

PROGRAMMATION CLINIQUE/PSIC

**Programme de soutien et
d'intervention clinique (PSIC)**

**Direction des programmes de santé mentale,
dépendance et itinérance**

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Mise à jour : 8 novembre 2021

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATION ET SIGLES	2
1 MISE EN CONTEXTE	2
2 MANDAT	3
3 CLIENTÈLE CIBLE	3
4 PRINCIPES DIRECTEURS ET VALEURS	4
5 BUTS ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX	4
6 ASSISES THÉORIQUES (MODÈLES, APPROCHES)	5
6.1 LA PLEINE CITOYENNETÉ	5
6.2 APPROCHE INDIVIDUALISÉE	5
6.2.1 <i>Perspective cognitive-comportementale</i>	6
6.2.2 <i>Analyse fonctionnelle du comportement</i>	6
6.2.3 <i>Analyse et intervention multimodale (AIMM)</i>	6
6.2.4 <i>Approches basées sur les interactions entre la personne, ses occupations et son environnement</i>	6
6.2.5 <i>Approche motivationnelle</i>	6
6.2.6 <i>Approche sexologique</i>	7
7 CHEMINEMENT CLINIQUE	7
7.1 CRITÈRES DE RÉFÉRENCES	7
7.2 PROCESSUS DE RÉFÉRENCE	7
7.3 TRAITEMENT DES DEMANDES	7
7.3.1 <i>Critères de priorisation des demandes</i>	7
7.3.2 <i>Critères d'exclusion</i>	7
7.4 DURÉE DE SUIVI	8
7.5 CRITÈRES DE FIN DES SERVICES	8
8 COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	8
8.1 RÔLE ET FONCTIONS	9
8.2 RÉUNIONS D'ÉQUIPE	9
9 NATURE DES SERVICES	9
9.1 SERVICES INDIVIDUELS AUPRÈS DES CLIENTS	10
9.1.1 <i>Objectifs/services par professions</i>	10
9.1.2 <i>Objectifs/services pouvant être offerts par toutes les professions</i>	11
9.2 PROGRAMMATION DE GROUPE	11
9.3 SERVICES AUX PARTENAIRES/RESSOURCES	12
9.3.1 <i>Conférences et formations aux ressources résidentielles :</i>	12
9.3.2 <i>Rôle conseil :</i>	13
10 MISSION UNIVERSITAIRE ET PARTENARIAT	13
10.1 RECHERCHE	13
10.2 ÉVALUATION QUALITATIVE DES SUIVIS	13
10.3 PARTENARIAT	14
11 CONCLUSION	14

Liste des abréviations et sigles

PSIC	Programme de soutien et d'intervention clinique
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
RNI	Ressource d'hébergement non institutionnel
RTF	Ressource de type familiale
DSIS	Direction du soutien à l'intégration sociale
RE	Ressource d'établissement
RI	Ressource intermédiaire
CIUSSS – EMTL	Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
IQS	Intervenant à la qualité des services
NSA	Niveau de soin alternatif
FIUSMM	Fondation de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal
CESM	Centre d'excellence en santé mentale
AIMM	Analyse et intervention multimodale
TGC	Trouble grave de comportement
NSA	Niveau de soin alternatif

1 Mise en contexte

Le programme de soutien et d'intervention clinique (PSIC) a vu le jour en 2012 pour donner suite à la volonté de la direction afin de soutenir les propriétaires et les intervenants des ressources non institutionnelles ainsi de la volonté de la direction de soutenir l'intégration sociale (DSIS). Les gestionnaires de la DSIS de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) souhaitaient que des services de suivi et de soutien spécialisés et surspécialisés soient offerts aux résidents et au personnel des différentes ressources résidentielles. Ce besoin a émergé de la constatation que des résidents du réseau d'hébergement faisaient des séjours récurrents au centre de crise L'Appoint et dans les urgences psychiatriques. Alors qu'il existait une pression du réseau pour faire diminuer les taux d'occupation ainsi que la durée de séjour dans les urgences et unités d'hospitalisations, une alternative devait être présentée. Un projet pilote a donc été créé avec une première intervenante, une psychoéducatrice basée au Centre de Crise l'Appoint (maintenant nommé Émile-Nelligan).

Le besoin pour des services de soutien dans le réseau d'hébergement existait depuis plusieurs années. Le Plan d'action en santé mentale (PASM) de 2005-2010 avait prévu la transformation des services résidentiels, en transférant des ressources, afin d'accroître l'offre de logements autonomes avec soutien plutôt que de privilégier l'hébergement à durée illimitée. Toutefois, en 2009, un comité responsable de l'évaluation des ressources non institutionnelles (RNI) avait soulevé qu'il existait une iniquité quant aux services de soutien offerts et aux ressources financières attribuées aux RNI en comparaison avec ce qui était offert aux ressources d'établissement (RE).

