

**Guide de pratique pour
les équipes de suivi intensif
dans la communauté**

Novembre 2004

Note au lecteur :

Nous remercions le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, ainsi que M^{me} Deborah Allness, le D^r William Knoeldler et la National Alliance for the Mentally III (NAMI) des États-Unis, de nous avoir donné la permission de traduire et de synthétiser leurs documents.

Édition

Coordination de l'édition : Virginie Jamet

Mise en pages et révision : Lucie Lacasse et Natasha Pinault

© Association des hôpitaux du Québec, 2004

Distribution

Association des hôpitaux du Québec

Publications de l'AHQ

505, boul. de Maisonneuve Ouest

Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : (514) 282-4228

Site Web : <http://www.ahq.org>

Dépôt légal – 4^e trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89447-200-5

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	i
I. INTRODUCTION.....	1
II. TRADUCTION ET SYNTHÈSE DES STANDARDS ONTARIENS ET AMÉRICAINS	3
1. DÉFINITIONS	3
2. CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ	8
2.1 Critères d'admission.....	8
2.2 Critères de congé.....	10
3. INTENSITÉ ET CAPACITÉ DU SERVICE	11
4. COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	11
5. ORGANISATION DU PROGRAMME.....	15
5.1 Heures couvertes par le personnel.....	15
5.2 Lieu où les services sont donnés	16
5.3 Communication entre les intervenants et planification	16
5.4 Supervision du personnel	18
5.5 Accès à l'hospitalisation.....	19
6. ÉVALUATION CENTRÉE SUR LE CLIENT ET PLANIFICATION INDIVIDUALISÉE DE L'INTERVENTION	19
6.1 Évaluation initiale.....	20
6.2 Évaluation complète	20
6.3 Planification de l'intervention	21
7. SERVICES À FOURNIR	22
7.1 Coordination des services.....	23
7.2 Évaluation et intervention en situation de crise.....	24
7.3 Évaluation et gestion des symptômes et thérapie de soutien individuelle.....	24
7.4 Prescription, administration, suivi et documentation des médicaments.....	24
7.5 Services relatifs à l'alcoolisme/toxicomanie	25
7.6 Services relatifs à l'emploi	26
7.7 Activités de vie quotidienne	27
7.8 Entraînement aux habiletés sociales et interpersonnelles et à profiter de temps de loisirs.....	27
7.9 Services de soutien par les pairs.....	28
7.10 Services de soutien	28
7.11 Éducation, soutien et consultation auprès des membres de la famille et autres soutiens importants du client	29

8. DOSSIER DU CLIENT	29
9. DROITS DES CLIENTS	30
10. INTERVENTION ADAPTÉE À LA CULTURE ET À LA LANGUE DE CHAQUE CLIENT	31
11. PLAN POUR L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET L'ÉVALUATION DU PROGRAMME	31
12. COMITÉS CONSULTATIFS	32
13. NÉCESSITÉ DE CONSIGNER PAR ÉCRIT TOUTES LES POLITIQUES ET LES PROCÉDURES DE L'ÉQUIPE	32
III. CONSIDÉRATIONS PRATIQUES ASSOCIÉES À L'IMPLANTATION DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE AU QUÉBEC	33
1. PARTENARIATS ET RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES VERSUS INTÉGRATION DES EXPERTISES AU SEIN D'UNE MÊME ÉQUIPE	33
2. EXIGENCES QUANT AUX QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE	35
3. RÔLE DU PSYCHIATRE	36
4. HEURES DE SERVICE	37
5. ÉQUIPES COMPLÈTES VERSUS ÉQUIPES RURALES	38
6. MODALITÉS POUR FAVORISER L'INSERTION EN EMPLOI DES CLIENTS	38
7. SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LES TERRITOIRES À CLIENTÈLE GÉOGRAPHIQUEMENT TRÈS DISPERSÉE	40
IV. CONCLUSION	43
RÉFÉRENCES	45

LISTE DES COLLABORATEURS

L'élaboration de ce *Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté* est le résultat de l'engagement professionnel des membres du groupe de soutien au suivi intensif en équipe de l'Association des hôpitaux du Québec.

Traduction et rédaction

M. Eric Latimer, avec le soutien particulier de **M. Daniel Gélinas** et de **M^{me} Deborah Thomson**.

Coordination

M. Jacques Gagnon, conseiller en santé mentale
Association des hôpitaux du Québec

Membres du groupe de soutien au suivi intensif

M. Jacques Gagnon, conseiller en santé mentale
Association des hôpitaux du Québec

M. Daniel Gélinas, psychoéducateur et travailleur social, agent de recherche
Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

M^{me} Miriam Hayes, chef de programme, CIC Trois-Rivières
Programme régional de suivi intensif en équipe, région Mauricie et le Centre-du-Québec
Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

M. Claude Lagueux, président
Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale
de la région de Québec (APUR)

M. Eric Latimer, professeur adjoint et chercheur
Département de psychiatrie, Université McGill
Centre de recherche, Hôpital Douglas

M. Langis Lemieux, coordonnateur
Équipe PACT
Centre hospitalier Robert-Giffard

D^{re} Anne-Marie Ponton, médecin psychiatre
Équipe SICOM
Chef des services ambulatoires
Hôpital Charles LeMoine

M^{me} Deborah Thomson, coordonnatrice
Suivi intensif en équipe dans la communauté
Hôpital du Haut-Richelieu

Remerciements

Nous adressons des remerciements aux personnes suivantes pour leurs commentaires sur le texte :

M^{me} Sylvie Bouchard, chef de programmes en santé mentale
Service de réadaptation Le Parcours, région Lanaudière Sud
Coordonnatrice, Sime sud

M^{me} Céline Coulombe, coordonnatrice
Activités dans la communauté en santé mentale au KRTB
(Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, les Basques)

M. Claude Descombes, coordonnateur
Équipe PACT
Hôpital Douglas

D^r Michel Gervais, médecin psychiatre
Conseiller clinique pour les équipes de suivi intensif
de la région Mauricie et le Centre-du-Québec
(CIC Shawinigan et Trois-Rivières)

Nous remercions aussi l'équipe de l'édition de l'Association des hôpitaux du Québec :

M^{me} Virginie Jamet, responsable du Service des publications

M^{me} Lucie Lacasse, révision

M^{me} Natasha Pinault, secrétaire

PRÉAMBULE

L'approche qui caractérise le suivi intensif en équipe dans la communauté se fonde sur la conviction que tous les citoyens, y compris ceux qui sont atteints des maladies mentales les plus graves et persistantes, ont le droit à une vie décente dans la communauté, qui leur procure de la satisfaction. La prémisse fondamentale du suivi intensif en équipe dans la communauté, maintenant validée par de nombreuses études expérimentales contrôlées, est que si les personnes utilisatrices de services de santé mentale reçoivent suffisamment d'aide et de soutien dans la communauté, l'hospitalisation (et l'itinérance) peuvent être prévenues ou presque éliminées, et ces personnes peuvent vivre librement dans la communauté, jouissant d'une qualité de vie décente et qui leur procure de la satisfaction. Le suivi intensif en équipe travaille avec les clients dans le respect et la collaboration, pour les aider à atteindre leurs propres buts dans les sphères du logement, du maintien dans la communauté, des relations sociales, du travail et de l'éducation, de la gestion des symptômes, des éléments stressants de la vie, de l'intégration dans la communauté, de la reprise du pouvoir et du rétablissement. En somme, les buts du programme sont d'aider les clients à vivre dans la communauté, d'une façon qui leur procure de la satisfaction, qui est marquée par l'espoir, et qui contribue à leur entourage¹.

¹ Traduction libre de : Test, MA. "Guidelines for Assertive Community Treatment Teams," dans Roberts, AR & Greene, GJ (Éditeurs), *Social Workers' Desk Reference*, New York, Oxford University Press, 2002, p. 511.

I. INTRODUCTION

Depuis le milieu des années 90 environ, les programmes de suivi communautaires pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves se sont multipliés. Isolés au départ, les programmes de ce genre sont en train de devenir un élément essentiel de la gamme de services de santé mentale dans toutes les régions du Québec.

Ces programmes ont pris une grande variété de formes, notamment en ce qui concerne les clientèles ciblées, la composition du personnel, les services offerts, le mode d'organisation, et même, dans une certaine mesure, la philosophie et les objectifs poursuivis. Ces différences s'expliquent par de multiples facteurs : courants distincts dans les littératures internationale, canadienne et québécoise, circonstances politiques et contraintes pratiques diverses dont les initiateurs des différents programmes ont tenu compte, et ainsi de suite.

Parmi les différents modèles d'organisation auxquels se réfèrent les programmes de suivi communautaires, c'est le *Program of Assertive Community Treatment* ou PACT (appellation traduite ici par *suivi intensif en équipe dans la communauté*) qui attire le plus l'attention, au Québec comme ailleurs. Cela reflète l'importance qui lui est accordée dans la littérature scientifique internationale, ainsi que le rôle grandissant qu'occupe ce modèle dans l'organisation des services de santé mentale dans d'autres provinces canadiennes (l'Ontario en particulier), aux États-Unis, ainsi qu'outre-mer, notamment en Australie et en Angleterre.

Le présent document complète le *Cadre de référence pour le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves* publié par l'AHQ en septembre 2000. Son but est de proposer, de façon concrète et précise, des modalités d'organisation et de fonctionnement susceptibles de maximiser la qualité de l'aide que des équipes de suivi intensif peuvent offrir aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. Ces modalités sont basées, en premier lieu, sur les normes promulguées pour les équipes de suivi intensif dans la communauté en Ontario en 1998 (1). À plusieurs endroits, cependant, nous avons modifié ou adapté le texte pour le rendre plus conforme aux normes proposées pour les équipes ACT américaines par Allness et Knoedler (2) en 2003. Ces dernières, plus récentes, sont à la fois plus détaillées et plus teintées par les valeurs de rétablissement et d'appropriation de

pouvoir que les normes ontariennes de 1998². Le texte de Mary Ann Test, cité dans le préambule, reflète cette évolution au regard des buts et des valeurs qui sous-tendent le suivi intensif en équipe.

En rédigeant ce document, qui était essentiellement un travail de traduction, nous étions bien conscients du fait que plusieurs des modalités proposées susciteraient un vif débat, même parmi les personnes qui souscrivent globalement à l'approche du suivi intensif en équipe. Aussi, pour aider les intervenants et les gestionnaires du Québec à mieux saisir les enjeux entourant ces modalités, nous avons ajouté une troisième partie au document (partie III). Celle-ci aborde certains éléments qui nous ont semblé particulièrement sujets à controverse. Pour chacun de ces éléments, nous discutons des avantages et des inconvénients de respecter ou de s'écarter des normes proposées³.

Notre but est donc de rendre disponible en français, pour toutes les personnes intéressées au développement du suivi intensif en équipe dans la communauté au Québec, les normes les plus récentes retrouvées dans les écrits spécialisés anglo-saxons. Notre but n'est pas de critiquer, ne serait-ce qu'implicitement, les choix que certains gestionnaires et cliniciens ont pu faire. Nous avons tous à coeur le mieux-être des clientèles que nous desservons, et les différentes écoles de pensée sur les meilleures façons d'organiser ces services auxquelles adhèrent les différents acteurs québécois contiennent toutes une part de vérité. Nous reconnaissons aussi que les réalités particulières à chaque milieu sont différentes, et que l'adhésion en bloc à un ensemble de normes, tel que celui que nous proposons, présente des défis considérables. Néanmoins, nous demeurons persuadés, autant par les nombreuses études rapportées dans la littérature scientifique internationale que par notre propre expérience ici-même au Québec, que la logique clinique et organisationnelle du suivi intensif en équipe dans la communauté fournit un guide essentiel pour comprendre comment tirer le meilleur parti possible d'une équipe interdisciplinaire. Certes, il est primordial que ce modèle organisationnel soit mis en oeuvre par des intervenants qui ont les qualités personnelles et la motivation que tous les programmes de suivi communautaires recherchent. Le suivi intensif en équipe dans la communauté offre alors un cadre organisationnel et clinique susceptible d'aider un sous-groupe particulièrement vulnérable parmi les personnes qui ont des troubles mentaux graves à réaliser leurs propres aspirations. C'est à ceux et celles qui ont choisi ou qui choisiront de s'engager dans cette voie que le présent document s'adresse.

² À de rares endroits, nous avons légèrement adapté le langage au contexte québécois, par exemple en faisant référence aux lois canadiennes et québécoises pertinentes (partie II, sections 8 et 9).

³ Dans certains cas, des éléments d'information ou des précisions sont apportés.

