LE RELIEF

SEPTEMBRE 2015 | VOLUME 1 - N° 3

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES EN SANTÉ MENTALE : UN FILET DE PROTECTION ET UN TREMPLIN POUR LES PERSONNES HÉBERGÉES

PRISE DE POSITION
Des préjuges à déconstruire pour faire place au rétablissement
TERRAIN
La contribution des ressources intermédiaires à l'intégration et à la participation sociale des résidents
EXPERTISE
Troubles mentaux et comportements violents et agressifs dans le contexte des ressources intermédiaires
RECHERCHE
Valoriser le rétablissement en ressource intermédiaire

© Shutterstock

ASSOCIATION DES
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC
Partenaire pour des milieux de vie de qualité

À PROPOS DE L'ARIHQ

L'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) est un organisme à but non lucratif reconnu officiellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour représenter les ressources intermédiaires d'hébergement pour adultes au Québec. Les ressources intermédiaires (RI) offrent leurs services aux divers établissements du réseau de la santé et deviennent leurs partenaires dans leur mission d'hébergement, de soutien et d'assistance.

En tant qu'Association partenaire tant de ses membres que du gouvernement et des établissements, l'ARIHQ se donne pour mission de promouvoir des milieux de vie de qualité pour les personnes hébergées en ressources intermédiaires. Elle négocie l'ensemble des conditions nécessaires au fonctionnement et au développement durable des ressources. À ce titre, elle promeut les intérêts professionnels, sociaux et économiques de ses membres et les soutient concrètement dans leur mission par des services-conseils variés.

ERRATUM

« Dans l'article intitulé «Développer les compétences des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques : l'importance du collectif de travail » que nous avons publié dans le précédent numéro (Le Relief, vol. 1 no⁰ 2) nous souhaitons apporter un point de clarification concernant l'utilisation du souleveur (ou lève-personne) à deux. Il s'agit d'une pratique bénéfique reconnue par l'ASSTSAS, mais sa prescription dépend intimement des choix de l'organisation. En aucun cas l'ASSTSAS n'oblige les organisations à appliquer ce principe. Francois Aubry »

RÉDACTRICE EN CHEF :
Annie Gauthier

COMITÉ DE RÉDACTION :
Françoise Courchesne, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ
Ariane Émond, journaliste indépendante et animatrice
Annie Gauthier, responsable recherche et qualité, ARIHQ
Johanne Pratte, directrice générale, ARIHQ
Luc Vallerand, directeur du service aux membres et des communications, ARIHQ

MISE EN PAGE :
Créations Karine Charlebois

RÉVISION LINGUISTIQUE ET DIFFUSION :
Françoise Courchesne, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ
Anne Juanco, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ

COLLABORATION À LA PRÉSENTE ÉDITION :
Hélène Bilodeau, directrice générale, La Clef d'arc
Emmanuèle Bompard, directrice générale adjointe, Centre La Traversée
Michel Clair, président, conseil d'administration, ARIHQ
Sylvain d'Auteuil, directeur, Les Porte-voix du Rétablissement
Jean-Philippe Gagnon, coordonnateur, Équipe Vulnérabilité, intégration sociale et violence (VISEV), Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
Annie Gauthier, responsable recherche et qualité, ARIHQ
Pierre Lord, directeur général, Centre l'Entre-Toit

VENTES PUBLICITAIRES :
Anne Juanco, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ

ISSN 2368-7711
Titre : Le Relief (Montréal. 2014)

ÉDITORIAL

Éditorial | Michel Clair, président, conseil d'administration, ARIHQ

Les ressources intermédiaires en santé mentale : pour un milieu de vie adapté et à dimension humaine

Dans les années 1950 et 1960, l'institutionnalisation et la stigmatisation sociale qui en découlait étaient le lot des personnes et des familles dont un membre était atteint de problèmes de santé mentale. Ma famille a connu cela pendant toute ma jeunesse. L'oncle et le frère de mon père ont été hébergés à l'Hôpital Saint-Michel-Archange sur une période de près de 40 ans. Je me souviens avec clarté de la douleur de ma grand-mère et du courage de mon père qui n'a jamais abandonné ni son oncle, ni son frère.

C'est un temps que l'on ne regrette pas, mais que l'on n'oublie pas non plus. Je n'oublie pas que ce grand-oncle Isidore, « désinstitutionalisé » à la fin des années 80, est allé finir ses jours seul, isolé au cœur de Montréal, une ville qu'il ne pouvait pas connaître après quatre décennies d'internement à Québec. J'ai créé une petite fondation à sa mémoire avec les derniers dollars qu'il a économisés sur ses maigres prestations.

Les ressources intermédiaires sont nées dans la foulée des années 1960, sous le leadership de personnes généreuses et audacieuses. Elles sont apparues d'abord comme une alternative à l'institutionnalisation, une alternative à échelle humaine, à la fois personnalisée et sécuritaire pour la personne. Puis progressivement, au fil des décennies qui ont suivi, s'est mis en place le réseau des ressources intermédiaires en santé mentale que l'on connaît aujourd'hui.

Le milieu de vie constitue une dimension fondamentale de l'offre d'hébergement, de soutien et d'assistance qui caractérise le mandat des ressources intermédiaires. Dans le domaine de l'hébergement des personnes présentant des problèmes de santé mentale, on a constaté, après la désinstitutionalisation, que la vie dans la communauté n'enrayait pas la pauvreté, les inégalités de santé et la stigmatisation sociale. Cependant, on a également constaté que pour les hommes et les femmes confrontés au ravage de la maladie, l'accès à l'hébergement, au soutien et à l'assistance représentait un maillon essentiel pour éviter l'itinérance, briser l'isolement et assurer une présence sécuritaire à la personne, jour et nuit.

Aujourd'hui, ce sont près de 2500 résidents qui bénéficient de ces services dans quelques 175 ressources intermédiaires (programme santé mentale) sur le territoire québécois.

Au cours des dernières années, les politiques ministérielles en santé mentale se sont positionnées toujours plus clairement en faveur d'une approche axée sur le rétablissement et la citoyenneté des personnes. Ayant pour mission de promouvoir et d'assurer le maintien des conditions nécessaires à la qualité des services offerts dans les milieux de vie, l'ARIHQ participe d'emblée à la réflexion sur les nouvelles pratiques d'intervention axées sur le rétablissement, la liberté de choisir et le droit à la vie privée. Il est reconnu que des relations humaines de qualité peuvent jouer un rôle positif dans la vie des personnes. Mettre en place des relations humaines de qualité repose sur la collaboration des différents acteurs impliqués, qu'il s'agisse en premier lieu des résidents eux-mêmes, de leurs intervenants, de leurs proches, de leurs concitoyens et parfois de pairs-aidants.

Le milieu de vie représente non seulement un endroit où soins et sécurité sont assurés, mais aussi un espace de rencontres, d'échanges et de projets possibles. Au-delà du toit, du gîte et du couvert, les ressources intermédiaires sont donc quotidiennement appelées à épauler les résidents dans leur cheminement en considérant leurs choix, leurs forces et les inévitables deuils à faire. Elles les accompagnent dans le défi d'apprivoiser le quotidien, de retrouver un certain contrôle sur leur vie, de réaménager leurs rapports aux autres et au monde, en respectant le rythme propre à chacun.

Je rends hommage aux milliers d'hommes et de femmes qui œuvrent dans le réseau de nos ressources spécialisées en santé mentale et qui tous les jours contribuent par leur savoir-faire autant que leur savoir-être à la dignité de nos résidents.

Les quatre articles présentés dans cette édition de la revue *Le Relief* sont complémentaires et donnent accès à différentes dimenstions du travail dans les milieux de vie. Ils démontrent que les ressources intermédiaires ont un rôle proactif à jouer dans la mise en place d'un milieu de vie de qualité, en cohésion avec les orientations ministérielles en matière d'approche clinique axée sur l'intégration dans la communauté et le rétablissement des personnes, de même que dans le respect des ententes en matière de partage des services et des responsabilités. ■

La rubrique « Prise de position » exprime la perspective de l'ARIHQ sur les enjeux reliés au thème en question. Il est rédigé à partir des propos recueillis lors d'une séance de discussion regroupant les membres de l'équipe.

© Shutterstock

DES PRÉJUGES À DÉCONSTRUIRE POUR FAIRE PLACE AU RÉTABLISSEMENT

Il est longtemps apparu comme une évidence que les personnes hébergées dans les ressources intermédiaires (RI) en santé mentale étaient si privées de ressources personnelles et sociales qu'elles étaient presque nécessairement placées à long terme dans un milieu de vie caractérisé par l'absence de projet et l'ennui : « Dans les ressources intermédiaires, on se berce. ».

Nous percevons encore les contrecoups de cette vision stéréotypée des ressources intermédiaires en santé mentale comme des lieux où vieillissent dans des conditions peu réjouissantes des personnes abandonnées, incapables de s'en sortir, et dont la trajectoire est définitivement marquée par les répercussions cognitives de la maladie. Conscients de l'impact des mots sur le façonnement des réalités, nous tenons à déconstruire un tel discours par lequel toute forme d'espoir semble interdite. En effet, entre l'hébergement comme tremplin vers un logement autonome et l'hébergement marqué par l'absence de projet articulé, on ne trouve pas de route prédéterminée. La possibilité pour chacun de (re) construire sa route est inaliénable, sans pour autant nier la présence d'éventuels obstacles.