En 2013, compte tenu du succès du projet pilote, un deuxième poste de psychoéducatrice a été ajouté à l'équipe. La même année, le rapport « Agir Maintenant » (R. Paquet) faisait quelques recommandations en lien avec les services d'hébergement qui ont confirmé les bénéfices d'une équipe telle que le PSIC. En effet, le rapport rappelait entre autres l'importance d'accompagner les personnes qui sont actuellement hébergées dans leur cheminement de retour dans la communauté, de développer des approches plus personnalisées pour la clientèle référée en hébergement et le besoin de diversification des types d'hébergement.

Au fil des années, divers professionnels se sont ajoutés au PSIC afin de pouvoir répondre aux besoins des résidents hébergés de manière optimale et de répondre à la demande de services. En 2021, l'équipe était composée de diverses disciplines comme la psychoéducation, l'éducation spécialisée, l'ergothérapie et la sexologie. Les services d'une paire aidante étaient également offerts.

2 Mandat

Le programme de soutien et d'intervention clinique est sous la direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance, section hébergement du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSSM-EMTL). Le PSIC a un mandat régional visant à soutenir le réseau d'hébergement en santé mentale de tout le parc de ressources sous la responsabilité du Centre intégré universitaire de santé mentale et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ce mandat régional provient de la mise en œuvre du plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM), où une des priorités d'action découlant de la planification des travaux par l'Agence, était de diminuer le nombre d'établissements gestionnaires à deux établissements. À la suite d'un appel d'offres (2009), l'IUSMM ainsi que l'Institut en santé mentale Douglas (IUSMD) ont eu la responsabilité conjointe du parc de ressources résidentielles de l'île de Montréal. Le parc de ressource d'hébergement en santé mentale n'est donc pas sous la responsabilité de chaque CIUSSS de son secteur mais plutôt sous la responsabilité du CIUSS de l'ouest de l'île de Montréal pour le secteur Ouest et du CIUSSS-EMTL pour le secteur Est.

Le soutien offert par le PSIC se fait en collaboration étroite avec l'ensemble des partenaires impliqués dans le rétablissement des usagers en s'appuyant sur les meilleures pratiques, afin d'offrir une réponse concertée aux besoins de ceux-ci. Les services offerts par le PSIC visent à soutenir les usagers du réseau d'hébergement à retrouver, atteindre ou maintenir une autonomie ou une qualité de vie optimale avec leur environnement immédiat.

3 Clientèle cible

La clientèle desservie par le PSIC est composée d'adultes présentant un trouble de santé mentale grave et persistant (ex. : trouble psychotique, trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble de la personnalité et autres) vivant dans une ressource d'hébergement sous la gestion du CIUSSS-EMTL. Cette clientèle présente diverses problématiques et besoins (ex. : difficultés relationnelles, difficultés de régulation des émotions, agressivité, hygiène déficitaire, limites cognitives, désinhibition, troubles de comportements, toxicomanie, difficultés de planification et d'organisation, difficultés d'intégration au milieu, etc.).

Le PSIC intervient également auprès des responsables et du personnel des différentes ressources du réseau pour différents mandats. Par exemple, les professionnels peuvent être amenés à faire des évaluations, des discussions de cas, un rôle-conseil, des formations, etc.

La clientèle desservie par le PSIC provient de divers types d'hébergement. Il y a les ressources de type familial (RTF), les ressources intermédiaires (RI), les foyers de groupe, les appartements supervisés, les ressources d'établissement (RE) et les ressources autres. Le niveau de service requis et les besoins de la personne déterminent le type de ressource résidentielle où il réside.

Au niveau des ressources d'établissement, les employés proviennent de l'IUSMM. Pour les autres types de ressources, le recrutement du personnel est à la charge de l'organisme communautaire ou du propriétaire de la ressource. Cela fait en sorte que les employés qui y travaillent n'ont pas tous le même niveau de formation en santé mentale.

4 Principes directeurs et valeurs

Les valeurs et les principes directeurs qui soutiennent le travail fait par le PSIC découlent de celles et ceux prônés par le CIUSSS-EMTL :

Principes directeurs :

- La participation citoyenne au cœur de notre vision;
- La prise de décision partagée et raisonnée;
- L'engagement et la mobilisation comme les moteurs de l'action.

Valeurs :

- La collaboration : Favoriser une implication positive de tous les acteurs, incluant les usagers-patients partenaires. Échanger nos connaissances pour améliorer le bien-être de tous. Se rendre disponible aux autres pour mieux s'entraider afin d'offrir des services de qualité. Être enthousiaste, ouvert et favoriser un esprit d'équipe;
- La communication : Se présenter, s'identifier et privilégier le vouvoiement. Démontrer une approche respectueuse dans toute forme de communication. Établir un contact visuel et avoir un comportement non verbal exprimant de l'ouverture. Ajuster sa façon d'être et son langage en utilisant des moyens adaptés à la personne et valider la compréhension du message. Utiliser un langage clair, concis et simple;
- La qualité des soins et services : Agir avec rigueur et responsabilité pour remplir nos engagements. Travailler en interdisciplinarité dans un but commun. Questionner systématiquement la satisfaction des usagers-patients pour s'améliorer. Personnaliser les soins et services, chacun est unique;
- Le professionnalisme : Maintenir et développer ses compétences, en restant à l'affût des meilleures pratiques. Faire preuve d'humanisme et d'éthique. Favoriser le savoir-être, le savoir-faire et le savoir-dire. Prendre le temps de bien faire, en respectant les droits, les besoins et les limites des autres;
- Le respect : Adopter une attitude positive et sans jugement. Respecter la confidentialité. Avoir une attitude empreinte de courtoisie, de civilité et de politesse. S'adapter à l'autre, en respect de ses choix.