II. TRADUCTION ET SYNTHÈSE DES STANDARDS ONTARIENS ET AMÉRICAINS⁴

1. DÉFINITIONS

Une équipe de suivi intensif dans la communauté (ou équipe ACT) est une équipe d'intervenants cliniques et psychosociaux :

1. qui cherchent à soutenir un groupe défini de personnes atteintes de troubles mentaux graves à atteindre leurs propres buts à l'égard du logement, du maintien dans la communauté, des relations sociales, du travail et de l'éducation, de la gestion des symptômes et des facteurs de stress;
2. qui, de façon plus générale, cherchent à favoriser l'autonomie, l'appropriation de pouvoir et le rétablissement;
3. qui, à cette fin, assument la responsabilité première de fournir eux-mêmes le traitement psychiatrique, le soutien et les services de réadaptation à un groupe défini de clients atteints de troubles mentaux graves;
4. qui n'ont recours que minimalement à des prestataires de service en dehors de l'équipe;
5. qui desservent leurs clients à long terme, pour une durée indéfinie, avec un faible taux de roulement du personnel;
6. qui prennent contact avec leurs clients la grande majorité du temps dans la communauté, en milieu naturel;
7. qui mettent l'accent sur la recherche active de la clientèle dans son milieu de vie (*assertive outreach*), l'adaptation des services aux besoins de chaque client et le développement d'une relation de confiance avec les clients;
8. qui fonctionnent selon des règles d'échange d'information et d'organisation du travail précises, conçues de façon à mettre à contribution de façon efficace et efficiente les expertises de chaque membre de l'équipe dans l'intervention auprès de chaque client tout en engageant celui-ci au maximum dans l'élaboration de son propre plan d'intervention.

⁴ La partie II est une traduction et une synthèse de : Ontario Ministry of Health. *Recommended Standards for Assertive Community Treatment Teams*, 1998; et Allness, D, Knoedler, W, *National Programs Standards for ACT Teams*, Arlington VA, National Alliance for the Mentally Ill Assertive Community Treatment Technical Assistance Center, 2003.

La clientèle cible est composée de personnes qui manifestent des symptômes et des difficultés auxquels les traitements disponibles ne répondent pas de façon satisfaisante ou qui, pour des raisons reliées à leur maladie mentale, résistent ou évitent le contact avec les services de santé mentale.

Le coordonnateur de l'équipe, le psychiatre, l'adjointe administrative de l'équipe et le personnel multidisciplinaire de l'équipe visent l'excellence dans leur travail, ce qui implique entre autres le maintien d'une attitude courtoise, respectueuse et aimable envers les clients du programme⁵.

Les équipes de suivi intensif peuvent être réparties en deux groupes : 1) équipes complètes, le plus souvent localisées en milieu urbain, qui sont en principe capables de respecter tous les critères énoncés dans le présent document; et 2) équipes rurales pour lesquelles les critères doivent être adaptés en fonction de la faible densité de population⁶.

La coordination des services est un processus d'organisation et de coordination à l'intérieur de l'équipe interdisciplinaire pour exécuter l'ensemble des traitements et des services de réadaptation et de soutien que chaque client s'attend à recevoir en vertu de son plan d'intervention⁷. Cette coordination s'effectue dans le respect des préférences du client. La coordination des services réfère aussi à la coordination avec les ressources dans la communauté, y compris les groupes d'entraide et de défense des droits (*advocacy*).

L'intervenant-pivot est, pour un client donné, le membre de l'équipe qui assume la responsabilité de rédiger le plan d'intervention, de s'assurer que le client reçoit le soutien émotif dont il a besoin, de veiller à ce que le plan d'intervention soit mis à jour aussi rapidement que possible à la suite d'un changement dans la situation du client, et de faire valoir les droits et les préférences du client au sein de l'équipe.

Le client est une personne qui a terminé le processus d'admission et qui est desservi par l'équipe.

⁵ En vue d'alléger le texte, sauf pour les adjointes administratives et les infirmières, on utilisera le genre masculin.

⁶ Comme il a été mentionné plus haut, même en milieu rural, si le nombre et la densité géographique de clients sont suffisants, les modalités décrites pour une équipe complète s'appliquent.

⁷ Nous utilisons le terme « plan d'intervention », plus général, plutôt que plan de traitement, que l'on retrouve dans les standards ontariens et américains.

La supervision clinique est un contact régulier, face à face, entre le superviseur clinique désigné et un membre de l'équipe pour discuter de l'état clinique du client, et pour s'assurer que le client reçoit le traitement et les services appropriés des membres de l'équipe. La supervision clinique prend place pendant les réunions d'organisation quotidienne ainsi que pendant les réunions de planification de l'intervention hebdomadaires. Elle s'appuie aussi sur la lecture de la documentation écrite (p. ex. : évaluations, plans d'intervention, notes d'évolution et correspondance).

L'évaluation complète est le processus organisé de collecte d'informations, utilisant ce qu'on appelle le *questionnaire initial*, pour évaluer l'état fonctionnel et de santé mentale d'un client, ses besoins et ses objectifs. Les résultats de cette évaluation sont utilisés pour produire un plan d'intervention pour le client.

Le répertoire-clients est un dossier (qui peut être sous forme de cahier, de kardex ou de fichier informatisé) que l'équipe tient à jour quotidiennement et qui fournit : 1) la liste des clients desservis par le programme; et 2) pour chaque client du programme, de l'information sommaire sur les contacts avec le client ce jour-là ainsi qu'une description brève du comportement du client au moment de ces contacts⁸.

La rencontre d'organisation quotidienne est une rencontre de l'équipe qui se tient chaque jour à la même heure sous la supervision du coordonnateur de l'équipe (ou de son remplaçant). Au cours de ces rencontres, l'équipe : 1) passe en revue rapidement les contacts qui ont eu lieu le jour précédent avec tous les clients du programme; 2) passe en revue les contacts prévus pour la journée, faisant des ajustements au besoin; 3) répartit les contacts prévus pour la journée entre les membres de l'équipe; 4) modifie les plans d'intervention et se prépare, au besoin, à des urgences ou à des situations de crise. Le répertoire-clients et l'horaire quotidien de répartition des tâches (voir à la page suivante) sont utilisés durant la réunion pour faciliter l'exécution de ces différentes tâches. Dans les équipes rurales, ces rencontres devraient se tenir au moins deux fois par semaine – s'il le faut, par téléphone ou par un autre moyen de télécommunication, les rencontres en personne étant fixées à intervalles réguliers.

⁸ Le terme américain traduit par « répertoire-clients » est *daily log*. Certaines équipes qui utilisent un kardex peuvent l'appeler simplement « kardex ». D'autres pourraient l'appeler « notes de progrès », mais dans certains établissements cela pourrait porter à confusion avec les *progress notes*, ou « notes d'évolution ».

L'horaire quotidien de répartition des tâches décrit la répartition des contacts prévus pour la journée entre les intervenants. Cet horaire est élaboré chaque jour à partir d'un fichier central qui contient tous les horaires hebdomadaires des clients.

La thérapie de soutien individuelle est une thérapie verbale, sous forme de conversation face à face, qui vise à aider le client à clarifier ses buts et à se rétablir, à comprendre la signification de ses symptômes, à réduire sa détresse et l'intensité de ses symptômes, à améliorer son niveau de fonctionnement et à accroître sa participation aux services qu'il reçoit et sa satisfaction à leur égard.

L'évaluation initiale et le plan d'intervention initial consistent en l'évaluation initiale qui est faite de l'état fonctionnel et de santé mentale d'un client ainsi que de ses besoins et de ses objectifs (p. ex. : en matière de logement ou des finances). Le plan d'intervention initial est complété le jour de l'admission et guide les interventions de l'équipe jusqu'à ce que l'évaluation complète et le plan d'intervention soient terminés (en pratique, cela consiste le plus souvent à inscrire des rendez-vous et des tâches dans le répertoire-clients pour le premier mois, à la fin duquel l'évaluation complète et le plan d'intervention doivent être terminés).

Les médicaments psychotropes font référence à tout médicament utilisé pour traiter, gérer ou contrôler des symptômes psychiatriques ou un comportement désorganisé, y compris mais pas seulement des agents antipsychotiques, antidépresseurs, stabilisateurs d'humeur ou anxiolytiques.

L'administration de médicaments (med-drop/ « admed ») est l'acte physique de donner un médicament à un client ou de superviser étroitement la prise de médicaments selon la méthode prescrite (oralement ou par injection).

Le monitoring de la médication consiste en l'observation du client afin d'évaluer à la fois les effets bénéfiques et les effets secondaires imprévus ou indésirables associés à la prise de médicaments psychotropes.

Le soutien par un pair est l'offre d'assistance par un « travailleur pair aidant » (*peer support worker*), membre de l'équipe, qui a vécu la maladie mentale et qui a la capacité d'établir une relation d'aide et d'encouragement avec un client.

Le responsable de quart de travail (shift manager) est la personne (désignée au préalable et à tour de rôle par le coordonnateur de l'équipe) responsable de la répartition quotidienne des contacts ou des tâches entre les intervenants; de s'assurer que tous les contacts ou les tâches sont effectués ou reportés à une date ultérieure; et de gérer toutes les urgences ou les crises qui surviennent dans le courant d'une journée, en consultation avec le coordonnateur de l'équipe et le psychiatre.

Le plan d'intervention est une composante du processus clinique qui engage le client, ses proches, s'il y en a, et l'équipe. Il spécifie de façon individualisée les services et les activités de traitement, de réadaptation et de soutien destinés à répondre aux besoins de la personne et à l'aider à rencontrer ses objectifs. Le plan d'intervention documente les buts du client et les interventions destinées à l'aider à les accomplir. Le plan définit également les rôles et les responsabilités de chaque intervenant dans sa mise en œuvre. Il est révisé par écrit au moins à tous les six mois.

L'évaluation des progrès du client est un résumé écrit des progrès du client depuis la dernière mise à jour du plan d'intervention. Préparé sous la responsabilité de l'intervenant-pivot, il décrit les forces fonctionnelles et les limites du client au moment où le plan est révisé. Cette évaluation s'appuie sur les notes écrites au cours des mois précédents, à la suite des contacts significatifs avec le client et son entourage.

La réunion de planification de l'intervention est une réunion de l'équipe entière, y compris le psychiatre traitant, fixée régulièrement, sous la supervision du coordonnateur de l'équipe, pour évaluer les besoins et les difficultés du client; pour établir des objectifs à court et à long terme dont l'accomplissement peut être mesuré; pour planifier des interventions de service et de traitement; et pour assigner les intervenants qui seront responsables de l'accomplissement des tâches. Elle se tient normalement une fois par semaine vers le milieu de la semaine, à un jour et à une heure fixes, et dure au moins deux heures.

L'horaire hebdomadaire du client est un horaire écrit des interventions et des contacts spécifiques (c'est-à-dire par qui, quand, pour combien de temps et où) planifiés en fonction des buts énoncés dans le plan d'intervention : il doit donc en être le reflet. L'horaire est élaboré et gardé à jour pour chaque client que l'équipe dessert.

La mini-équipe est un groupe ou un sous-groupe de 3 à 5 intervenants (dans une équipe complète), sans compter le psychiatre, qui rassemblent des expertises complémentaires en soins cliniques et en réadaptation. Les membres de la mini-équipe sont désignés par le coordonnateur de l'équipe (et le psychiatre selon sa disponibilité) au plus tard avant la première réunion de planification de l'intervention ou 30 jours après l'admission si cette réunion n'a pas encore eu lieu. Chaque mini-équipe inclut à tout le moins : 1) l'intervenant-pivot; 2) un autre membre de l'équipe qui connaît bien le client et peut servir de remplacement à l'intervenant-pivot lorsque ce dernier est absent; et 3) un autre membre de l'équipe choisi en fonction de la correspondance entre son expertise et les besoins et les objectifs du client.

Dans les équipes complètes, la mini-équipe peut inclure d'autres intervenants également choisis en fonction de la correspondance entre leur expertise et les besoins et les objectifs du client. Les membres de la mini-équipe doivent : 1) bien connaître la vie du client, sa situation, ses buts et ses désirs; 2) collaborer avec le client pour développer et écrire le plan d'intervention; 3) offrir des options et des choix dans le plan d'intervention; 4) s'assurer que des changements immédiats y soient apportés au fur et à mesure que les besoins du client changent; et 5) faire valoir les souhaits, les droits et les préférences du client. Les membres de la mini-équipe fournissent la majeure partie du traitement ainsi que des services de réadaptation et de soutien que le client reçoit. Chaque membre de la mini-équipe se voit confier des responsabilités spécifiques telles que décrites par le client et la mini-équipe dans le plan d'intervention⁹.

2. CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ

2.1 CRITÈRES D'ADMISSION

Les critères suivants devraient guider une équipe de suivi intensif dans la sélection des clients à desservir :

1. Un diagnostic DSM-IVR correspondant à une maladie mentale grave, qui affecte de façon importante le fonctionnement de la personne dans la communauté. On doit accorder la priorité aux personnes atteintes de schizophrénie, d'autres maladies psychotiques (p. ex. : troubles schizoaffectifs) ou de troubles bipolaires parce que ces maladies sont plus susceptibles de causer des incapacités psychiatriques à long terme. La présence d'un trouble concomitant ne constitue pas un obstacle à ce que la personne soit admise au programme.

⁹ Dans une équipe rurale, la mini-équipe peut se limiter à l'intervenant-pivot, plus une ou deux personnes choisies pour des raisons cliniques. Par exemple, une infirmière pour un client qui a des difficultés respiratoires.

2. Des incapacités fonctionnelles importantes manifestées par au moins une des conditions suivantes :
- Incapacité à effectuer de façon fiable par soi-même les différentes tâches associées, pour une personne adulte, à un fonctionnement de base dans la communauté (maintenir son hygiène personnelle, se nourrir adéquatement, gérer convenablement ses affaires personnelles; obtenir des services médicaux, juridiques ou relatifs au logement; reconnaître et éviter des dangers courants à soi ou à ses possessions) ou besoin d'aide important de la part des proches dans l'accomplissement d'activités de vie quotidienne;
 - Incapacité à garder un emploi susceptible de subvenir à ses besoins ou incapacité à bien s'occuper de tâches domestiques (préparation de repas, lessive, gestion d'un budget ou des soins aux enfants);
 - Incapacité à maintenir un logement stable (p. ex. : évictions à répétition ou perte de logement).
3. La présence de deux ou plus des difficultés suivantes qui manifestent un besoin continu de services intensifs (c.-à-d. plus de 8 heures par mois) :
- Est hospitalisé à répétition dans des unités de soins psychiatriques ou se présente souvent à l'urgence pour cause de troubles mentaux;
 - Présente des symptômes réfractaires (c.-à-d. persistants ou qui reviennent très souvent), graves et importants (p. ex. : affectifs, psychotiques, suicidaires);
 - Présente des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie de façon concomitante depuis plus de 6 mois;
 - Présente un risque élevé ou une histoire récente de démêlés avec la justice (p. ex. : arrestation, emprisonnement);
 - Ne parvient pas à subvenir à ses besoins de base ou est logé dans des conditions inacceptables, se trouve sans abri ou présente un risque imminent de le devenir;
 - Est présentement hospitalisé ou demeure dans une résidence supervisée, mais est évalué comme étant capable de vivre dans une situation plus autonome si des services intensifs lui sont fournis; ou exigera un placement résidentiel ou institutionnel si des services plus intensifs ne lui sont pas offerts;
 - Exige un suivi plus intensif que ce qui est normalement offert par les services traditionnels en clinique externe de psychiatrie.

La demande de services professionnels, accompagnée d'une feuille d'informations spécifiques au programme de suivi intensif, est évaluée par l'équipe. L'évaluation de l'équipe quant à l'admissibilité du client est ensuite enregistrée sur la demande de services professionnels et signée par le coordonnateur de l'équipe ou le psychiatre de l'équipe.

2.2 CRITÈRES DE CONGÉ

1. Un client quitte le programme lorsque les membres de l'équipe et lui-même s'accordent à ce que l'engagement de l'équipe dans la vie du client se termine. Cela se produit lorsqu'un client :
 - quitte le territoire géographique que l'équipe dessert. Dans ce cas, l'équipe doit faire en sorte que la responsabilité pour le client soit transférée à d'autres intervenants et garder le contact avec le client jusqu'à ce que le transfert soit bien effectué;
 - démontre la capacité à fonctionner adéquatement dans les différents domaines de la vie (par exemple : travail, socialisation, soins personnels) sans avoir besoin de l'aide de l'équipe, sans rechute significative lorsque le suivi est interrompu, et demande à quitter le programme, les intervenants concordant avec le bien-fondé de sa demande;
 - a atteint les buts qui avaient été fixés pour le congé, le client et l'équipe s'accordant à ce que le client soit transféré à des ressources moins intensives (telles qu'une combinaison de suivi communautaire et de suivi régulier en clinique externe de psychiatrie);
 - ne veut pas être desservi par l'équipe, malgré les efforts des intervenants à établir avec le client un plan d'intervention satisfaisant.

En particulier, l'équipe ne doit pas donner son congé à un client simplement parce qu'il devient trop difficile.

Au moment du congé, l'équipe doit documenter :

- les motifs du congé;
- le statut et l'état du client au moment du congé;
- une évaluation écrite finale des progrès accomplis par le client dans l'accomplissement des buts qui avaient été établis dans le plan d'intervention;
- un plan développé en collaboration avec le client pour son traitement et son suivi à la suite du congé.

3. INTENSITÉ ET CAPACITÉ DU SERVICE

Le ratio clients : intervenant doit s'établir en fonction de l'intensité requise pour rencontrer les besoins de la clientèle. Les premières années, il faut s'attendre à ce qu'une équipe de suivi intensif desserve environ 7 à 8 clients par intervenant à temps complet (excluant le psychiatre et l'adjointe administrative de l'équipe). Ce ratio baisse à 6 ou 7 en milieu rural, étant donné le plus grand temps passé en déplacement. Une équipe complète devrait desservir environ entre 80 et 100 clients, et une équipe rurale entre 40 et 60. Par la suite, surtout si le taux de roulement des clients est faible, le ratio peut augmenter progressivement.

Les premiers deux ou trois mois, l'équipe ne devrait accepter que 4 à 6 clients par mois, au maximum (2 à 3 pour une petite équipe rurale). Par la suite, le rythme devrait ralentir à 2 ou 3 nouveaux clients par mois (1 ou 2 pour une petite équipe rurale).

L'équipe doit avoir la capacité de fournir plusieurs contacts par semaine aux clients souffrant de symptômes graves ou de difficultés importantes en ce qui a trait aux activités de vie quotidienne. Certains clients peuvent avoir besoin jusqu'à 2 ou 3 contacts par jour, 6 ou 7 jours par semaine (une telle fréquence est normalement associée à un besoin de distribution de médicaments). La plupart sinon la totalité des intervenants doivent se partager la responsabilité pour répondre aux besoins de tous les clients qui ont besoin de contacts fréquents.

L'équipe doit également avoir la capacité d'augmenter rapidement l'intensité des services offerts à un client si cela est requis.

4. COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

Les équipes de suivi intensif doivent pouvoir compter sur un nombre assez grand d'intervenants qualifiés pour qu'ensemble ils puissent fournir la majorité des services dont leurs clients ont besoin et développer avec chacun d'eux une relation d'aide et de soutien de qualité. De plus, les intervenants d'une équipe de suivi intensif doivent être animés par les attitudes et les valeurs qui sous-tendent l'intervention d'une équipe de suivi intensif : la compassion et le respect pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves et pour leurs expériences de vie; une compréhension et une acceptation des notions de rétablissement et de la légitimité et de l'importance de laisser les clients définir eux-

mêmes les buts de l'intervention de l'équipe; et l'engagement des clients et de leurs proches dans toutes les activités qui influent sur la qualité de l'intervention de l'équipe.

Une équipe de suivi intensif devrait inclure des intervenants en mesure d'offrir les services décrits à la section 7, y compris la coordination des services; l'évaluation et l'intervention en situation de crise; l'évaluation et la gestion des symptômes; la thérapie de soutien individuelle; la prescription, l'administration, la surveillance et la documentation de la médication; le traitement pour alcoolisme et toxicomanie; les services reliés à l'emploi; les services reliés aux activités de la vie quotidienne; les services reliés à la socialisation, aux relations interpersonnelles et aux loisirs; les services de soutien ou d'assistance directe pour s'assurer que les clients ont accès aux nécessités de la vie quotidienne; et l'éducation, le soutien, la représentation et la consultation auprès des membres de la famille et autres soutiens importants du client (propriétaires de logement, employeurs, agents d'aide sociale, etc.). La composition ethnique, culturelle et linguistique de l'équipe devrait refléter celle de la communauté qu'elle dessert.

Une équipe complète devrait employer en moyenne l'équivalent de 10 à 12 intervenants à temps plein, incluant 1 coordonnateur de programme à temps plein, 1 travailleur pair aidant à temps plein, 1 à 1,5 adjointe administrative et au moins 16 heures par semaine du temps de 1 psychiatre pour 50 clients.

Une équipe rurale devrait employer au moins l'équivalent de 6 à 8 intervenants à temps plein, incluant le coordonnateur de programme, 1 travailleur pair aidant, 1 adjointe administrative et 16 heures par semaine du temps de 1 psychiatre pour 50 clients.

Chaque équipe doit inclure 1 chef ou 1 coordonnateur qui est le superviseur clinique et administratif de l'équipe, et qui agit également à titre de clinicien. Le chef d'équipe doit également détenir une maîtrise en sciences infirmières, en travail social, en réadaptation psychiatrique ou en psychologie. Le chef d'équipe peut également être un psychiatre.

Dire que le chef d'équipe agit à titre de clinicien signifie que le chef d'équipe est un clinicien compétent, en mesure de mener des évaluations centrées sur les clients et la planification individualisée des interventions, travaillant de près avec le client et les membres de l'équipe. Il est très difficile de diriger les activités de l'équipe sans connaître personnellement chaque client et ses

proches. De plus, une connaissance personnelle des clients rend la supervision clinique beaucoup plus efficace et crédible.

Comme il vient d'être mentionné, une équipe (complète ou rurale) devrait compter sur au moins 16 heures par semaine du temps de 1 psychiatre pour chaque 50 clients. Le psychiatre est un membre à part entière de l'équipe, et non simplement un consultant. Il participe aux réunions d'organisation quotidiennes et aux réunions de planification de l'intervention. Il agit à titre de psychiatre traitant pour tous les clients de l'équipe. Il collabore avec le chef d'équipe pour rester au fait de l'état clinique de chaque client et comment il réagit au traitement; il supervise la prestation de services par l'équipe et il dirige les services psychopharmacologiques et médicaux. Ainsi, il est responsable de l'ensemble de l'intervention psychiatrique et médicale.

Quoiqu'un psychiatre peut fort bien travailler à temps partiel avec une équipe, il est important qu'il soit disponible à des heures prévisibles. Ses heures doivent être suffisantes pour lui permettre d'acquiescer ses tâches cliniques, administratives et de supervision. Un psychiatre de remplacement devrait être disponible lorsque le psychiatre de l'équipe ne l'est pas.

Sur les 10 à 12 salariés équivalents temps plein (ETP) d'une équipe complète, au moins 8 (y compris le coordonnateur) devraient détenir une formation professionnelle. Sur les 6 à 8 ETP d'une équipe rurale, au moins 5 devraient détenir une telle formation. Un intervenant est considéré comme ayant une formation professionnelle s'il détient : 1) un diplôme professionnel dans l'une des disciplines de base en santé mentale (sciences infirmières, sciences humaines, psychoéducation, ergothérapie, travail social, psychologie, orientation); 2) des stages ou une formation clinique supervisée; et 3) une expérience de travail dans cette profession auprès de personnes qui ont des troubles mentaux graves. Sur les 8 ETP détenant une formation professionnelle sur une équipe complète, au moins 4 devraient avoir une formation de niveau maîtrise ou plus; sur une équipe rurale, au moins 2 sur 5. Les autres peuvent avoir une formation moins poussée ou moins spécialisée, mais tous doivent avoir une expérience de travail auprès de personnes avec des troubles mentaux graves, ou, à la rigueur, d'autres populations avec des besoins importants.

