70 % du temps de travail doit consister à offrir des services de soutien *in vivo*. La réadaptation ainsi offerte permet aux personnes suivies d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement fonctionnel.

### **2.3.2 Assurer une coordination de services lorsque requis**

Lorsqu'il y a présence de partenaires de la communauté, du RSSS ou de l'entourage dans la vie des personnes suivies, l'intervenant doit assurer et encourager une coordination de services entre l'ensemble de ces acteurs.

Cette fonction d'intervenant pivot vise à s'assurer que la liaison se fera entre toutes les ressources impliquées dans le projet de rétablissement de la personne et que des ponts seront créés avec des services qui ne sont pas uniquement spécialisés en santé mentale. L'intervenant SIV doit donc viser prioritairement à utiliser les ressources déjà disponibles et aider la personne à s'y intégrer. À cet effet, l'approche de la prise de décision partagée est à privilégier car elle permet à la personne de faire un choix éclairé parmi les options possibles (INESSS, 2019). L'équipe et les autres membres de la collectivité soutiennent la personne dans la gestion de ses symptômes et l'accompagnement, ainsi que son entourage, dans le recouvrement et l'appropriation de ses propres ressources et de ses capacités.

La coordination des services ne vise pas seulement les partenaires du RSSS, mais également l'entourage de la personne. L'intervenant se doit d'établir des liens avec les membres de la famille ou les proches afin d'aider la personne à développer ou à maintenir un réseau social soutenant. À ce sujet, Liberman (2008) a d'ailleurs relevé qu'un des facteurs importants reliés au rétablissement de gens atteints de schizophrénie est le fait de pouvoir compter sur une famille bien informée à propos de la maladie et capable d'offrir du soutien. De plus, des services sont aussi disponibles pour les proches et la famille dans le RSSS ou par des organismes communautaires spécialisés dans l'aide et l'écoute aux proches aidants. Lorsque les proches sont soutenus, ils deviennent des alliés et aident à prévenir les rechutes, à obtenir une meilleure observance du traitement pharmacologique et à diminuer le stress chez la personne en suivi. Leur implication permettra ensuite à la personne de bénéficier d'un soutien sur le long terme, même après la fin de l'épisode de suivi.

L'équipe SIV se doit aussi d'établir des partenariats avec les ressources de la communauté (entreprise sociale de réinsertion au travail, Emploi-Québec, carrefour jeunesse-emploi, commissions scolaires, écoles, etc.) pour assurer l'accès à la scolarisation, à l'emploi et autres activités significatives.

---

## **2.4 La composition d'une équipe SIV**

La composition de l'équipe SIV est un élément important de l'organisation du service. Les personnes en suivi au SIV présentent souvent des besoins multiples et complexes. Pour bien y répondre, il est donc important de diversifier les titres d'emploi au sein de l'équipe SIV. Cela, afin de permettre une complémentarité et une expertise diversifiée lors des discussions cliniques.

Bien que chaque intervenant joue un rôle de généraliste dans le cadre de ses suivis individuels, il doit assumer un leadership en regard de son expertise (formation, expériences, vécu, etc.) lors des rencontres d'équipe ou des discussions cliniques. Il est donc souhaitable que l'équipe SIV puisse compter sur différents types de professionnels ou techniciens. Il est recommandé d'intégrer des intervenants d'au moins trois types d'emplois différents pour les équipes de quatre intervenants et plus. Pour celles de trois intervenants ou moins, il faudrait viser minimalement la présence de deux types d'emplois différents.

### **2.4.1 Le requis en équivalent temps complet (ETC) par 100 000 de population**

Le requis théorique provincial SIV est de 250 places reconnues par 100 000 de population. Le PASM 2015-2020 a fixé un seuil minimal de 145 personnes par 100 000 de population à atteindre pour l'ensemble des régions de la province.

### **2.4.2 Les expertises et rôles professionnels au sein de l'équipe SIV**

La très grande majorité des interventions effectuées au SIV ne sont pas des actes réservés propres au Code des professions. Lorsque la situation de la personne suivie nécessite une intervention constituant un acte réservé (ex. : administration de médicaments, évaluation pour un régime de protection), les intervenants du SIV doivent pouvoir compter sur leur collègue détenant cette expertise ou avoir accès à ce service en dehors de l'équipe SIV au besoin.

Il est important que certaines expertises soient accessibles à l'équipe du SIV, soit par la dotation d'un poste à cet effet, soit par l'établissement d'un partenariat avec un professionnel dont l'expertise est requise. Cette expertise peut être accessible par exemple lors de réunions cliniques (minimalement une fois par mois) ou par l'accompagnement occasionnel des intervenants lors de leurs rencontres de suivi (avec le consentement de la personne).