5 Buts et Objectifs Généraux

La vision ministérielle de la santé et des services sociaux à laquelle se rattache le CIUSSS-EMTL est « Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des Québécois ». L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal voit au mieux-être des personnes en offrant les meilleurs soins et services spécialisés et surspécialisés en santé mentale, en contribuant à repousser les limites de la maladie par la recherche et l'évaluation des modes d'intervention, en formant les intervenants par l'enseignement et en diffusant les savoirs, en collaboration avec ses partenaires (2015).

Le PSIC offre des services visant à soutenir les usagers du réseau d'hébergement à retrouver, atteindre ou maintenir une autonomie ou une qualité de vie optimale avec leur environnement immédiat.

Un autre objectif est de soutenir la personne ou la ressource dans l'implantation d'interventions afin d'éviter des changements de milieu (sauf si l'utilisateur nécessite un changement de milieu) soutenir dans l'attente et à l'intégration d'un nouveau milieu. L'hébergement n'est pas une finalité dans le parcours de l'utilisateur, le PSIC accompagne ceux-ci vers l'autonomie en matière d'hébergement.

6 Assises théoriques (modèles, approches)

Le PSIC offre des services d'évaluation et d'intervention individualisés, axés vers le rétablissement et la pleine citoyenneté dans le milieu de vie de la personne. Il présente une offre de services diversifiée afin de répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle hébergée. La collaboration, le partenariat et la concertation sont au cœur du traitement de la demande. Les interventions se basent sur les meilleures pratiques en santé mentale.

Le rétablissement

Selon le centre d'excellence en santé mentale (2021), le rétablissement implique, entre autres, un processus où la personne chemine vers une vie satisfaisante et épanouissante pour elle, malgré la maladie mentale et la présence possible de symptômes. Il s'agit de se centrer sur ses forces, les compétences, les stratégies, de la personne malgré la présence de la maladie.

L'approche par les forces

«Le modèle des forces se base sur six principes clés issus de l'Université du Kansas qui ont entre autres pour but d'aider les personnes à découvrir les éléments importants et significatifs qu'ils souhaitent accomplir dans leur vie. L'accent est mis sur les forces de la personne et non sur les difficultés et la pathologie. La communauté est vue comme une oasis de ressources pour la personne. La personne est maître d'œuvre du processus d'aide. Elle est en charge de la direction que prendront les services. La relation entre la personne et son intervenant-pivot est primordiale, essentielle et s'articule autour de la confiance et de la reprise de pouvoir par la personne. L'intervention prend place dans la communauté. Toute personne peut se rétablir et a la capacité de transformer sa vie. » (Rapp, 2004 dans CESM, 2021)

6.1 La pleine citoyenneté

De son côté, la pleine citoyenneté fait référence à la place centrale de la personne en son rétablissement au sein du système de soins et son inclusion dans les débats entourant l'organisation des services de santé mentale (CESM, 2021).

L'interdisciplinarité est l'une des approches préconisées (toute intervention découle de l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, de la personne et des partenaires). La collaboration, la concertation et le partenariat sont des notions au cœur du processus du traitement de la demande.

6.2 Approche individualisée

Une approche individualisée est préconisée pour chaque requête reçue. Cette approche permet de considérer chaque usager en fonction de ses forces, de ses défis et de ses besoins en tenant compte des particularités de son milieu de vie. Le tout, afin de fournir une intervention ciblée et unique à la personne.

Étant donné que le PSIC emploie différents types de professionnels, ceux-ci utilisent des modèles théoriques en lien avec leur profession et avec les formations spécifiques qu'ils ont suivies. Voici les approches les plus souvent utilisées :

6.2.1 Perspective cognitive-comportementale

Cette perspective prend en compte l'importance des cognitions et des émotions d'une personne dans la modification d'un comportement et dans la façon qu'elle réagit au stress. Cette approche a trois paramètres. Il y a d'abord l'utilisation de l'observation (les grilles ABC), puis les différents processus cognitifs (perceptions et interprétations des événements) et l'effet motivationnel des croyances de la personne. L'accent est mis sur l'interaction qu'il existe entre la personne et son milieu. Les pensées et croyances de la personne sont donc travaillées afin de l'aider à modifier son comportement dans le présent. (Douville et Bergeron, 2015)

6.2.2 Analyse fonctionnelle du comportement

Cette méthode d'analyse permet de cibler les causes possibles à un ou plusieurs comportements. Elle est généralement utilisée quand une personne émet un comportement qu'on souhaiterait modifier. Cette analyse permet de cibler la cause du comportement. Le tout se fait en ciblant le déclencheur (ce qui vient avant le comportement ciblé), le comportement qu'on observe et ce qui arrive après l'émission du comportement. La réalisation de cette méthode se fait à travers des grilles d'observation qu'on appelle généralement grille ABC rempli de manière rigoureuse puis analysée par un professionnel afin d'en retirer des hypothèses. Ces hypothèses permettent alors de mettre en place des interventions adaptées à la personne. (SQETGC,2018)