La RI : un modèle présentant un potentiel certain

Les ressources intermédiaires en santé mentale représentent une grande diversité dans leur offre de services. Elles se réfèrent à différentes approches. Le fait de mieux saisir quelles sont les possibilités offertes en ressource intermédiaire peut favoriser une utilisation plus judicieuse et créative de ces milieux de vie par les résidents eux-mêmes, leurs proches et tous les intervenants impliqués.

Il convient de rappeler ici la définition d'une ressource intermédiaire prévue par la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS) :

> Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.

Il y a deux façons d'interpréter cette définition.

- Une première interprétation est restrictive et semble endosser l'idée que pour réaliser l'intégration dans la communauté, il suffit que les personnes ne soient plus logées dans des institutions.
- Une seconde interprétation implique une vision du milieu de vie porteuse d'un rôle à jouer dans le rétablissement des personnes. Elle rejoint tous ces propriétaires et gestionnaires de RI qui prennent leur engagement à cœur et qui voient dans la tâche qui leur est confiée une mission axée sur le rétablissement des personnes vulnérables.

Il faut souligner une tendance à simplifier les approches du traitement en ressource intermédiaire par le biais d'approches de nature comportementale ou biomédicale qui font souvent peu de place à la parole plus subjective des personnes. Il faut rester vigilant pour que ces approches ne s'inscrivent pas au détriment d'une philosophie de pratique axée sur le rétablissement.

Un modèle qui favorise l'intégration dans la communauté

Lorsque nous restons sensibles à la réalité des personnes, nous sommes amenés à poser sur les réalités cliniques et sociales un regard nuancé qui fait place au questionnement.

Une recherche conduite en 1988 par les chercheurs Ellen Corin et Gilles Lauzon de l'Institut Douglas révélait que parmi les personnes atteintes de troubles de santé mentale, celles qui avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie faisaient plus souvent partie de groupes et d'associations qui les aidaient à briser leur isolement. À première vue, il s'agissait d'un résultat favorable qui semblait aller dans le sens d'une plus grande intégration et participation sociale des personnes. Cependant, en étant plus attentifs, les chercheurs ont constaté que cette vie sociale plus dense était étroitement associée au monde de la psychiatrie. De façon importante, elle se concentrait autour d'un réseau d'usagers ou d'anciens usagers fréquentant des ressources institutionnelles et communautaires en santé

mentale. Ainsi, le système semblait entretenir une certaine forme de dépendance aux services et aux soins psychiatriques ou para-psychiatriques.

Vingt-cinq ans plus tard, nous ne pouvons savoir si c'est encore le cas. Nous savons toutefois que le modèle RI favorise les échanges avec la communauté et l'intégration sociale et qu'une approche axée sur le rétablissement encourage l'accès à une vie citoyenne élargie se déployant non seulement entre les usagers de services, mais également entre les usagers et l'ensemble de leurs concitoyens. En ce sens, il nous apparaît évident que le modèle RI offre la possibilité de s'engager dans des pratiques axées sur le rétablissement. Certaines RI ont développé des programmes et des pratiques inspirés de cette approche ou démontrent un réel enthousiasme à former leur personnel et à sensibiliser leurs résidents aux principes qui en sont à la base.

Le rétablissement, un processus unique à chacun

Le rétablissement est une route. Il n'est pas un terme, encore moins un idéal qu'il s'agirait d'atteindre. Si nous tentons de généraliser, en prétendant par exemple que « tout commence avec le logement », nous jetons les bases d'une exclusion et négligeons la diversité des expériences pour privilégier une voie idéalisée. Travailler avec la notion de rétablissement demande d'être sensible aux forces, aux potentialités et aux vulnérabilités inhérentes à différentes trajectoires de vie.

Dans la vie courante, se rétablir peut passer par plusieurs chemins. Il peut s'agir de sortir de l'anonymat ou, comme le suggère Ellen Corin (2002), de « retrouver une position personnelle dans un monde où l'on compte pour d'autres qui vous appellent par votre nom, qui connaissent par exemple votre date d'anniversaire et qui sont là pour vous accompagner quand cela ne va pas ».

Placer les pratiques en ressource intermédiaire sous l'égide du rétablissement implique de soutenir un processus pouvant se déployer selon de multiples voies. Ainsi, pour tel ou tel résident, que signifie participer et se rétablir? C'est en parlant avec les personnes concernées que nous accédons à quelques éléments de réponse à cette question. Dans la mesure où leurs choix et leurs décisions sont sans préjudices pour elles-mêmes, pour autrui et pour la société, il faut accepter qu'elles empruntent d'autres voies que celles qui sont conformes aux valeurs et aux idéaux sociaux.

La responsabilité est collective

En plus de l'attention portée à l'individu, l'engagement dans l'approche axée sur le rétablissement doit également être situé sur le plan collectif. Le bien-être des gens n'est pas qu'une affaire privée et individuelle. Il est également une affaire politique et économique dont la responsabilité se trouve entre les mains d'une pluralité d'acteurs : l'État, les institutions publiques, les personnes, les familles et les collectivités.

De par sa position dans le système de services, l'ARIHQ est bien placée pour constater que l'esprit de collaboration entre ces différentes instances contribue à résoudre certains défis, entre autres par la reconnaissance de l'importance du rôle et des limites du champ d'action des différentes parties. Un pas décisif à franchir dans une démarche vers le rétablissement fait donc appel à une dynamique collaborative, à la croisée du champ d'action de différents acteurs, incluant impérativement les personnes utilisatrices des services. ■

Rédigé par Annie Gauthier
Pour l'équipe de l'ARIHQ

Références

CORIN E. 2002. Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix?, dans *Santé mentale au Québec*, Vol. 27, n° 1 : 65-82.
CORIN E. et LAUZON G. 1988. Réalités et mirage : les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion, dans *Santé mentale au Québec*, vol. 13, n° 1 : 69-86.
JASPER K. (1962). « Réponse à la question : Quelles forces vous font vivre? », dans *Essais philosophiques*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot » : 211-212.

Morneau Shepell : un nouveau partenaire majeur de l'ARIHQ!

Nouvellement partenaire de l'ARIHQ en matière de santé et sécurité au travail, Morneau Shepell est heureuse d'élargir son offre de services aux membres de l'ARIHQ.

Morneau Shepell offrira dorénavant les avantages suivants aux membres :

- **Un mois de service gratuit** pour toute nouvelle adhésion à la mutuelle de prévention de Morneau Shepell
- **Un escompte de 10 %** pour les formations suivantes :
  - prévention des maux de dos
  - gestion administrative des dossiers de lésions professionnelles
  - comité de santé et sécurité au travail
  - le travailleur et la santé et sécurité
  - le superviseur et la santé et sécurité au travail

5 : 1 **rendement** sur capital investi

35 % à 40 % **de réduction** de vos cotisations à la CSST

Demandez dès aujourd'hui une analyse entièrement gratuite et sans obligation de votre part de votre dossier CSST.

Notre but : vous aider à valoriser vos ressources humaines, à améliorer leur rendement, à réduire vos coûts en tant qu'employeur et à demeurer concurrentiel.

Téléphone : **514.848.9899** ou **1.800.565.4343** (sans frais)
infoSST@morneaushepell.com
morneaushepell.com

MORNEAU SHEPELL

TERRAIN

La rubrique « Terrain », comme son nom l'indique, donne la parole à des acteurs issus du terrain, qu'il s'agisse de gestionnaires de ressource intermédiaire, de résidents ou d'intervenants du réseau public de santé et de services sociaux.

LA CONTRIBUTION DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE DES RÉSIDENTS

Hélène Bilodeau, directrice générale, La Clef d'arc
Emmanuèle Bompard, directrice générale adjointe, Centre La Traversée
Annie Gauthier, responsable recherche et qualité, ARIHQ
Pierre Lord, directeur général, Centre l'Entre-Toit

Au Québec comme ailleurs en Amérique, les services de santé et les services sociaux s'orientent de plus en plus résolument vers des approches se voulant respectueuses des libertés individuelles. Les intervenants cherchent à maintenir dans la communauté les personnes qui font appel à eux et accordent beaucoup d'importance à la qualité des milieux de vie. Dans ce contexte, l'accès à un accompagnement psychosocial individualisé et, dans certains cas, à un milieu d'hébergement approprié devient un enjeu majeur auquel certains acteurs comme les ressources intermédiaires tentent de répondre.

À titre de partenaires du réseau, les ressources intermédiaires sont encadrées par une philosophie de pratique qui prône l'intégration et la participation sociale des résidents, selon les principes du milieu de vie et de l'approche rétablissement. Selon ces principes, une ressource intermédiaire doit ressembler le plus possible à un chez-soi et les résidents doivent être proactifs dans leurs choix de vie.

Notre comité de travail a voulu explorer la manière dont ces principes s'appliquent dans le contexte particulier des ressources intermédiaires accueillant des personnes présentant un trouble de santé mentale.

Méthode

Des entrevues individuelles réalisées auprès d'intervenants et de résidents ont fourni l'occasion d'affiner notre regard sur la manière dont les ressources intermédiaires peuvent contribuer aux visées d'intégration et de participation sociale. Nous avons rencontré cinq intervenants et cinq résidents dans trois ressources à but non lucratif (OBNL) situées sur l'île de Montréal. Trois membres de notre groupe de travail ont facilité la réalisation de cette recherche exploratoire au sein même de leur ressource intermédiaire. Ces ressources accueillent des usagers de programmes clientèle distincts.

