

Projet de Soutien d'Intensité Variable (S.I.V.) du CSSS Jeanne-Mance

Présenté par Jacques Meloche A.R.H.
Dans le cadre du Rendez-vous Jeanne-Mance du 15 Octobre 2008

Adapté du projet proposé par
Lise Renaud-Gagnon C.A.P.
Jean Gagné O.C.
Jacques Meloche A.R.H.
Francine Vincelette Cons.

Objectif

Offrir aux personnes atteintes de troubles graves de santé mentale, résidant sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance, du Soutien d'Intensité Variable (S.I.V.) par des intervenants pivots selon le modèle de « Case Management » dans une perspective de rétablissement et de réadaptation psychosociale.

Définition des concepts

- S.I.V.
- Troubles graves de santé mentale
- Case Management
- Intervenant pivot
- Rétablissement
- Réadaptation psychosociale

Le Soutien d'Intensité Variable (S.I.V.).

- Des services spécifiques de réadaptation offerts dans le milieu de vie des personnes atteintes de trouble grave de santé mentale.
- « Permettant leur retour à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté ».

(MSSS, 2007).

Normes du MSSS pour baliser le « S.I.V. »

- Offerts presque'exclusivement dans la communauté
- Suivi à moyen ou à long terme (environ de 5 à 10 ans selon l'expérience du Vermont State Hospital avant qu'ils puissent tisser de nouveaux liens dans la communauté). (Gélinas, 1996; 56 et MSSS 2002; 15).
- Rencontré 2 à 7 fois par mois.

Pourquoi intervenir dans le milieu de vie de la personne?

- Facilite le contact avec le client potentiel.
- Permet de mieux évaluer la nature du problème et de déterminer comment on peut lui venir en aide.
- L'enseignement des habiletés sociales est mieux fait dans des situations « in vivo » que dans des environnements contraignants. (Gélinas, 1996:42)

Pourquoi intervenir dans le milieu de vie de la personne? (suite)

- L'intensité de la relation s'en trouve amplifiée.
- Facilite l'intervention auprès du réseau.

Le trouble grave de santé mentale pour le S.I.V.

- Troubles associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. (MSSS, 2005; 40). La schizophrénie, le trouble délirant, le trouble affectif bipolaire en sont des exemples.

peut-être associé à

- Difficultés sociales (ex. manque de revenus, absence de réseau social, problème judiciaire etc.).
- Problèmes de santé physique.

doit-être évalué

Relativement stable sur les plans clinique et social et sans notre service la personne risque d'être déstabilisée, de vivre une hospitalisation (ou ré hospitalisation), de perdre son domicile ou de commettre des méfaits.

Cible visée

- Le MSSS évalue que la population pour laquelle le S.I.V. est requis équivaut à 250 adultes par 100 000 habitants.
- Donc pour le territoire du CSSS Jeanne-Mance cela représente **une cible de 325 personnes à partager entre le S.I.V. et le soutien alternatif communautaire de notre réseau.**

Modèle du « Case Management »

- Selon Baker et Intagliata (1992 ;219),
 - Modèle d'intervention où le « case manager » est le lien humain entre le client et le système.
 - Il est le seul dispensateur de services concerné et responsable de la globalité du client.
 - La relation humaine développée entre lui et le client est la force fondamentale.
 - Les buts ultimes sont de rehausser la continuité des soins et de permettre que le système de services soit accessible, responsable et efficace.
(Intagliata cité par Gélinas, 1996 ; 67)

Intervenant pivot

- « L'intervenant pivot est la personne avec laquelle l'utilisateur de services crée les liens les plus étroits au cours de son traitement. Il effectue lui-même certaines activités de soutien dont le choix est déterminé avec la personne et coordonne plusieurs autres activités. L'intervenant pivot est au fait des besoins de la personne et il a une vue d'ensemble des services qu'elle reçoit ou pourrait recevoir. »

(MSSS, 2005; 71)

Rétablissement

- Selon Provencher (2002), il existe 4 dimensions dans le concept du rétablissement:
 - 1) Identitaire – la personne se redéfinit, reconnaît son trouble de santé mentale, se détache du rôle de patient et s'investit vers les rôles de citoyen, elle retrouve l'estime de soi.
 - 2) le pouvoir d'agir – d'impuissante elle retrouve goût à la vie.
 - 3) relationnelle – sortir de l'isolement et construire des relations réciproques avec les autres.
 - 4) temporel – retrouve l'espoir d'une vie future.