6.2.3 Analyse et intervention multimodale (AIMM)

L'AIMM vise à soutenir la prise de décision par une analyse des causes probables, des services d'adaptation ou de traitement, mais aussi sur le plan des services de soutien requis de façon individualisée dans une perspective de prévention des troubles graves du comportement (TGC). Ce cadre intègre des méthodologies d'évaluation fonctionnelle des comportements problématiques, des méthodologies d'intervention comportementale, écosystémique et biopsychosociale ainsi qu'un travail transdisciplinaire le plus efficace et efficient possible auprès de ces personnes. Ce cadre théorique postule que les TGC d'une personne sont généralement multi déterminés par plusieurs causes et que celles-ci interagissent pour générer ou maintenir les TGC. (SQETGC, 2014)

6.2.4 Approches basées sur les interactions entre la personne, ses occupations et son environnement

Les ergothérapeutes du PSIC utilisent principalement deux modèles de pratique, soit le Modèle de l'occupation humaine (MOH) et le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO). Ce sont deux modèles qui considèrent que l'être humain a un besoin fondamental de s'engager dans des occupations. L'évaluation découle donc de l'analyse des interactions entre la personne et son environnement lorsqu'elle participe aux activités de son quotidien. Ces approches considèrent à la fois l'engagement de la personne dans ses occupations et le rendement occupationnel lors de la réalisation de ces activités. L'intervention vise à établir un équilibre entre les trois éléments (personne-occupation-environnement), en vue que la personne vive de la santé et du bien-être dans ses occupations.

(MCREO : E.A Townsend, H.J Polatajko, 2013;)

(Model of Human Occupation, R.R. Taylors, fifth edition, 2017)

6.2.5 Approche motivationnelle

Il s'agit d'une approche centrée sur le client qui vise à renforcer la motivation intrinsèque dans le but de modifier un comportement. L'approche place le client au centre de la démarche et la relation intervenant-usager se base sur la collaboration. La méthode utilisée est une méthode de communication, qui se nomme Entretien motivationnel. Le client doit explorer son ambivalence et l'intervenant favoriser son exploration. Afin de construire la motivation et d'arriver à un changement, la personne doit considérer le changement comme important, il doit se sentir en mesure de réaliser le changement (sentiment d'auto-efficacité) et être prêt à réaliser le changement. Il existe cinq

stades de motivation au changement et les stratégies d'intervention doivent être appropriées au stade de changement de l'utilisateur. (Miller et al, 2002)

6.2.6 Approche sexologique

Cette approche vise à ce que la clientèle maintienne une bonne santé sexuelle qui fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des individus. Elle englobe les diverses dimensions de la sexualité humaine et elle est centrée sur la personne telles que la dimension affective, biologique, psychologique, cognitive, socioculturelle et morale, spirituelle et religieuse (sphère santé sexuelle globale, 2021). L'ensemble de ses dimensions sont présentes dans chacune des interventions sexologiques. Nous utilisons une approche positive et respectueuse de la sexualité en tenant compte du vécu, des croyances, des valeurs de chaque individu. (OPSQ, 2021)

7 Cheminement clinique

7.1 Critères de références

Afin de pouvoir recevoir les services de l'équipe d'intervention et de soutien clinique, la personne doit résider dans une ressource d'hébergement en santé mentale du CIUSSS-EMTL. L'utilisateur ainsi que son équipe traitante doivent être en accord avec la demande de services et le besoin d'intervention doit être ciblé dans la requête.

7.2 Processus de référence

Une requête de services pour le PSIC doit être transmise par l'intervenant à la qualité des services (IQS) de la ressource d'hébergement où réside le client à la coordonnatrice clinique du PSIC. Si le client réside dans une ressource d'établissement, la requête sera remplie par le spécialiste en activités cliniques (SAC). Une fois reçue, la requête sera distribuée au professionnel dont la profession est la plus susceptible de répondre aux besoins de la personne.

7.3 Traitement des demandes

Les requêtes sont gérées par la coordonnatrice clinique de l'équipe. La requête sera attribuée selon son niveau d'urgence et en regard des compétences exigées à la demande. Le délai de réponse lors de la réception de la requête varie selon les demandes reçues. Dès qu'une requête est assignée à un intervenant du PSIC, un premier contact avec l'IQS est effectué dans un délai de 24 à 48 heures afin de planifier la rencontre initiale.

7.3.1 Critères de priorisation des demandes

La demande de service sera priorisée si la personne est à risque de relocalisation, d'hospitalisation ou de devenir en niveau de soin alternatif (NSA), le tout dans le but de favoriser la stabilité de l'hébergement.

Par la suite, les demandes sont attribuées aux professionnels selon la date de réception tout en respectant les actes réservés de chacun (ex. l'évaluation fonctionnelle est réservée aux ergothérapeutes) ainsi que les champs d'expertise.