Ainsi, les expertises suivantes devraient être privilégiées par les équipes SIV :

- 1) Travailleuse sociale : la travailleuse sociale, dans un contexte SIV, est la seule professionnelle habilitée à évaluer et soutenir la personne en regard de son fonctionnement social, dans le cadre d'une évaluation psychosociale. Celle-ci peut s'avérer essentielle, par exemple dans le contexte de la mise en place d'une mesure de représentation. Le travailleur social sera en mesure de soutenir son équipe lors des discussions cliniques et orienter les réflexions concernant le besoin de représentation des personnes.
- 2) Infirmière : contrairement aux équipes de SIM, de SIF et du PPEP, les équipes SIV ne comptent pas de psychiatre attitré. Cependant, la très grande majorité des personnes au SIV suivent un traitement pharmacologique. Il est donc pertinent de pouvoir compter sur l'expertise d'une infirmière qui peut guider les intervenants lors de questions sur le traitement et qui est en mesure d'aller offrir des soins dans le milieu de vie, lors de situations particulières et occasionnelles. De plus, elle peut soutenir l'équipe dans la prévention des enjeux de santé physique et enseigner sur les saines habitudes de vie.
- 3) Pair-aidant : Le pair-aidant utilise son vécu expérientiel afin d'aider les personnes suivies à cheminer dans leur processus de rétablissement. Il redonne espoir à des personnes qui vivent des situations similaires, leur sert de modèle, les inspire et leur apporte du soutien. De plus, son expertise favorise la pleine participation des personnes et l'implantation et le maintien de services axés sur le rétablissement.

---

## 2.5 La durée du suivi

Un suivi SIV peut s'étendre de plusieurs mois à quelques années. Puisque les personnes présentent des problématiques complexes qui nécessitent la collaboration de plusieurs ressources, il a été démontré qu'une durée plus longue permet une meilleure consolidation des acquis (Rapp et Goscha, 2004). Une étude de Sherman et Ryan (1998) a mis en évidence le fait que les intervenants peuvent sous-estimer les acquis réalisés par les personnes en suivi et ainsi offrir plus de services que nécessaires. De ce fait, les équipes SIV doivent réviser au moins deux fois par année le requis clinique de l'ensemble des personnes suivies afin de s'assurer que le service est toujours adéquat et pertinent.

L'étude de Sherman et Ryan (1998) a également relevé que pour une durée de suivi moyenne de 15 mois, il fallait prévoir une période de 3 à 6 mois de plus afin de consolider les acquis. Lors de leurs recherches, ils ont démontré qu'une fin d'épisode de service précipitée amenait plus d'un tiers des participants au programme à revenir chercher des services à l'intérieur d'une année. Avec une période étendue entre 3 et 6 mois, ce nombre diminue à moins de 5 %. Il est à noter cependant que la notion d'épisode de services permet à une personne de recevoir des services SIV à plusieurs reprises au cours de sa vie, si nécessaire. En combinant la durée du suivi et la période de planification de la fin du service, il est donc possible d'envisager qu'un épisode SIV soit d'une durée moyenne variant entre 20 et 24 mois.

La durée des suivis exerce une influence sur la capacité de l'équipe SIV à accepter de nouvelles admissions. Un programme SIV doit gérer les entrées et les sorties du programme, en continu, afin d'éviter que les personnes nécessitant le service attendent plusieurs mois avant de pouvoir en bénéficier. La clientèle du SIV présente des besoins importants nécessitant une prise en charge rapide. Avec une durée de suivi moyenne de deux ans, il est attendu que le taux annuel de nouvelles inscriptions soit d'au moins 50 %.



# LES MODALITÉS CLINIQUES DU SIV

## 3.1 L'intensité de service à offrir

Un intervenant au SIV doit pouvoir ajuster l'intensité du suivi à offrir aux personnes selon leurs besoins. Dès 2005, le PASM encadrait la pratique du SIV en suggérant d'offrir entre deux (2) et sept (7) rencontres par mois. La cible visée est une moyenne de trois (3) interventions par période de quatre (4) semaines pour les personnes suivies. Il est donc possible d'offrir une variabilité dans l'intensité du suivi en fonction des besoins individuels. Cette possibilité d'adapter l'intensité des services aux besoins de la personne permet, entre autres, de prévenir les crises, d'assurer un accompagnement lorsque requis et d'éviter une détérioration de la condition de la personne. L'intervenant doit également être en mesure d'ajuster la fréquence des contacts afin de soutenir l'engagement de la personne suivie lorsqu'elle fait preuve de disponibilité et de motivation afin de l'accompagner dans son processus de rétablissement.

Les intervenants ont la latitude de prendre le temps nécessaire afin de créer un lien avec les nouvelles personnes, qui peuvent parfois présenter une ambivalence au niveau de l'engagement dans leur suivi et ainsi, les voir moins de deux fois par mois. En phase de désengagement, dans le cadre d'une fin de suivi, il est aussi possible de diminuer la fréquence des contacts.

L'intervenant au SIV doit également avoir la flexibilité de rencontrer certaines personnes six (6) fois ou plus si la situation le requiert. Ainsi, il est possible qu'une personne nécessite une intensité de suivi très élevée pendant une courte période (risque d'expulsion du logement, difficultés avec la justice, etc.), mais si elle perdure pendant plus de trois (3) mois, il est nécessaire de réévaluer les besoins et statuer si la personne requiert un suivi de plus grande intensité qui pourrait être offert par un autre programme.