1. **La Clef d'arc** accueille des personnes atteintes de troubles mentaux considérés comme sévères et entrainant d'importantes limitations cognitives. En 2005, l'organisme amorçait une réflexion sur les nouvelles pratiques d'intervention et se donnait pour objectif d'implanter une approche axée sur le rétablissement. Comme le milieu de vie implique la notion du vivre-ensemble, la Clef d'arc désirait mettre en place un programme qui répondrait à une vision individualisée de l'intervention tout en tenant compte du groupe en tant qu'organisme vivant et pensant. La réflexion amorcée a ainsi donné naissance au programme MON PROJET DE VIE/NOTRE PROJET DE VIE. Dans ce programme toujours en application, le premier volet s'organise sous forme de jumelage intervenant-résident et le deuxième, le volet communautaire, appelle chaque membre de l'organisme, intervenants et résidents, à définir les valeurs qui seraient communes à tous et à organiser la vie à la ressource autour de ces dernières.

2. **Le Centre la Traversée** offre un lieu d'hébergement à des personnes démunies afin de favoriser leur intégration sociale en partenariat avec différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. En juin 2009, le Centre a ouvert une RI pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et présentant des problèmes de santé mentale. Cette ressource unique à Montréal a accueilli des personnes dont certaines vivaient en institution psychiatrique depuis plus de vingt ans. Les amener à se sentir concernées et à affirmer leurs droits

© Hélène Bilodeau

Collectif pour le guide MON PROJET DE VIE/NOTRE PROJET DE VIE de la Clef d'arc. Ce projet original à la Clef d'arc suppose un travail pour définir des valeurs communes à partir des valeurs individuelles de chacun.

et responsabilités dans la prise de décision n'est pas une mince affaire. Ainsi, créer un milieu de vie en accord avec la philosophie du rétablissement a constitué et constitue toujours un vrai défi. Il faut installer un cadre permettant le vivre-ensemble avec des personnes qui ont vécu dans des milieux marqués par une forte propension à contrôler tous les aspects de la vie quotidienne. Laisser la place à l'individualité et aux choix de chacun représente un travail d'équilibrage constant, toujours à repenser et à réévaluer.

3. **Le Centre l'Entre-Toit** a pour mission la stabilisation et la réinsertion sociale de personnes aux prises avec une problématique double de santé mentale et de démêlés avec la justice et/ou de toxicomanie. Dans les services qu'il offre aux résidents et à leurs proches, le Centre place le respect au cœur de ses pratiques en évitant les jugements de valeur et en étant à l'écoute et sensible à la situation de ses résidents, en s'interdisant tout forme de dénigrement et de harcèlement, en appliquant les règles de civilité et de politesse socialement exigibles, en reconnaissant le droit de tout un chacun à la dignité, en faisant preuve de discrétion, en préservant le droit à la confidentialité, de même qu'en se conformant aux politiques, procédures, directives, protocoles ou règles en vigueur établis par le Centre ou en collaboration avec ses partenaires.

L'analyse des données recueillies au sein de ces trois milieux de vie fait ressortir la pluralité des pratiques dans des contextes cliniques toujours particuliers où entrent en jeu l'âge et l'histoire des résidents, de même que l'expérience des acteurs impliqués. De cette analyse, nous retenons trois dimensions par lesquelles les services offerts en ressource intermédiaire s'inscrivent dans le cadre d'une philosophie de pratique axée sur l'intégration et la participation sociale des résidents : l'accueil personnalisé, le soutien au vivre-ensemble et l'ouverture de l'avenir.

Nous présentons ci-dessous ces trois facettes de l'intégration et de la participation sociale, avant de conclure sur une brève réflexion portant sur ce qu'implique cette orientation de pratique pour les intervenants engagés dans les ressources.

L'accueil personnalisé

« Être intervenant en milieu de vie, c'est être capable de s'adapter à chacun ». Pour s'adapter à une personne, disent les intervenants, il faut connaître ses goûts, ses difficultés, ses préoccupations, ses habiletés et ses aspirations. Cela suppose qu'elle puisse parler librement et être écoutée. Un tel climat d'échange peut s'installer au travers des rencontres de suivi ou lors d'épisodes de soins ou d'activités qui donnent libre court à l'expression.

Le fait de connaître les résidents permet de leur proposer des activités et des projets qui intègrent leurs intérêts et leurs compétences : « C'est en passant du temps à la cuisine avec les résidents qu'on peut voir, par exemple, que l'un d'eux se débrouille bien avec un couteau. Après, on peut se servir de cette connaissance pour les aider à trouver leur voie, pour qu'ils sortent d'ici avec un avenir plus clair ». La connaissance de l'autre est essentielle pour individualiser le suivi : « Le lieu d'une rencontre, l'horaire, le ton de mon intervention, s'il sera ferme, rassurant, tout ça s'ajuste en fonction des résidents. Chacun a sa réalité. On ne peut pas être trop précis dans la planification ».

Par ailleurs, offrir un accueil personnalisé suppose de s'adapter à la condition physique de chacun. « Quand c'est nécessaire, j'accompagne les résidents aux rendez-vous médicaux. Ça permet de poser des questions aux spécialistes et de leur donner des informations à partir de ce que nous observons ici ». Même en l'absence de limitations fonctionnelles, cette présence est significative pour les personnes qui ont vécu des expériences déroutantes et qui apprécient le fait d'être accompagnées afin de reprendre pieds dans leur vie, ainsi que le suggère ce résident : « Le fait de ne pas être seul est soutenant. La solitude pour moi c'est plus risqué ».

De façon générale, l'accueil personnalisé permet de contrer l'indifférence et de faciliter l'insertion dans le milieu de vie. Elle ne se pratique pas seulement lors de l'arrivée d'un résident à la ressource, mais se renouvelle de jour et jour.

Le soutien au vivre-ensemble

Un des mandats des ressources intermédiaires est d'encourager et de valoriser les personnes dans l'exercice de leurs rôles sociaux et de leur citoyenneté. Il s'agit d'aborder l'autre non pas comme une personne caractérisée d'emblée par des incapacités psychiques ou sociales, mais comme un citoyen à part entière.

Les récits des intervenants présentent diverses pratiques allant en ce sens. Par exemple, une intervenante parle de l'importance d'apprendre à composer avec le cadre de vie de la ressource : « Dans une ressource, il y a quelques règlements comme partout et certains ne veulent pas les respecter. Parfois, ça a des conséquences pour eux et pour tout le milieu de vie. ». Cette même intervenante note cependant que ce qui compte surtout, c'est la possibilité de discuter des règles en place, afin d'en établir la pertinence et les limites. En lien avec les diverses exigences du vivre-ensemble, un autre intervenant remarque qu'il n'est pas toujours facile de créer des espaces de négociation avec les résidents : « Il faut se servir de sa propre sensibilité pour créer un lien de confiance et de proximité. ».

Une intervenante souligne pour sa part l'importance d'encourager l'autre à penser et à parler au lieu d'agir sur une base impulsive : « Je trouve important que les résidents réalisent ce qu'ils font et leur prise de position. S'ils ne sont pas d'accord avec des choses dans le milieu de vie ou des éléments que j'apporte, je leur demande d'argumenter. Ça les amène à développer leur pensée. ». Cette même intervenante souligne également l'importance de ne pas inscrire son action dans une perspective de « prise en charge » de la personne afin de favoriser sa participation sociale. Elle l'illustre de cette manière : « Ils sont dans un canot ici. Si l'intervenant rame seul, il ne se passe rien. C'est pareil si le gars rame seul. Le bateau tourne en rond. Mais si chacun prend une rame, ça va avancer. Je ne mets jamais plus d'effort que ce que les résidents mettent. Jamais. Et ils le savent. ». Ainsi, les résidents sont interpellés à partir de ce qu'ils sont prêts à mettre en œuvre.

Les intervenants ont tous mentionné à leur manière que c'est à partir de la participation à diverses activités que peut s'installer progressivement un espace de parole qui permet d'apprivoiser le rapport à l'autre et au milieu de vie. Il peut s'agir d'organiser une partie d'échecs, une soirée vidéo, une sortie de pêche ou encore une visite au musée.

L'existence d'un comité de résidents peut également venir soutenir un objectif de sensibilisation à la vie citoyenne, tel que le suggère ce propos d'une intervenante du Centre l'Entre-Toit : « Les gars ont gravi un échelon avec ça. Ils se sont donné un slogan FUBU, *for us by us*. Ça veut dire qu'ils veulent trouver des choses pour eux. Ils veulent sortir de la demande et être proactifs ». Dans la perspective de cette intervenante « si les résidents se rendent compte que leur parole peut avoir une portée, un intérêt, le comité de résidents devient un outil d'intervention, d'appropriation d'un certain pouvoir sur leur milieu de vie ».

Perspectives d'avenir

Tous les résidents ont des rêves et des aspirations mais selon les parcours de vie, ceux-ci se mettent en forme de différentes manières.