7.3.2 Critères d'exclusion

Une demande de service sera refusée si :

- Le client est suivi par un intervenant d'une équipe mobile (ex : SIV, SIM, PACT, etc.) qui peut répondre au besoin de l'utilisateur.
- Le PSIC ne se substitue pas à l'équipe traitante. Si le service demandé peut être offert par celle-ci, le PSIC ne s'impliquera pas.

- Il travaille en concertation avec l'équipe traitante et il ne peut pas s'impliquer dans un dossier si celle-ci est en désaccord avec cette implication.
- Finalement, si le client refuse le suivi, ce dernier ne pourra pas se faire. Il sera alors regardé si la requête peut être transformée en rôle-conseil.

7.4 Durée de suivi

Le suivi du PSIC est un suivi à court terme d'une durée de 15 semaines dans la majorité des cas. La fréquence des rencontres est généralement d'une fois par semaine mais cela peut être plus fréquent au besoin. Elle peut également être moindre si tel est la demande de la ressource ou de l'utilisateur et si la situation nécessite un suivi moins long. La durée de chacune des rencontres est également variable, dépendamment du besoin et des capacités de la personne.

La première rencontre est toujours une rencontre initiale où sont convoqués l'utilisateur, le responsable de la ressource, l'IQS et la personne responsable du suivi psychosocial. Cette rencontre sert à cibler les objectifs préliminaires du suivi, faire la cueillette de données et expliquer les modalités de suivi. Elle a également pour but de confirmer que l'utilisateur est en accord avec le suivi qui lui est proposé.

La dernière rencontre du suivi sert à faire le bilan. On y retrouve les mêmes personnes que lors de la rencontre initiale. Le but de cette rencontre est de faire un résumé de ce qui a été réalisé et remettre des recommandations afin que ce qui a été fait lors de l'intervention se poursuive dans le temps.

7.5 Critères de fin des services

Le suivi se termine après 15 semaines mais d'autres critères sont des motifs de fin de suivi.

- Objectifs atteints
- Refus de poursuivre de la part du client
- Hospitalisation
- Relocalisation et le besoin n'est pas actuel
- Requête annulée
- Référence à un autre intervenant du réseau
- Référence à un autre service
- Modification des besoins d'intervention

8 Composition de l'équipe

L'équipe du PSIC est formée de divers professionnels; psychoéducateurs, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, paire aidante, sexologue et une chef de service. Elle fonctionne selon un mode d'interdisciplinarité. La coordination clinique de l'équipe est assurée par une psychoéducatrice.

Depuis le 18 mars 2019, Preti, un chien MIRA, a intégré l'équipe du PSIC. Elle accompagne deux psychoéducatrices de l'équipe dans leurs suivis au quotidien. En recourant à une intervention assistée par l'animal, le lien thérapeutique est facilité. De plus, certaines clientèles réfractaires aux interventions habituelles peuvent faire des acquis qui seraient difficilement atteignables autrement. Le chien MIRA permet de suivre la clientèle partout dans la communauté et ainsi travailler des objectifs dans le vécu partagé peu importe le lieu (ex. : restaurant, centre commercial, salon de coiffure, transport en commun, etc.). Des procédures de travail ont été élaborées dans le but de diminuer les risques encourus par le présent projet. Le document est disponible si besoin. Il a été remis et approuvé par les services concernés du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

8.1 Rôle et fonctions

Chef de service : Assure la gestion de l'équipe, l'amélioration des processus, l'atteinte des critères de performances, l'intégration des meilleures pratiques et le respect des enlignements ministérielle dans l'ensemble du service.

Coordonnatrice clinique : La coordonnatrice est responsable de recevoir et de distribuer les requêtes de services aux différents intervenants du PSIC, de s'assurer du bon déroulement des suivis, d'offrir le support clinique nécessaire aux intervenants (rencontre individuelle pour chaque intervenant aux six semaines et support ponctuel au besoin), de faire la promotion du programme, de faire un suivi régulier des services rendus à nos principaux partenaires (ex. : coordination des ressources), de faire le lien avec la chef de service et de s'occuper de certaines tâches administratives. La coordonnatrice clinique joue également un rôle de psychoéducatrice dans l'équipe. Ainsi, elle a la responsabilité, en moyenne, de six suivis individuels ou de groupe.

Intervenants du PSIC : Tenue de dossier en lien avec leurs ordres professionnels, tenir leurs connaissances à jour, s'assurer d'utiliser les meilleures pratiques, être en contact régulier avec les équipes traitantes, rédiger des rapports ou des notes évolutives conformes aux exigences de l'établissement et de leur ordre professionnel si tel est le cas.

Usagers : Participation active.

IQS : Transmettre les requêtes au PSIC en s'assurant de l'accord de l'équipe traitante de l'utilisateur, s'assurer de l'application des recommandations émises par le PSIC dans le milieu de vie, effectuer les interventions auprès des responsables au besoin.

