



Mécanisme d'accès régional

Ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal

Coordination santé mentale et dépendances

Direction des programmes-services

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Mai 2014



Mécanisme d'accès régional

Ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal

Coordination santé mentale et dépendances

Direction des programmes-services

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Mai 2014

Approuvé à la séance ordinaire du conseil d'administration de l'Agence du 10 juin 2014.

Mécanisme d'accès régional - Ressources résidentielles en santé mentale adulte à Montréal
est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
santemontreal.qc.ca

M. Alexandre Néron, Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Mme Anne Marquis, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
M. Alexandre St-Germain, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Mme Christianne Drabbe, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Mme Jeanne-Mance Pilon, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Mme Lyse Lépine, Institut Universitaire en santé mentale Douglas
Mme Manon Ranger, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Mme Nathalie Caron, Institut Universitaire en santé mentale Douglas
Mme Robyne K. Bellemare, Institut Universitaire en santé mentale Douglas
Mme Sandrine Quéhen, Institut Universitaire en santé mentale Douglas
Mme Suzanne Boulerice, Institut Universitaire en santé mentale Douglas
Mme Sylvie Cadorette, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Collaboration :

Nous tenons à remercier également tous les membres du comité régional d'accompagnement et d'orientation de la transformation des ressources résidentielles en santé mentale pour leur contribution à la révision de ce document.

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne
aussi bien les femmes que les hommes et
est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation
du site Web de l'Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014

ISBN 978-2-89673-442-9 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

« Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens »

...reconnait 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;

...réaffirme la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la **vie en société**;

...met l'accent sur la nécessité de répondre aux besoins des personnes en assouplissant les frontières qui balisent nos interventions et en assurant les liaisons nécessaires afin de réduire les ruptures dans la **continuité des services**;

...soutient que **le partenariat** et la **collaboration** entre les fournisseurs de services et avec les ressources de la communauté sont nécessaires et qu'ils représentent des gages de **qualité**;

...vise une organisation des **ressources disponibles** de nature à entraîner un rendement optimal;

...reconnait qu'une **variété** de services résidentiels est nécessaire pour assurer une réponse adéquate aux besoins d'hébergement et de logement des personnes ayant un trouble mental.

TABLE DE MATIÈRES

LÉGENDE	7
INTRODUCTION	9
1. Définitions	10
1.1 Ressources résidentielles visées par le présent mécanisme	10
1.2 Ressources résidentielles non visées par le présent mécanisme	11
2. Valeurs et principes directeurs	13
2.1 Le rétablissement	13
2.2 La participation de l'utilisateur	13
2.3 Le partenariat	14
2.4 Responsabilités partagées	14
2.5 L'équité dans la réponse aux besoins des usagers	14
2.6 La transparence	14
3. Rôles et responsabilités des acteurs impliqués	15
3.1 L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	15
3.2 Les établissements gestionnaires	15
3.2.1 Intervenant ressource	16
3.3 Les établissements utilisateurs	16
3.3.1 Intervenant usager (parfois libellé intervenant pivot)	17
3.4 Les ressources résidentielles détenant un contrat ou une entente de collaboration avec un établissement gestionnaire (RI, RTF, RA (108), RE, CHSLD)	17
3.5 L'utilisateur et ses proches	17
3.5.1 L'utilisateur	17
3.5.2 Les proches	17
3.5.3 Les organismes communautaires contribuant au suivi et au soutien des usagers	17
4. Modalités d'accès aux ressources résidentielles	19
4.1 Admissibilité	19
4.1.1 Critères d'admissibilité	19
4.1.2 Critères de non-admissibilité temporaire	19
4.1.3 Critères de non-admissibilité	19
4.2 Dossier à constituer pour faire une demande au mécanisme d'accès	19
4.3 Liste d'attente régionale	20
4.3.1 Statut de la demande	20
4.3.1.1 Liste d'attente demande active (utilisateur prêt à intégrer la ressource)	20
4.3.1.2 Liste d'attente demande inactive (utilisateur non prêt à intégrer la ressource)	20
4.3.2 La priorisation des demandes	20
4.3.3 Relocalisation	21
5. Processus du mécanisme d'accès aux ressources résidentielles	23
5.1 PHASE 1 : ACCÈS	24
5.2 PHASE 2 : JUMELAGE	24
5.3 PHASE 3 : INTÉGRATION	27

BIBLIOGRAPHIE	29
Annexe 1 : Obligations et responsabilités des établissements gestionnaires à l’égard des usagers hébergés	31
Annexe 2 : Obligations et responsabilités des établissements utilisateurs à l’égard des usagers hébergés.....	35
Annexe 3 : Grille de priorisation	39
Annexe 4 : Logigramme	43
Annexe 5 : Canevas d’entrevue	47

LÉGENDE

Afin d'alléger le texte, les acronymes et termes suivants seront régulièrement utilisés dans le document

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CCEO	Comité conjoint Est-Ouest
CE	Comité Est
CO	Comité Ouest
CLSC	Centre local de services communautaires
CRMA	Comité régional du mécanisme d'accès
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CTMSP	Classification par types en milieu de soins et services prolongés (formulaire médical)
DI-TED	Déficiência intellectuelle – Trouble envahissant du développement
DP	Déficiência physique
I-R	Intervenant ressource
I-U	Intervenant usager
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
LRR	Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant certaines dispositions législatives
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCH	Organismes communautaires d'hébergement
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OMS	Organisation mondiale de la santé
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire ou Plan d'intervention individualisé
PSI	Plan de service individualisé
RA	Ressource autre (article 108 LSSSS)
RE	Ressource d'établissement
RI	Ressource intermédiaire
RR	Ressource résidentielle
RTF	Ressource de type familial
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SIRTF	Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial
SRA	Service régional admission (SAPA, Agence)

INTRODUCTION

Avoir un milieu de vie est un droit, c'est aussi un point d'ancrage dans la communauté, c'est un élément qui favorise le rétablissement et la participation à la vie en société.
(Organisation mondiale de la santé 1948)

En 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) publie *Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens* (PASM 2005-2010). L'objectif poursuivi par ce plan d'action est de doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices en offrant un accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes, les adultes de tout âge ayant un trouble mental ou présentant un risque suicidaire. Le plan d'action ministériel vient ainsi structurer et préciser la gamme de services à rendre disponibles pour la population, notamment en identifiant des cibles à atteindre au niveau du nombre de places et en termes de diversité des ressources résidentielles destinées aux personnes aux prises avec de graves problèmes de santé mentale. Ce plan repose sur les principes de responsabilité populationnelle, de hiérarchisation des services et favorise des mesures visant à faciliter l'accessibilité aux services.

Le plan de mise en œuvre à Montréal du PASM 2005-2010, adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) en 2006, prévoit trois phases de réalisation; la révision de l'offre de services résidentiels s'inscrivant dans la phase II de la transformation des services en santé mentale à Montréal.

En effet, les travaux de planification réalisés par l'Agence¹ ont permis de constater que les services résidentiels en santé mentale de la région doivent être ajustés pour mieux répondre aux besoins des personnes qui les utilisent, et ce, dans une perspective de rétablissement de ces personnes. Pour ce faire, trois priorités d'action ont été retenues. Il a ainsi été convenu de diminuer à deux le nombre d'établissements gestionnaires², de développer un mécanisme d'accès unique, plus souple et plus efficace, et de revoir l'offre de service régionale offerte par les ressources résidentielles selon les balises suivantes : l'atteinte des cibles ministérielles, l'équité régionale et la gamme de services selon les besoins populationnels.