Chez les résidents plus jeunes, la ressource intermédiaire est plus susceptible de représenter un lieu de passage vers un avenir envisageable qu'il s'agit d'ouvrir : « Ça fait deux ans que je suis là, donc je dois me préparer à partir. ». Ce résident du Centre l'Entre-Toit a un emploi grâce à une formation technique qu'il a réussi à compléter. Il a accès à une psychothérapie depuis trois ans, participe à un groupe de soutien et est membre d'un groupe de parrainage. Ces activités semblent occuper un rôle central dans sa vie quotidienne : « J'aime travailler et être accompagné. ». Il ne s'imagine pas vivre seul en appartement : « Jamais je ne retournerai en logement seul. Je l'ai déjà fait et ça a mal viré. ». Malgré cette anticipation, un changement vers plus d'autonomie se profile à l'horizon : « Je rêve un jour d'être en logement supervisé. ».

Pour d'autres, l'avenir est une perspective à créer au fur et à mesure. Nous avons rencontré un résident qui était en tout début de séjour et pour qui l'idée d'un futur apparaissait floue. Les difficultés actuelles semblaient plonger dans un passé pesant de tout son poids, limitant la capacité d'imaginer l'avenir. On peut penser que le sentiment de sécurité et d'accueil trouvé dans la ressource aura un effet positif, lui permettant d'élaborer son histoire, de traverser certains deuils et de construire un projet tout en respectant son rythme.

Pour d'autres qui au contraire habitent depuis plusieurs années en ressource intermédiaire, la dimension de défi qu'on associe souvent à l'avenir se module autrement. Les projets d'intégration et de participation sociale prennent éventuellement une forme plus intime et informelle. Ainsi, un résident habitant la même ressource depuis plusieurs années fait notamment partie d'un groupe de prières et s'est engagé dans des activités communautaires locales. Il aborde l'avenir favorablement : « L'avenir est beau. », dit-il simplement.
Une dame âgée qui a passé de longues années en famille d'accueil et en ressource intermédiaire exprime pour sa part le rêve de retrouver son mari et ses enfants. Bien qu'elle n'ait ni le numéro de téléphone ni l'adresse de son mari avec qui elle n'est plus en lien depuis des années, elle s'imagine le bonheur de faire avec lui des activités comme magasiner et aller au restaurant. Elle se sent incomprise des intervenants qui, dit-elle, l'empêchent d'accéder à ce rêve. Face à son manque d'espoir de voir son souhait se réaliser, cette résidente se sent malheureuse : « Je ne fais pas ce que je veux. ». Malgré le fait qu'elle apprécie le personnel qui prend soin d'elle au quotidien, la solitude domine le récit de cette femme inscrite dans un système de soins où elle semble avoir en chemin, loin derrière, perdu la possibilité de se positionner comme garante de son propre devenir. On peut espérer que les effets positifs d'une écoute empathique puissent adoucir sa peine.

IMPLICATIONS POUR LES INTERVENANTS

Les intervenants sont appelés à accueillir les résidents dans le milieu de vie, à favoriser leur appropriation de ce milieu comme un chez-soi et, au-delà, à soutenir leurs démarches vers l'insertion et la participation sociale. On peut dire que l'accueil personnalisé facilite l'intégration des personnes, tandis que les pratiques touchant le vivre-ensemble et la manière dont se pose l'avenir pour les résidents mettent en jeu les notions de participation sociale et de rétablissement.

Les entrevues auprès des intervenants donnent un aperçu des implications que ces visées ont pour eux.

Tout d'abord, assister et soutenir l'autre implique un travail sur soi. Les intervenants ont le sentiment que leur manière d'être, de faire et de dire les choses peut faire obstacle ou au contraire favoriser l'atteinte des objectifs de mieux-être de la personne : « Parfois il y a des résidents qui viennent heurter des choses en nous qui ne sont pas réglées. Nous devons travailler là-dessus pour élargir nos possibilités d'intervention. ». Un tel travail sur soi se réalise sur le plan personnel, mais l'équipe s'avère essentielle pour le soutenir et créer les conditions propices :

© Centre l'Entre-Toit

Murale des résidents participant à l'atelier d'art du Centre l'Entre-Toit

« Il faut avoir des tiers, ce sont les membres de l'équipe. ».

Par ailleurs, un intervenant note que le travail d'équipe ne consiste pas uniquement à « se transmettre les informations pertinentes pour que cela roule rondement ». Il consiste aussi à « s'allier pour que se transmettent dans le milieu de vie les valeurs de l'organisation ». Pour cet intervenant, il s'agit d'un enjeu décisif qui interpelle la responsabilité de la ressource : « Si nous voulons être efficients, il faut que se tisse un lien entre l'administration et le terrain, basé sur des valeurs partagées ».

Dans cette optique, favoriser l'intégration et la participation sociale des résidents suppose un travail sur soi, un travail d'équipe et un certain travail sur les règles qui régissent l'organisation du travail. D'où l'importance que les intervenants accordent aux relations qu'ils entretiennent avec leurs partenaires des établissements et les attentes en ce qui a trait à un travail de collaboration qu'ils expriment à leur endroit : « On s'attend à ce que l'équipe clinique de l'établissement soit fiable, que les rendez-vous ne soient pas toujours remis, qu'ils prennent le temps de connaître les résidents. ».

QU'EN EST-IL DES BONNES PRATIQUES?

Les notions d'insertion et de participation sociale peuvent recouvrir un large éventail de pratiques hétérogènes.

Nous pensons que le chemin le plus sûr pour inscrire les pratiques dans une approche qui vise l'intégration, la participation sociale et le rétablissement est de partir des personnes elles-mêmes, avec leurs besoins, leurs conduites, leur univers de sens et leurs aspirations.

Les intervenants que nous avons rencontrés ont tous témoigné de leur volonté de contribuer à l'émergence de pratiques toujours plus sensibles aux réalités et à l'expérience des personnes. Indépendamment des contextes, le respect de l'humain demeure la valeur de base.

S'il est incontestable que les ressources intermédiaires hébergent des résidents dotés de désirs et de compétences, ces résidents sont également éprouvés par des histoires de vie difficiles qui les ont plongés dans des zones de vulnérabilité, voire de désaffiliation sociale (Blais et Mulligan-Roy : 1998). Ainsi, à côté de l'encouragement à s'activer, à sortir et à affirmer son autonomie, les bonnes pratiques en milieu de vie incluent la possibilité offerte de se reposer et de retrouver ses forces, de faire le point avec une personne attentive, de renouer avec soi-même, avec les autres et avec le monde sur des bases renouvelées et selon un rythme propre.

Les équipes ont un travail d'équilibrage constant à faire pour orchestrer de façon toujours plus satisfaisante les différentes facettes du travail en milieu de vie, qu'il s'agisse par exemple des soins physiques, de l'entretien domestique ou du temps pour les plaisirs, les échanges et les activités culturelles.

De même, les principes à la base de l'approche axée sur le rétablissement supposent de faire une place aux rêves et aux désirs des personnes, à l'espoir mais aussi aux désillusions. En effet, les dimensions du deuil et de la peine en regard des rêves irréalisés sont importantes à considérer.

Enfin, en présence de résidents qui sont en perte d'autonomie liée au vieillissement, les pratiques vont souvent dans le sens d'une certaine « prise en charge » à des degrés qui varient selon la condition des personnes. Cette prise en charge doit naturellement trouver sa place en développant des réponses empreintes d'empathie. ■

Références

BLAIS L. ET MULLIGAN-ROY L. 1998. Incapacité mentale et incapacité sociale, Reflets : *revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 4, no 2 : p. 87-103.

GAUTHIER, A. 2014. Sujet et citoyen, une équation vitale. Réflexions à partir des récits de résidents en ressources intermédiaires, *Le point sur les RI / Le point en administration de la santé*, ARIHQ.

RODRIGUEZ, L. CORIN E. POIREL M-L. ET DROLET M. 2002. L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience. *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no 2 : p. 154-179.

La rubrique « Expertise » introduit la perspective d'un expert externe à l'équipe de l'ARIHQ, afin de diversifier les angles de vue et d'apporter un éclairage particulier au thème à l'étude.

© Shutterstock

TROUBLES MENTAUX ET COMPORTEMENTS VIOLENTS ET AGRESSIFS DANS LE CONTEXTE DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Jean-Philippe Gagnon, coordonnateur
Équipe Vulnérabilité, intégration sociale et violence (VISEV)
Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Les comportements perturbateurs, violents et agressifs, tout comme la simple perception du risque de comportement violent, jalonnent malheureusement le parcours de certaines personnes ayant des troubles mentaux. Certaines ressources intermédiaires ont pour vocation d'accueillir une clientèle psychiatrique ou psycho-légale avec, parfois, des antécédents de violence bien documentés. D'autres hébergent une clientèle non psychiatrisée sans pour autant que des troubles mentaux et des troubles du comportement ne soient parfaitement exclus du portrait. Le personnel en ressource intermédiaire peut donc être appelé à composer avec différents types de comportements jugés perturbateurs : non-respect des règlements, insubordination, destruction de matériel, conduite sexuelle inappropriée, voire des comportements menaçants, agressifs ou violents. À la condition psychiatrique peuvent aussi se superposer des conditions concomitantes (maladie physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, traumatisme-crânien), identifiées ou non, rendant plus difficiles la prévention et la gestion des comportements perturbateurs.

