

## GRILLE POUR DÉTERMINER LE NIVEAU DE SOUTIEN À OFFRIR DANS LA COMMUNAUTÉ

Le plan d'action en santé mentale (2005-2010) vise à offrir des services de soutien et d'intégration dans la société aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les services de soutien déployés visent à aider la personne suivie à acquérir un niveau de fonctionnement autonome optimal dans la communauté. L'intensité des services offerts variera selon les besoins de la personne et sa situation. La durée pourra s'échelonner sur des périodes de temps variables (épisodes de services) en fonction du niveau de traitement, de réadaptation et de soutien nécessaire. En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié des lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté, soit le suivi intensif, le soutien d'intensité variable et le soutien de base non intensif, nommé soutien léger dans ce document. Ces mesures de suivi et de soutien dans la communauté ont pour mandat de répondre aux besoins exprimés ou ciblés (ce qui peut nécessiter de la proaction) des individus, en évitant de créer des dépendances négatives ou contraires aux buts recherchés, qui sont le rétablissement et l'autonomie des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les intervenants offrant ces trois mesures de soutien doivent avoir un regard sur la personne dans sa globalité, la voir en reconnaissant ses forces ainsi que son potentiel de développement et de rétablissement.

Cette grille est inspirée de la grille de Denver (Sherman et Ryan, 2008), et elle a été bonifiée par les conseillers du CNESM ainsi que par l'équipe de gestion du CSSS de la Vieille-Capitale, à Québec. Cette grille ne vise pas à se substituer au jugement clinique des équipes, mais à bonifier la discussion afin de déterminer le niveau de services à offrir aux personnes en besoin de suivi dans la communauté.

Besoins	Autonomie visée	Soutien léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
<b>(1) Participation aux rendez-vous</b>	La personne se présente seule ou de façon autonome à chacun de ses rendez-vous depuis plus de trois mois.	La personne peut avoir besoin d'aide et d'accompagnement pour une situation exceptionnelle ou lors d'un changement d'endroit pour les rendez-vous.	La personne a besoin d'aide pour se rendre à certains rendez-vous. Sans accompagnement, elle ne se rend pas toujours à ses rendez-vous, ou elle n'en voit pas la pertinence, ou elle peut manifester des comportements perturbateurs ou inadéquats lors du rendez-vous (ex. : injection, prise de sang, rencontre avec un médecin...).	La personne ne se rend pas à la majorité de ses rendez-vous sans recevoir aide, accompagnement et assistance. Elle a besoin d'une équipe qui agit parfois à sa place et a besoin d'être accompagnée dans l'acquisition de son autonomie. La présence d'un psychiatre dédié à l'équipe SI, qui peut se déplacer au domicile des usagers, permet une proaction (ou « reaching out ») plus importante.



Besoins	Autonomie visée	Soutien léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
<b>(2) Prise de médication</b>	La personne prend seule et de façon autonome sa médication comme prévu depuis plus de trois mois.	Autonomie presque complète. La personne peut avoir besoin d'aide s'il y a un changement de médication.	La personne a besoin d'aide pour prendre sa médication telle que prescrite ou pour obtenir un traitement optimal. (Exemples : elle ne comprend pas comment utiliser son pilulier, elle est incapable d'aller à la pharmacie ou à son injection, elle a besoin de soutien pour expliquer les effets secondaires ou indésirables de sa médication à son médecin.)	L'équipe doit assurer la distribution de la médication de la personne, car celle-ci, volontairement ou non, oublie régulièrement des doses. La personne a besoin plusieurs fois par semaine qu'une équipe (comprenant un psychiatre) s'assure que le traitement médical est optimal et est bien suivi, tel que prescrit, afin de diminuer la détresse émotionnelle ainsi que les symptômes de la maladie. La présence d'infirmières intégrées à l'équipe favorise le suivi des effets secondaires, l'enseignement et le suivi de la santé physique de la personne.
<b>(3) Logement</b>	La personne démontre une stabilité de plus de trois mois pour garder et entretenir son logement.	La personne a besoin de supervision mensuelle ou à tous les deux mois pour s'assurer que les acquis sur le plan de l'entretien soient conservés.	La personne a besoin d'aide pour garder son logement : sans aide, le logement risque de devenir insalubre, il y a des risques pour le feu ou des problèmes de sécurité (porte pas verrouillée); elle risque d'être expulsée, car les paiements sont en retard ou pas faits, ou à cause de difficultés avec les autres locataires.	Problématique sérieuse relativement au logement, que ce soit pour l'entretien, la sécurité ou la stabilité. Certaines personnes, sans un soutien important, se retrouveront en situation d'itinérance ou d'expulsion. L'équipe peut également jouer un rôle de médiation entre le client et le propriétaire, colocataire, voisin, etc.
<b>(4) Vie quotidienne et domestique</b>	La personne répond à ses besoins de base sur le plan de ses AVD/AVQ depuis plus de trois mois.	La personne a encore besoin d'une visite mensuelle ou aux deux mois pour apprendre ou maintenir des acquis afin d'être pleinement autonome sur le plan de ses AVD/AVQ.	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour combler ses besoins de base : aller à l'épicerie, préparer des repas, hygiène personnelle, s'habiller de façon appropriée selon les	Plusieurs enjeux et défis en regard de ses besoins de base. La personne n'est pas en mesure de se débrouiller de façon autonome sans un soutien important de l'équipe traitante. L'équipe peut être obligée de se placer dans un rôle de