Parmi ces intervenants, l'équipe devrait inclure :

1. Sur une *équipe complète*, de 3 à 5 infirmières bachelières ETP et sur une *équipe rurale*, au moins 2 infirmières bachelières. Sur un type d'équipe ou l'autre, une coordonnatrice de programme infirmière ne peut se substituer à une de ces infirmières ETP (il est préférable qu'une infirmière soit de service durant la majorité des quarts de travail). Les infirmières bachelières jouent un rôle essentiel sur les équipes de suivi intensif parce qu'elles peuvent faire des évaluations et donner des services de nature médicale, en plus de services de réadaptation et de soutien.
2. Un membre de l'équipe avec des compétences dans l'évaluation et le traitement de l'alcoolisme/toxicomanie.
3. Au moins un membre de l'équipe désigné responsable de l'intégration en emploi, détenant de préférence une formation de conseiller en orientation professionnelle au niveau maîtrise.
4. Un travailleur pair aidant. Ce poste est réservé à une personne qui a été ou qui continue d'être traitée pour des troubles mentaux graves. Le vécu de la maladie mentale et des services de santé mentale d'une telle personne contribue une expertise à l'équipe à laquelle aucune formation professionnelle ne peut se substituer. Un travailleur pair aidant est un membre de l'équipe à part entière qui intervient dans la communauté auprès de la clientèle du programme de façon très individualisée et qui encourage les clients à s'assumer et à faire leurs propres choix. Les travailleurs pairs aidants, de par l'expertise et la consultation qu'ils contribuent à l'équipe entière, encouragent le développement d'une culture d'équipe dans laquelle le point de vue et les préférences de chaque client sont reconnus, compris, respectés et intégrés dans les activités de traitement, de réadaptation, de soutien et d'entraide dans la communauté¹⁰.
5. Une adjointe administrative qui est responsable d'organiser, de coordonner et de faire le suivi de toutes les opérations non cliniques d'une équipe de suivi intensif. Celles-ci incluent la gestion des dossiers médicaux; l'opération et la gestion du système de gestion des données; le

¹⁰ Un travailleur pair aidant devrait être payé selon une échelle salariale comparable à celle dont bénéficient les autres membres de l'équipe. S'il a les qualifications professionnelles pour occuper une des positions prédéterminées sur l'équipe (p. ex. : en sciences infirmières), il devrait être rémunéré selon l'échelle salariale correspondante.

maintien des dossiers de gestion et de comptabilité pour les clients et pour les dépenses du programme; la réception et le triage des appels et la coordination des communications entre l'équipe et les clients.

5. ORGANISATION DU PROGRAMME

Dans le travail interdisciplinaire d'une équipe de suivi intensif, l'organisation et les communications entre les membres de l'équipe jouent un rôle critique dans une intervention très individualisée, délivrée dans la communauté. Si l'organisation du programme et la structure des communications ne sont pas bien conçues et solidement ancrées, les membres de l'équipe ne pourront pas fournir une intervention intensive, complexe et individualisée à chaque client de façon coordonnée et bien organisée. Les éléments organisationnels décrits ci-dessous sont cohérents, fondés sur l'expérience et ils permettent d'atteindre cet objectif.

5.1 HEURES COUVERTES PAR LE PERSONNEL

1. Équipes complètes :

- L'équipe doit être disponible pour le traitement et les services de réadaptation et de soutien 7 jours par semaine, sur 2 quarts, et fonctionner au moins 12 heures les jours de semaine;
- L'équipe doit fonctionner au moins 8 heures les jours de fin de semaine et les jours fériés, avec au moins 2 intervenants de service;
- Aux autres heures, des professionnels de la santé mentale seront disponibles sur appel. Les intervenants de l'équipe qui ont l'expérience requise interviendront, au besoin, auprès des clients, par téléphone ou en personne;
- Si le psychiatre de l'équipe ne peut se rendre disponible, des ententes doivent être conclues avec d'autres psychiatres (par exemple : psychiatre de l'urgence ou sur les unités de l'hôpital) pour consultation au besoin.

2. Équipes rurales :

- L'horaire des intervenants est prévu afin de fournir les services nécessaires le soir et les fins de semaine selon les besoins spécifiques de chaque client;
- Lorsqu'une équipe rurale ne dispose pas d'un nombre d'intervenants suffisant pour se rendre disponibles sur appel en dehors des heures de bureau normales, elle devrait néanmoins offrir des services de crise durant les heures de bureau. Aux autres heures, elle peut conclure une entente avec un service de crise fiable. L'équipe rurale communique régulièrement avec le service de crise (c.-à-d. au début de chaque jour pour obtenir de l'information concernant la soirée précédente et à la fin de la journée pour aviser le service de crise des clients qui pourraient avoir besoin d'aide et fournir des moyens efficaces de les aider). Idéalement, le service de crise devrait être prêt à prendre la route et aller rencontrer les clients qui ont besoin de contact en personne.

5.2 LIEU OÙ LES SERVICES SONT DONNÉS

1. Les intervenants d'une équipe complète doivent fournir au moins les $\frac{3}{4}$ de leurs contacts dans la communauté (en incluant dans le compte les appels téléphoniques à partir du bureau), en milieu naturel (c.-à-d. en dehors d'un établissement de santé), tandis que ceux d'une équipe rurale doivent viser fournir 85 % de leurs contacts dans la communauté, en milieu naturel. Chaque équipe doit enregistrer des données sur les contacts effectués pour vérifier que ces objectifs sont rencontrés.
2. Chaque fois que c'est possible, l'équipe doit être localisée physiquement dans la communauté, et non dans un hôpital.

5.3 COMMUNICATION ENTRE LES INTERVENANTS ET PLANIFICATION

1. L'équipe doit tenir des réunions d'organisation quotidiennes sous la responsabilité du coordonnateur de programme. Ces réunions doivent se dérouler selon les procédures suivantes :
 - L'équipe doit enregistrer et conserver le répertoire-clients (voir section 1);
 - La réunion d'organisation quotidienne commence par la révision du répertoire-clients, pour mettre les intervenants à jour sur les contacts qui ont eu lieu le jour précédent et

pour fournir un moyen systématique pour l'équipe d'évaluer le progrès quotidien et l'état actuel de tous les clients;

- L'équipe, supervisée en cela par son coordonnateur, tient à jour un horaire hebdomadaire pour chaque client (voir section 1);
- L'équipe, encore supervisée en cela par son coordonnateur, doit produire chaque jour un horaire de répartition des tâches entre les intervenants à partir du fichier central de tous les horaires hebdomadaires des clients. L'horaire de répartition des tâches quotidiennes consigne par écrit tous les contacts de traitement et de service avec les clients, qui doivent être répartis parmi les intervenants qui travaillent ce jour-là;
- Le responsable du quart de travail prend l'horaire de répartition pendant qu'un autre intervenant passe en revue les clients du programme à partir de l'horaire hebdomadaire du client. Client par client, les événements de la journée précédente qui sont susceptibles d'influencer les activités de la journée sont rapportés par les membres de l'équipe. L'intervenant qui gère l'horaire hebdomadaire du client lit les tâches déterminées pendant que le responsable du quart de travail les inscrit sur l'horaire. Le responsable du quart de travail doit s'assurer que chaque tâche à accomplir est assurée par quelqu'un lorsque aucun intervenant n'est spécifié dans l'horaire hebdomadaire du client;
- Au moment de la réunion d'organisation quotidienne, l'équipe doit également revoir les plans d'intervention lorsqu'une urgence le requiert et se préparer à des situations d'urgence ou de crise.

2. L'équipe doit également mener des réunions de planification de l'intervention sous la supervision du coordonnateur de l'équipe. Ces réunions doivent :

- avoir lieu à intervalles réguliers selon un horaire écrit tenu par le coordonnateur de l'équipe;
- avoir lieu et être fixées à un temps de la semaine pendant lequel la majorité des intervenants peuvent être présents, y compris le psychiatre, le coordonnateur et tous les membres des mini-équipes pertinentes;
- faire en sorte que chaque intervenant présente de façon systématique l'information sur un client, l'intègre en un portrait global et détermine (toujours en prenant comme point de départ les propres buts du client) les priorités d'intervention;

- avoir lieu assez souvent et durer assez longtemps pour que tous les intervenants puissent :
1) se familiariser avec chaque client, ses buts et ses aspirations; 2) participer à la réévaluation continue et à la reformulation des enjeux et des difficultés à résoudre; 3) participer à la réflexion sur les stratégies d'intervention et les plans de réadaptation à privilégier; 4) participer avec le client et la mini-équipe au développement et à la révision du plan d'intervention; et 5) comprendre le raisonnement qui sous-tend chaque plan d'intervention pour que ses propres interventions auprès du client contribuent à sa mise en oeuvre¹¹.

Les réunions d'organisation quotidienne et les réunions de planification de l'intervention systématisent la communication entre les membres de l'équipe et jouent un rôle critique dans son fonctionnement. Les programmes de santé mentale traditionnels n'ont pas l'habitude de fonctionner de façon aussi structurée. Mais autant ces méthodes peuvent paraître contraignantes, autant elles facilitent la mise à contribution harmonieuse de l'ensemble des compétences de chaque membre de l'équipe dans la conception et la mise en oeuvre d'un plan d'intervention qui aide véritablement le client à progresser vers l'accomplissement de ses buts et à se rétablir. Ces aspects organisationnels sont fondamentaux au suivi intensif en équipe.

5.4 SUPERVISION DU PERSONNEL

Le coordonnateur de l'équipe et le psychiatre doivent produire une politique écrite pour la supervision clinique de tout le personnel visé dans la prestation de traitement ou de services de réadaptation et de soutien. Le coordonnateur et le psychiatre ont la responsabilité de superviser et de diriger toutes les activités de l'équipe. Cette supervision et direction doivent comporter :

1. Des sessions individuelles, côte à côte, au cours desquelles le superviseur accompagne un intervenant durant des contacts préétablis ou des contacts en situation de crise, pour évaluer la performance, donner de la rétroaction et illustrer par son exemple d'autres façons d'intervenir;
2. La participation aux réunions quotidiennes d'organisation et aux réunions de planification de l'intervention préétablies, pour évaluer la performance de l'équipe et définir une ligne de conduite à l'égard de situations particulières;

¹¹ Pour rendre les réunions de planification de l'intervention plus efficaces, il est utile qu'une ébauche du plan d'intervention soit préparée à l'avance par les membres de la mini-équipe, en consultation avec le client, à des moments convenus entre eux. Cette ébauche est soumise à l'équipe pour discussion au moment des réunions de planification de l'intervention.

3. Des rencontres individuelles au besoin pour discuter d'interventions particulières auprès de clients et de membres de leur entourage;
4. Des rencontres individuelles régulières pour discuter de la performance de l'intervenant;
5. La formation continue en ce qui concerne, entre autres, les habiletés à composer avec la violence, le recours à l'accompagnement par un 2^e intervenant lorsque requis, le recours à la communication d'urgence par téléphone cellulaire lorsque nécessaire et approprié.

5.5 ACCÈS À L'HOSPITALISATION

L'équipe devrait établir une relation avec une unité de soins psychiatriques de courte durée de façon à pouvoir hospitaliser un client lorsque nécessaire. Si possible, le psychiatre de l'équipe devrait pouvoir traiter les clients hospitalisés. Ceci devrait se faire au moyen d'ententes formelles et écrites entre les deux parties. Il est entendu que toutes les possibilités de traitement dans la communauté auront été épuisées avant qu'une hospitalisation ne soit arrangée.

6. ÉVALUATION CENTRÉE SUR LE CLIENT ET PLANIFICATION INDIVIDUALISÉE DE L'INTERVENTION

Le but de toute l'évaluation centrée sur le client et de la planification individualisée de l'intervention est en quelque sorte d'assembler les différents éléments du tableau, en collaboration étroite avec le client. Discuter avec le client et apprendre de lui exactement ce qui lui est arrivé mène à un plan d'intervention centré sur le client. Le client et la mini-équipe travaillent ensemble pour formuler et prioriser les problématiques et les enjeux, fixer des objectifs, examiner différentes approches et interventions possibles, et établir le plan. Le plan est établi sur mesure pour que les approches et les interventions de traitement, de réadaptation et de soutien réalisent la plus grande réduction de symptômes possible, aident le client à satisfaire ses besoins et réaliser ses aspirations, tiennent compte des croyances et des réalités culturelles du client et améliorent tous les aspects du fonctionnement psychosocial du client qui lui importent.

6.1 ÉVALUATION INITIALE

Une évaluation initiale et un plan d'intervention seront effectués au moment de l'admission du client par l'équipe au complet, y compris le psychiatre, le coordonnateur de l'équipe assurant l'animation de la rencontre.