Le présent cadre de référence vise la seconde priorité, soit de définir les modalités d'articulation du mécanisme d'accès aux ressources résidentielles. Ce mécanisme doit assurer une équité dans la réponse aux besoins de l'utilisateur en proposant un seul et unique guichet d'accès pour l'ensemble des ressources résidentielles en santé mentale adulte ayant un contrat ou une entente de collaboration avec un des deux établissements gestionnaires. Le mécanisme d'accès unifié se caractérise par l'utilisation :

- d'un mécanisme de coordination de l'accès et d'un processus d'admission unifié entre les deux établissements gestionnaires;
- de critères d'admissibilité identiques, reconnus, acceptés et diffusés aux partenaires impliqués;
- d'un formulaire unique et partagé pour soumettre une demande d'admission;
- de processus de traitement standardisés;
- d'un seul outil informatisé pour une gestion transparente de la liste d'attente.

¹ Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 - La force des liens, Planification de la phase II à Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Service de la planification et du développement stratégique, juin 2008.

² Au terme d'un processus d'appel d'offres (2009), la gestion des ressources résidentielles à Montréal a été confiée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ainsi qu'à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

1. DÉFINITIONS

1.1 Ressources résidentielles visées par le présent mécanisme

Ressources intermédiaires (RI)

« 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 ». (Art. 302, LSSSS)

Ressource de type familial : Résidence d'accueil (RTF)

« Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel ». (Art. 312, LSSSS)

Ressource autre (article 108 LSSSS) (RA)

Ressource ne répondant pas à la définition légale d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial ayant un contrat avec un établissement gestionnaire en vertu de l'article 108 de la LSSSS pour répondre, au nom de l'établissement, aux besoins particuliers de certains usagers (services de réadaptation et d'intégration sociale) (centre d'activités 5540 /autres ressources non institutionnelles d'hébergement du manuel de gestion financière. Sont regroupés sous cette appellation plusieurs types d'installations) (tiré du cadre normatif SIRTF version en date du 8 mai 2010).

Ressources d'établissement (RE)

Ressources administrées et financées par un établissement et qui peuvent recevoir des usagers pour leur procurer des services de réadaptation et accroître leur autonomie en vue d'une intégration sociale. Il peut s'agir de foyer de groupe tel que défini au manuel de gestion financière (CA6980) (tiré du cadre normatif SIRTF). Contrairement aux autres ressources, le personnel de ces ressources est constitué d'employés de l'établissement et y fournit des services intensifs de réadaptation, d'assistance et de surveillance 24/7.

Unité de vie en santé mentale du CHSLD Louvain

Unité de vie adaptée à une clientèle psychiatrique dont les besoins de services complexes ne trouvent pas réponse dans l'offre de service actuelle des RI, RTF, RA et RE et des centres d'hébergement et de soins de longue durée du secteur SAPA.

2 unités actuellement disponibles (15 et 16 places).

1.2 Ressources résidentielles non visées par le présent mécanisme

Résidences privées

Immeuble d'habitation où sont offerts par son exploitant, outre la location de chambres ou de logements, divers services de soutien et d'assistance, sans rattachement contractuel avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

Organismes communautaires

« Personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux » (art. 334 LSSSS)

L'organisme :

- *« offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire;*
- *« exerce, au niveau de la région, des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs de ses services ou des usagers de services de santé ou de services sociaux de la région. » (art. 336, LSSSS)*

Ces organismes sont autonomes et sans lien de rattachement contractuel avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

2. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

Le mécanisme d'accès aux ressources résidentielles en santé mentale adulte repose sur les valeurs et principes suivants, partagés par l'ensemble des acteurs concernés.

2.1 Le rétablissement

Le processus qui permet à l'individu de développer ou restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'afflige, puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les limites imposées par son état s'appelle le rétablissement (Kirk 2002).

Un principe essentiel au rétablissement tient au fait qu'il ne signifie pas nécessairement une guérison. Il met en relief le cheminement particulier de l'individu ayant des problèmes de santé mentale qui se bâtit une vie au-delà de la maladie. La personne peut reprendre le contrôle de sa vie et participer pleinement à la communauté.

Dans une approche visant le rétablissement, l'auto-détermination, le développement des capacités, le respect des droits et l'épanouissement général, la personne aux prises avec un problème de santé mentale est appelée à participer de façon active au processus de décision et est encouragée à faire des choix.

2.2 La participation de l'utilisateur

Dans le processus d'accès unifié, le rôle de l'utilisateur en est un de participant actif. Ainsi, il est impliqué dès le début du processus de demande d'accès aux services résidentiels, lors de l'élaboration de son plan d'intervention, et à chaque fois qu'une révision de ce plan sera effectuée. Cette participation lui permet de faire valoir ses préférences et ses besoins, de prendre des décisions éclairées, de valider certaines questions auprès des intervenants et de s'ajuster en fonction des différents changements qui se produiront tout au long de sa démarche.

La demande d'accès aux ressources résidentielles doit être complétée uniquement lorsque toutes les autres options ont été envisagées. Toutefois, le choix de l'utilisateur doit demeurer un des éléments clés dans cette démarche. La majorité des usagers désirent vivre dans leur propre milieu ou dans un endroit qui leur permet une plus grande autonomie (Tanzman 1993), la progression du plan d'intervention et des actions qui y sont associées leur permettra généralement d'atteindre progressivement cet objectif. Ainsi, chaque usager doit recevoir le soutien requis tout au long de son cheminement.

Finalement, l'objectif global d'une demande en ressource résidentielle ne vise pas uniquement à offrir à l'utilisateur un endroit pour vivre. Il est associé à un processus de suivi et de soutien continu en fonction des besoins, ce qui peut se traduire par l'accès à des ressources spécialisées qui visent à soutenir et à faciliter son évolution.

2.3 Le partenariat

Une collaboration étroite entre tous les partenaires et une coordination continue des soins et services auprès de l'utilisateur s'avèrent également cruciales afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des services. Parmi ces partenaires nous retrouvons l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les établissements utilisateurs (centres hospitaliers et CSSS), les établissements gestionnaires (IUSMD et IUSMM), les ressources résidentielles ayant un contrat ou une entente de collaboration avec un établissement gestionnaire (RI, RTF, RA, RE, CHSLD) et tous les autres organismes et personnes contribuant au suivi et au soutien des usagers incluant leurs proches.

2.4 Responsabilités partagées

Le rôle de chacun des partenaires doit être clair et une entente doit être conclue entre les établissements gestionnaires et leurs partenaires utilisateurs selon un modèle établi au niveau régional. Le parcours d'un usager étant un processus évolutif, une concertation continue entre les partenaires s'avère essentielle et le plan d'intervention s'avère le moyen privilégié pour s'assurer de la réponse aux besoins de l'utilisateur.

Un plan d'intervention interdisciplinaire doit donc être rédigé par l'intervenant usager, en collaboration avec l'utilisateur, les intervenants ressources et les autres membres de l'équipe. Des ajustements de ce plan doivent être effectués et communiqués de façon régulière afin de favoriser la continuité des services, le rétablissement et le retour de la personne dans la communauté.

2.5 L'équité dans la réponse aux besoins des usagers

Conformément au Plan d'action en santé mentale : La force des liens, le développement et l'organisation des différents types de services résidentiels requis dans la région sont basés sur les besoins populationnels en santé mentale de chacun des CSSS. De plus, la réponse à la demande de services doit tenir compte des besoins de chacun des usagers, de leurs préférences en matière de ressources résidentielles, de leurs requis de soins et de services, de leur langue et des spécificités associées à leur culture.

La mise en place d'un mécanisme d'accès unique et centralisé où sont acheminées les demandes de ressources résidentielles selon un formulaire unique et informatisé vise à offrir à chacun des usagers une ressource correspondant à ses besoins selon la disponibilité régionale.