Le réseau des ressources intermédiaires affiche une telle diversité de services, de ressources humaines et de clientèles qu'on ne peut s'attendre à ce qu'elles aient toutes la même approche envers les usagers ayant des troubles mentaux et affichant des comportements jugés perturbateurs. Il est attendu que l'expertise et les ressources caractérisant les milieux de vie dont la vocation est d'accueillir une clientèle psycho-légale différeront grandement de celles caractérisant, par exemple, une résidence de groupe ciblant une clientèle de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Selon leur expérience, leur formation et leurs aptitudes, les éducateurs, intervenants et préposés ne réagiront pas tous de la même manière face à une situation pourtant similaire. Les attitudes particulièrement affirmatives d'un usager pourraient être perçues comme arrogantes voire menaçantes pour certains, tandis que d'autres n'y verront que des traits de personnalité avec lesquels composer.

Nous verrons dans cet article que le rôle des ressources intermédiaires dans la gestion de ces comportements est grandissant et qu'il peut être bénéfique s'il tient compte de plusieurs considérations. Tout d'abord, on constate qu'une collaboration entre toutes les parties impliquées est salutaire. On constate également qu'il faut se méfier de l'idée utopique que l'implantation mur à mur de « meilleures pratiques » apporterait LA solution. La conduite à suivre face à une situation problématique n'est pas évidente, d'autant plus que cette situation peut s'avérer difficile à circonvenir et qu'elle découle le plus souvent d'un enchevêtrement complexe de facteurs en interrelation.

Pour une gestion efficace de ces comportements, plusieurs éléments doivent donc entrer en ligne de compte. Des pistes d'interventions seront suggérées plus loin, de même que des approches et outils pour l'évaluation du risque en ressource intermédiaire.

Trajectoire des personnes aux comportements agressifs dans le continuum de services

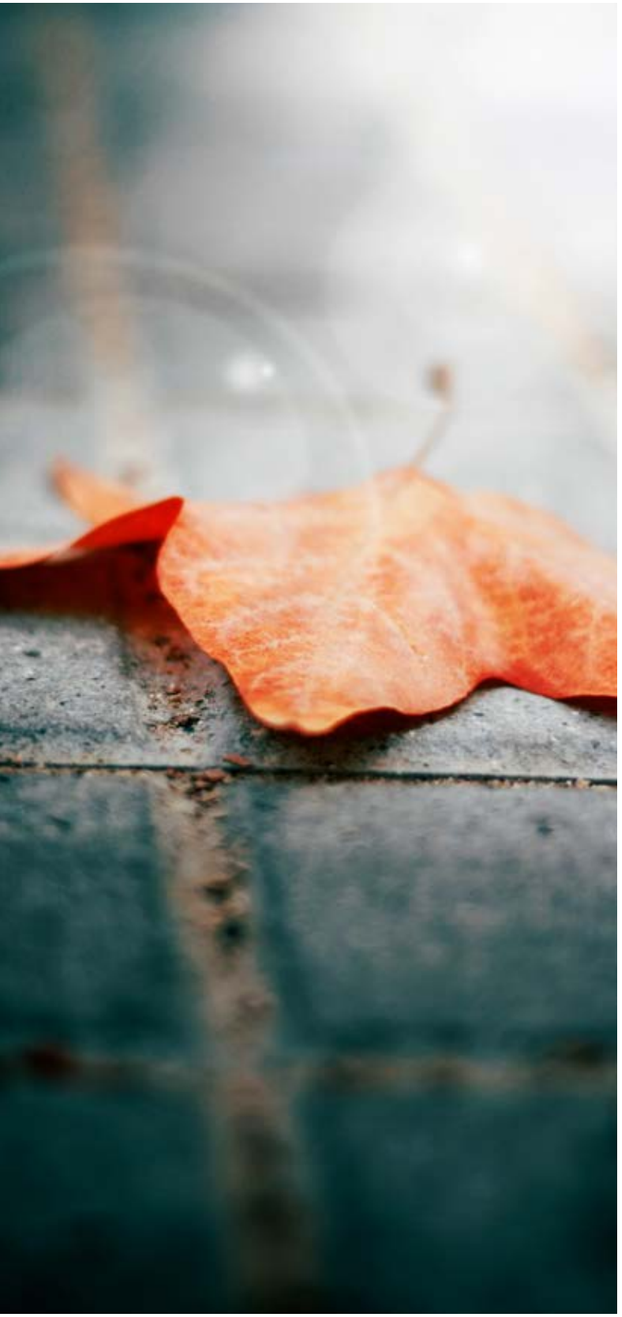
Malgré quelques préjugés sociaux tenaces, les problèmes de santé mentale ne sauraient expliquer à eux seuls l'expression de gestes agressifs et violents. Une très grande majorité (environ 90%) des personnes ayant des troubles mentaux graves n'auront d'ailleurs jamais d'épisodes violents rapportés. Reconnaissons toutefois que les troubles psychiatriques les plus graves présentent un risque modérément plus élevé (de 1 à 6 fois) que celui observé dans la population générale. Certaines personnes ayant des troubles mentaux graves peuvent présenter des risques pour elles-mêmes ou pour les autres et nécessiter un encadrement accru. Quelques résidents en ressource intermédiaire ont des antécédents de comportements criminels bien documentés, d'autres encore peuvent simplement, de par leurs attitudes, leurs gestes ou leurs paroles, susciter l'inquiétude du personnel ou de leur entourage même en l'absence d'antécédents d'agression.

Les comportements agressifs ou perçus comme tels font obstacle au processus de rétablissement et à l'intégration de la personne. Ils sont susceptibles d'entraîner de l'instabilité résidentielle si des établissements et des ressources d'hébergement ne les tolérant ferment leurs portes aux usagers qui les expriment. À cela s'ajoutent également des problèmes d'ordre vocationnel, caractérisés par un accès limité au travail et à l'éducation, ainsi que des problèmes d'acceptation sociale. Les personnes ayant des troubles mentaux connues pour avoir également des comportements violents ou agressifs sont plus à risque de se retrouver en situation de rupture de soins et de services. En plus du risque de judiciarisation, la littérature scientifique met en évidence un risque plus élevé de victimisation pour ces individus. Pour les victimes, la famille et le personnel soignant et d'intervention, les comportements problématiques sont une source de stress supplémentaire.

Quarante ans de désinstitutionalisation

Dans un contexte où les soins et les services dispensés à ces personnes sont de plus en plus dispensés en dehors des murs institutionnels, le rôle des ressources d'hébergement dans l'évaluation, la prévention et la gestion des comportements perturbateurs est appelé à grandir. Certaines ressources intermédiaires jouent déjà un rôle notable auprès de clientèles ayant des antécédents violents ou criminels. Les travaux de recherche menés auprès de personnes ayant des troubles mentaux graves qui ont purgé une peine carcérale ou ayant par le passé reçu un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux montrent que les ressources d'hébergement avec supervision ont un impact bénéfique sur la réduction des récidives et de la réhospitalisation. Elles facilitent la transition en vue d'un retour dans la collectivité tout en offrant un encadrement permettant de limiter les risques de dérapage. De plus, elles peuvent épauler l'évolution vers le rétablissement. La collaboration avec l'établissement partenaire est essentielle et on doit valoriser une forte coordination des autres joueurs impliqués, qu'ils appartiennent aux milieux de la santé, juridique ou des services sociaux.

Toutefois, les interactions entre les systèmes sont parfois problématiques et les services sont souvent rendus en silos. Alors qu'il manque de ressources d'hébergement et de services de pointe, une ordonnance du tribunal, par exemple, peut « forcer » l'établissement et les ressources qui y sont rattachées à assurer le suivi et à héberger une personne judiciarisée. Les voies judiciaires représentent une porte d'entrée privilégiée vers les soins et les services spécialisés (particulièrement en psychiatrie), et ce, souvent au détriment des priorités cliniques et d'une saine répartition des services sociaux et de santé. Pour le personnel d'intervention, orienter les usagers aux comportements problématiques à travers les systèmes judicaires et les services sociaux ou de santé peut s'avérer déroutant. Le jugement de l'intervenant, de l'éducateur ou du gestionnaire est-il considéré et respecté lorsqu'il sollicite



© Shutterstock

une intervention ou une collaboration extérieure? La crainte d'une judiciarisation lourde de conséquences pour un usager qui « dérape », d'une intervention policière mal adaptée, d'être considéré avec paternalisme et condescendance par les professionnels de soins de l'établissement de santé et la peur de se buter à l'entêtement de travailleurs ou de gestionnaires récalcitrants à donner suite à une demande de soins ou de services sont autant de situation où un membre du personnel peut se garder d'intervenir, alors que l'intervention serait pourtant indiquée.

En effet, pour prévenir l'émergence et la récidive de comportements problématiques, l'arrimage du travail des ressources intermédiaires à celui des autres systèmes est salutaire. Les programmes de suivi intensif communautaires favorisent un retour paisible dans la collectivité, et, pour les personnes concernées, les programmes de déjudiciarisation ont fait leurs preuves dans la prévention des récidives et des réhospitalisations. Or, pour être efficaces, ces programmes nécessitent une grande coordination entre les systèmes.