6.2 ÉVALUATION COMPLÈTE

Une évaluation complète sera débutée et terminée au cours du premier mois suivant l'admission du client au programme, selon les paramètres suivants :

1. Chaque domaine d'évaluation sera évalué par écrit par un intervenant possédant l'expertise particulière de ce domaine. L'évaluation sera basée sur toute l'information disponible, y compris celle qui est rapportée par le client et celle provenant des membres de la famille et autres personnes significatives, ainsi que des sommaires écrits provenant d'autres agences, incluant la police, le système judiciaire, des services hospitaliers externes et internes, lorsque pertinent.
2. En collaboration avec le client, la mini-équipe doit compléter un historique de l'évolution psychiatrique et du fonctionnement social du client.
3. L'évaluation complète inclura une évaluation des domaines énumérés ci-dessous. Différents membres de l'équipe devraient assumer la responsabilité de chaque section selon leurs compétences. Par exemple, le spécialiste en alcoolisme/toxicomanie fait l'évaluation du client en ce qui concerne l'alcool et les drogues, tandis que le spécialiste en intégration professionnelle fait l'évaluation en ce qui concerne l'éducation et l'emploi. Les domaines qui devraient être couverts sont :
 - les symptômes psychiatriques et l'état mental (à partir des informations obtenues, le psychiatre posera un diagnostic);
 - l'histoire psychiatrique, y compris l'adhésion et la réponse aux traitements médicaux et psychiatriques qui ont été prescrits;
 - les besoins de santé physique et dentaires;
 - l'utilisation et les effets de l'alcool et des drogues;

- l'éducation et l'emploi;
 - le développement et le fonctionnement social;
 - la situation relative au logement et aux activités de vie quotidienne;
 - les démêlés avec la justice et leurs conséquences;
 - les événements de vie récents;
 - l'histoire sociale et familiale.
4. Alors que l'évaluation doit faire appel aux contributions de la majorité, sinon de la totalité des membres de l'équipe, le psychiatre et l'intervenant-pivot assumeront la responsabilité de préparer l'évaluation écrite et d'assurer qu'un plan d'intervention complet soit préparé au cours du premier mois suivant l'admission du client au programme.
5. L'intervenant-pivot et les membres de la mini-équipe seront désignés par le coordonnateur de l'équipe au cours de la première semaine suivant l'admission.

6.3 PLANIFICATION DE L'INTERVENTION

Les plans d'intervention seront élaborés en suivant la procédure qui suit :

1. Le plan d'intervention doit être élaboré en collaboration avec le client et sa famille, ou son tuteur, s'il y a lieu, lorsque c'est possible et approprié. La participation du client à l'élaboration de son plan d'intervention doit être documentée. Travaillant de concert, l'équipe et le client évaluent les besoins, les forces et les préférences du client et élaborent un plan d'intervention pour le client. Ce plan doit : 1) relever les besoins et les difficultés du client; 2) définir des objectifs à court et à long terme pour chacun de ces besoins et difficultés; 3) détailler les approches et les interventions requises pour aider le client à atteindre ses objectifs, augmenter sa capacité à fonctionner dans la communauté et atteindre le plus grand niveau de rétablissement possible (c.-à-d. une vie empreinte de sens, productive et qui satisfait le client); 4) spécifier les intervenants responsables de chaque composante du plan.
2. Tel que décrit à la section 5, le personnel de l'équipe devra se rencontrer à des moments déterminés à l'avance pour les réunions de planification des services. À chacune de ces réunions, les personnes suivantes devraient être présentes : le coordonnateur de l'équipe, le psychiatre,

l'intervenant-pivot et les autres membres de l'équipe concernés par les tâches régulières avec le client.

3. Les membres de l'équipe doivent s'assurer que le client est activement engagé dans la définition des buts des interventions et des services. Avec la permission du client, les membres de l'équipe incluront aussi les agences et les membres de son réseau social pertinents dans l'élaboration du plan d'intervention.
4. Les domaines suivants sont toujours importants et doivent être couverts dans chaque plan d'intervention : 1) contrôle de la maladie psychiatrique et réduction des symptômes; 2) logement; 3) activités de la vie quotidienne; 4) emploi et organisation du temps; et 5) relations sociales et familiales.
5. L'intervenant-pivot et la mini-équipe, de concert avec le client, doivent réviser et ajuster les buts des services et le plan d'intervention chaque fois que survient un changement important dans l'évolution de l'intervention auprès du client (p. ex. : changement important dans la condition du client ou dans ses buts) ou au moins aux 6 mois. Le plan d'intervention révisé doit émaner d'une réunion de planification de l'intervention. De plus, l'intervenant-pivot doit préparer un résumé écrit (c.-à-d. évaluation du plan d'intervention) décrivant en détail comment le client et la mini-équipe évaluent les progrès et l'accomplissement des buts du client, l'efficacité des interventions et la satisfaction du client à l'égard de l'intervention de l'équipe depuis le dernier plan d'intervention. Le plan et sa révision doivent être signés par le client, l'intervenant-pivot, le coordonnateur d'équipe, le psychiatre et tous les membres de l'équipe.

Beaucoup d'intervenants en santé mentale peuvent accepter facilement, sur le plan philosophique, l'approche centrée sur le client du suivi intensif en équipe. Le passage à la conceptualisation et à la mise en pratique, toutefois, est souvent moins évident. Tous les services cliniques et de réadaptation commencent par une évaluation globale et complète et une planification individualisée de l'intervention, tels que décrits ci-dessus. Cette pratique contribue de façon importante à développer une bonne relation avec les clients et leurs familles et à planifier des interventions plus efficaces.

7. SERVICES À FOURNIR

Les troubles mentaux peuvent être traités, contrairement à ce que beaucoup pensent. Toute une panoplie de traitements efficaces sont disponibles pour aider à contrôler les symptômes. En fait, pour

la plupart des troubles mentaux, il existe en général plusieurs traitements et interventions dont l'efficacité a été démontrée. Le suivi intensif en équipe dans la communauté est non seulement une pratique fondée sur les données probantes, mais aussi une façon d'offrir aux personnes atteintes de troubles mentaux graves un éventail de traitements et de services de réadaptation et de soutien parmi les plus efficaces. L'équipe interdisciplinaire planifie et fournit des services qui aident les clients : 1) à composer avec les interactions complexes entre les symptômes et le fonctionnement psychosocial; et 2) à atteindre leurs buts personnels. Parmi les interventions qu'une équipe de suivi intensif offre à ses clients et dont l'efficacité a été démontrée se retrouvent : la thérapie de soutien et la psychothérapie, y compris les traitements cognitivo-comportementaux, la thérapie personnelle et la psychoéducation; le traitement intégré pour alcoolisme/toxicomanie et troubles de santé mentale, y compris l'entrevue motivationnelle; le traitement pharmacologique fondé sur des données probantes; le soutien à l'emploi; la consultation et l'évaluation par les pairs; la collaboration avec les familles et la psychoéducation des familles; et le traitement des trauma et des troubles de stress post-traumatique.

Fonctionnant comme un service de traitement continu, l'équipe ACT devra avoir la capacité de fournir le traitement ainsi que des services de réadaptation et de soutien de façon presque autosuffisante. Les sous-sections 7.1 à 7.11 décrivent l'ensemble minimal de services qui devraient être offerts.

7.1 COORDINATION DES SERVICES

Le coordonnateur de l'équipe désigne pour chaque client un intervenant-pivot qui coordonne et fait le suivi des activités de l'équipe, et qui a la responsabilité principale de rédiger le plan d'intervention, de fournir une thérapie individuelle de soutien ou de s'assurer qu'elle est fournie, de s'assurer que des changements sont apportés sur le plan d'intervention aussitôt que les besoins du client changent, et de faire valoir les droits et les préférences du client. L'intervenant-pivot est également le premier intervenant contacté lorsque le client est en état de crise, et il est l'intervenant responsable de soutenir et d'éduquer la famille ou de s'assurer que la famille reçoit le soutien approprié. Les autres membres de la mini-équipe partagent ces responsabilités avec l'intervenant-pivot et sont responsables d'assumer ces tâches lorsque l'intervenant-pivot n'est pas de service. Le travail de l'intervenant-pivot inclut la coordination avec les ressources dans la communauté, y compris les groupes d'entraide et de défense des droits qui favorisent le rétablissement.

7.2 ÉVALUATION ET INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

L'évaluation et l'intervention en situation de crise seront fournies 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ces services doivent inclure le contact par téléphone et en personne, et doivent être fournis conjointement avec les programmes déjà en place pour composer avec les situations d'urgence en santé mentale (par exemple : urgences et centres de crise) lorsque c'est approprié.

7.3 ÉVALUATION ET GESTION DES SYMPTÔMES ET THÉRAPIE DE SOUTIEN INDIVIDUELLE

L'évaluation, la gestion des symptômes et la thérapie individuelle de soutien aident les clients à composer avec et à maîtriser leurs symptômes et limitations fonctionnelles dans leurs rôles et activités de tous les jours. Cette thérapie doit inclure, mais n'a pas besoin de se limiter :

- à l'évaluation continue des symptômes de la maladie mentale du client et de sa réponse au traitement;
- à l'éducation du client concernant sa maladie ainsi que les bénéfices et les effets secondaires des médicaments prescrits;
- au suivi pour gérer les symptômes de façon à aider chaque client à reconnaître la signification de ses symptômes psychiatriques et à développer des méthodes (internes, comportementales ou adaptives) pour aider à atténuer leurs effets;
- au soutien psychologique intensif aux clients, à la fois de façon planifiée et au besoin, pour les aider à accomplir leurs buts personnels et à composer avec les événements stressants de la vie quotidienne.

7.4 PRESCRIPTION, ADMINISTRATION, SUIVI ET DOCUMENTATION DES MÉDICAMENTS

A) Le psychiatre de l'équipe doit :

- établir une relation clinique individuelle avec chaque client;
- évaluer régulièrement les symptômes et le comportement de chaque client de même que sa réaction aux médicaments;
- informer le client quant à sa maladie mentale et quant aux effets des médicaments prescrits;
- surveiller, traiter et documenter tout effet secondaire des médicaments;

- surveiller les résultats des tests de laboratoire requis dans le suivi de médicaments psychiatriques ou de conditions médicales ou psychiatriques concomitantes;
 - fournir des psychothérapies.
- B) Tous les membres de l'équipe doivent évaluer et documenter les symptômes et le comportement en réponse aux médicaments et doivent évaluer les effets secondaires des médicaments.
- C) Le programme de suivi intensif en équipe doit définir ses politiques et procédures relatives à la médication, qui doivent décrire la marche à suivre pour :
- enregistrer les consignes médicales;
 - commander des médicaments;
 - faire en sorte que toutes les activités liées aux médicaments des clients soient organisées par l'équipe et intégrées aux horaires hebdomadaires des clients et aux horaires quotidiens de répartition des tâches;
 - garder les médicaments en sécurité (injectables à longue action, médicaments quotidiens et provisions à plus long terme);
 - administrer les médicaments aux clients de l'équipe;
 - surveiller les résultats des tests de laboratoire indiqués pour le suivi des médicaments psychotropes et/ou de conditions médicales ou psychiatriques concomitantes.

7.5 SERVICES RELATIFS À L'ALCOOLISME/TOXICOMANIE¹²

Selon les besoins, l'aide aux clients qui ont des difficultés relatives à la consommation d'alcool ou de drogues devrait se fonder sur une approche par étapes qui évite la confrontation, tient compte des interactions entre la maladie mentale et l'alcoolisme/toxicomanie et s'appuie sur les préférences des clients pour déterminer les buts de l'intervention. Cette approche devrait se décliner, entre autres, au moyen d'interventions individuelles et de groupe :

- Engagement (p. ex. : empathie, écoute réflexive, éviter les arguments);

¹² Pour plus de détails, consulter le livre : *Integrated Treatment for Dual Disorders : A Guide to Effective Practice*, de Mueser, K, Noordsy, D, Drake, R et Fox, L, New York, Guilford Press, 2003.

- Évaluation (p. ex. : stade d'ouverture au changement (*stage of readiness to change*), identification de problèmes relevés par les clients);
- Augmentation de la motivation (p. ex. : faire ressortir des contradictions, psychoéducation);
- Traitement actif (p. ex. : développement d'habiletés cognitives, encouragement par les autres personnes du milieu (*community reinforcement*));
- Prévention continue de rechutes (p. ex. : identification de facteurs déclencheurs, élaboration de plans d'action pour prévenir les rechutes).

7.6 SERVICES RELATIFS À L'EMPLOI

Les services reliés à l'emploi sont destinés à aider les clients à trouver et à conserver des emplois dans des milieux aussi normalisants que possible. Ces services doivent inclure :

- Évaluation des intérêts et des habiletés, y compris au moyen d'une évaluation complète de l'historique d'éducation et d'emploi du client et d'évaluations des expériences de travail de la personne en milieu régulier au fur et à mesure qu'elles s'accumulent;
- Évaluation de l'effet des troubles mentaux du client sur l'emploi avec l'identification de comportements spécifiques qui nuisent à la performance du client au travail et développement d'interventions pour réduire ou prévenir ces comportements et recherche d'accommodements efficaces dans le milieu de travail;
- Développement d'un plan de réintégration professionnelle pour aider chaque client à développer les habiletés nécessaires pour trouver et garder un emploi;
- Thérapie de soutien individuelle pour aider les clients à relever et à composer avec les symptômes de la maladie mentale qui pourraient nuire à leur performance au travail;
- Intervention de crise sur le lieu de travail ou associée au travail;
- Services de soutien reliés à l'emploi, tels que l'aide apportée à la toilette et à l'hygiène personnelle, l'obtention de vêtements appropriés, appels téléphoniques pour réveiller le client et transport, si nécessaire.