Besoins	Autonomie visée	Soutien léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
			circonstances (température, évènements).	substitution (faire-pour) temporairement, le temps que le client reprenne graduellement son autonomie.
<b>(5) Gestion financière</b>	La personne gère sans difficulté son argent depuis plus de 3 mois.	La personne a besoin d'une aide occasionnelle pour maintenir une saine gestion budgétaire (situations exceptionnelles, dépenses imprévues).	La personne a besoin de soutien pour l'aider à gérer son argent : paiement des comptes, gestion des dettes, priorisation des dépenses. Elle a besoin d'être encouragée et soutenue à utiliser les ressources du milieu pour la gestion de ses finances; elle pourrait avoir besoin d'accompagnement pour les premières rencontres.	Peu d'acquis sur le plan de la gestion financière. Le client présente des déficits importants obligeant l'équipe à assurer un soutien pour le respect du budget, du paiement des comptes, de la négociation avec les créanciers, etc. Ce soutien peut être de nature volontaire ou non, mais la participation du client doit être encouragée. La personne peut avoir besoin d'un régime de protection (curatelle ou tutelle).
<b>(6) Abus de substances</b>	La personne ne consomme pas de drogues ou d'alcool de façon abusive depuis plus de 3 mois.	La personne a besoin d'aide pour prévenir les rechutes occasionnelles. La consommation entraîne des problèmes mineurs.	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour aller chercher et intégrer des ressources d'aide pour les problèmes de consommation. Les rechutes sont fréquentes et peuvent entraîner des problèmes majeurs comme une perte d'emploi, de logement et des difficultés sociales.	Les symptômes de la maladie sont très présents et rendent difficiles la stabilisation du traitement et la fréquentation de ressources d'aide. L'équipe de traitement comprend un spécialiste en toxicomanie qui peut assurer une aide personnalisée afin de faire cheminer la personne relativement à ses problèmes d'abus de substance, selon une approche basée sur l'entrevue motivationnelle. Le client peut profiter également d'une offre de groupe proposée directement par l'équipe.



Besoins	Autonomie visée	Soutien léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
<b>(7) Danger pour soi et pour les autres (crises suicidaires ou situations d'agressivité élevée)</b>	La personne réussit à bien gérer les situations de crise depuis plus de 3 mois.	La personne peut éprouver des difficultés passagères nécessitant soutien et écoute reliées à des idées suicidaires ou à des difficultés dans les relations sociales.	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour l'aider à gérer ses crises. Il peut s'agir d'idéation suicidaire ou de désorganisation pouvant mener à une hospitalisation, de l'agressivité dirigée vers les autres ou des comportements sociaux inadéquats.	L'état mental instable de la personne augmente parfois le niveau de risque que la personne présente envers elle-même ou les autres. Elle nécessite un suivi serré, autant médical que psychosocial. L'augmentation du nombre de rencontres par semaine, ainsi qu'une communication efficace entre les membres de l'équipe interdisciplinaire (rencontres quotidiennes, hebdomadaires, coordination par un chef d'équipe) sont des éléments essentiels pour diminuer ce niveau de risque.
<b>(8) Situations de crises (crises psychosociales : perte d'emploi, rupture amoureuse, difficultés relationnelles)</b>	La personne est en mesure de gérer et de trouver des solutions aux situations de crise depuis plus de 3 mois.	La personne peut avoir besoin d'une aide occasionnelle dans son milieu pour gérer une situation inattendue (perte d'emploi, rupture amoureuse, décès...).	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour l'aider à résoudre des situations de crise, que ce soit des conflits avec ses voisins ou son propriétaire (patron), des comportements à risque (prostitution, vente de biens), ou une situation inattendue (perte d'emploi, rupture amoureuse...).	La personne ayant une instabilité mentale se retrouve souvent dans plusieurs situations de crise, que ce soit sociale (conflits avec les gens qui l'entoure) ou monétaire (perte d'emploi, d'argent, de logement); elle se met dans des situations à risque (prostitution, vente de biens, vol à l'étalage, vente/achat de drogue ou de médicaments...). Ces situations de crise peuvent avoir entraîné un nombre important d'hospitalisations dans le passé. L'horaire de travail étendu au SI (horaire 24/7, garde) permet aux personnes d'éviter une dégradation de leur état lors de crises.