Intervenir pour réduire le risque de violence

La tentation de chercher à identifier les meilleures pratiques face à des comportements problématiques en ressource intermédiaire afin d'en proposer une application uniforme peut être forte. Il est toutefois utile de rappeler que la multitude des paramètres et variables auxquels nous devons être attentifs auprès des usagers ayant des troubles mentaux nous oblige à considérer en premier lieu les caractéristiques et spécificités de la personne de même que le contexte événementiel, organisationnel et environnemental. Les administrateurs intéressés à implanter de nouvelles pratiques dans leur milieu auront avantage à le faire en tenant compte des caractéristiques et des besoins propres à leur clientèle, à ceux de leur équipe et des autres systèmes impliqués.

Afin de réduire le risque de violence, tout programme d'intervention devrait comprendre les éléments suivants :

- des procédures systématisées d'évaluation et de collecte d'information (nous y reviendrons plus loin);
- des procédures de suivi intensif afin de pouvoir observer des changements du risque et d'adapter les interventions au besoin. En plus de l'observation directe de la part des intervenants, l'usager et les membres de sa famille peuvent contribuer à identifier l'apparition de symptômes antérieurement associés à des comportements violents, favorisant une intervention rapide et adaptée;
- le traitement supervisé afin de soigner la condition psychiatrique, de réduire les facteurs de risque, d'améliorer les facteurs de protection tel que l'observance au traitement, de veiller à l'équilibre entre les droits individuels et la sécurité de l'individu, du personnel, des autres usagers et de l'entourage de la personne. Le niveau d'intensité du suivi psychosocial aurait un impact sur la survenue de comportements violents durant le suivi. Ainsi, ceux qui reçoivent des services régulièrement verraient non seulement une amélioration de leurs perspectives de rétablissement, mais seraient également moins à risque de comportements violents dans la mesure où les facteurs de risque ou précipitants font l'objet d'intervention et de suivi;
- l'adaptation du plan d'intervention en fonction des spécificités (forces et facteurs de risque) de la personne;
- des mécanismes d'évaluation des interventions.

Il importe également de considérer les mécanismes de prévention en vue d'assurer la sécurité des victimes potentielles. Il serait approprié de désigner une personne-ressource au sein de l'équipe, de dispenser des séances d'information ou de formation afin de sensibiliser le personnel et d'offrir un soutien permettant de réduire l'anxiété et le stress reliés au vécu du risque. On sait que certaines formations entraînent un accroissement du sentiment de confiance et de sécurité, du sentiment de compétence face à des situations potentiellement menaçantes, de même qu'une diminution de la détresse psychologique et de la perception du risque d'exposition à de la violence, etc. Pour des raisons qui sont encore à clarifier, l'impact de ce type de formation serait plus remarquable chez les femmes que chez les hommes. Enfin, il faut se demander si des services d'aide psychologique sont accessibles. Les intervenants savent-ils à qui parler et qui appeler en cas de besoin?

Évaluation du risque : approches et outils

L'évaluation du risque et la collecte d'information peut s'effectuer selon trois modes : 1) l'évaluation clinique basée sur les « impressions » du clinicien ou de l'intervenant, avec une valeur de prédiction limitée même lorsqu'elle repose sur une solide expertise ; 2) **l'évaluation actuarielle** (VRAG, SORAG, RRASOR, pour des exemples de grilles d'analyse actuarielles) repose sur l'examen de facteurs validés empiriquement (surtout statiques, aux tendances lourdes) et fonctionne indépendamment des impressions cliniques. Elle a surtout une valeur prédictive ; 3) **l'évaluation selon l'approche du jugement clinique structuré** (HCR-20, SAVRY, SARA, RSVP, EARL, START, par exemple) repose sur l'analyse des facteurs statiques et dynamiques. Tenant également compte du contexte clinique, l'approche du jugement clinique structuré est conçue à la fois pour estimer le risque et pour élaborer un plan d'intervention adapté.

La fiabilité d'instruments d'évaluation et de gestion du risque a été éprouvée dans plusieurs milieux, notamment en contextes clinique et juridique. Nous savons en outre que, lorsqu'utilisés de façon systématique par les commissions d'examen en vue des remises en liberté, ces instruments présentent une fiabilité rehaussée à prévoir le risque de récidives et de réhospitalisations. De nombreux outils ont démontré leur efficacité à prévoir les comportements agressifs et violents en milieu psychiatrique. Certains de ces outils offrent une perspective évolutive globale à travers le temps (HCR-20, START), d'autres se spécialisent sur le risque imminent d'agression (DASA) ou sont spécifiquement conçus pour mesurer l'impulsivité (échelle de Barratt). D'autres encore servent à évaluer les besoins de sécurité à prévoir dans des cas précis (DUNDRUM).

L'Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance prévu par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'attention des ressources

UNE INSTITUTION FINANCIÈRE ADAPTÉE À VOTRE RÉALITÉ !

Caisse Desjardins Réseau de la santé

AVANTAGES OFFERTS

- ☐ **4 façons simples d'accéder à nos services (à domicile, au travail, au téléphone ou Webex)**
- ☐ **Du financement pour vos différents projets (agrandissement, rénovation…)**
- ☐ **Une connaissance des enjeux du RVER nous permettant de vous accompagner et de vous conseiller**
- ☐ **Des stratégies fiscales avantageuses**

Faire affaire avec la Caisse Desjardins du Réseau de la santé… c'est aussi *avantageux pour vos employés* :

- ☐ **Reer Collectif le plus avantageux chez Desjardins**
- ☐ **Programme TREMPLIN (soutien financier pour un retour aux études)**
- ☐ **Des offres santé qui accordent de multiples avantages (transactions courantes, placement…)**

Un seul numéro sans frais : 1 877 522-4773
www.desjardins.com/caissesante

intermédiaires contient une analyse d'éléments relatifs à la conduite du résident (impulsions, émotions, capacité relationnelle, comportements autodestructeurs). Par contre, pour une évaluation exhaustive et afin d'avoir une idée plus juste du risque de violence et d'agressivité, il pourrait s'avérer judicieux de se reporter à des instruments spécifiquement conçus pour l'évaluation et la gestion du risque de violence et d'agressivité.

Instruments d'évaluation du risque en ressource intermédiaire

Il est important de préciser que l'emploi de tels outils dans un contexte communautaire et résidentiel est un phénomène récent et que leur intégration n'est pas encore systématisée. Ainsi, nous ne disposons pas à ce jour de données suffisantes pour nous prononcer sur leur pertinence et sur leur efficacité en ressource intermédiaire. Spécifions toutefois que beaucoup sont accessibles, voire carrément conçus pour être utilisés par des intervenants de différents horizons de pratique. En outre, des formations sont disponibles pour nombre d'entre eux et sont fortement recommandées pour s'assurer d'en faire une utilisation adéquate.

On peut voir l'utilisation des instruments d'évaluation et de gestion du risque dans le contexte des ressources intermédiaires conformément à l'esprit de décloisonnement des soins et des services qui caractérise les tendances actuelles. Dans la mesure où une pluralité d'acteurs professionnels et non-professionnels doit collaborer au bénéfice des usagers, la vigilance en regard des processus thérapeutiques n'est plus la chasse gardée du personnel soignant de l'établissement hospitalier. En outre, les impressions, observations et recommandations émises par les administrateurs, intervenants et éducateurs de la ressource intermédiaire en présence de situations problématiques sont susceptibles d'être prises plus au sérieux si elles sont appuyées par une évaluation reposant sur des outils validés et reconnus.

Agir sur les variables environnementales et dynamiques

Il faut savoir reconnaître les facteurs environnementaux susceptibles de déclencher ou d'entretenir des comportements agressifs. L'impact de variables psychosociales (relations avec autrui, demandes ou refus de services, contraintes et tâches frustrantes, abus physiques, psychologiques ou sexuels subis), liées à l'environnement physique (bruit, luminosité, manque de stimulation) et à la gestion (disponibilité et formation du personnel, budget, qualité des services) doit être considéré. En plus d'influencer négativement la réinsertion sociale et le rétablissement, un milieu sous-stimulant (encadrement rigide, contraintes à l'autonomie, déprivation occupationnelle, isolement) exacerbe les problèmes de comportement ou le risque de comportements agressifs et perturbateurs.

Dans le contexte des ressources intermédiaires, certains facteurs environnementaux peuvent faire l'objet d'un travail au sein des équipes, en portant une attention particulière à la qualité du milieu de vie et de l'aspect relationnel des pratiques. Cependant, il peut s'avérer plus difficile d'agir efficacement sur les variables reliées à la personne.

Par variables reliées à la personne, on pense par exemple aux antécédents et patterns de violence antérieurs, à l'âge, au genre, aux conditions socioéconomiques et familiales, à l'éducation, aux troubles de la personnalité ou de l'humeur, à l'intelligence, aux plans de vie, aux habiletés déficitaires, aux troubles de l'attachement, à la capacité d'empathie, à la vie émotive, etc. Des facteurs externes peuvent également échapper au personnel des ressources intermédiaires : réseau social, relations intimes, soins professionnels.

Les facteurs dynamiques, beaucoup plus susceptibles de changer à travers le temps, sont ceux sur lesquels les intervenants pourront avoir le plus d'ascendant. Ils comprennent les symptômes actifs, les niveaux de stress, d'anxiété et de colère, l'observance aux traitements, les loisirs, le suivi intensif, etc. Le fait que ces facteurs peuvent changer dans le temps est une source d'espoir, et oblige à une certaine prudence au moment de poser des jugements cliniques.