2.6 La transparence

La disponibilité des informations nécessaires au bon fonctionnement du mécanisme d'accès est une condition essentielle à la réussite d'un processus optimal d'accès. Pour ce faire, les établissements utilisateurs doivent s'assurer que les établissements gestionnaires possèdent l'ensemble des informations requises pour procéder rapidement à l'analyse de leurs demandes. De plus les établissements utilisateurs doivent s'assurer que l'utilisateur soit informé du processus afin de pouvoir s'impliquer dans la démarche.

Enfin, le mécanisme d'accès doit rendre disponible l'information requise aux établissements utilisateurs (CSSS et hôpitaux) afin que ceux-ci soient en mesure de suivre l'évolution de leurs demandes de ressources résidentielles.

3. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ACTEURS IMPLIQUÉS

Tel que mentionné dans la valeur du partenariat, plusieurs partenaires sont appelés à jouer un rôle dans le mécanisme d'accès aux ressources résidentielles : l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les établissements utilisateurs (centres hospitaliers et CSSS), les établissements gestionnaires (IUSMD et IUSMM), les ressources résidentielles ayant un contrat ou une entente de collaboration avec un établissement gestionnaire (RI, RTF, RA, RE, CHSLD) et tous les autres organismes et personnes contribuant au suivi et au soutien des usagers incluant leurs proches.

De plus, les mandats et responsabilités des partenaires sont déterminés en fonction des lois applicables dont la LSSSS pour l'ensemble des ressources et la LRR pour les RTF et les RI visées par cette loi.

3.1 L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

« L'Agence détermine les modalités relatives à la création des mécanismes assurant la coordination de l'accès aux services des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres de réadaptation d'une classe qu'elle indique, des ressources intermédiaires rattachées aux établissements et des ressources de type familial de sa région.

Elle doit également s'assurer que ces mécanismes d'accès aux services tiennent compte des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers » (Art. 355, LSSSS).

Ainsi, concernant le mécanisme d'accès aux ressources résidentielles en santé mentale, l'Agence s'assure :

- d'un accès équitable aux ressources résidentielles pour chaque usager et chacun des établissements utilisateurs de la région de Montréal;
- du développement, de l'implantation et du soutien aux utilisateurs du système d'information du mécanisme d'accès;
- de l'analyse de la qualité et de la performance associée au fonctionnement du mécanisme d'accès et des modifications requises afin d'optimiser l'accès.

3.2 Les établissements gestionnaires

Établissement public identifié (désigné) par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en vertu de l'article 304.2 de la LSSSS autorisé à recourir aux services de ressources intermédiaires et/ou de ressources de type familial, aux fins de la réalisation de sa mission et qui doit en assurer le suivi professionnel des usagers confiés à ces ressources (Art. 301, 304, 306 et 314 LSSSS).

Le 25 janvier 2001, une résolution du conseil d'administration de l'Agence identifie, notamment : l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal comme établissements gestionnaires de RI-RTF.

Depuis 2011, certains ajustements ont eu pour résultat qu'à ce jour, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal sont les seuls établissements gestionnaires de RI-RTF pour la clientèle santé mentale adulte de Montréal.

Ainsi, concernant le mécanisme d'accès aux ressources résidentielles en santé mentale, les établissements gestionnaires s'engagent à :

- Gérer le mécanisme d'accès régional aux ressources résidentielles en santé mentale.
- S'assurer, au besoin, de la collaboration des représentants des mécanismes d'accès des autres programmes clientèle (SAPA, DI-TED, DP etc.) au comité régional du mécanisme d'accès aux ressources résidentielles en santé mentale.
- Offrir du soutien continu sur le mécanisme d'accès et agir à titre de ressource auprès des intervenants des établissements utilisateurs.
- Orienter l'utilisateur vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle adéquats (accès, transfert, fin de placement, réorientation) en collaboration avec l'établissement utilisateur.
- Assumer la fonction de jumelage / pairage de l'utilisateur avec une ressource.
- Être responsables des usagers confiés aux ressources résidentielles détenant un contrat avec un établissement gestionnaire (RI, RTF, RA, RE).
- Collaborer à l'analyse de la qualité et de la performance associée au fonctionnement du mécanisme d'accès dans le but d'identifier les besoins émergents en regard du développement des ressources.
- Assurer de la mise à jour de la liste d'attente.
- Assurer le traitement des situations litigieuses : chaque établissement gestionnaire nommera une personne ressource qui assure le suivi local des demandes d'information et des résolutions de problèmes en cas de litige.

Voir annexe 1 pour les responsabilités de l'établissement gestionnaire à l'égard des usagers hébergés.

3.2.1 Intervenant ressource

Intervenant qui, en plus d'assumer les responsabilités liées au mécanisme d'accès, s'assure du recrutement et de l'évaluation de la ressource. Il assume un rôle de vigie au niveau du contrôle de la qualité des services offerts à l'utilisateur et il est responsable de la classification.

Dans le contexte montréalais, où plusieurs établissements utilisateurs différents peuvent recourir aux services d'une même ressource, il est appelé à jouer un rôle de liaison entre la ressource et les différents établissements et à s'assurer que ces derniers assument pleinement leurs rôles et responsabilités à l'égard de l'utilisateur hébergé.

3.3 Les établissements utilisateurs

Pour la région de Montréal, il a été convenu que des établissements qui réfèrent des usagers vers les ressources, via le mécanisme d'accès régional sont appelés établissements utilisateurs.

Sont des établissements utilisateurs : les établissements publics responsables de fournir au nom de l'établissement gestionnaire, les services cliniques (au plan médical – volet santé mentale - et psychosocial pour les usagers de 2^e ligne et uniquement au plan psychosocial pour les usagers de 1^{re} ligne).

Ainsi, concernant le mécanisme d'accès aux ressources résidentielles en santé mentale, les établissements utilisateurs s'engagent à :

- Évaluer et réviser les besoins de l'utilisateur en matière de ressources résidentielles.
- Informer l'utilisateur du processus d'accès à une ressource résidentielle et l'accompagner tout au long de cette démarche.
- Transmettre une demande complète et tous les renseignements complémentaires pertinents lors du dépôt de la demande.

- S'assurer que les intervenants impliqués ont reçu la formation sur le fonctionnement du mécanisme d'accès.
- Respecter les critères du mécanisme d'accès, respecter les étapes à suivre et effectuer la demande d'accès en RI-RTF au moment opportun.
- Identifier un répondant pouvant jouer un rôle de liaison et de suivi global des demandes afin de faciliter la communication et l'évolution des demandes.
- Accompagner et soutenir l'utilisateur lors de l'intégration dans la ressource résidentielle.

Voir annexe 2 pour les responsabilités de l'établissement utilisateur à l'égard des usagers hébergés.

3.3.1 Intervenant usager (parfois libellé intervenant pivot)

Intervenant qui, en plus d'assumer les responsabilités liées au mécanisme d'accès, assure le suivi professionnel de l'utilisateur hébergé pendant la durée de son séjour. Il s'assure de l'évaluation continue de l'état et des besoins de l'utilisateur et assure l'élaboration et la mise à jour du plan d'intervention.

3.4 Les ressources résidentielles détenant un contrat ou une entente de collaboration avec un établissement gestionnaire (RI, RTF, RA (108), RE, CHSLD)

- Recevoir en visite préintégration tout usager que lui réfère l'établissement et correspondant au type d'usagers prévu à l'entente.
- Collaborer activement à la visite préintégration en présentant le milieu de vie, les règles de vie, en étant à l'écoute des attentes de l'utilisateur par rapport au séjour dans la ressource.
- Exprimer avec diligence à l'établissement gestionnaire les réserves face à l'intégration d'un usager dont les besoins exprimés dépassent l'offre de service de la ressource.
- Offrir les services et remplir l'ensemble des obligations en fonction de leur mission ou prévues au contrat le cas échéant.