Rétablissement (suite)

- Selon Patricia Deegan (1996),
« le rétablissement n'implique pas que la personne est guérie ni que son état est simplement stabilisé ni encore qu'elle demeure intégrée à la collectivité. Il a ceci de paradoxal que lorsque la personne parvient à accepter ce qu'elle ne peut faire ou être, elle commence aussi à découvrir ce qu'elle peut-être et ce qu'elle peut faire. »

Réadaptation psychosociale

- Fondé sur le respect de la personne et de son autodétermination, la réadaptation psychosociale regroupe l'ensemble des interventions nécessaires à la restauration des capacités fonctionnelles de la personne lui permettant de reprendre sa place au sein de la société. (Gélinas, 1996, p.32)

Modèle conceptuel de la réadaptation psychosociale

- Anthony et Liberman (1986) définissent le concept de « vulnérabilité au stress ».
- Anthony, Cohen et Farkhas (1990) élaborent 4 conséquences du trouble grave de santé mentale (Anthony et al, 2004; p.88) :
 - 1) la déficience (ex. les hallucinations).
 - 2) le dysfonctionnement (ex. manque d'habiletés sociales).
 - 3) l'incapacité (ex. absence d'emploi).
 - 4) le handicap (ex. la discrimination sociale).

Principes de base soutenant la réadaptation psychosociale selon Surber (1994) :

- 1) Une approche individualisée.
- 2) L'apport de supports environnementaux.
- 3) Le soutien des forces des personnes.
- 4) La restauration de l'espoir.
- 5) Un accent sur le potentiel d'occupation.
- 6) L'incorporation d'opportunité de socialisation.

Principes de base... selon Surber (suite)

7) Une pleine implication de la personne dans l'orientation de son traitement.

8) Un processus continu qui incorpore plusieurs interventions dans différents cadres.

(cité dans Gélinas,
1996; p.35)

Distinction

Le **rétablissement** désigne ce que font les personnes atteintes d'incapacité. Le traitement, la coordination de plan de services et la **réhabilitation (réadaptation)** désignent ce que font les professionnels pour faciliter le rétablissement (Anthony et al., 2004; 109)

Qui seront les professionnels du S.I.V. ?

- Des intervenants aux qualifications et aux expériences variées (t.s., a.r.h., ergothérapeute, infirmière, etc.)
- Éventuellement des pairs aidants, c'est-à-dire des personnes vivant ou ayant vécu un trouble grave de santé mentale et qui seront en mesure de soutenir les usagers dans leur processus de rétablissement.

Port d'attache de l'équipe du S.I.V.

Sous-programme de l'équipe de
Santé Mentale adulte du CSSS
Jeanne-Mance.

L'équipe du S.I.V. peut donc avoir
accès et échanger son expertise avec
les autres professionnels du CSSS.

Services offerts par l'équipe du S.I.V.

- Prise de contact ou « reaching out » dans la communauté.
- Évaluation/orientation/référence
- Élaboration d'un plan d'intervention en collaboration avec la personne (P.I., P.I.I., P.S.I.).
- Accompagnement/défense des droits individuels et collectifs.
- Élaboration de partenariats avec les ressources, les familles et les proches.
- Intervention en situation de crise.
- Traitement, intervention de réadaptation et de support à l'intégration sociale.
- Évaluation des résultats.
- Production de notes aux dossiers et de rapports d'interventions.

Travaux à exécuter pour réalisation du projet S.I.V.