De plus, le fait de connaître un usager depuis de nombreuses années ne signifie pas forcément que l'on soit en pleine maîtrise des facteurs dynamiques de protection et de risque susceptibles d'influencer ses comportements. La mise à jour fréquente des connaissances permet de faire la lumière sur des détails autrement susceptibles d'échapper à notre attention. De façon intéressante, de nombreux guides d'utilisation portant sur les instruments d'évaluation et de gestion du risque comprennent des grilles d'autoévaluation à l'usage de la personne. Le fait de confronter notre évaluation à celle de l'usager peut révéler des divergences de vue non négligeables et parfois surprenantes. Combinés à des entretiens réguliers avec la personne, ces outils permettent de mieux voir les ajustements qui peuvent s'avérer nécessaires, par exemple si l'on décèle un irritant jusqu'alors ignoré, une atteinte à l'estime de soi, une insatisfaction ou un manquement auquel il est possible et il convient de remédier, ou encore un problème d'introspection face à la situation. ■

Références :

BOYER, R., GUAY, S. & GONCALVES, J. (2014). Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients. *Résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.* Montréal : Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

CROCKER, A.G., CÔTÉ, G., BRATHWAITE, E. (2012). Troubles mentaux et comportements violents. *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2e ed., pp. 276-299), Québec : Presses de l'Université du Québec.

CROCKER, A.G., NICHOLLS, T., SETO, M., CÔTÉ, G., CHARETTE, Y., CAULET, M. (2015). The National Trajectory Project of individuals Found Not Criminally responsible on account of mental Disorder in Canada. *Canadian journal of Psychiatry*, 60(3), 98-105.

GAGNON, M.-A., (2014). *Étude des facteurs contextuels et motivationnels liés aux comportements agressifs de personnes ayant une déficience intellectuelle* (Thèse de doctorat). Montréal : Université du Québec à Montréal.

FELX, A., LESAGE, A., CÔTÉ, S., CORBIÈRE, M. (2012). De l'institution à l'appartement. *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2e ed., pp. 243-273). Québec : Presses de l'Université du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2013. *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial.* Québec : Gouvernement du Québec.

ROY, L., CROCKER, A.G., NICHOLLS, T., LATIMER, E., GOZDZIK, A., O'CAMPO, P., RAE, J. (2015). Profiles of Criminal Justice System Involvement of Mentally Ill Homeless Adults. *The British Journal of Psychiatry*, sous presse.

SALEM, L., CROCKER, A.G., CHARRETTE, Y., SETO, M., NICHOLLS, T., & CÔTÉ, G. (2014) Supportive Housing and Forensic Patients Outcomes. *Law and Human Behavior*, 39 (3), 311-320.

ConfortMédic Technologies Inc.

FABRICANT D'ÉQUIPEMENTS DE

SOINS D'HYGIÈNE ET DE TRANSFERT

pour les personnes en perte d'autonomie

- Produits ergonomiques, fiables et sécuritaires
- Service-conseil
- Plan d'aménagement
- Entretien et réparation

1 800 442-2246 | info@confortmedic.ca

WWW.**CONFORT**MEDIC.CA

RECHERCHE

VALORISER LE RÉTABLISSEMENT EN RESSOURCE INTERMÉDIAIRE

Sylvain d'Auteuil | Directeur des Porte-voix du Rétablissement, l'Association québécoise des personnes vivant (ou ayant vécu) un trouble mental; aussi rédacteur du Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement au Canada (2015, Commission de la santé mentale du Canada) et coordonnateur du Projet Rétablissement.

Plusieurs propriétaires de ressources intermédiaires contestent le modèle de rétribution des services de soutien et d'assistance en ressource intermédiaire, en raison du paradoxe voulant que mieux les résidents se rétablissent, moins la ressource reçoit de rétributions pour les services qu'elle leur rend. En effet, dans certains cas le retrait des moyens investis semble prématuré et compromet le maintien des acquis et les avancées positives sur la voie du rétablissement. Ceci avait entre autres été dénoncé par les propriétaires de RI lors du colloque annuel 2013 de l'ARIHQ. D'entrée de jeu, soulignons que ce paradoxe est également ressorti lors de la première phase de recherche du Projet Rétablissement, mis en chantier à l'hiver 2013.

Dès le début, il était prévisible que le Projet Rétablissement puisse éventuellement fournir des arguments de poids pour améliorer le modèle de rétribution contesté pas certains membres. Et effectivement, les résultats du portrait préliminaire brossé par la phase initiale de recherche, ainsi que l'analyse d'une première séquence de formation donnée sur le rétablissement en RI, démontrent ce que nous avions envisagé et que les bailleurs de fonds doivent réaliser : les ressources humaines et financières requises pour offrir des services axés sur le rétablissement doivent être stables pour garantir la qualité de l'accompagnement nécessaire aux différentes étapes du processus de rétablissement.

Le mandat du Projet Rétablissement

Sous la supervision d'une équipe de recherche participative guidée par des chercheurs de l'Université de Montréal et en partenariat avec Les Porte-voix du Rétablissement, l'ARIHQ a mis de l'avant le Projet Rétablissement afin de soutenir ses membres dans leur désir de contribuer au meilleur de leur capacité au rétablissement en santé mentale de leurs résidents.

En premier lieu, les artisans du projet ont dressé un portrait global de l'approche rétablissement dans les RI œuvrant dans le domaine de la santé mentale au Québec. L'objectif visé était de développer un programme de formation permettant de souder une véritable alliance entre les employés en RI et les résidents pour contribuer à leur rétablissement en santé mentale. En conséquence, il fallait penser les modules de cette formation en fonction des forces et des points à améliorer, identifiés à la suite d'une évaluation rigoureuse de l'approche rétablissement au sein d'un échantillon représentatif de RI en santé mentale membres de l'ARIHQ. Pour arriver à des résultats probants, le projet de recherche a été mené en collaboration avec une alliance de recherche universitaire et la seule association nationale de personnes utilisatrices de services au Québec, Les Porte-voix du Rétablissement. Les agents de recherche se sont donc affairés à visiter vingt ressources en santé mentale pour y mener des groupes de discussion rassemblant des résidents, pour interviewer certains d'entre eux, et pour soumettre à des dizaines de gestionnaires et d'intervenants des questionnaires approfondis.

À l'aide d'une grille éprouvée, bonifiée et adaptée spécifiquement pour le milieu des RI, des résidents, gestionnaires et intervenants de ces vingt RI ont donc été sondés, par questionnaire, sur plusieurs indicateurs déterminants de l'approche du rétablissement. Les groupes de discussions composés exclusivement de résidents ont permis de recueillir leur point de vue sur les éléments qui soutiennent ou font obstacle à leur processus de rétablissement, ainsi que les pistes de solutions qu'ils suggèrent pour que leur milieu de vie devienne plus propice à cette approche. Tout ce matériel de savoir expérientiel est venu enrichir le contenu d'une formation sur le rétablissement et la conception d'outils afin de soutenir sa mise en œuvre.

Rétablissement versus autonomisation

L'approche du rétablissement en santé mentale se construit autour d'objectifs de vie fixés par la personne pour se mettre en mouvement et se doter d'une meilleure qualité d'existence, qu'il y ait présence ou non de symptômes de la maladie ou que cette dernière présente l'aspect d'un trouble mental grave ou modéré.

LES PORTE-VOIX DU RÉTABLISSEMENT

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PERSONNES VIVANT (OU AYANT VÉCU) UN TROUBLE MENTAL

On confond parfois l'approche du rétablissement avec l'autonomisation des personnes. Or, dans un article paru au printemps 2012 dans le cahier Le Point sur les RI, le Dr Alain Lesage argumente éloquemment que l'autonomie n'est pas la même chose que le rétablissement. Au contraire, le processus de rétablissement peut inclure plusieurs phases au cours desquelles la personne aura besoin de plus ou moins de soins et d'encadrement. Pendant son parcours de rétablissement, elle aura toujours besoin de gens qui croiront en elle et en l'espoir du rétablissement pour tous. Ainsi, le rétablissement n'est pas tant tributaire du type de lieu où il se déroule mais de l'approche des intervenants et gestionnaires qui y œuvrent, tout comme des possibilités pour la personne d'effectuer les choix qu'elle jugera nécessaires à son bon rétablissement, et ce, à son rythme.

Dans ce contexte, il est légitime de s'interroger sur le degré de convergence entre ce que prône cette approche du rétablissement et les pratiques actuelles en ressources intermédiaires. C'est entre autres ce que le Projet Rétablissement poursuit comme objectif.

Un projet avant-gardiste

La méthode de recherche participative adoptée, laquelle met de l'avant la participation citoyenne de personnes en rétablissement d'une problématique de santé mentale, est le moteur principal du Projet Rétablissement.

Il s'agit d'une première pour un projet de recherche en santé mentale : ce sont des personnes en rétablissement qui coordonnent le projet et qui sont mandatées pour consulter la clientèle, développer les outils et livrer la formation puis en mesurer l'impact sur la qualité des services.

Pour mettre en relief l'importance de cette avancée, il faut savoir que les deux premiers principes directeurs du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) sont (1) la reconnaissance de « la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent et cela, en dépit de la présence chez elles de certains symptômes ou handicaps », principe qui motive amplement les initiatives permettant « la participation citoyenne des utilisateurs aux exercices de planification des services de santé mentale »; et (2) la mise à l'avant-plan de l'approche du rétablissement, réaffirmant du coup « la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie ».