### 3.1.1 L'intensité moyenne par personne et les modalités des rencontres

Puisque le SIV est un programme de suivi dans la communauté, la majorité des rencontres doivent se dérouler en présence, dans le milieu de vie de la personne. Toutefois, les interventions cliniquement significatives (nécessitant une note évolutive au dossier de la personne) effectuées en virtuel, par téléphone, par courriel ou par messages textes sont aussi comptabilisées. La pandémie de la COVID-19 a mis en lumière l'utilité de ces modalités d'intervention à distance. Les contacts en présentiel devraient cependant représenter minimalement 66 % des contacts avec la personne. Afin d'atteindre la cible de trois (3) contacts significatifs par usager par période, un

intervenant à temps complet (35 heures par semaine) doit être en mesure d'offrir minimalement 12 rencontres en présentiel et six (6) rencontres en mode virtuel par semaine, à l'ensemble des personnes constituant sa charge de cas.

---

### **3.2 Le ratio intervenant-usagers**

Le nombre moyen de personnes suivies par un intervenant du programme SIV devrait être de 18 usagers (PASM, 2015). Cette balise a été établie en fonction des données cliniques soutenant qu'un ratio variant entre 1 : 16 et 1 : 20 (pour un intervenant travaillant 35 heures par semaine) est considéré comme optimal pour offrir une intensité de type SIV (Rapp et Goscha, 2004). En Ontario (Ontario Ministry of Health and long-term care, 2006), les standards provinciaux sur l'« intensive case management » corroborent la position de Dieterich (2010) quant à l'importance de maintenir la charge de travail à moins de 20 personnes suivies par intervenant. Ce ratio permet à l'intervenant d'effectuer l'ensemble des tâches qui sont requises au SIV, avec la possibilité d'offrir une intensité élevée de rencontres lorsque nécessaire. De plus, certains intervenants devront porter des mandats spécifiques (évaluation dans le cadre d'une ouverture de régime de protection, évaluation en ergothérapie, etc.) et leur horaire doit être modulable afin de leur permettre de prendre le temps nécessaire pour les mener à bien.

Pour les régions de moins de 20 000 habitants, ou n'ayant pas le requis populationnel au déploiement d'une équipe SIM, le ratio par intervenant est ajusté à 16 personnes. Cet ajustement a pour objectif de permettre d'offrir l'intensité de service requise pour le suivi des personnes présentant des besoins plus importants. Dans ce contexte, il est d'autant plus important que les intervenants créent des partenariats avec les ressources de la communauté et les proches, afin qu'une collaboration soit mise en place pour soutenir les personnes plus intensivement, dispenser le traitement, travailler à la réadaptation et s'assurer de l'intégration dans le milieu. Il est également important de prendre en considération dans ce ratio le temps de déplacement nécessaire pour les intervenants devant couvrir de grandes distances, dans les territoires plus étendus.

---

### **3.3 Le suivi des personnes présentant des problématiques associées**

Le SIV a été mis en place pour répondre aux besoins de personnes présentant des troubles mentaux graves, et bon nombre d'entre elles peuvent également être aux prises avec des problèmes concomitants. Le volet coordination de service est mis de l'avant dans ce contexte puisque les intervenants doivent arrimer les personnes présentant des problématiques multiples avec les services existants dans la communauté afin de s'assurer de répondre à leurs besoins.

Un trouble concomitant n'est pas un motif de refus pour un suivi SIV, sauf s'il compromet la capacité de la personne à bénéficier des services du programme.

Les établissements ont la responsabilité de déployer des trajectoires cliniques fluides et une continuité de l'offre de services entre les différents programmes.

### **3.3.1 Les troubles mentaux graves et les troubles liés à l'utilisation de substances**

La présence d'un enjeu lié à la consommation de substances ne doit pas être un critère d'exclusion aux services du SIV. Une proportion importante de personnes présentant des troubles mentaux présente aussi des problèmes d'abus de substances. En effet, plus de 30 % des personnes présentant des troubles mentaux développent un problème de consommation (Skinner et coll., 2004). La présence de maladie mentale double le risque de souffrir d'alcoolisme et le risque est triplé lorsqu'il s'agit de drogues illégales (Rush, Urbanoski, Bassani, Castel, Wild, Strike, Kimberley, et Somers, 2008). Ces chiffres peuvent augmenter en regard de certains sous-groupes spécifiques. Par exemple, les résultats du projet pancanadien « Chez Soi », visant à offrir un logement à des personnes présentant un trouble mental en situation d'itinérance, dénotent que 73 % des personnes participant au projet avaient également un problème de consommation (Commission de la santé mentale du Canada, 2014). La sévérité du trouble mental et l'âge de la personne (les jeunes adultes étant les plus touchés, avec un taux de 55 %) sont également des facteurs qui augmentent la probabilité d'une comorbidité avec un abus de substance (Rush et Koenig, 2008).