Responsables des ressources : L'équipe du PSIC va accompagner le responsable de la ressource dans l'application des recommandations du suivi et il devra les appliquer après le suivi avec le support de l'IQS et de l'équipe traitante. Il travaille en partenariat avec le PSIC en mentionnant le plus tôt possible si certaines recommandations émises ne peuvent pas être appliquées dans le milieu afin de permettre au PSIC de trouver une alternative.

8.2 Réunions d'équipe

Une rencontre d'équipe hebdomadaire entre les différents membres de l'équipe du PSIC permet un échange d'informations et une réflexion en interdisciplinarité face aux différentes problématiques qui nous sont présentées.

Diverses formations sont également offertes aux intervenants afin d'être à jour face aux meilleures pratiques à appliquer. Les formations sont offertes selon la profession de chacun.

9 Nature des services

- Selon le professionnel à qui la demande a été attribuée, l'évaluation se fera à l'aide des outils spécifiques à sa discipline. Les informations nécessaires à l'évaluation sont généralement recueillies par les méthodes suivantes :
- Entrevues individuelles auprès de la personne, du personnel de la ressource, de l'équipe traitante, d'un membre de la famille, d'un proche, etc.
- Cueillette d'informations lors de la prise de contact avec l'intervenante à la qualité des services et lors de la rencontre initiale.
- Lecture du dossier de l'utilisateur.
- Mise en place de grilles d'observation à compléter par le personnel du milieu de vie au besoin.
- Observations directes dans le milieu.

- Mises en situation (ex. : préparation d'un repas, réalisation de l'entretien de la chambre, utilisation du transport en commun, etc.).

À la suite des résultats de l'évaluation et à l'identification d'objectifs avec la personne (plan d'intervention) ou la ressource d'hébergement, divers moyens d'intervention sont identifiés et utilisés.

Un plan d'intervention formel peut être élaboré avec la personne ou la ressource. Ces moyens sont choisis de manière à répondre de façon optimale aux besoins des clients ou de la ressource et sont adaptés aux capacités de ceux-ci. Le développement d'un lien thérapeutique constitue la base sur laquelle repose le suivi.

Voici une liste des moyens les plus couramment utilisés :

- Rencontres hebdomadaires ou plus fréquentes avec le client et/ou avec le personnel de la ressource d'hébergement (dont une rencontre initiale et une rencontre finale);
- Accompagnement dans la communauté;
- Apprentissages, enseignement;
- Capsules d'information;
- Approche de groupe;
- Utilisation du chien de réadaptation Mira (individuel et groupe);
- Au besoin, d'autres éléments des approches suivantes sont utilisés : approche cognitive comportementale (restructuration cognitive, méditation pleine conscience, etc.), approche motivationnelle, approche centrée sur les forces, approche axée sur le rétablissement.

Pour les personnes présentant des troubles du comportement, des interventions plus particulières peuvent être mises en place :

- Programme de gestion des comportements agressifs;
- Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement.

9.1 Services individuels auprès des clients

Les services sont habituellement donnés au domicile de la personne ou dans tout autre endroit pertinent à l'atteinte du but visé. Ainsi, la prestation de services peut se dérouler dans les organismes communautaires (intégration à une activité), dans le quartier (connaître les ressources, les utiliser), dans les moyens de transport (apprentissage d'un trajet), dans les hôpitaux (accompagnement à un rendez-vous), au centre de crise ou encore au bureau de l'intervenante si la personne est en mesure de se déplacer et que cela s'avère pertinent au suivi.

9.1.1 Objectifs/services par professions

Voici des exemples de services fournis :

En ergothérapie :

- Évaluation fonctionnelle (gestion du budget, préparation de repas/alimentation, hygiène, tâches ménagères, déplacements extérieurs/utilisation du transport en commun, gestion de la médication);
- Soutien au développement des capacités et à l'apprentissage de tâches du quotidien;
- Aide pour sortir les clients de l'inaction (action contre l'inertie), soutien à l'engagement dans des activités / projets de vie.

En psychoéducation

- Évaluation comportementale (comportements d'opposition, de non-respect des règles, perturbateurs, etc.);
- Apprentissage de moyens de gestion des émotions ou de gestion des symptômes afin de diminuer les comportements difficiles;
- Accompagnement du client et de la ressource lors d'une relocalisation en lien avec les comportements problématiques (aménagement du nouveau milieu, recommandations quant aux interventions à privilégier);
- Rôle-conseil auprès des responsables de ressources concernant ce type de problématique.

En éducation spécialisée

- Soutien à l'intégration dans un nouveau milieu;
- Soutien à la ressource afin de planifier et dispenser des activités destinées aux résidents;
- Soutien à l'exploration des intérêts et à la découverte des ressources du quartier;
- Aide afin d'améliorer l'organisation dans les AVQ-AVD.

La paire aidante

- Partage de savoir expérientiel;
- Écoute et moyens afin de prévenir la rechute, diminuer les symptômes et soutenir le rétablissement de la personne;
- Animation de cafés-causeries, d'ateliers de croissance sur divers thèmes (confiance en soi, gestion des symptômes, etc.);
- Conférences sur le rétablissement et la prévention du suicide.