La difficulté est que le PASM ne mentionne pas « comment » mettre ces principes en application, ni « comment » mesurer leur degré d'intégration dans la prestation des services. Et, manque criant, les indicateurs de performance existants ne sont pas adaptés pour mesurer l'impact d'une approche novatrice en santé mentale comme celle du rétablissement. Il en faut de nouveaux, et le Projet Rétablissement en fournira plusieurs, tout en proposant des stratégies concrètes de mise en application que les résidents, les intervenants et les gestionnaires des RI auront eu l'occasion de bonifier grâce à la structure même du projet de recherche.

Le Projet Rétablissement entend donc répondre à ces « comment ». Dans ce contexte, on peut s'attendre à ce que la RI devienne un tremplin très en vue, dans un futur rapproché, pour l'avancée des services de santé mentale au Québec.
Le portrait dressé par les données préliminaires

Voici donc une brève synthèse des résultats de la Phase 1 de recherche, obtenus auprès de vingt RI membres de l'ARIHQ, laquelle a servi aux concepteurs de la formation sur le rétablissement, et servira aux formateurs récemment embauchés, pour tailler sur mesure l'accompagnement qui sera donné aux ressources selon les besoins observés sur le terrain.

Ceci est évidemment un survol, car il y a déjà suffisamment de données pour dresser un portrait plus raffiné de l'approche rétablissement dans les RI (p. ex. selon la taille, la situation géographique, les variables sociodémographiques des résidents, leur parcours clinique, etc.). Cette synthèse a tout de même l'avantage d'expliquer facilement les zones d'action où nous privilégierons l'accompagnement des ressources dans la mise en œuvre d'une approche axée sur le rétablissement.

Composantes du rétablissement

	1- Autodétermination	**2-** Respect	**3-** Responsabilité	**4-** Centré sur la personne	**5-** Pouvoir d'agir	**6-** Vision holistique	**7-** Axé sur les forces	**8-** Entraide entre pairs	**9-** Environnement favorisant	**10-** Caractère non linéaire	**11-** Espoir	**Moyenne globale non pndérée**	**Adaptabilité (4,6,7,10)**	**Conditions propices (2,8,9,11)**	***Empowerment* (1,3,5)**
Résidents	2,55	2,96	2,59	2,69	2,53	2,59	3,02	1,95	3,00	2,88	2,82	2,69	2,79	2,68	2,56
Intervenants	2,51	3,27	2,29	3,11	2,74	2,56	2,51	2,43	2,78	3,25	2,94	2,76	2,86	2,85	2,51
Gestionnaires	2,67	3,05	2,09	3,53	2,66	2,83	2,56	2,51	2,49	2,04	2,57				
Écart	0,04	-0,31	0,30	-0,42	-0,21	0,03	0,51	-0,48	0,22	-0,37	-0,12	-0,07	-0,06	-0,17	0,05

Pour débuter, spécifions que 58 indicateurs ont été choisis et regroupés selon 11 composantes du rétablissement décrites au haut du tableau. Il s'agit des 10 composantes classiques que l'on retrouve dans la littérature, ainsi qu'une dimension additionnelle, « l'environnement favorisant le rétablissement », que nous avons ajoutée ici afin de bien refléter le cadre au sein duquel évolue le rétablissement des résidents des ressources. Lors des visites d'évaluation en RI, réalisées de l'hiver à l'automne 2014, ces indicateurs ont été testés sous forme de questionnaires administrés à 104 résidents, 34 intervenants et 19 gestionnaires.

Le tableau présente les résultats moyens, sur une échelle de 1 à 4, récoltés pour chacune des 11 composantes, ainsi que l'écart obtenu entre la perception des résidents et celle des intervenants. Idem pour la moyenne de l'ensemble des indicateurs regroupés en une seule « note » globale non pondérée (i.e. chacune des composantes y tient une valeur relative égale aux autres peu importe son impact théorique relatif sur le rétablissement ou encore le nombre de questions lui étant dévolue dans le questionnaire). À l'extrême droite du tableau, les composantes ont été regroupées en 3 catégories selon la prépondérance du rôle qu'elles jouent dans le rétablissement. Finalement, les résultats qui requièrent une attention particulière et sur lesquels on priorise l'accompagnement des ressources sont surlignés en rose. Il s'agit des composantes pour lesquels le pointage fut plus bas, ainsi que des écarts plus grands qui dénotent une différence appréciable de perception entre résidents et intervenants quant à telle ou telle composante ou catégorie de composantes.

Outre le fait que nous possédons des données plus « chirurgicales » sur chacun des 58 indicateurs évalués, l'analyse est de plus abreuvée par des contenus qualitatifs récoltés par le biais d'autres moyens que les questionnaires auto-administrés, soit lors d'entrevues individuelles et de groupes de discussion. En rafale, de manière générale, nous pouvons constater que :

• Les résidents ont en majorité démontré un bon taux de satisfaction ainsi qu'une posture positive vis-à-vis de leur milieu de vie, de l'intervention, du respect qu'ils y retrouvent ainsi que de l'attention spécifique qu'on leur prête en RI.

• Les résidents ont une perception moins positive lorsqu'interrogés sur les trois indicateurs liés aux composantes de la catégorie « *empowerment* » soit l'autodétermination, la responsabilité et le pouvoir d'agir. Par exemple, au niveau de la composante du pouvoir d'agir, les deux moins bons résultats concernaient les indicateurs liés à l'assistance pour la définition d'objectifs et de projets autodéterminés ainsi que la possibilité de collectivement influencer la prise de décisions quant aux problèmes vécus et aux changements à apporter pour améliorer la vie au sein de leur RI.

• Les résidents semblent aussi peu sensibilisés quant au rôle que peut jouer l'entraide entre pairs et l'intervention par les pairs dans leur rétablissement au sein de leur RI. Les données suggèrent que les résidents bénéficient moins de l'entraide et de la solidarité entre pairs que ce qu'en perçoivent les intervenants et les gestionnaires.

• Pour la plupart des composantes, les intervenants ont une meilleure perception de l'approche rétablissement que les résidents, ce qui est normal, et ce de façon relativement significative pour certaines composantes clés. Il est cependant intéressant de souligner que la perception des gestionnaires est en général beaucoup plus rapprochée de celle des résidents que de celle des intervenants. Notons ici qu'une forte proportion de gestionnaires agit aussi en intervention, ce qui les place dans une proximité importante vis-à-vis la clientèle.

• L'exception au dernier point réside au niveau des composantes liées à l'*empowerment*, où la perception des intervenants et des gestionnaires est encore plus basse que celle des résidents. Il faudra vérifier certaines croyances et mettre plus d'accent en formation sur certains indicateurs comme ceux qui sont liées au pouvoir d'agir des intervenants (par le levier de l'éducation, des droits et des privilèges des résidents) vis-à-vis de leurs collègues des établissements qui sont responsables du suivi clinique. Nous avons noté une tendance à vouloir privilégier une intervention favorisant la stabilité et le maintien des acquis plutôt que la prise de risque positive, ainsi qu'un aveu d'impuissance des intervenants face au contrôle du suivi clinique dans le contexte actuel. Il vaudrait la peine d'étudier la capacité des intervenants en RI d'activer chez les résidents le levier d'appropriation du pouvoir dans la mesure où ils peuvent négocier, par exemple, le type et le dosage de la médication prescrite de même que les objectifs visés à leur plan d'intervention et les moyens de les atteindre.

Le programme de formation : une occasion à saisir et à faire grandir

La formation déployée dans les RI dans le cadre du projet Rétablissement a tenu compte de l'ensemble des résultats obtenus. Elle a été donnée par étape de mars à juin pour le groupe expérimental de recherche, et elle se déploiera de septembre à décembre pour le groupe témoin.

Notre programme de formation est unique en son genre, puisqu'il est le premier programme de formation sur le rétablissement…

• entièrement conçu, géré et livré par des pairs ayant vécu un trouble mental;

• conçu selon les besoins et les spécificités du service et de la clientèle qui en bénéficient.

Outre un module d'initiation à l'approche du rétablissement, il y aura un module spécifiquement adapté aux besoins des gestionnaires, lequel pourrait être sujet à un remboursement partiel ou complet dans le cadre du fond de formation prévu dans l'Entente nationale. Une attention particulière sera portée à la bonification et à la création d'outils d'intervention conçus pour le milieu de vie spécifique que représente la RI. Des heures de coaching sont aussi prévues.

L'ensemble de la démarche de recherche et de formation font du Projet Rétablissement un projet ambitieux et prometteur, ayant le potentiel de faire des RI des tremplins avant-gardistes au chapitre de la santé mentale au Québec en intégrant le savoir expérientiel de ses résidents, de ses intervenants et de ses gestionnaires. Ainsi, le réseau des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec a une opportunité à faire grandir : celle d'exercer une influence positive sur l'ensemble du système de santé mentale québécois. ■

ASSOCIATION DES
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC

Partenaire pour des milieux de vie de qualité

1431, rue Fullum, bureau 202
Montréal (Québec) H2K 0B5

Téléphone : (514) 353-8933
Sans frais : 1-800-663-4906
Télécopieur : (514) 353-8930

www.arihq.com

Contact : Annie Gauthier
annie.gauthier@arihq.com