Il est donc important que les personnes présentant une concomitance de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substance puissent recevoir des services en santé mentale qui répondent adéquatement à leurs besoins. À cet effet, le PAISM 2022-2026 met l'accent sur l'importance d'offrir des services adaptés à la réalité ainsi qu'aux besoins de la personne et éviter de prioriser le traitement de la dépendance avant de recevoir des services en santé mentale ou inversement. Le PAID 2018-2028 reconnaît que le décroisement des problématiques, particulièrement celles en dépendance, en santé mentale et en itinérance, et l'adoption d'une vision globale de la personne s'imposent. [...] Le PAID soutient donc une vision et des orientations fortes quant à l'importance de déployer des soins et services de santé mentale et de dépendance intégrés, ce qui rejoint les recommandations de Lecomte, Corbière et Leclerc (2014).

En raison de son état ou des enjeux motivationnels, la personne présentant un trouble mental grave peut se trouver dans l'incapacité d'aller chercher ou de solliciter les services en dépendances. La fonction d'intervenant pivot au SIV vise à accompagner la personne vers ces services et à travailler en collaboration avec ceux-ci. Les personnes bénéficiant d'un soutien d'intensité variable démontreraient d'ailleurs une meilleure assiduité aux programmes de toxicomanie (Morgenstern et coll., 2008).

### **3.3.2 Les troubles mentaux graves et les enjeux liés à la justice**

L'absence de services en santé mentale peut être un facteur menant à la judiciarisation de la personne, alors que la mise en place d'un soutien psychosocial et d'un traitement pourrait être privilégiée. Les personnes aux prises avec un problème judiciaire bénéficient grandement du soutien d'un intervenant (Morehead et coll., 2006). Le SIV peut donc être un programme pertinent pour les personnes présentant des troubles mentaux graves et des démêlés avec la justice, permettant une réponse adaptée à leurs besoins par des liens de collaboration et une coordination de services entre les réseaux de la sécurité publique, de la santé et le système de justice (Corrigan et coll., 2007).

Le PAISM 2022-2026 recommande d'ailleurs d'offrir des services en santé mentale pour permettre le rétablissement des personnes judiciarisées afin d'éviter la récurrence et de mieux réintégrer la communauté.

### **3.3.3 Les troubles mentaux graves et les enjeux liés à un trouble de la personnalité**

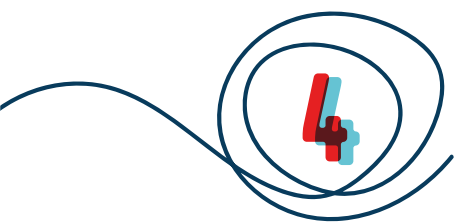
Certaines personnes peuvent présenter un trouble mental grave en concomitance avec un trouble de la personnalité. Lorsque les impacts de l'état mental de la personne requièrent de la réadaptation psychosociale avec une intensité suffisante, le SIV peut être indiqué. L'équipe travaillera sur des objectifs de réadaptation liés au dysfonctionnement découlant des troubles mentaux. Ainsi, le trouble de la personnalité n'est pas un critère d'exclusion pour avoir accès aux services du SIV. En revanche, si les symptômes du trouble de la personnalité empêchent la mise en place de la réadaptation ou qu'un suivi thérapeutique est requis, une orientation vers des services plus adaptés devra être faite. L'équipe SIV peut accompagner la personne vers ces services afin de favoriser l'adhésion. Comme pour toutes les personnes suivies au SIV, il est également possible d'établir des collaborations avec des partenaires afin de répondre adéquatement à l'ensemble des besoins de la personne.

### **3.3.4 Les troubles mentaux graves et les enjeux liés au vieillissement de la personne**

Quel que soit l'âge de la personne, l'équipe SIV pourra s'impliquer si le trouble mental exige une réadaptation psychosociale dans le milieu. Quoique le diagnostic différentiel soit parfois difficile à établir, les objectifs de réadaptation psychosociale de la personne doivent être tributaires du trouble mental et non liés à des déficits cognitifs ou à des pertes d'autonomie liées au vieillissement.

Selon l'Institut de la statistique du Québec (2021), la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté considérablement depuis 1971, pour atteindre 20,3 % en 2022. Cette augmentation occasionne des défis au sein du RSSS, plus particulièrement en ce qui concerne les mesures de soutien et de soins à offrir. Pour les gens combinant un trouble mental grave et des difficultés de fonctionnement liées au vieillissement, les défis sont encore plus nombreux. Un article de Paquet et Ellington (2013) illustre la complexité de bien soutenir les personnes lorsque des équipes de santé mentale sont impliquées conjointement avec celles des programmes de soutien à domicile. À cet effet, le PAISM 2022-2026 souligne l'importance de mettre en place des mécanismes de collaboration entre les différentes modalités de services, notamment lorsque des services de soutien à domicile (SAD) sont requis.

Les personnes présentant des difficultés résultant uniquement d'un problème organique (ex. : troubles neurocognitifs) ou d'une perte d'autonomie liée au vieillissement doivent être orientées vers d'autres programmes davantage adaptés que le SIV.



# LES PROCESSUS CLINIQUES AU SIV

Les processus cliniques du SIV sont évalués par le processus d'homologation depuis 2016. Ils comprennent 4 étapes, tel que défini par Lecomte et Leclerc (2012) :

- 1) accueil et cueillette de données ;
- 2) analyse des besoins ;
- 3) mise en place du plan d'intervention ;
- 4) fin de service (évaluation de l'atteinte des objectifs).