3.5 L'utilisateur et ses proches

3.5.1 L'utilisateur

- Donne un consentement éclairé à la transmission des informations confidentielles nécessaires au traitement de sa demande.
- Identifie ses besoins et ses préférences résidentielles.
- Participe à la présentation de sa demande d'admission au comité.
- Participe à l'élaboration et à la mise à jour régulière de son plan d'intervention et de services.

3.5.2 Les proches

- Accompagnent l'utilisateur, à sa demande, tout au long du processus.

3.5.3 Les organismes communautaires contribuant au suivi et au soutien des usagers

- Participent, sur invitation, au comité régional du mécanisme d'accès.
- Accompagnent, au besoin, l'utilisateur tout au long du processus d'accès aux ressources résidentielles

4. MODALITÉS D'ACCÈS AUX RESSOURCES RÉSIDENTIELLES

4.1 Admissibilité

4.1.1 Critères d'admissibilité

- 18 ans et plus.
- Diagnostic(s) en santé mentale.
- Besoin de soutien et d'assistance dans les différentes sphères biopsychosociales et que ses besoins dépassent l'offre de service dans la communauté.
- Suivi professionnel et médical actif et continu.
- Services résidentiels requis.
- Capacité de vivre en ressource résidentielle.
- Capacité de fournir un consentement libre et éclairé (sauf pour les personnes sous régime de protection, sous ordonnance d'hébergement, sous ordonnance de la commission d'examen, sous ordonnance de la cours, etc.).

4.1.2 Critères de non-admissibilité temporaire

Toute personne non disponible pour un hébergement de façon temporaire ou pour lequel les besoins dépassent les capacités des ressources existantes :

- Instabilité médicale et/ou psychiatrique.
- Perte importante d'autonomie physique (ex. fracture de hanche) et/ou cognitive (ex. désintoxication aigüe).
- Potentiel de dangerosité élevé pour elle-même et pour autrui (documenté).
- Comportements perturbateurs envahissants malgré le soutien intensif offert à l'usager (ex. consommation abusive de substances psychoactives).

4.1.3 Critères de non-admissibilité

- Diagnostic de déficience intellectuelle sévère.
- Perte d'autonomie sévère nécessitant un hébergement en CHSLD.

4.2 Dossier à constituer pour faire une demande au mécanisme d'accès

Afin d'assurer une utilisation des ressources résidentielles uniquement lorsque requis et de faciliter le travail de collaboration interprogrammes, l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) devient l'unique formulaire de base à compléter.

Pour qu'un dossier soit analysé par le mécanisme d'accès, il devra être composé des documents suivants :

- OÉMC (incluant la prise de contact si l'établissement n'a pas la solution informatisée).
- CTMSP médical.
- Rapport de comportement (modèle du SRA).
- Plan d'intervention (modèle OÉMC ou tout autre modèle de l'établissement utilisateur).
- Formulaire de consentement (modèle général du réseau).
- Ordonnance de la commission d'examen, d'hébergement et/ou de traitement, lorsque présente.

De plus, l'établissement utilisateur peut ajouter tout autre document qu'il juge pertinent pour le traitement de la demande.

4.3 Liste d'attente régionale

Il est important que la liste d'attente régionale soit accessible à l'ensemble des établissements impliqués, tout en s'assurant de définir, au préalable, les critères de priorisation des demandes et en spécifiant également tous les éléments qui feront en sorte que le rang d'une demande pourra fluctuer sur la liste d'attente par rapport à son niveau de priorité initial.

4.3.1 Statut de la demande

Le statut de la demande doit également permettre au besoin de subdiviser la liste d'attente régionale en deux listes distinctes : une liste pour les demandes actives et une autre pour les demandes inactives.

Il importe d'assurer que les places en ressources résidentielles disponibles soient utilisées de façon optimale en évitant de contacter un établissement pour offrir une place disponible à une personne dont la demande est inactive.

4.3.1.1 Liste d'attente demande active (utilisateur prêt à intégrer la ressource)

Une demande est active lorsqu'à la suite de sa présentation au comité d'admission, elle répond aux critères d'admissibilité et est mise en liste d'attente par manque d'une place disponible pour recevoir l'utilisateur.

4.3.1.2 Liste d'attente demande inactive (utilisateur non prêt à intégrer la ressource)

Une demande est inactive lorsque :

- L'équipe de suivi de l'utilisateur informe qu'il n'est pas en état de recevoir le service pour une période déterminée ou indéterminée et qu'il répond aux critères de non-admissibilité temporaire. Il signale la situation dès que possible si la situation se produit avant le comité d'accès.
- Demande acceptée au comité d'admission, mais avec conditions précisées par écrit. L'utilisateur répond aux critères de non-admissibilité temporaire.
- Il existe un besoin d'information supplémentaire afin de traiter la demande et d'assurer un jumelage optimal.

Une demande peut être retirée de la liste d'attente lorsque la période d'inactivité de la demande dépasse 90 jours

4.3.2 La priorisation des demandes

(Voir la grille de priorisation en annexe III)

Un processus équitable de priorisation des demandes a comme but de favoriser les personnes les plus vulnérables. Il s'applique notamment pour :

- La demande d'un usager faisant pour la première fois une demande d'accès aux ressources résidentielles en santé mentale ou faisant à nouveau une demande après une période de plus de trois ans en dehors de ce réseau.
- La demande de relocalisation d'un usager déjà intégré dans une ressource résidentielle.

La priorisation des demandes se fait en évaluant les cinq (5) critères énumérés ci-dessous. Chaque élément est pondéré selon un ou des critères, et ce, en trois (3) niveaux d'intensité reflétant un impact élevé, moyen ou faible sur le fonctionnement de la personne et sur le niveau de précarité de sa situation actuelle.

1. **La sécurité pour elle-même ou autrui** (critère de pondération : l'atteinte de l'intégrité physique et/ou mentale).
2. **L'autonomie et la protection sociale** (critères de pondération : la capacité de répondre à ses besoins fondamentaux, le potentiel de se faire exploiter et la capacité de se protéger).
3. **L'état de santé** (critères de pondération : l'observance du traitement, la capacité de la gestion autonome des symptômes de la maladie et la variation/stabilité de l'état physique et/ou mentale).
4. **La capacité de prise en charge** (critères de pondération : la présence d'un réseau d'aide et la capacité de la personne à se mobiliser).
5. **Le milieu de vie** (critère de pondération : un milieu de vie stable et adéquat).

4.3.3 Relocalisation

La demande de relocalisation est mise en priorité sur les nouvelles demandes, mais doit répondre à une échelle de priorité qui s'établit suivant un ordre décroissant :

- Fermeture imminente de la ressource ou sinistre.
- Intensité de services requis de l'utilisateur révisée à la baisse (impliquant un changement de ressource) ou impacts préjudiciables à court terme pour l'utilisateur ou pour la ressource (essoufflement de la ressource, désorganisation du milieu, risques d'hospitalisation, etc.)
- Changement de territoire significatif pour l'utilisateur (famille, travail, activités, etc.)
- Préférence de l'utilisateur non fondée sur un besoin.