En sexologie :

- Évaluer une problématique sexuelle (comportements sexuels inadéquats, difficultés relationnelles, le manque de respect des limites sexuelles des autres résidents et intervenants, etc.);
- Mise en place de solutions afin de mieux gérer une problématique sexuelle;
- Suivi individuel pouvant offrir écoute, support et mise en place de moyens pour mieux gérer un traumatisme sexuel (abus sexuel, agression sexuelle);
- Faire de l'enseignement sur la sexualité de façon individuelle;
- Animer des groupes d'éducation sexuelle;
- Rôle-conseil pour les intervenants.

9.1.2 Objectifs/services pouvant être offerts par toutes les professions

Mis à part certaines spécificités telles que l'utilisation du savoir expérientiel de la paire aidante, l'évaluation fonctionnelle (acte réservé de l'ergothérapeute) l'expertise des psychoéducatrices en gestion des troubles du comportement et l'expertise de la sexologue face aux difficultés reliées à la sexualité, chaque intervenant est en mesure de répondre, sans distinction, à la plupart des demandes de services qui sont faites au PSIC.

9.2 Programmation de groupe

Certaines activités de groupe sont périodiquement offertes à la clientèle. Il s'agit de groupes thérapeutiques ayant pour but de répondre à des besoins spécifiques (gestion des émotions et développement d'habiletés sociales et sexuelles) et qui n'existent pas dans la communauté. Ces activités sont offertes dans le milieu d'hébergement lorsqu'elles s'adressent aux résidents d'une même ressource ou encore à l'IUSMM ou dans la communauté lorsque des résidents de différentes ressources sont concernés.

Le groupe sur la gestion des émotions est inspiré du programme GE.CO. (Bellefleur et Messier, 2003), un programme de gestion de la colère développé par le CRDITED de la Montérégie-Est. Notre version cible l'atteinte de différents objectifs sur une période de quinze semaines. En plus d'apprendre aux participants à mieux gérer leur colère et/ou leur anxiété ; il leur permet d'identifier les signes physiologiques et psychologiques liés aux émotions; de contrôler les tensions physiologiques par la relaxation; de contrôler les tensions cognitives par les auto-instructions; d'identifier une solution (réponse comportementale) par la résolution de problème, la résolution de conflits et l'autoquestionnement et, finalement, d'utiliser les habiletés de communication adéquates pour transmettre leurs besoins et leurs émotions. Chaque rencontre est interactive. Différents moyens sont utilisés afin de transmettre le contenu et favoriser l'assimilation de celui-ci (discussion en groupe, exercices en groupe de résolution de problèmes, jeux de rôles et mises en situation, modelage, pratique des habiletés apprises, monitoring des pensées et des comportements par les participants entre les rencontres, devoirs, rencontres individuelles, etc.).

Le groupe de développement d'habiletés sociales et sexuelles a pour objectif principal de développer des habiletés sociales dans le but de rencontrer éventuellement un conjoint ou une conjointe. Plusieurs thèmes sont abordés par le biais de discussion, je jeux de rôles et de questionnaires tels que la connaissance de soi, la communication, l'estime de soi, l'affirmation, le consentement, comment approcher quelqu'un, les relations saines, etc. Les participants auront la chance de s'ouvrir sur des sujets parfois tabou, mais essentiels pour maintenir des relations saines et harmonieuses.

Selon les besoins, d'autres interventions de groupe peuvent également être offertes dans le milieu de vie. Par exemple, un groupe de mise en forme ou de loisirs pour des personnes plus sédentaires ou encore un groupe d'habiletés sociales ayant pour but d'établir des relations interpersonnelles plus harmonieuses ou un groupe d'éducation sexuelle. Les interventions faites visent également à outiller le milieu afin que ces activités puissent par la suite se poursuivre.

Il est également possible d'offrir un groupe avec la présence de Preti, chien Mira, dans le but d'améliorer les interactions sociales, faciliter la communication et renforcer les liens entre les résidents d'une même ressource d'hébergement. Dans ce cas, des objectifs de réadaptation doivent être ciblés pour les participants.

9.3 Services aux partenaires/ressources

9.3.1 Conférences et formations aux ressources résidentielles :

Afin de répondre à un besoin de formation de la part des responsables des ressources d'hébergement, un programme de formation leur est offert à raison de quelques formations par années.

Ce programme est une collaboration entre le service de coordination des ressources et le PSIC qui invitent l'ensemble des intervenants en milieu de vie à des formations et des conférences sur divers sujets. Celles-ci ont lieu cinq à six fois par année, depuis 2015.

Des formations sur mesure sont également offertes aux personnels des ressources. Elles sont adaptées aux besoins spécifiques identifiés par le demandeur. Ces formations sur mesure sont offertes au sein même des ressources d'hébergement.

Voici des exemples de formations et de conférences qui ont été conçues :

- Comprendre la maladie mentale;
- Prévention du suicide;
- Relation d'aide et motivation;
- Rétablissement et pleine citoyenneté;
- Toxicomanie;
- Troubles de personnalité;
- Ouvrez vos oreilles! (Écoute active);
- Psychiatrie justice et droits des usagers;
- Troubles de comportement et agressivité;
- Gestion des émotions.