Ces étapes correspondent aux grandes lignes du processus clinique promues par le Code des professions et les différents ordres professionnels.

---

## 4.1 La cueillette de données

En début de suivi, une collecte de données doit être complétée afin de compiler les informations nécessaires à l'identification des besoins. Si une collecte de données a été faite par le mécanisme d'accès en santé mentale lors du processus de référence, il n'est pas nécessaire que l'intervenant refasse la démarche complète, mais il pourra y ajouter les nouvelles informations recueillies lors des premières rencontres avec la personne dans son milieu de vie.

Pour les intervenants devant faire l'évaluation professionnelle prescrite par leur ordre, la cueillette de données n'a pas à être réalisée dans un document distinct, les informations pertinentes s'y trouvant déjà.

Nous recommandons que cette démarche soit complétée lors des 2 premiers mois du suivi. Les établissements ont la responsabilité de choisir ou créer le modèle qui leur convient le mieux.

### 4.1.1 L'analyse des informations

L'analyse des informations recueillies doit refléter la compréhension de la situation de la personne par l'intervenant. Cette étape a pour objectif de faire ressortir les liens pertinents entre les différentes informations recueillies, dont les forces et les capacités de la personne, pour appuyer et comprendre la situation de celle-ci et formuler une analyse qui dégage les priorités et les cibles potentielles d'intervention.

Peu importe le titre d'emploi de l'intervenant, l'étape de l'analyse doit être complétée, cependant l'outil peut varier. Les professionnels régis par un ordre professionnel doivent compléter leur modèle d'évaluation. Les intervenants qui ne font pas partie d'un ordre professionnel consigneront leur analyse dans un autre type de document (format choisi par l'établissement).

---

## **4.2 Les composantes du plan d'intervention**

La planification de l'intervention au sein de l'équipe SIV passe par l'élaboration d'un plan d'intervention axé sur le rétablissement. Il permet de faire le lien entre les éléments recueillis lors de la collecte de données, les priorités d'action établies avec la personne et les interventions à entreprendre. Le Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale souligne 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 » (CÉRRIS, 2016). De plus, la LSSSS exige l'élaboration d'un plan d'intervention pour les personnes utilisatrices recevant des soins prolongés en santé mentale (article 102).

Le premier plan d'intervention devrait être rédigé dans les 8 premières semaines d'intervention. Ce délai permet de rassembler les informations nécessaires à la collecte de donnée et l'analyse de celles-ci. Par la suite, la révision de ce PI doit être faite à une fréquence maximale de six mois afin de s'assurer que les interventions répondent toujours aux besoins en évolution et que les interventions restent intimement liées aux objectifs ciblés.

Les prochaines parties détaillent les sections du modèle de plan d'intervention SIV axé sur le rétablissement tel que proposé par le MSSS.

### **4.2.1 La situation actuelle de la personne**

Après l'analyse des informations recueillies, l'intervenant brosse un portrait objectif des enjeux afin de discuter avec la personne pour dégager les priorités du suivi. Cette partie du PI doit couvrir minimalement les domaines de vie suivants de la personne : son milieu de vie ; ses finances ; son intégration au niveau du travail, de l'école ou encore de ses activités quotidiennes ; ses relations sociales ; sa santé physique et sa santé mentale/consommation de substances et dépendances.

### **4.2.2 La situation souhaitée par la personne**

La situation souhaitée par la personne représente ses souhaits, ses désirs et sa perception de sa situation pour chacun des domaines de vie ciblés. La prise de décision partagée pour l'élaboration des objectifs du PI ne peut se réaliser que si l'analyse de l'intervenant est discutée à la lumière des désirs de la personne.

### 4.2.3 Les objectifs

L'intervenant et la personne suivie déterminent ensemble les objectifs à travailler, en regard des éléments qui ont été relevés dans la section précédente.

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, facilite le suivi et l'évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte de ces objectifs. 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 du 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. Il est essentiel que les objectifs soient Réalistes, à savoir qu'ils doivent être pertinents, significatifs pour la personne suivie et présentant un niveau de défi approprié pour la motiver. De plus, les objectifs doivent être Temporellement définis afin de déterminer les interventions à mettre en place dans un délai imparti pour la révision du plan d'intervention.

### 4.2.4 Les moyens utilisés pour atteindre les objectifs

Afin de réaliser les objectifs ciblés au PI, l'intervenant et la personne discuteront de plusieurs stratégies différentes. Il est attendu que les intervenants utilisent des pratiques cliniques rigoureuses et validées en plus de tenir compte des forces ou des stratégies déjà utilisées par la personne en suivi.

Ces stratégies seront réévaluées durant le suivi et ajustées selon l'évolution de la situation.