5. PROCESSUS DU MÉCANISME D'ACCÈS AUX RESSOURCES RÉSIDENTIELLES

(voir le cheminement illustré à l'aide du logigramme présenté en annexe IV)

La mise en place du mécanisme d'accès et d'un processus d'admission unifié entre les deux établissements gestionnaires est basée sur les principes directeurs d'équité, de transparence, de rétablissement, de participation de l'utilisateur, de partenariat et de responsabilités partagées entre les divers partenaires. Ce mécanisme d'accès vient unifier les pratiques, offrir une seule porte d'entrée, et ce, afin de mieux répondre aux besoins des personnes utilisatrices.

Le cheminement d'une demande est constitué de 3 phases soit :

- Accès
- Jumelage
- Intégration

Le délai prévu dans le cheminement d'une demande est de 30 jours entre la réception de la demande et la fin du processus de jumelage et jusqu'à 15 jours additionnels pour effectuer l'intégration dans une ressource lorsqu'un milieu de vie est disponible.

5.1 PHASE 1 : ACCÈS

ÉTAPE 1 : Évaluation des besoins/préférences de l'utilisateur

L'intervenant usager de l'établissement utilisateur identifie et évalue avec l'utilisateur ses besoins et préférences en matière de services résidentiels. Il complète l'OÉMC et le rapport de comportement, s'assure que le médecin complète le CTMSP médical et transmet le tout accompagné du PI au comité régional du mécanisme d'accès (CRMA).

ÉTAPE 2 : Réception de la demande au Comité régional du mécanisme d'accès (CRMA)

Le mécanisme d'accès régional est constitué d'un comité régional du mécanisme d'accès (CRMA) (formé de représentants des 2 établissements gestionnaires). Son rôle principal est de déterminer l'admissibilité des demandes et d'assurer l'application des critères de priorisation.

Rôles du CRMA

- Recevoir les demandes et transmettre un accusé réception au demandeur et à son intervenant usager.
- Évaluer l'admissibilité des demandes de ressources résidentielles selon les critères d'accès et les transmettre au sous-comité pertinent incluant, lorsque requis, une orientation spécifique vers le comité d'accès pour les ressources spécialisées en psychiatrie légale et celui pour les unités de vie en santé mentale du CHSLD Louvain (ces dernières sont accessibles via le CRMA mais font l'objet de modalités d'accès spécifiques qui seront détaillées dans un autre document).
- Appliquer les critères de priorisation.
- Gestion de la liste d'attente régionale et des places disponibles.
- Développer des partenariats avec les établissements gestionnaires de ressources résidentielles de différents programmes (DI-TED, SAPA, DP et autres) lorsqu'une demande requiert la compétence d'un réseau autre que celui de la santé mentale;
- Identifier les besoins de développement de nouvelles ressources résidentielles en tenant compte des cibles régionales;
- Développer et s'assurer du suivi d'indicateurs de performance.

5.2 PHASE 2 : JUMELAGE

ÉTAPE 3 : Traitement de la demande en sous-comité

Une fois l'étape du CRMA franchie, les demandes admissibles sont transmises à l'un des 3 sous-comités : comité Est (CE) géré par l'IUSMM, comité Ouest (CO) géré par IUSMD et comité conjoint Est-Ouest (CCEO) géré conjointement par les deux instituts, selon le secteur désiré par l'utilisateur. À ce stade-ci, une analyse plus approfondie de la demande est réalisée et une entrevue est planifiée pour assurer la participation de l'utilisateur dès le début du processus de jumelage. Au terme de cette entrevue, le sous-comité valide l'admissibilité de la demande

Rôles des Comités Est (CE) et Comité Ouest (CO)

- Analyser les demandes de ressources résidentielles selon le secteur désiré par l'utilisateur.
- Planifier et réaliser les entrevues avec l'utilisateur et son intervenant usager.
- Valider si, au terme de l'entrevue, la demande est toujours admissible, non admissible temporairement ou non admissible.
- Orienter les usagers en fonction des services requis (besoins), des préférences et des capacités des ressources à fournir les services.
- Gestion locale de la liste d'attente et des places disponibles.

Rôle du Comité conjoint Est-Ouest (CCEO)

- Analyser les demandes interrégionales et celles des usagers qui n'ont pas de secteur de préférence.
- Planifier et réaliser les entrevues avec l'utilisateur et son intervenant usager.
- Valider si, au terme de l'entrevue, la demande est toujours admissible, non admissible temporairement ou non admissible.
- Orienter les usagers en fonction des services requis (besoins), des préférences et des capacités des ressources à fournir les services.
- Étudier les demandes qui n'ont pas trouvé de réponse positive dans le réseau résidentiel courant. Impliquer au besoin des membres du comité psychiatrie légale et unités de vie en santé mentale Louvain. Les deux établissements gestionnaires mettent alors en commun leurs expertises afin d'identifier les ressources résidentielles pouvant le mieux répondre aux besoins et projets de l'utilisateur.

ÉTAPE 4 : Entrevue réalisée par l'intervenant ressource avec l'utilisateur et son intervenant usager

(voir canevas d'entrevue en annexe V)

L'entrevue permet à l'utilisateur d'occuper une place privilégiée au cœur de la démarche tout en mettant l'accent sur ses forces et aptitudes. L'objectif ultime est d'apprendre à connaître l'utilisateur au-delà des informations et évaluations transmises (dossier papier) pour assurer le meilleur jumelage possible.

Différents thèmes sont abordés :

- Compréhension du processus du mécanisme d'accès par la personne.
- Compréhension des ressources résidentielles de notre réseau.
- Perception de la personne de sa situation actuelle – **hébergement**.
- Perception de la personne de sa situation actuelle – **santé et fonctionnement social**.
- Projets personnels.
- Précisions sur les informations transmises dans la demande d'hébergement.
- Identification des facteurs de risque et de protection.
- Responsabilité de la personne au niveau de l'Hébergement.

Objectifs visés

- Valider la compréhension de l'utilisateur au sujet du fonctionnement des ressources résidentielles et du processus d'accès.
- Connaître ses projets, les objectifs qu'il veut atteindre en termes de rétablissement et ses préférences.
- Déterminer le type d'approche à mettre en place dans la ressource et les caractéristiques du milieu de vie recherché.
- Identifier avec l'utilisateur et ses accompagnateurs, les conditions à mettre en place pour favoriser le succès du séjour en ressource résidentielle.
- Répondre aux interrogations de l'utilisateur.

ÉTAPE 5 : Jumelage

Lorsqu'un usager est admissible et toujours intéressé, à la suite de l'entrevue, le sous-comité entre en processus de jumelage.

Le jumelage est un processus qui consiste à sélectionner une ressource ayant un portrait qui la rend susceptible de répondre adéquatement aux besoins d'un usager et à jumeler cette ressource avec cet usager.

Le pairage fait partie intégrante du processus de jumelage et consiste à vérifier l'homogénéité ou la compatibilité entre le profil de l'utilisateur visé par le jumelage et le profil des usagers déjà présents dans la ressource.

Il s'agit donc d'identifier le meilleur type de ressource susceptible de répondre adéquatement aux besoins et préférences de l'utilisateur (RI, RTF, RA, RE) et de faire parvenir à l'établissement utilisateur une confirmation d'acceptation et de mise en attente.

Le sous-comité peut identifier plusieurs ressources.

Critères de jumelage

- Besoins et préférences de l'utilisateur.
- Intensité des services de soutien et d'assistance requis en rapport avec les services offerts par la ou les ressources.
- Compatibilité avec les personnes présentes et/ou le fonctionnement de la ressource (colocataires, environnement, langue, etc.).

ÉTAPE 6 : Visite pré-intégration

Il s'agit d'une étape cruciale où l'utilisateur visite la ressource identifiée et rencontre pour la première fois le responsable de la ressource. Ce dernier lui présente le milieu de vie, les règles de vie.