7.7 ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE

L'aide en ce qui concerne les activités de vie quotidienne inclut l'évaluation individuelle, la résolution de problème, une quantité suffisante de soutien et d'aide personnelle (*side-by-side assistance and support*), l'entraînement aux habiletés, la supervision continue (p. ex. : rappels, tâches assignées, supervision étroite, encouragement) et des modifications à l'environnement pour aider les clients à acquérir ou à utiliser les habiletés nécessaires pour :

- trouver un logement sécuritaire et abordable (p. ex. : recherche d'appartement et/ou de colocataire, négociations avec le propriétaire, nettoyage, ameublement et décoration, obtention de services et de fournitures essentiels (p. ex. : téléphone, literie));
- accomplir des activités domestiques, incluant le ménage, la cuisine, l'épicerie et la lessive;
- accomplir des activités d'hygiène et de toilette personnelle;
- développer ou améliorer les habiletés liées à la gestion de l'argent;
- utiliser les transports publics disponibles;
- se trouver et consulter de façon efficace un omnipraticien, un dentiste et, au besoin, un autre spécialiste de la santé.

7.8 ENTRAÎNEMENT AUX HABILÉTÉS SOCIALES ET INTERPERSONNELLES ET À PROFITER DE TEMPS DE LOISIRS

L'équipe aide les personnes qu'elle dessert à développer leurs habiletés sociales et interpersonnelles et à profiter de leurs temps de loisirs, au moyen d'activités diverses : thérapie de soutien individuelle (p. ex. : résolution de problème, jeu de rôles, démonstration par l'exemple (*modeling*), soutien); enseignement d'habiletés sociales et d'habileté à s'affirmer (*assertiveness training*); planification, organisation et initiation (*prompting*) d'activités sociales et de loisirs; soutien et enseignement côte à côte (*coaching*); et organisation d'activités sociales et récréatives individuelles et en groupe pour structurer le temps des clients, étendre leurs expériences sociales, et leur donner des occasions de pratiquer leurs habiletés sociales et de recevoir des commentaires (*feed-back*) et du soutien. Ces activités visent :

- à augmenter les habiletés de communication, la capacité de s'affirmer et l'estime de soi dans la mesure où c'est nécessaire;

- à développer les habiletés sociales, augmenter l'étendue des expériences sociales, et lorsque c'est approprié, d'aider les clients à développer des relations personnelles significatives;
- à enseigner aux clients à planifier des utilisations appropriées et productives de leur temps de loisirs;
- à aider les clients à apprendre à interagir de façon efficace avec les propriétaires, voisins et autres personnes significatives de leur entourage;
- à familiariser les clients avec les ressources sociales et récréatives disponibles et augmenter leur utilisation de telles ressources.

7.9 SERVICES DE SOUTIEN PAR LES PAIRS

Les pairs peuvent aider les clients à valider leurs propres expériences, à les guider et à les encourager à assumer la responsabilité pour participer activement à leur rétablissement. En outre, les utilisateurs de services peuvent aider à déterminer, à comprendre et à combattre le stigma et la discrimination contre la maladie mentale et développer des stratégies pour aider les clients à combattre le stigma qu'ils peuvent avoir internalisé. Les services suivants permettent de concrétiser de telles activités :

- Le soutien par un travailleur pair aidant (*peer support worker*);
- L'introduction du client et sa référence à des programmes d'entraide et de défense des droits animés par des clients et qui favorisent le rétablissement.

7.10 SERVICES DE SOUTIEN

Les services de soutien ou d'aide directe ont pour but d'aider les clients à se prévaloir des commodités ou des services de base de la vie quotidienne. Ceux-ci incluent à tout le moins :

- les soins médicaux et dentaires;
- un logement sécuritaire, propre et à prix raisonnable;
- un soutien financier et des conseils relatifs aux lois et aux règlements concernant la sécurité du revenu;
- les services sociaux;
- le transport;
- la représentation légale.

7.11 ÉDUCATION, SOUTIEN ET CONSULTATION AUPRÈS DES MEMBRES DE LA FAMILLE ET AUTRES SOUTIENS IMPORTANTS DU CLIENT

Les services fournis sous cette rubrique aux membres de la famille et aux autres soutiens importants du client, sous réserve de l'assentiment ou du consentement du client, incluent :

- l'éducation concernant la maladie du client et le rôle de la famille dans le processus thérapeutique;
- l'intervention pour rétablir le contact, résoudre les conflits et entretenir les relations avec la famille et les autres personnes significatives;
- la communication et la collaboration continues, en personne et par téléphone, entre l'équipe de suivi intensif et la famille;
- l'introduction des membres de la famille et leur référence à des associations d'entraide et de défense des droits (*advocacy*) pour les proches de personnes qui ont des troubles mentaux et qui favorisent le rétablissement;
- l'aide aux clients qui ont des enfants (y compris la thérapie individuelle de soutien, l'apprentissage du rôle de parent et la coordination des services) incluant l'aide aux clients :
 - au moment d'une grossesse ou d'une naissance,
 - pour qu'ils assument aussi bien que possible leurs responsabilités de parent et qu'ils coordonnent les services pour leur(s) enfant(s),
 - pour qu'ils puissent renouer contact et rétablir une relation avec des enfants dont ils n'ont plus la garde.

8. DOSSIER DU CLIENT

Les dossiers de clients d'une équipe de suivi intensif comportent plus de documentation que des dossiers médicaux ordinaires. Ils constituent un outil de travail important et doivent être conservés dans les bureaux de l'équipe. L'adjointe administrative du programme en assure la gestion quotidienne. L'équipe doit gérer les dossiers selon les règles et les principes suivants :

- Pour chaque client, l'équipe de suivi intensif doit conserver un registre de traitement confidentiel, complet et contenant des informations justes et à jour, pertinentes aux soins et au traitement du client;

- Le dossier doit documenter avec suffisamment de précision les évaluations, les plans d'intervention, ainsi que la nature et l'étendue des services fournis, de façon à ce qu'une personne qui n'est pas familière avec l'équipe de suivi intensif puisse saisir les besoins en services du client et les services reçus;
- Le coordonnateur et l'adjointe administrative ont la responsabilité du maintien et de la sécurité des dossiers des clients;
- Les dossiers des clients sont conservés aux bureaux de l'équipe de suivi intensif et, de façon à en protéger la confidentialité, sont gardés dans une filière fermée à clef et/ou dans un endroit sécuritaire; les fichiers électroniques doivent aussi être conservés de façon sécuritaire;
- La transmission d'informations provenant des dossiers des clients par l'équipe de suivi intensif est sujette aux lois canadiennes et québécoises pertinentes à la protection de la confidentialité de telles informations;
- Les clients seront informés de leur droit de lire leurs propres dossiers et des étapes requises pour demander à le faire;
- Le dossier de chaque client sera disponible pour consultation et pour être copié par le client ou son tuteur, selon le cas.

9. DROITS DES CLIENTS

Une équipe de suivi intensif doit avoir des politiques et des procédures concernant les droits des clients et des politiques de grief. Ces politiques et procédures doivent, d'une part, être conformes aux lois québécoises applicables (LSSSS, Code civil du Québec, notamment) et, d'autre part, faire en sorte que tous les membres de l'équipe comprennent pleinement, expriment au client et respectent le droit du client à un traitement approprié, dans un cadre et des conditions qui laissent à chaque client autant de liberté que possible et restreignent cette liberté seulement dans la mesure où cela est nécessaire. Toute restriction de liberté doit ultimement servir le bien du client, et respecter les lois en vigueur et les mandats légaux applicables.

Comment les équipes de suivi intensif comprennent et appliquent les droits des clients et les procédures de grief ou de plainte est un aspect fondamental de l'approche que représente le suivi intensif en équipe. Une approche centrée sur le client veut dire que chaque client est écouté, respecté, encouragé et aidé à diriger son propre plan d'intervention. Par conséquent, les équipes ACT doivent :

1) comprendre et respecter les dispositions légales qui protègent les droits des clients; et 2) mettre sur pied une procédure de plainte facile d'accès pour le client et les familles. Il faut que les plaintes des clients concernant les interventions ou le personnel de l'équipe soient écoutées et trouvent une réponse adéquate.

10. INTERVENTION ADAPTÉE À LA CULTURE ET À LA LANGUE DE CHAQUE CLIENT

Les équipes de suivi intensif doivent s'assurer que chaque client reçoit de tous les membres de l'équipe une intervention compatible avec les croyances et pratiques de santé de sa culture, et ce, dans la langue de son choix.

11. PLAN POUR L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET L'ÉVALUATION DU PROGRAMME

L'évaluation de programme joue un rôle critique si l'on veut s'assurer que les clients obtiennent de l'intervention les bénéfices escomptés. Il est important aussi de savoir dans quelle mesure l'équipe suit le modèle de suivi intensif en équipe. Chaque programme devrait évaluer : 1) les effets sur le client; 2) la satisfaction qu'éprouvent le client et ses proches à l'égard du service; et 3) la fidélité au modèle. L'évaluation de programme devrait être utilisée par l'équipe elle-même, par les autorités régionales et par les comités consultatifs pour évaluer la performance du programme et définir des objectifs pour la bonification de l'intervention de l'équipe.

L'équipe de suivi intensif doit avoir un plan pour l'amélioration de la performance et l'évaluation du programme qui doit comporter :

- un énoncé des objectifs du programme à la fois pour le programme (processus) et les clients (résultats);
- des indicateurs mesurables qui peuvent être utilisés pour déterminer dans quelle mesure les objectifs mentionnés ci-dessus ont été atteints;
- des méthodes pour documenter les réalisations et les succès (*achievements*) associés aux objectifs que le programme s'est fixés;
- des méthodes pour évaluer à quel point le personnel et les ressources du programme sont utilisés efficacement dans l'atteinte des objectifs du programme.

En plus du plan pour l'amélioration de la performance et l'évaluation du programme, l'équipe de suivi intensif doit avoir un mécanisme de suivi régulier conçu pour évaluer dans quelle mesure les clients admis au programme ont été sélectionnés de façon appropriée, dans quelle mesure les plans d'intervention sont adéquats, si les clients reçoivent leur congé du programme pour les bonnes raisons et autres facteurs pouvant contribuer à une utilisation efficace des ressources du programme.

12. COMITÉS CONSULTATIFS

Chaque équipe de suivi intensif devrait avoir un comité consultatif (*stakeholder advisory group*) pour guider et soutenir l'équipe dès sa phase de démarrage. Ce comité a pour mission de veiller à ce que l'équipe offre à chaque client une intervention de qualité, orientée vers le rétablissement. Le comité consultatif devrait être composé majoritairement de clients et de proches, et inclure des représentants d'autres groupes ayant partie prenante dans le programme, tels que des organismes communautaires, des propriétaires, des employeurs, des collègues, des groupes de soutien aux clients et des personnes associées au système judiciaire. Le comité devrait aussi refléter la diversité culturelle de la population desservie.

13. NÉCESSITÉ DE CONSIGNER PAR ÉCRIT TOUTES LES POLITIQUES ET LES PROCÉDURES DE L'ÉQUIPE

Toutes les politiques et procédures que se donne une équipe de suivi intensif devraient être consignées par écrit. De cette façon, l'équipe maintient une plus grande continuité dans ses façons de faire, et la formation du nouveau personnel est facilitée.

III. CONSIDÉRATIONS PRATIQUES ASSOCIÉES À L'IMPLANTATION DU SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE AU QUÉBEC

Les indications présentées dans la section II représentent une traduction aussi fidèle que possible des parties essentielles des normes proposées par Allness et Knoedler en 2003 (2), avec quelques ajouts provenant des normes ontariennes de 1998 (1). En proposant ce guide de pratique au milieu québécois, nous sommes conscients du fait que plusieurs de ces normes ou indications sembleront très difficiles à suivre. Aussi, dans cette section, notre but principal est de faire ressortir les avantages et les désavantages de s'écarter des normes proposées. Nous espérons que les décideurs, les gestionnaires et les intervenants pourront ainsi faire des choix organisationnels plus éclairés.

1. PARTENARIATS ET RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES VERSUS INTÉGRATION DES EXPERTISES AU SEIN D'UNE MÊME ÉQUIPE

Un des aspects fondamentaux du suivi intensif en équipe dans la communauté est l'intégration au sein d'une même équipe clinique d'expertises diverses : traitement de l'alcoolisme et toxicomanie, insertion en emploi, soutien au logement, etc. Au Québec, comme ailleurs, ces services, incluant le suivi ou le soutien à la personne, sont souvent donnés par des organismes ou des centres distincts. Conscients de l'importance de faire en sorte que les services soient bien intégrés entre eux, on déploie maintenant au Québec des efforts considérables pour que les interventions de ces différents services soient mieux arrimées entre elles : en particulier par la mise en œuvre de réseaux locaux de services intégrés.