---

## 4.3 La réalisation de l'intervention

Une fois la rédaction du PI terminée, l'intervenant et la personne devront appliquer les moyens ciblés afin d'atteindre les objectifs visés. À cet effet, les notes évolutives assurent un suivi de ces interventions ainsi que de leur impact sur la situation de la personne. Dans le cas où l'intervenant se trouvait dans une impasse clinique, il a la possibilité de se tourner vers son équipe et bénéficier de conseils, d'idées et de soutien pour mettre en place des moyens différents ou complémentaires. Les principales conclusions concernant les orientations ciblées lors de ces discussions devraient se retrouver dans les notes évolutives consignées au dossier.

---

## **4.4 La révision des objectifs : poursuite du suivi, fin du suivi ou transfert vers un partenaire**

Lors de la révision d'un PI, l'intervenant doit évaluer l'évolution de la situation afin de mesurer la progression des différents enjeux cliniques et objectifs. Pour ce faire, il discute avec la personne afin d'obtenir sa perception de la situation et vérifier si ses attentes et priorités ont changé. Ils évaluent ensuite l'atteinte des objectifs afin de statuer s'ils doivent être poursuivis ou modifiés. Un nouveau plan d'intervention sera élaboré afin de recentrer et d'orienter les interventions.

Cette étape permet également la réévaluation du requis de service en lien avec l'évolution de la situation. Ainsi, la fermeture de l'épisode de service peut être envisagée et un plan d'intervention peut être mis en place pour travailler le maintien des acquis et le désengagement de l'intervenant. La fin de suivi ou le transfert vers un autre service davantage adapté aux besoins actuels de la personne peuvent aussi être des orientations possibles. Dans le dernier cas, l'intervenant s'assurera alors qu'une transition personnalisée soit effectuée.



# LE SOUTIEN CLINIQUE AUX INTERVENANTS

Le soutien clinique consiste en un ensemble d'activités structurées qui visent à améliorer les compétences et les habiletés cliniques des intervenants, ainsi qu'à les aider à surmonter les défis cliniques qu'ils peuvent rencontrer (MSSS, 2021). En regard des équipes de suivi dans la communauté, le soutien clinique doit se faire à trois niveaux, soit au niveau organisationnel ou au niveau des intervenants, en équipe ou en individuel.

---

## 5.1 Le soutien clinique attendu de la part des organisations

Les organisations ont la responsabilité d'offrir l'accès à des formations permettant aux intervenants de tenir à jour leurs connaissances cliniques (données scientifiques et probantes) et d'approfondir certaines pratiques et approches afin d'enrichir leur travail clinique.

La sécurité des intervenants est également un élément clé à assurer par le soutien organisationnel puisque la plupart des interventions sont effectuées dans la communauté. Une formation spécifique à cet égard devrait leur être offerte (ex. : OMÉGA dans la communauté).

---

## 5.2 Le soutien clinique aux intervenants

Les intervenants au SIV accompagnent des personnes présentant des besoins multiples et sont parfois confrontés à des situations cliniques complexes. Dans ce contexte, les intervenants sont seuls à offrir et à coordonner les services de leur charge de cas. Cet isolement s'avère parfois exigeant sur les plans du savoir, du savoir-être et du savoir-faire. Sans la mise en place de mesures de soutien, les intervenants peuvent risquer l'épuisement professionnel (Stein, 1992). En plus du soutien émotionnel, le soutien clinique permet de parfaire les compétences des intervenants, d'augmenter leur satisfaction au travail et d'améliorer la qualité des services (Bernard et Goodyear, 2004). D'ailleurs, les équipes SIV ayant obtenu des gains cliniques significatifs auprès des usagers suivis ont accordé beaucoup d'importance au soutien de leurs intervenants (Pyke et coll., 1998 ; Rapp et Goscha, 2004).

Le coordonnateur clinique joue un rôle clé au niveau du soutien clinique et il devrait être dégagé de sa charge de suivis, à raison d'une tâche complète de coordination pour 10 à 12 intervenants, de façon à remplir quatre exigences de base (Rapp et Goscha, 2012) :

- 1) animer les rencontres d'équipe ;
- 2) offrir des rencontres individuelles aux intervenants ;
- 3) réviser les outils cliniques utilisés par l'équipe ;
- 4) accompagner l'intervenant dans le milieu lorsque nécessaire.

De plus, la participation aux discussions de cas complexes ainsi que la gestion des nouvelles références et de la liste d'attente sont des tâches qui demandent de l'investissement de temps de la part du coordonnateur clinique.

### **5.2.1 Les rencontres d'équipe**

Le soutien de l'équipe est important, car il permet de profiter de l'expertise des collègues lors de situations complexes. Les discussions dans un contexte interdisciplinaire permettent de mobiliser les expertises de chacun, d'aborder la situation de la personne sous différents angles et d'orienter au mieux la planification des interventions à venir.

Selon Rapp et Goscha (2012), les rencontres d'équipe visent trois objectifs principaux :

- elles offrent une occasion de soutenir les intervenants qui font face à des situations cliniques complexes ou problématiques ;
- elles permettent de générer des idées nouvelles afin de dénouer ces situations ;
- elles représentent une occasion d'effectuer des apprentissages collectifs.