L'utilisateur peut quant à lui réitérer ses attentes par rapport au séjour dans la ressource et poser toutes ses questions

ÉTAPE 7 : Acceptation

Lorsque la ressource résidentielle est identifiée et qu'une visite préintégration a été réalisée, trois situations sont possibles :

- L'utilisateur accepte que l'intégration s'amorce avec une révision continue du plan d'intervention.
- L'utilisateur refuse.
- La ressource est dans l'incapacité de répondre aux besoins de cet usager.

Dans les cas de refus initiés par l'utilisateur ou par la ressource, le jumelage doit être revu en fonction des motifs présentés.

5.3 PHASE 3 : INTÉGRATION

ÉTAPE 8 : Intégration

Cette activité consiste à intégrer physiquement l'utilisateur dans la ressource. Elle est planifiée par l'utilisateur, son intervenant usager et la ressource dans les meilleurs délais suivant la visite préintégration.

Afin d'assurer une intégration optimale il est important de :

- Planifier l'intégration de l'utilisateur dans la ressource selon ses besoins.
- S'assurer d'une participation active de l'utilisateur.
- Au besoin, prévoir une intégration progressive de l'utilisateur dans la ressource.
- Accompagner l'utilisateur le jour de son arrivée dans la ressource.

5.4 Informatisation du mécanisme d'accès

Le développement d'un système informatique pour soutenir le mécanisme d'accès est prévu et actuellement en cours. Il permettra, en plus d'assurer une gestion transparente et équitable de l'accès, de :

- monitorer le cheminement des demandes d'accès et de relocalisation tout au long des différentes étapes du processus.
- faciliter la mise à jour rapide des différents types d'informations demandées.
- faciliter la transmission de ces informations aux établissements partenaires.
- produire les données nécessaires pour assurer le suivi des indicateurs de qualité et de performance.
- permettre l'analyse de l'ensemble des demandes déposées en vue de développer de nouveaux services ou de modifier les services existants.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens. Plan de mise en œuvre à Montréal phase I*, Service de la planification et du développement stratégique, Montréal.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens. Planification de la phase II à Montréal*, Service de la planification et du développement stratégique, Montréal.
- CSSS de la Vieille Capitale (2007). *Le mécanisme d'accès pour le territoire de Québec – Portneuf programme régional des ressources non institutionnelles en santé mentale*, Québec.
- Kirk, T.A. (2002). *Commissioner's Policy Statement No. 83: Promoting a Recovery-Oriented Service System*, Department of Mental Health and Addiction Services, Hartford, CT. En ligne, http://www.mindlink.org/dmhas_recovery_pol.html
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (2014). RLRQ c S-4.2. Dernière mise à jour effectuée depuis le site des Publications du Québec le 2014-10-01.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Direction de la santé mentale, Québec.
- Paquet, R. (2013). *Agir maintenant. Constats et recommandations concernant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal.
- Tanzman, B. (1993). « An Overview of Surveys of Mental Health Consumers' Preferences for Housing and Support Services », *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (5), 450–455.

**ANNEXE 1 : OBLIGATIONS ET RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS
GESTIONNAIRES À L'ÉGARD DES USAGERS HÉBERGÉS**

OBLIGATIONS ET RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS GESTIONNAIRES À L'ÉGARD DES USAGERS HÉBERGÉS

Suivi professionnel de l'utilisateur

- Assurer le suivi professionnel des usagers confiés à une ressource en :
 - S'assurant que chaque usager a un intervenant clinique attiré par l'établissement utilisateur.
 - S'assurant que les établissements utilisateurs des RI-RTF fournissent les services professionnels et médicaux (volet santé mentale) requis par les usagers dont ils ont la prise en charge clinique.
 - S'assurant que chaque usager référé a un plan d'intervention, qu'il est mis en application et qu'il est révisé (conformément aux articles 102 et 103 de la LSSSS).
 - Identifiant un intervenant ressource.
 - S'assurant de la transmission à l'établissement utilisateur de toute modification pouvant avoir un impact sur la situation de l'utilisateur.

Qualité des services en RI-RTF

- Maintenir des liens contractuels avec les RI-RTF.
- Contrôler la qualité des services offerts à l'utilisateur par les RI-RTF.
- Assurer la conformité des ressources en matière de normes de sécurité et d'hygiène en vertu des lois et règlements applicables au Québec.
- Assurer la réalisation, la mise en application et la révision de *l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance* offerts par une RI-RTF en concertation avec les établissements utilisateurs.

Aspects administratifs

- Rétribuer la ressource.
- Percevoir la contribution financière des adultes hébergés (CFA).

**ANNEXE 2 : OBLIGATIONS ET RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS
UTILISATEURS À L'ÉGARD DES USAGERS HÉBERGÉS**

OBLIGATIONS ET RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS UTILISATEURS À L'ÉGARD DES USAGERS HÉBERGÉS

Offre de service concernant le suivi professionnel de l'utilisateur

- Offrir un suivi clinique aux usagers hébergés en RI-RTF et s'assurer que le dossier de l'utilisateur demeure actif pour toute la durée du séjour (au plan médical – volet santé mentale - et psychosocial pour la 2^e ligne et uniquement au plan psychosocial pour la 1^{re} ligne).
- Obtenir les consentements requis auprès de l'utilisateur pour être en mesure de transmettre, à l'établissement gestionnaire et à la RI-RTF, toute information pertinente aux fins de la prestation de services en RI-RTF ainsi qu'à l'exécution du contrat de services.
- Mettre à jour le profil de l'utilisateur.
- Élaborer le plan d'intervention de l'utilisateur, procéder à sa révision minimalement une fois l'an et en remettre une copie à l'établissement gestionnaire.
- Effectuer les liens requis avec les établissements gestionnaires lorsque la condition clinique de l'utilisateur est modifiée.
- Participer à la réalisation et à la révision de l'*Instrument de détermination et classification des services de soutien et d'assistance* offerts par une RI-RTF.
- Collaborer au contrôle de la qualité des services offerts à l'utilisateur par la ressource.

Continuité des services

- S'assurer que le suivi clinique est maintenu lorsque l'utilisateur passe de la 2^e ligne à la 1^{re} ligne en effectuant les liens requis avec les CSSS et en demeurant responsable tant et aussi longtemps que la prise en charge en 1^{re} ligne n'est pas débutée.
- L'inverse s'applique aussi pour le CSSS qui retourne un usager à la 2^e ligne.
- Communiquer l'information en temps réel concernant tout changement de suivi professionnel ou médical (volet santé mentale) qu'il soit intra ou interétablissements.

Offre de service concernant les aspects administratifs

- S'assurer de réaliser les étapes nécessaires permettant à l'utilisateur de payer la CFA à l'établissement gestionnaire (informer et soutenir l'utilisateur dans les démarches : ouverture de compte bancaire, fournir le spécimen de chèque si applicable, etc.) et collaborer aux démarches de recouvrement de la CFA le cas échéant (accompagnement clinique, évaluation et démarche pour la mise en place d'un régime de protection si nécessaire, etc.).
- Lors de l'admission, s'assurer d'organiser toutes les démarches administratives nécessaires (changement d'adresse, RAMQ, source de revenus, etc.).
- Lors du départ d'un usager, collaborer dans les meilleurs délais à l'organisation du déménagement, tout en assurant la participation active de l'utilisateur.