Certaines personnes au Québec considèrent que l'établissement de tels mécanismes de concertation suffit à produire l'intégration des services dont tous reconnaissent l'importance. Toutefois, l'ensemble des études conduites à ce jour porte plutôt à conclure que l'intégration des services au sein d'une même équipe clinique est la façon la plus efficace de faire en sorte que les services qu'une personne atteinte de troubles mentaux graves reçoit soient cohérents et efficaces (3-5). Cette conclusion vaut en particulier pour les services relatifs à l'alcoolisme/toxicomanie (6) et l'insertion en emploi (7).

Logiquement, on pourrait penser que si une collaboration suffisamment étroite s'est établie entre des services distincts, de sorte que leurs intervenants respectifs puissent facilement entrer en

communication l'un avec l'autre pour coordonner leurs interventions auprès d'un client donné, le résultat pour le client serait essentiellement le même. Une étude récente suggère que tel pourrait être le cas (8), mais une relation étroite entre des services distincts est probablement plus difficile à établir et à maintenir qu'une relation étroite entre les intervenants d'une même équipe. **S'il faut choisir une des deux stratégies, celle d'inclure au sein d'une même équipe les différents types d'intervenants semble la plus sûre.**

Un des arguments souvent évoqué pour préférer offrir au client des interventions qui engagent différents organismes, plutôt qu'une seule équipe, est qu'on veut que le client développe un réseau plus large d'intervenants et de ressources avec lesquels il est familier. On craint d'isoler le client dans une relation trop exclusive avec un seul groupe d'intervenants. Cette crainte toutefois ignore la réalité qu'une équipe de suivi intensif, visant le rétablissement du client, cherchera à accroître l'étendue et la solidité de ses liens avec son milieu : membres de famille et amis; ressources utilisées par le public en général telles que restaurants, commerçants, piscines publiques, bibliothèques, etc.; emploi et éducation; organismes communautaires destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux graves et à vocation très spécifique, tel que le développement de l'expression artistique; etc.

Dans la pratique, l'expérience d'équipes québécoises démontre qu'il est possible d'intégrer au sein de l'équipe au moins un agent de soutien à l'emploi et au moins un spécialiste en alcoolisme/toxicomanie qui peuvent faire en sorte que l'équipe assume la responsabilité pour ces fonctions dont une partie importante de leur clientèle a besoin.

Deux autres types de partenariat formel, entre une équipe de suivi intensif et un autre organisme, se retrouvent assez souvent au Québec : avec un service de crise ou avec un organisme de suivi communautaire.

Les services de crise peuvent être d'une grande utilité en ce qu'ils permettent de filtrer les appels la nuit et en dehors des heures d'ouverture normales. En cas d'urgence apparente, le service de crise contacte l'intervenant de l'équipe de suivi intensif qui est sur appel à ce moment-là, et ce dernier va rencontrer le client au besoin.

Les partenariats avec les organismes de suivi communautaires (pouvant relever d'un organisme communautaire ou d'un centre de santé et de services sociaux) présentent plus d'ambiguïté. Dans

certain cas au Québec, des clients reçoivent des services d'une équipe de suivi intensif et d'un organisme de suivi communautaire en même temps. Une telle situation représente un dédoublement de ressources difficile à justifier, sauf dans le cas où le client est en voie d'être transféré d'une ressource vers l'autre. Il peut être raisonnable pour un programme de suivi intensif en équipe d'avoir un lien privilégié avec un organisme de suivi communautaire à qui les clients suffisamment stabilisés sont transférés.

2. EXIGENCES QUANT AUX QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Les normes indiquées précédemment précisent un niveau de formation pour les membres de l'équipe plus élevé que ce que l'on retrouve actuellement dans beaucoup d'équipes de suivi intensif au Québec. Le recours à un personnel plus qualifié augmente les coûts et, en milieu rural, il peut être particulièrement difficile de trouver suffisamment de personnes intéressées à travailler au sein d'une équipe de suivi intensif avec un tel niveau de formation. Il est vrai de surcroît qu'une longue expérience de travail auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves, jointe aux qualités personnelles voulues – maturité émotionnelle, empathie pour les clients, jugement, dynamisme, etc. – peut en grande mesure sinon même entièrement dans certains cas pallier un niveau d'éducation formelle moins élevé.

Toutefois, les normes rapportées dans le présent document appellent les équipes de suivi intensif à une intervention complexe, dont la planification et l'exécution sont facilitées par la présence, au sein de l'équipe, de plusieurs intervenants qui ont une formation professionnelle bien développée. Après tout, l'équipe de suivi intensif tient lieu de clinique externe pour des clients qui présentent des problématiques particulièrement complexes et réfractaires. On devrait donc s'attendre à ce que l'équipe puisse intervenir auprès de sa clientèle avec un niveau d'expertise au moins aussi grand que ce que l'on exige communément dans la clinique externe d'un département de psychiatrie.

De plus, la planification et l'intervention d'une équipe de suivi intensif – à laquelle *tous* les intervenants participent – exigent des habiletés conceptuelles que l'éducation universitaire contribue à cultiver. La pertinence de telles habiletés conceptuelles est particulièrement évidente lorsqu'il s'agit de planifier une intervention qui comporte souvent plusieurs volets interreliés.

Il est possible de conclure des protocoles d'entente qui permettent de regrouper des intervenants provenant de différents établissements au sein d'une même équipe. Un tel mécanisme administratif peut être utilisé pour constituer des équipes diversifiées et hautement qualifiées. Il faut toutefois

s'assurer que le fait que les membres de l'équipe proviennent de différents établissements ne mine pas la cohésion de l'équipe¹³.

Il va sans dire que, si on s'attarde ici à la formation professionnelle des intervenants, ce n'est aucunement pour minimiser l'importance des qualités personnelles qui doivent dans tous les cas être présentes dès le moment de l'embauche. Le *Cadre de référence pour le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves* décrit ces qualités : autonomie et initiative; flexibilité; énergie et ténacité; empathie envers les usagers; capacité de travailler en équipe; adhésion aux principes et à la philosophie du modèle (9). Toutes ces qualités jointes à des qualités de chef doivent, on s'en doute, être particulièrement présentes chez le coordonnateur d'équipe et le psychiatre, qui conjointement assurent le leadership de l'équipe¹⁴.

3. RÔLE DU PSYCHIATRE

Les normes précisent que le psychiatre de l'équipe assume la responsabilité non seulement de tout ce qui a trait à la prescription de médicaments, mais aussi qu'il donne de la psychothérapie au besoin. Étant donné le caractère interdisciplinaire de l'intervention, cela n'exclut évidemment pas une participation active du psychiatre à l'établissement des plans d'intervention dans leur ensemble, y compris les volets réadaptation et soutien.

Dans plusieurs milieux au Québec, il peut être difficile de recruter un psychiatre, ou même deux, qui deviennent les seuls psychiatres des clients de l'équipe. Si les équipes doivent transiger avec plusieurs médecins, cela augmente l'énergie liée à la coordination des interventions avec les différents psychiatres.

Précisons à ce chapitre qu'il ne faut pas s'attendre à ce que le psychiatre d'une équipe de suivi intensif passe beaucoup de temps à se déplacer. Les psychiatres sont une ressource rare et coûteuse. Dans certains cas – par exemple, lorsqu'il s'agit d'établir une relation de confiance avec un nouveau client qui refuse de sortir de chez lui – il peut être cliniquement important que le psychiatre se rende

¹³ L'équipe Sime sud de la région de Lanaudière peut être consultée à ce sujet.

¹⁴ Pour une discussion détaillée des qualités requises des intervenants et du coordonnateur d'équipe, voir la référence n° 10.

chez le client. En général, toutefois, les autres intervenants amèneront le client au bureau du psychiatre de l'équipe.

4. HEURES DE SERVICE

Les normes mentionnées précédemment indiquent que le service doit être offert pendant 12 heures les jours de semaine, et pendant 8 heures tous les jours de fin de semaine et les jours fériés. De plus, les intervenants doivent être sur appel à tour de rôle le reste du temps, par l'instauration d'un système de garde. Il y a au moins deux raisons à cela. Premièrement, une couverture aussi étendue permet la distribution de médicaments aux meilleures heures possibles pour le client. La distribution vers l'heure du souper est préférable pour certains clients – étant naturellement chez eux à ce moment-là, il est moins contraignant pour le client et plus facile pour les intervenants de se rencontrer à ce moment-là – et une fin de semaine sans médicaments et sans contacts avec les intervenants peut entraîner chez le client des conduites problématiques évitables. Deuxièmement, l'accompagnement par l'intervenant à l'heure du souper, en début de soirée, et en fin de semaine, peut favoriser l'apprentissage à une plus grande variété d'activités de vie quotidienne (p. ex. : préparation du souper), des habiletés sociales et la participation à des activités de loisirs ou à des groupes tels qu'Alcooliques Anonymes (AA).

Un compromis possible consiste à faire passer les appels après les heures d'ouverture par un centre de crise représente une façon de réduire le fardeau des intervenants sans (normalement tout au moins) porter préjudice aux clients¹⁵.

Cela dit, il demeure que la couverture de tant d'heures en dehors des heures de travail normales est exigeante pour les intervenants, surtout si l'équipe est petite. En fait, l'expérience révèle un risque d'« essoufflement » lorsqu'une équipe de 5 ou 6 cherche à couvrir les heures le soir et la fin de semaine (pour une petite équipe, la couverture le samedi mais non le dimanche, et par un seul intervenant, peut représenter un compromis réaliste). C'est une des raisons pour lesquelles il est préférable de financer des équipes complètes dès le départ (voir la section suivante).

¹⁵ Certaines équipes font en sorte qu'un intervenant demeure sur appel jusqu'à minuit, les appels étant filtrés par un centre de crise après les heures d'ouverture. Après minuit et jusqu'au début des heures d'ouverture le lendemain, aucun intervenant n'est sur appel. Quoique cette pratique n'est pas strictement conforme aux normes américaines, elle a le mérite de réduire les coûts de façon substantielle avec un impact minime sur les clients (surtout une fois qu'un certain niveau de stabilisation des clients est atteint). Il devient ainsi possible avec le même montant d'augmenter la quantité de personnel de service pendant les heures d'ouverture, ce qui est sans doute plus bénéfique pour les clients.

5. ÉQUIPES COMPLÈTES VERSUS ÉQUIPES RURALES

Au Québec, la grande majorité des équipes de suivi intensif qui ont été financées sont ce qu'on peut appeler des « demi-équipes », analogues aux équipes rurales décrites précédemment, et comprenant 5 ou 6 intervenants, même dans des territoires qui ont une densité de population suffisante pour justifier une équipe complète. Il est bien sûr plus facile de financer et d'organiser des équipes plus petites. Cette stratégie présente toutefois plusieurs désavantages importants. Tout d'abord, comme il vient d'être mentionné à la section précédente, une plus petite équipe peut difficilement maintenir une couverture le soir et tous les jours de fin de semaine. Dans le même ordre d'idées, le bon fonctionnement de l'équipe est plus vulnérable aux absences d'intervenants provoquées par des vacances ou par des congés de maladie. Deuxièmement, un taux de roulement du personnel élevé, ce qui s'observe souvent dans les programmes de ce genre, fait que la formation des intervenants aux modalités de travail particulières d'une équipe de suivi intensif est toujours à reprendre. Enfin, une équipe de 5 ou 6 intervenants peut difficilement offrir une gamme aussi étendue de services en ce qui concerne le traitement pour alcoolisme/toxicomanie et pour l'insertion en emploi. La réadaptation des clients s'en trouve compromise.