Lorsque la rencontre est bien structurée, elle offre un contexte de soutien clinique de groupe, ce qui facilite l'implantation des meilleures pratiques cliniques (Becker et al, 2007). Une proportion de 70 % des rencontres d'équipe devrait être réservée aux discussions cliniques et devrait se tenir à une fréquence hebdomadaire pour assurer le suivi des situations cliniques et permettre à tous de partager, sans qu'il y ait de longs délais. Il peut également s'appliquer différemment d'une équipe à une autre, selon les besoins de celle-ci et son contexte territorial.

### **5.2.2 Le soutien individuel**

Le soutien clinique individuel a pour but de soutenir les intervenants afin de faire la jonction entre les besoins de la clientèle, la pratique de l'intervenant et les services offerts par l'établissement.

Le coordonnateur clinique doit évaluer les besoins de chacun des membres de son équipe afin d'offrir le degré de soutien requis. Dans l'objectif de répondre adéquatement aux besoins des intervenants, il est recommandé d'offrir une rencontre individuelle par mois pour chacun des membres de l'équipe.

Ce soutien individuel inclut l'ensemble des tâches suivantes :

- Réviser la charge de cas de l'intervenant (nombre par rapport à la complexité des cas, parler de tous les usagers).
- Offrir de la rétroaction sur les outils cliniques complétés par l'intervenant (Plan d'intervention, rapports/collectes de données, etc.).
- Discuter des difficultés rencontrées par l'intervenant.
- Aborder les techniques et stratégies reliées aux compétences du savoir et du savoir-faire (à l'aide d'études de cas, de jeux de rôles, etc.).
- Discuter des situations qui sont plus complexes et les impasses thérapeutiques.
- Questionner, reformuler les propos ou les sentiments exprimés afin de bien cerner la perception de l'intervenant.





## L'ÉVALUATION ET L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PRATIQUE SIV

Depuis le PASM 2015-2020, un processus d'homologation des équipes SIV est en place. Ce processus d'appréciation des pratiques se fait aux trois (3) ans et vise à évaluer l'adhésion des équipes aux bonnes pratiques et à soutenir leur processus d'amélioration continue.

Pour ce faire, les équipes doivent remplir un questionnaire prévisite. Cette démarche aborde l'organisation des équipes, la clientèle desservie, l'intensité des services offerts, le soutien clinique aux intervenants, la coordination de services et le cycle clinique. Les données recueillies permettent de compiler des cotes reliées au degré d'atteinte des attentes du programme (*grille d'homologation avec les cotations préétablies*). Une note sur 100 est attribuée à la fin du processus et des recommandations sont formulées pour cibler les éléments que l'établissement ou l'équipe doit améliorer.

Pour les milieux où la population est de moins de 20 000 habitants et dont l'équipe SIV se compose de moins de trois intervenants, le processus d'homologation est ajusté afin de s'adapter à leur réalité. Le processus d'homologation simplifié est en tout point similaire à la démarche régulière, mais il n'y a pas de note sur 100, la cotation de la grille étant plus difficile à faire en raison de la très grande variabilité des pourcentages lorsqu'il y a peu d'utilisateurs suivis par l'équipe.



# CONCLUSION

La pratique SIV a beaucoup évolué depuis sa création en raison des besoins de la population et des spécificités québécoises. Ainsi, le programme a le souci de s'adapter afin de mieux représenter les nouvelles réalités, mais aussi mieux encadrer les équipes qui ont acquis de l'expérience. Le MSSS a le souci, avec ce cadre de référence, de s'assurer que les services répondent adéquatement aux besoins populationnels et que les intervenants reçoivent l'encadrement nécessaire pour y arriver.



# RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *Les 5 étapes du processus de rétablissement*, Outil de formation, Programme québécois Pairs aidants réseau (Texte non publié).
- BECKER, D. R., S. R. BAKER, L. CARLSON, L. FLINT, R. HOWELL, S. LINDSAY, et al. (2007). « Critical strategies for implementing supported employment », *Journal of Vocational rehabilitation*, 27, 13-20.
- BERNARD, J.M., et B. GOODYEAR (2004). *Fundamentals of Clinical Supervision*, Boston, Pearson.
- CENTRE D'ÉTUDES SUR LA RÉADAPTATION, LE RÉTABLISSMENT ET L'INSERTION SOCIALE (CÉRRIS) (2016). *Aide-mémoire – Plan de rétablissement*, sur le site À portée de main, consulté le 6 mai 2024. <https://cerrisweb.com/wp-content/uploads/Carton-aide-memoire-Plan-Retablissement.pdf>
- COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE AU CANADA (2014). *Rapport final du projet pancanadien Chez Soi*. Calgary [Alb.], Commission de la santé mentale du Canada.
- CORRIGAN, P.W., K. T. MUESER, G. R. BOND, R. E. DRAKE, et P. SOLOMON (2007). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation : An empirical approach*. New York, Guilford.
- DIETERICH, M., C. B. IRVING, B. PARK, et M. MARSHALL (2010). *Intensive case management for severe mental illness*, Cochrane database of systematic review, 10.
- GARFINKLE, B. (2009). *On becoming a best practice practitioner*, Colloque ACT 2009 à Washington en juin 2009.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, INSPQ, 150 p. Développement des individus et des communautés. (Rédaction : N. DESJARDINS, G. D'AMOURS, J. POISSANT et S. MANSEAU).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2022). *Planifier la réalisation du projet et convenir des modalités de soutien*, sur le site Institut national de santé publique du Québec, consulté le 6 mai 2024. <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>