9.3.2 Rôle conseil :

Le PSIC a reçu, au cours des ans, des demandes pour conseiller certaines ressources résidentielles sur divers sujets concernant l'intervention auprès de l'ensemble de leur clientèle. Ainsi, le PSIC a adopté un rôle-conseil auprès de ces ressources, sur des sujets comme :

- Dynamique de groupe;
- Constance et cohérence des équipes;
- Structure de l'environnement;
- Outils de gestion des émotions et du stress.

10 Mission universitaire et partenariat

L'offre de service de la mission universitaire de la direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance comprend six volets. On retrouve l'enseignement, la recherche, le transfert des connaissances, l'innovation et la pratique de pointe, l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale et le rayonnement. Les activités de la MU-IUSMM visent à rapprocher les gestionnaires, intervenants et chercheurs, par la création et la coordination d'interfaces et de processus favorisant la co-construction de connaissances pertinentes par rapport aux problématiques vécues sur le terrain et applicables dans nos milieux cliniques. La finalité de ces activités est l'amélioration de la prestation de soins et de services aux personnes et à la communauté. (Intranet, CIUSSS-EMTL)

Les intervenants du PSIC peuvent profiter du transfert des connaissances avec les autres professionnels à travers des échanges. Ils ont également accès aux divers services offerts par la MU-IUSMM.

10.1 Recherche

Un projet de recherche est envisagé par certains chercheurs du centre de recherche de l'IUSMM afin d'évaluer l'impact sur les résidents de certaines ressources de l'intervention assistée par l'animal qui a vu le jour avec l'arrivée de Preti au sein du PSIC. En raison du contexte de pandémie de la Covid-19, ce projet a été mis en attente pour le moment.

10.2 Évaluation qualitative des suivis

L'évaluation se fait par diverses méthodes et par divers répondants. En effet, des grilles d'observation peuvent être utilisées dans le milieu de vie de l'utilisateur, la consultation du dossier de l'utilisateur aux archives peut être effectuée, des entrevues individuelles avec divers répondants peuvent être faites (ex. : auprès de l'utilisateur, auprès du personnel de la ressource, auprès de l'équipe traitante, etc.), des rapports d'évaluation sont produits, divers outils ou tests peuvent être utilisés selon le besoin, etc. D'autre part, la reconnaissance de l'utilisateur se fait via ses acquis, sa prise d'autonomie, son bien-être dans son milieu de vie, divers renforçateurs, etc.

À la fin de chaque suivi, un questionnaire de satisfaction des services est remis au responsable de la ressource, à l'usager ainsi qu'à l'IQS qui a transmis la requête afin d'évaluer les services rendus et ainsi pouvoir s'ajuster si besoin dans des suivis futurs. Les questionnaires sont transmis à l'intention de la coordonnatrice clinique de l'équipe qui fait le suivi si nécessaire avec l'intervenant du PSIC qui a été en charge du suivi.

10.3 Partenariat

Le PSIC travaille en étroite collaboration avec les équipes traitantes des usagers (ex. : travailleuse sociale, psychiatre, médecin généraliste), les responsables et le personnel des ressources dont l'infirmière, les intervenants à qualité des services et leur coordonnatrice, le curateur public s'il est présent dans le dossier, le centre de crise Émile Nelligan, certains organismes communautaires et services offerts dans la communauté (ex. : prévention incendie, agents communautaires des postes de police de quartier).

De plus, l'équipe du PSIC travaille en étroite collaboration avec l'équipe en charge des usagers en statut NSA (niveau de soin alternatif) ou à risque de le devenir. Un usager a un statut NSA à partir du moment où l'équipe soignante détermine que le milieu actuel n'est plus le plus approprié pour lui dispenser les soins et services requis par sa condition et qu'il n'a plus de milieu de vie. Si la personne est à risque de devenir NSA dans son milieu de vie actuelle, le PSIC peut être interpellé afin d'intervenir pour évaluer quel soutien peut être apporté au milieu de vie afin que la personne y demeure jusqu'à ce qu'une relocalisation ait lieu, lorsque cela est possible. L'équipe du PSIC peut également être impliquée lorsqu'un nouveau milieu de vie a été ciblé afin de faciliter l'intégration de la personne et faire en sorte que les interventions appropriées soient établies dès l'arrivée de la personne.

11 Conclusion

Dans le but d'atteindre la vision du MSSS, soit « Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des Québécois », le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a pris 12 engagements articulés en quatre axes soient : un accès simplifié et des services de proximité, des pratiques de qualité centrées sur l'expérience usager, un milieu de travail humain et en santé ainsi que des pratiques de pointe et des pratiques d'excellence. Le travail des intervenants du PSIC va dans le sens de cette mission.

Le but du PSIC est de fournir le support nécessaire à la personne ou à la ressource, sur des objectifs très précis pour favoriser l'atteinte des projets de vie de la personne et favoriser une qualité de vie dans son milieu d'hébergement. Les services offerts sont en constante évolution et bonifiés selon les requêtes reçues.

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 