ANNEXE 3 : GRILLE DE PRIORISATION

Critères de priorisation					commentaires
<u>Raison de la demande de relocalisation</u>	Fermeture imminente (moins de 6 mois) de la ressource publique ou le client est hospitalisé et ne pourra retourner dans la ressource à sa sortie	Intensité de services requis de l'usager révisée à la baisse (impliquant donc un changement de ressource) OU Impacts préjudiciables à court terme pour l'usager ou pour la ressource (essoufflement du milieu, désorganisation du milieu, risque d'hospitalisation, etc.)	Changement de territoire significatif pour l'usager (famille, travail, activités, etc.)	Motifs de relocalisation n'ayant pas d'incidence préjudiciable sur l'usager ou la ressource (maintien non compromis)	
ou	0 30	0 20	0 10	0 5	
<u>Milieu de vie</u>	N'a plus de chez soi, le perdra à la fin du mois ou occupe un lit de courte durée en CH (épisode de soins terminés)	Risque d'expulsion (insalubrité, interventions requises pour permettre la poursuite de l'hébergement)	Milieu de vie répond partiellement à l'ensemble des besoins.	Le milieu de vie répond aux besoins	
	0 20	0 10	0 5	0 2,5	
Indicateurs si la personne est laissée à elle-même					
<u>Sécurité pour la personne et les autres</u> (idéas suicidaires et/ou homicidaires, risque de chutes, auto-mutilation, etc.)	Atteinte prévisible à l'intégrité physique et/ou mentale (présence de facteurs de risque, a déjà posé des gestes ou a déjà mis sa sécurité ou sa vie en danger par son inaction)	Atteinte possible à l'intégrité physique et/ou mentale (a déjà posé des gestes)	Non atteinte à l'intégrité physique et/ou mentale, mais présence de facteurs de risque (idéation présente, mais n'a jamais posé de geste)	Non atteinte à l'intégrité physique et/ou mentale, et absence de facteurs de risque	
	0 30	0 20	0 10	0 5	
<u>Capacité à répondre à ses besoins</u>	Incapacité à répondre à ses besoins fondamentaux (alimentation, hygiène, budget, AVD, etc. malgré une motivation, il requiert une prise en charge)	Difficulté importante à répondre à ses besoins fondamentaux ou à exécuter ses rôles sociaux	Répond partiellement à ses besoins fondamentaux ou à ses droits sociaux	Répond à ses besoins fondamentaux et à ses droits sociaux	
	0 6,66	0 3,33	0 1,66	0 0,83	
<u>Exploitation</u>	Se fait exploiter	Se fait exploiter à l'occasion	Risque de se faire exploiter ou l'a déjà été par le passé	Aucun risque de se faire exploiter.	
	0 6,66	0 3,33	0 1,66	0 0,83	
<u>Autonomie et protection sociale</u>	Incapacité à se protéger (besoin de surveillance et de protection sociale, car se met dans des situations dangereuses; se place en situation dangereuse plus d'une fois / mois ou a un régime de protection)	Difficulté importante à se protéger (situation dangereuse mois d'une fois par mois)	Capacité limitée à se protéger (déjà arrivé dans le passé)	Est en mesure de se protéger.	
	0 6,66	0 3,33	0 1,66	0 0,83	
<u>Observance du traitement</u>	Non-observance du traitement.	Oublie fréquemment ses rendez-vous et/ou sa prescription	A oublié ses rendez-vous, sa prescription à quelques reprises depuis un an	Prend bien sa médication et va à ses rendez-vous	
	0 6,66	0 3,33	0 1,66	0 0,83	
<u>Gestion des symptômes de la maladie mentale</u>	Incapacité à gérer seule les symptômes de la maladie	Difficulté à gérer seule les symptômes de la maladie (a besoin d'aide chaque semaine)	Gère habituellement ses symptômes (a besoin d'aide par moment)	Gère bien ses symptômes	
	0 6,66	0 3,33	0 1,66	0 0,83	
<u>État de santé</u>	Variation importante de l'état de santé physique et/ou mentale (symptômes non contrôlés) au cours de la dernière année	Changement significatif des symptômes (symptômes difficilement contrôlés) au cours de la dernière année	Symptômes demeurent présents mais contrôlés	N'a pas de symptômes	
	0 6,66	0 3,33	0 1,66	0 0,83	
<u>Présence d'un réseau</u>	Réseau absent ou ne pouvant plus répondre aux besoins du client	Aide minimale par un réseau essoufflé	Réseau présent à risque de s'essouffler	Réseau présent et en mesure d'apporter du soutien	
	0 5	0 2,5	0 1,25	0 0,625	
<u>Capacité de mobilisation</u>	Incapacité à se mobiliser (d'avoir une certaine motivation sans prise en charge)	Difficulté à se motiver (a besoin d'être avec quelqu'un fréquemment, de rappels constants)	Se mobilise avec rappels	Se mobilise seule	
	0 5	0 2,5	0 1,25	0 0,625	