- QUÉBEC. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS) (2019). *La prise de décision partagée : une approche gagnante* (en ligne), sur le site INESSS, consulté le 6 mai 2024. <https://www.inesss.qc.ca/accueil/nouveaute/la-prise-de-decision-partagee-une-approche-gagnante.html>
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2021). *Le bilan démographique du Québec*, édition 2021, sur le site Institut de la statistique du Québec, consulté le 6 mai 2024. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2021.pdf>
- LECOMTE Tania, et C. LECLERC. (Eds) (2012). *Manuel de réadaptation psychiatrique, 2<sup>e</sup> édition (Handbook of psychiatric rehabilitation)*, Québec, Les presses de l'Université du Québec.
- LECOMTE T., et C. LECLERC (2006). *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Québec, Presse de l'université du Québec.
- LECOMTE, T., M. CORBIÈRE, et C. LECLERC (2014). « Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatrique : auxquelles accorder la priorité et pourquoi ? », *Revue canadienne de psychiatrie*, 59(4), 196-202.
- LIBERMAN, R.P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*, Arlington, American Psychiatric Publishing inc.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 – la force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – faire ensemble et autrement*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*, sur le site Ministère de la Santé et des Services sociaux, consulté le 6 mai 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028*, sur le site Ministère de la Santé et des Services sociaux, consulté le 6 mai 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002078/>
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2019). *PQPTM : Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services – Guide de pratique clinique*, sur le site Ministère de la Santé et des Services sociaux, consulté le 6 mai 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002409/>
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Document d'information à l'intention des établissements – soins et services en santé mentale des jeunes. Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*, sur le site Ministère de la Santé et des Services sociaux, consulté le 6 mai 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003218/>

- MORGENSTERN, J., K. A. BLANCHARD, C. KAHLER, K. M. BARBOSA, B. S. MCCRADY, et K. H. MCVEIGH (2008). *Testing mechanisms of action for intensive case management*, *Addiction*, 103: 469–477.
- MOREHEAD, R., M. ROBINSON, et Matrix (2006). *A Trouble Shared: Legal Problems Clusters in Solicitors and Advice Agencies*, United Kingdom: Department for Constitutional Affairs Research Series.
- ONTARIO MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE (2006). *Intensive Case management Service Standards*.
- 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*, sur le site Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, consulté le 6 mai 2024. <https://www.otstcfq.org/GuidePL18>
- L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC (OTSTCFQ) (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*, p. 14, sur le site Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), consulté le 6 mai 2024. <https://www.otstcfq.org/documentation/l-exercice-de-la-psychotherapie-et-des-interventions-qui-sy-apparentent-trouver-la-frontiere-entre-les-interventions-de-differents-professionnels-et-la-psychotherapie/>
- PAQUET, S., et L. ELLINGTON (2013). « Enjeux et perspectives entourant le suivi en CSSS des personnes âgées aux prises avec un trouble de santé mentale grave : le point de vue des intervenants de la première ligne », *Le partenaire*, 21(2).
- PROVENCHER, Hélène (2013). *L'expérience de rétablissement : Vers la santé mentale complète*, Québec, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, p. 3-4.
- PYKE, J., L. NIMIGON, et V. ROBERTSON (1998). *Le Community Ressources Consultants de Toronto : Deux programmes de case management*, *Santé mentale au Québec*, 23(2), 70-92.
- RAPP, C. A., et R. J. GOSCHA (2004). « The principles of effective case management of mental health services », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 319-333.
- RAPP C. A., et R. J. GOSCHA (2012). *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services (3<sup>rd</sup> edition)*, USA: Oxford University Press.
- RICARD, N. et coll. (2006). *L'évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du suivi intensif dans le milieu*, Montréal : Axe de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine affilié à l'Université de Montréal.
- RUSH, B., et C. J. KOEGL (2008). *Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system*, *Revue canadienne de psychiatrie*, 53(12), 810-821.

- RUSH, B., K. URBANOSKI, D. BASSANI, S. CASTEL, T. C. WILD, C. STRIKE, D. KIMBERLEY, et J. SOMERS (2008). *Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population*, Canadian Journal of Psychiatry.
- SHERMAN, P., et C. RYAN (1998). *Intensity and duration of intensive case management services*. Psychiatric services, 49, 1585-1589.
- SKINNER, W., C. O'GRADY, C. BARTHA, et C. PARKER (2004). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : guide d'information*, Toronto, Ontario : Le centre de toxicomanie et de santé mentale.
- SOLOMON, P et V. STANHOPE (2004). *Recovery: Expanding the vision of evidence-based practice*, Brief Treatment and Crisis Intervention, 4(4), 11-321.
- STEIN, L.I. (1992). « On the abolishment of the case manager », *Health affairs*, 11(3), 172-177.



**Santé  
et Services sociaux**

**Québec**