Besoins	Autonomie visée	Soutien léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
<b>(9) Activités de vie significatives (loisirs, travail, sport, bénévolat)</b>	La personne participe à des activités de vie significatives depuis plus de 3 mois.	La personne a besoin d'un soutien ponctuel pour conserver ses activités de vie significatives, que ce soit les loisirs, le bénévolat, les études ou le travail (exemple : aide ponctuelle lors de situations de stress comme les examens de fin de trimestre ou un changement d'emploi...).	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour trouver et intégrer des activités de loisir, de bénévolat ou concevoir un projet de retour au travail ou aux études.	La personne a très peu d'activités de loisirs ou d'occupation de son temps. L'équipe pourra l'accompagner dans le développement d'activités de loisirs et pourra aborder avec elle la question d'un retour sur le marché du travail, aux études ou à une occupation comme le bénévolat. La présence d'un spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle permettra à la personne de sentir un appui soutenu dans ses démarches et d'assurer des liens entre elle et le milieu (adaptation des processus d'embauche, de l'horaire de travail, détection des sources de tensions).
<b>(10) Reconnaît les signes précurseurs d'une rechute</b>	La personne reconnaît ses zones de vulnérabilité et agit en conséquence (mise en place et respect du plan de rétablissement) depuis plus de 3 mois.	La personne présente une condition de santé mentale généralement stabilisée. Elle peut cependant avoir encore besoin de soutien ponctuel afin d'actualiser l'ensemble des éléments du plan de rétablissement.	La personne reconnaît partiellement ou nie les signes précurseurs d'une rechute : la personne a besoin d'aide pour reconnaître ce qui la rend anxieuse ou dépressive et pour trouver des moyens afin d'aller mieux (mise en place d'un plan de rétablissement).	La personne est surtout en besoin d'apprentissage afin d'arriver à stabiliser son état mental et à trouver un mieux-être par rapport aux symptômes que cause le trouble mental grave. L'apport d'un pair aidant impliqué directement dans l'équipe peut favoriser l'acquisition des moyens nécessaires et utiles pour vivre avec son trouble mental.
<b>(11) Un projet de vie qui exige de la réadaptation</b>	Les objectifs du projet de vie sont poursuivis depuis plus de 3 mois (ex. : travail, relation d'amitié...).	La personne a besoin d'une aide occasionnelle pour l'aider dans l'actualisation de son projet de vie.	La personne a besoin d'aide et d'accompagnement pour trouver un projet de vie et le concrétiser. Cela peut être sur le plan social, du travail (retour aux études), de la santé physique (bien manger)...	La personne a besoin de soutien afin qu'elle s'approprie le désir d'éviter les hospitalisations et d'acquérir une stabilité dans les différents domaines de sa vie. Ce projet de vie devrait servir de base pour la rédaction du plan d'intervention individualisé.



Besoins	Autonomie visée	Soutien léger Consolidation des acquis (ratio 1/25; 1/45) fréquence 1 fois par mois	SIV Soutien et réadaptation (ratio 1/16; 1/20) fréquence de 2 à 7 fois par mois	SI Traitement et réadaptation (ratio 1/8; 1/10) fréquence 8 fois et plus par mois
<b>(12) Réseau social significatif et aidant</b>	Un réseau social significatif et aidant est en place depuis plus de 3 mois.	La personne nécessite de l'aide pour garder actif et présent son réseau social significatif ainsi que pour maintenir des liens sains avec ses proches.	La personne a besoin d'aide pour développer un réseau social aidant. Les gens du milieu qui entrent en contact avec la personne ont besoin de mesures de soutien et d'éducation afin de pouvoir l'aider dans son projet de rétablissement.	Le réseau social est souvent minime ou inexistant. La personne est parfois entourée de personnes non aidantes (amis consommateurs, se fait abuser...). La personne a besoin d'un appui soutenu pour se créer un réseau positif.