- Constituer équipe d'intervenants.
- Préciser les critères d'admissibilité.
- Développer le continuum de services:
 - 1) S.I.V.- S.A.C.-S.I.M.
 - 2) S.I.V. et Équipes soignantes de deuxième ligne.
 - 3) S.I.V. et réseau local.
 - 4) S.I.V. et autres CSSS.

Travaux à exécuter pour réalisation du projet S.I.V. (suite)

- Former et superviser l'équipe.
- Déterminer activités que les intervenants seront en mesure d'offrir (adm. de chèque de BS, assistance aux A.V.D. ou autre).
- Déterminer règles d'éthique et normes d'intervention.
- Développer protocole d'évaluation du projet.

Ce qu'il reste à améliorer pour aider notre clientèle.

- Assouplir la loi de la Sécurité du Revenu du Québec favorisant l'insertion à l'emploi compétitif ou le retour aux études.
- Construire plus de logements sociaux.
- Développer des lieux de loisirs et de socialisation abordable (drop-in ou cafés/rencontre).
- Développer d'avantage de programmes de soutien à l'emploi (ex: Individual Placement and Support de Becker et Drake, 2003 cité dans Lecomte et al, 2006; p.152).

Questions éthiques à considérer:

- La visite à domicile est-elle une intrusion au point de déboucher sur une forme de harcèlement auprès de la personne pour qu'elle maintienne un lien avec l'équipe de traitement?
- Le contrôle exercé sur l'utilisation adéquate des sommes d'argent accordées par l'aide sociale pour rencontrer les nécessités de base conduit-il à une restriction des libertés fondamentales?

Questions éthiques à considérer:(suite)

- Les pressions déployés pour maintenir la fidélité à la prise de médicaments jugée nécessaire à la stabilité de la personne entravent-elles le droit au consentement au soin?
- Les interventions éducatives dispensées auprès du concierge de l'immeuble, de l'employé du dépanneur ou de la serveuse du restaurant confrontés avec des comportements perçus comme inopportuns se font-elles au détriment de la confidentialité?

Questions éthiques à considérer:(suite)

- Le partage de l'information pertinente à la concertation de plusieurs intervenants engendre-t-elle une stigmatisation de la personne dans un rôle dévalorisant?
- Les actions posées pour enclencher une procédure d'internement involontaire lorsque la personne est jugée dangereuse pour elle-même ou autrui ne remettent-elles pas en question le principe d'autodétermination de la personne?
(extrait de Gélinas, 1996; p.87)

Bibliographie et références

- Anthony, W.A. et Liberman, R.P., The Practice of Psychiatric Rehabilitation : Historical, Conceptual and Research Base in Schizophrenia Bulletin, vol. 12. no.4.p. 542-559.
- Baker, Franck et Intagliata, James, Case Management, in Liberman Robert Paul (Ed.): Handbook of Psychiatric Rehabilitation, MacMillan Publ. Co., New-York, p.213-243.
- Gélinas, Daniel, Travail Social, suivi intensif dans le milieu et case management en psychiatrie, Rapport présenté à l'école de service social en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences en Service Social, U. de M., Montréal 1996.
- Lecomte, T. et Leclerc, C., Manuel de Réadaptation Psychiatrique, Presses de l'Université du Québec, 2006.

Bibliographie et références (suite)

-Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La Force des Liens, Santé et Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 2005.

- Ministère de la Santé et Services Sociaux, Suivi de l'actualisation du plan d'action en santé mentale 2005-2010 La Force des liens. Portrait de l'offre de service en santé mentale par territoire local. Cadre méthodologique et consignes pour réaliser l'inventaire des dépenses et des services. Compilation, répartition et validation des données de votre établissement par type de services et par territoire, 2007.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Lignes directrices pour l'implantation des mesures de soutien dans la communauté en santé mentale, Éd. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 2002.

- Provencher, Hélène, Santé Mentale au Québec, 2002, vol.27 p.35-64.