COTE DE PRIORISATION : 0

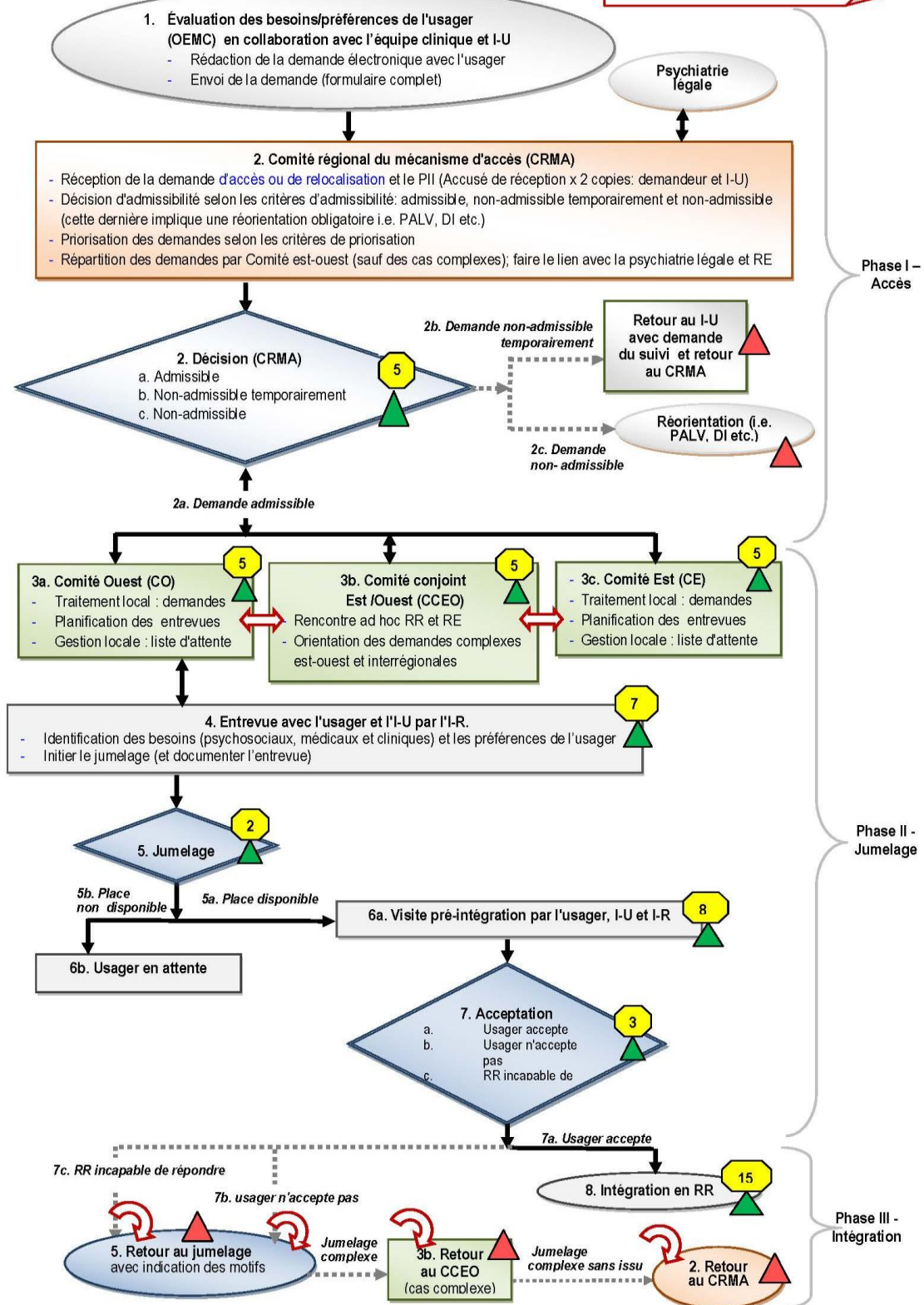
Source: CSSS de la vieille capitale

Source : Grille développée par le CSSS de la Vieille Capitale

ANNEXE 4 : LOGIGRAMME

Demande d'accès au parc régional des RR-SM

NB: Le cheminement de la demande pour les zones de préférence est et ouest est la même à partir de l'étape 2



ANNEXE 5 : CANEVAS D'ENTREVUE

**CANEVAS D'ENTREVUE POUR LE MÉCANISME D'ACCÈS AUX RESSOURCES
RÉSIDENTIELLES EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL**

Nom de l'utilisateur		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Nom de l'intervenant(e)-usager		Établissement
Nom de ou des personnes qui accompagnent l'utilisateur		Lien avec l'utilisateur

BLOC 1 – Compréhension du processus du mécanisme d'accès par la personne

Exemples : Savez-vous pourquoi vous êtes ici? Pourquoi on tient cette réunion (apprendre à la connaître, répondre à ses questions et trouver ensemble l'orientation résidentielle optimale)? Que comprenez-vous de la démarche, du processus du mécanisme d'accès pour obtenir une place en ressource (en informer la personne et s'assurer de sa compréhension)? Connaissez-vous les formulaires qu'ont remplis les membres de votre équipe traitante?

Réponse de l'utilisateur
Commentaires de l'intervenant(e)-usager (s'il y a lieu)
Commentaires de ou des personnes qui accompagnent l'utilisateur (s'il y a lieu)

BLOC 2 – Compréhension du parc des ressources de notre réseau

Exemples : Connaissez-vous les types de ressources résidentielles disponibles dans notre réseau? Le type de ressource que vous souhaitez obtenir par la présente demande (en informer la personne et s'assurer de sa compréhension)? Qu'est-ce qui est important, primordial pour que vous vous sentiez bien dans une ressource résidentielle? Quelles sont vos préférences (quartier, langue, présence d'animaux ou non, approche, type de cuisine, etc.)? Si on vous offre une ressource, qu'est-ce qui vous ferait la refuser?

Réponse de l'utilisateur
Commentaires de l'intervenant(e)-usager (s'il y a lieu)
Commentaires de ou des personnes qui accompagnent l'utilisateur (s'il y a lieu)

Nom des intervenants(es)-ressources présents(es)	Date de l'entrevue (AAAA-MM-JJ)

BLOC 3 A – Perception de la personne de sa situation actuelle - hébergement

Exemples : Où habitez-vous présentement? Qu'est-ce qui justifiait le choix de ce milieu au départ? Aimez-vous votre lieu de résidence actuel? Pourquoi? Où habitiez-vous auparavant? Quelles sont les raisons qui justifient votre désir ou besoin de changer de milieu de résidence (motif de la demande)? Quelles sont les difficultés que vous y avez rencontrées?

Réponse de l'utilisateur

Commentaires de l'intervenant(e)-usager (s'il y a lieu)

Commentaires de ou personnes qui accompagne(nt) l'utilisateur (s'il y a lieu)

BLOC 3 B – Perception de la personne de sa situation actuelle – santé et fonctionnement social

Exemples : Comment percevez-vous, vous situez-vous face à votre santé mentale? À votre traitement? Avez-vous des liens significatifs avec des proches? Quel support ou soutien vous apportent-ils? Quelles sont vos forces, compétences, acquis?

Réponse de l'utilisateur

Commentaires de l'intervenant(e)-usager (s'il y a lieu)

Commentaires de ou personnes qui accompagne(nt) l'utilisateur (s'il y a lieu)

BLOC 4 – Projets personnels

Exemples : Quels sont vos projets personnels en lien avec vos forces et vos intérêts? Voulez-vous retourner aux études ou sur le marché de l'emploi? Souhaitez-vous entamer de nouvelles activités (loisirs, bénévolat, etc.)? Quels sont vos autres projets?

Réponse de l'utilisateur

Commentaires de l'intervenant(e)-usager (s'il y a lieu)

Commentaires de ou personnes qui accompagne(nt) l'utilisateur (s'il y a lieu)

BLOC 5 – Précisions sur les informations transmises dans la demande d'hébergement

Exemple : Si on vous offrait tel service, qu'en pensez-vous? À partir des besoins identifiés, de quels services pensez-vous avoir besoin? Comment pourrions-nous vous aider face à ce besoin? À quel service vous attendez-vous face à ce besoin?

Descripteurs

1. Alimentation

2. Habillement

3. Hygiène

4. Hygiène (suite)

5. Élimination

6. Mobilité (transferts)

7. Mobilité (déplacements)

8. Mobilité (escaliers)

9. Conduites (impulsions)

10. Conduites (émotions)

11. Conduites (relations)

12. Conduites (autodest.)

13. Intégration

14. Vie autonome

15. Physique (médicaments)

16. Physique (soins)

17. Rendez-vous

BLOC 6 – Identification des facteurs de risque et de protection

Questions ouvertes à la personne (si jugé pertinent) au sujet de sa consommation, son risque suicidaire, son agressivité, etc.

Réponse de l'utilisateur

Commentaires de l'intervenant(e)-utilisateur (s'il y a lieu)

Commentaires de ou personnes qui accompagnent l'utilisateur (s'il y a lieu)

BLOC 7 – Responsabilité de la personne au niveau de l'hébergement

Exemples : Êtes-vous au courant que vous aurez à payer une contribution pour l'hébergement? Que devez-vous engager dans un plan d'intervention avec les intervenants de la ressource? Que devez-vous respecter vos pairs, les intervenants et votre milieu de vie?

Réponse de l'utilisateur

Commentaires de l'intervenant(e)-utilisateur (s'il y a lieu)

Commentaires de ou personnes qui accompagnent l'utilisateur (s'il y a lieu)

BLOC 6 – Identification des facteurs de risque et de protection

Questions ouvertes à la personne (si jugé pertinent) au sujet de sa consommation, son risque suicidaire, son agressivité, etc.

Réponse de l'utilisateur

Commentaires de l'intervenant(e)-utilisateur (s'il y a lieu)

Commentaires de ou personnes qui accompagnent l'utilisateur (s'il y a lieu)

BLOC 7 – Responsabilité de la personne au niveau de l'Hébergement

Exemples : Êtes-vous au courant que vous aurez à payer une contribution pour l'hébergement? Que devez-vous engager dans un plan d'intervention avec les intervenants de la ressource? Que devez-vous respecter vos pairs, les intervenants et votre milieu de vie?

Réponse de l'utilisateur

Commentaires de l'intervenant(e)-utilisateur (s'il y a lieu)

Commentaires de ou personnes qui accompagnent l'utilisateur (s'il y a lieu)

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 