6. MODALITÉS POUR FAVORISER L'INSERTION EN EMPLOI DES CLIENTS

Les indications données par Allness et Knoedler quant à l'insertion en emploi (section II 7.6) ne sont pas très précises. Ce qui semble à l'heure actuelle l'approche la plus efficace pour aider les clients intéressés à travailler à aller dans ce sens est d'intégrer, au sein de l'équipe, au moins un intervenant dont la mission est *uniquement* d'aider les clients à intégrer le marché du travail, et dont le temps est par conséquent protégé. De plus, l'orientation actuelle vers la normalisation et le rétablissement des clients conduit à privilégier l'intégration en milieu de travail régulier plutôt que dans des ateliers de travail protégé, des mesures d'insertion sociale ou des centres de travail adapté. Le soutien à l'emploi de type *Individual Placement and Support* (IPS), connu aussi sous le vocable *Evidence-based supported employment*, modèle bien appuyé par la recherche évaluative (y compris un essai clinique randomisé à l'Hôpital Douglas dont les résultats positifs commencent à être diffusés), peut facilement être utilisé par une équipe de suivi intensif. Le soutien à l'emploi organisé de cette façon cherche à respecter 6 principes :

1. Viser l'emploi en milieu régulier (salaire minimum ou mieux, emploi non réservé aux personnes handicapées, milieu de travail où l'on côtoie principalement des personnes non handicapées);
2. Prendre les préférences du client comme point de départ pour définir le type d'emploi que l'on recherche pour lui. Ainsi, l'approche est hautement individualisée;
3. Chercher rapidement un emploi, évitant les formations ou les stages préparatoires dans lesquels les clients ont tendance à s'enliser;
4. Soutenir le client une fois l'emploi obtenu, dans certains cas sur le site d'emploi même, dans d'autres en dehors des heures de travail (si le client ne veut pas que ses difficultés de santé mentale soient divulguées à l'employeur);
5. Intégrer l'intervenant en soutien en emploi à l'équipe clinique – dans le cas présent, à l'équipe de suivi intensif¹⁶ – de façon à ce que la cohérence de l'intervention soit maximisée;
6. Maintenir les services aussi longtemps que le client le désire.

En comparaison avec ce que l'on retrouve aux États-Unis, les dispositions québécoises relatives à l'insertion en emploi des personnes qui ont des troubles mentaux graves présentent à la fois des avantages et des inconvénients. D'une part, l'accès gratuit aux médicaments qui est accordé aux personnes classifiées comme ayant une contrainte sévère à l'emploi ne peut être perdu que si une personne travaille en milieu régulier de façon continue pendant plus de 48 mois, ce que peu de clients d'une équipe de suivi intensif parviendront à réaliser. D'autre part, toutefois, une personne bénéficiaire de la sécurité du revenu ne peut garder que 120 \$ par mois des revenus d'un emploi régulier – au-dessus de ce seuil, chaque dollar gagné est soustrait du chèque de la sécurité du revenu. Ainsi, au Québec, à l'heure actuelle, les personnes atteintes de troubles mentaux graves et qui vivent de la sécurité du revenu ont peu d'incitatifs économiques à travailler¹⁷.

Pour plus de détails sur le soutien à l'emploi de type IPS, consulter le livre de Deborah Becker et de Robert Drake, *A working life for people with severe mental illness*, New York : Oxford University Press, 2003.

¹⁶ On peut également intégrer un agent de soutien à l'emploi à un programme de suivi communautaire moins intensif ou à une clinique externe.

¹⁷ Au moment où ce document a été produit, une personne classifiée comme ayant une contrainte sévère à l'emploi qui travaille en milieu protégé a droit à une passe d'autobus gratuite. Toutefois, à partir du moment où elle commence à travailler (ne serait-ce qu'à temps partiel) en milieu régulier, elle perd ce droit.

7. SUIVI INTENSIF EN ÉQUIPE DANS LES TERRITOIRES À CLIENTÈLE GÉOGRAPHIQUEMENT TRÈS DISPERSÉE

Les pages qui précèdent ont distingué à plusieurs reprises les équipes complètes qui devraient être utilisées lorsque la densité géographique de la clientèle le justifie (principalement en milieu urbain ou semi-urbain), et les équipes dites rurales, plus petites et adaptées à des milieux où la densité géographique est moindre. Il existe toutefois au Québec de nombreux territoires où la densité géographique de la clientèle est tellement faible que même ce que nous avons appelé des équipes rurales ne peuvent être employées, du moins pas en respectant les critères d'admission restrictifs habituels. Les distances à parcourir seraient trop grandes. Que faire alors?

La littérature scientifique ne nous éclaire guère à ce sujet. On y retrouve seulement quelques évaluations de programmes desservant un milieu rural, qui comportent ce que nous avons appelé des demi-équipes, ou qui sont encore plus petites que cela (11, 12). Ces évaluations rapportent divers problèmes d'implantation et n'ont pas donné des résultats aussi concluants qu'en milieu urbain. Nous n'avons donc pas de base solide à partir de laquelle guider l'implantation des équipes.

Toutefois, l'Ontario, qui déploie depuis quelques années des équipes de suivi intensif dans des milieux où la population est aussi dispersée que ce que l'on peut retrouver au Québec, commence à acquérir une certaine expérience dans ce domaine. Les informations qui suivent proviennent du D^r Ian Musgrave, psychiatre et responsable jusqu'en 2003 du soutien technique aux programmes de suivi intensif en Ontario.

La réalité essentielle des milieux à population dispersée est le temps plus grand qui doit être passé en déplacements pour atteindre une clientèle qui ne représente qu'un très faible pourcentage de la population. Deux stratégies alternatives semblent se dégager en Ontario pour composer avec cette réalité :

1. Conserver une équipe multidisciplinaire relativement de grande taille, mais élargir les critères d'admission de l'équipe. Ainsi une équipe, au lieu de ne desservir qu'environ 20 % des usagers réguliers de services de santé mentale, pourrait en desservir la moitié ou même plus¹⁸. Le plan

¹⁸ On s'attend en moyenne à ce que des programmes de suivi intensif desservent environ 0,7 à 1 personne sur 1 000 sur un territoire (13). Le pourcentage exact tendra à être plus élevé dans les régions urbaines défavorisées ou à proximité d'hôpitaux psychiatriques. Il dépend aussi des autres services en place, tels que des logements supervisés ou des programmes de suivi moins intensifs. Selon les observations de Leonard Stein aux États-Unis, ce pourcentage équivaut très approximativement à 20 % des usagers réguliers de services de santé mentale qui ont des troubles mentaux graves, dans un système bien doté en ressources (5). Ainsi, ce pourcentage augmente dans la mesure où l'équipe se donne pour mission d'atteindre une clientèle plus étendue, de façon à passer plus de temps à rencontrer des clients et moins de temps à passer en voiture.

d'intervention étant individualisé, l'implication de l'équipe auprès des clients dont les besoins sont moins grands fait en sorte que ces clients recevront une intervention d'intensité moindre. Si cette approche est adoptée, le ratio intervenants : clients peut dépasser 1 :10 (p. ex. : 1 :12), en dépit du temps de déplacement plus grand, puisqu'une proportion importante des clients, peut-être même la majorité, auront des besoins moins grands que ceux d'une équipe de suivi intensif normale.

2. Former des équipes de plus petite taille, dépendamment du degré de dispersion de la clientèle. Ces équipes peuvent travailler en complémentarité avec d'autres programmes de suivi existants, souvent en contactant des clients dont les problématiques sont plus complexes, ou même dans certains cas en offrant à un même client un soutien de nature différente que ce que l'autre programme peut lui apporter (p. ex. : soutien à l'emploi)¹⁹.

La recherche évaluative ne nous permet pas à ce jour de formuler de recommandation quant à laquelle de ces deux stratégies devrait être privilégiée.

La communication étant un élément essentiel dans le suivi intensif en équipe, il faut prévoir l'exploitation maximale des technologies de communication dans ces régions dispersées. L'usage d'ordinateurs portables reliés à un ordinateur central par Internet, de téléphones cellulaires, de messagerie Internet – sans parler de visioconférences – peut, par exemple, permettre à une équipe de fonctionner à partir de deux sites, ce qui dans certains cas pourrait réduire les temps de déplacement.

Beaucoup de modifications peuvent être envisagées selon les circonstances particulières de chaque endroit. On peut espérer que des évaluations seront faites d'expériences diverses dans ces régions à population très dispersée. Le principe essentiel demeure cependant d'assurer à chaque client une intervention qui met à contribution les expertises appropriées d'une équipe interdisciplinaire, de façon à la fois individualisée et intégrée, et qui vise le mieux-être de chaque client. Rappelons enfin que tous les assouplissements possibles dont il a été question dans cette section ne visent que les régions où la dispersion géographique de la clientèle habituelle est trop faible *même* pour une équipe rurale.

¹⁹ Cette deuxième stratégie est présentement adoptée, à tout le moins, dans la région du KRTB (Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, les Basques), où des intervenants de suivi intensif ont été déployés en groupes de 3 dans chacun des 4 CLSC (9,2 ETC), couvrant ainsi un territoire de 8 564 km². Ces intervenants obtiennent la collaboration de psychologues et des autres professionnels des CLSC pour enrichir leur intervention auprès de leur clientèle (Céline Coulombe, coordonnatrice des activités dans la communauté en santé mentale au KRTB, communication personnelle, 15 septembre 2004).

IV. CONCLUSION

Les diverses considérations pratiques qui viennent d'être proposées visent à aider décideurs, gestionnaires et intervenants à mieux saisir les enjeux associés à la fidélité aux normes ontariennes et américaines exigeantes rapportées dans ce document.

Soulignons que la fidélité à ces normes n'est pas un objectif qui ne peut être atteint qu'au moment du démarrage d'une équipe. Si dans l'idéal les conditions sont réunies pour qu'une équipe respecte l'ensemble des normes dès ses premiers mois d'existence, dans la pratique, diverses contraintes font que cela n'est souvent pas réalisable. La possibilité demeure alors pour l'équipe de viser à se rapprocher des normes progressivement, de préférence à l'aide des services d'un consultant, appuyé par un comité consultatif (section 12 de la partie II) et d'une évaluation externe (section 11), qui pourront jeter un regard extérieur sur l'équipe et lui suggérer des pistes d'amélioration.

Par ailleurs, il ne faut pas supposer non plus qu'une fois atteint, un niveau élevé de fidélité aux normes se maintienne sans effort. Comme dans tout autre travail, la tentation demeurera toujours de choisir ici et là la voie de la facilité plutôt que celle de l'excellence. Pour se prémunir contre cette tentation, l'équipe a intérêt à se rendre imputable à une tierce partie qui pourra suivre ses choix et son évolution de près. C'est là une raison d'être importante d'un comité consultatif.

Rappelons pour conclure la finalité ultime des normes énoncées dans le présent document : le mieux-être des clients. Parce que nos connaissances et nos réflexions, quant à ce qui contribue au mieux-être des clients, évoluent peu à peu, ces normes aussi se doivent d'évoluer en conséquence.

RÉFÉRENCES

1. ONTARIO MINISTRY OF HEALTH. *Recommended Standards for Assertive Community Treatment Teams*, 1998.
2. ALLNESS D, KNOEDLER W. *National Programs Standards for ACT Teams*, Arlington VA, National Alliance for the Mentally Ill Assertive Community Treatment Technical Assistance Center, 2003. [http://www.hami.org/content/content groups/programs/pact 1/National standard for ACT Teams.pdf](http://www.hami.org/content/content%20groups/programs/pact%201/National%20standard%20for%20ACT%20Teams.pdf).
3. GOLDMAN HH, MORRISSEY JP et RIDGELY SM. « Evaluating the Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness », *Milbank Quarterly*, 72:37-47, 1994.
4. ROSENHECK RA, MORRISSEY J, LAM J, *et al.* « Service delivery and community: social capital, service systems integration, and outcomes among homeless persons with severe mental illness », *Health Services Research*, 36:691-710, 2001.
5. BOND GR, DRAKE RE, MUESER KT, *et al.* « Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical Ingredients and Impact on Patients », *Disease Management and Health Outcomes*, 9:141-159, 2001.
6. MUESER KT, NOORDSY DL, DRAKE RE, *et al.* *Integrated Treatment for Dual Disorders*, New York, The Guilford Press, 2003.
7. BECKER DR, DRAKE RE. *A Working Life for People with Severe Mental Illness*, New York, NY, Oxford University Press, 2003.
8. ROSENHECK RA, RESNICK SG, MORRISSEY JP. « Closing Service System Gaps for Homeless Clients with a Dual Diagnosis: Integrated Teams and Interagency Cooperation », *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6:77-87, 2003.
9. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence : Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Montréal, 2000.
10. THOMSON D, GÉLINAS D, RICARD N. « Le modèle PACT : Suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves », *L'infirmière du Québec*, 10:26-36, 2002.
11. SANTOS A, DECI P, LACHANCE K, *et al.* « Providing Assertive Community Treatment for Severely Mentally Ill Patients in a Rural Area », *Hospital and Community Psychiatry*, 44:34-39, 1993.
12. HABIBIS D, HAZELTON M, SCHNEIDER R, *et al.* « Balancing Hospital and Community Treatment : Effectiveness of an Extended-Hours Community Mental Health Team in a Semi-Rural Region of Australia », *Australian Journal of Rural Health*, 11:181-186, 2003.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ. *Le suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Montréal, Québec, 1999.

