



L'hébergement en gérontopsychiatrie : un concept et une réalité à redécouvrir

PLAN DE LA PRÉSENTATION

OBJECTIF :

Présenter les milieux d'hébergement en gériopsychiatrie et les approches favorables à la réadaptation et au rétablissement

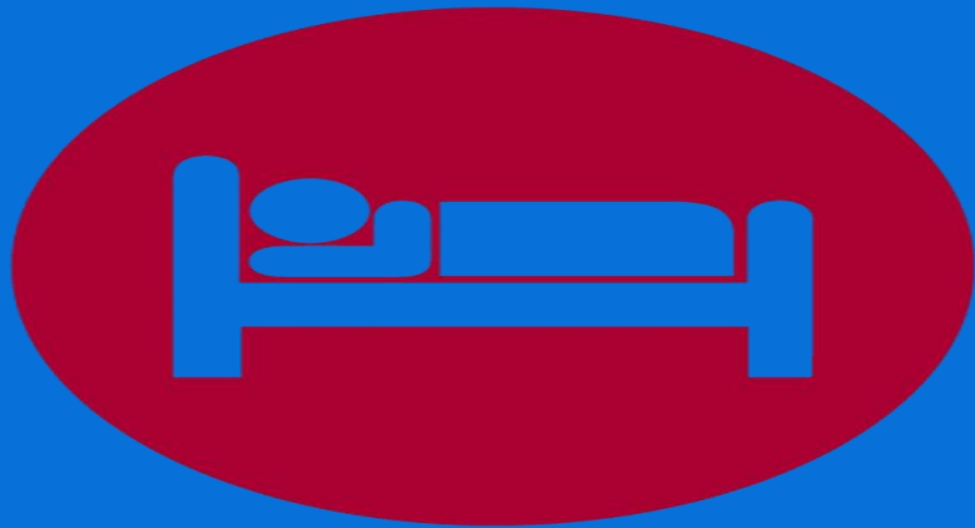


PLAN DE LA PRÉSENTATION

- **Bref historique de l'hébergement en santé mentale**
- **Bassin de ressources en hébergement**
- **La gérontopsychiatrie :**
 - Historique
 - Ressources établissement de psychogériatrie (**gérontopsychiatrie?**) affiliées à l'IUSMM
 - Caractéristiques et offre de service
 - Critères d'admissibilité
 - Processus d'intégration
- **Approches d'intervention**
 - Concepts clés
 - Pleine citoyenneté
 - Rétablissement
- **Lois entourant la santé mentale et application dans les milieux de vie :**
 - La P-38
 - Le Tribunal administratif du Québec
 - Les gardes en établissement
 - L'ordonnance d'hébergement et de traitement
 - Les régimes de protection



La petite histoire de l'hébergement en santé mentale





Le logement : un droit fondamental pour tous !

- Le logement est un **déterminant crucial de la santé**.
 - La santé mentale ne fait pas exception : malgré le caractère chronique de beaucoup de troubles mentaux, l'intégration dans un milieu de vie normalisé est envisageable et souhaitable.
- Le logement constitue un moyen de contribuer au rétablissement pour certains clients.
 - Le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS vise notamment la mise en place de services de santé mentale intégrés au milieu communautaire.



TOUTEFOIS....

- La clientèle en santé mentale choisie très rarement l'endroit où elle va vivre : il s'agit souvent d'une assignation d'office suite à une hospitalisation en psychiatrie.
- Le choix se limite la plupart du temps à des résidences ou appartements avec des structures adaptées.



BREF HISTORIQUE DE L'HÉBERGEMENT EN SANTÉ MENTALE

L'histoire des lieux de soins psychiatrique est liée aux grandes transformations de la structure de la ville et du territoire (Severo, 2009 p. 40) :

- **17^e siècle : Période préindustrielle.** Les malades mentaux sont gardés :
 - À la maison
 - Dans des asiles
 - Dans les prisons
- **18^e-19^e siècles : Période industrielle**
 - Mise sur pied des asiles en centres urbains afin d'y recevoir les « aliénés »



BREF HISTORIQUE DE L'HÉBERGEMENT EN SANTÉ MENTALE

- **20^e siècle : Période contemporaine**
 - **Début du 20^e siècle** : Réinsertion des bâtiments hospitaliers en milieux urbains
 - **Années 60' : Désinstitutionnalisation**
 - Mise en place de plusieurs ressources d'hébergement avec différents niveaux de suivi :
 - Le modèle se caractérise par un continuum linéaire de ressources d'hébergement dans lequel la personne progresse d'un milieu de vie plus encadré à un autre qui l'est moins au fur et à mesure qu'elle gagne en autonomie.
 - L'inverse s'applique s'il y a perte d'autonomie.

Notre bassin de ressource en santé mentale



L'HÉBERGEMENT EN SANTÉ MENTALE

RESSOURCES RÉSIDENTIELLES SOUS ENTENTE AVEC UN ÉTABLISSEMENT GESTIONNAIRE :

- **RI : Ressources intermédiaires (plus de 9 personnes)**
- **RTF : Ressources de type familiale (maximum 9)**
- **RA : Ressources autres**
- **RE : Ressources établissement :**
 - **Appartements Supervisés** → Milieux de vie individualisés.
 - **Résidences de groupe** → Milieux de vie de groupe avec chambres privées.
 - **Transitoires** → Milieu de vie de groupe offrant de courts séjours de +/- 6 mois.
 - **Gérontopsychiatrie** → Milieu de vie de groupe adapté à la mobilité réduite pour une clientèle avec un profil gériatrique et des troubles psychiatriques sévères et persistants mais ne présentant pas un requis de soins en CHSLD.
 - **Ressources et services à vocation particulière** → Psychiatrie légale, Centre de crise Émile-Nelligan



RESSOURCES RÉSIDENTIELLES NON RATTACHÉES À UN ÉTABLISSEMENT

La gérontopsychiatrie



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



LA GÉRONTOPSYCHIATRIE

DÉFINITION DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA :

« La gérontopsychiatrie est une **surspécialité de la psychiatrie** qui s'intéresse à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des **troubles mentaux complexes** qui se manifestent **chez les aînés**. » (<https://www.royalcollege.ca>)



BREF HISTORIQUE

- **1930** : Apparition des soins médicaux gériatriques au Royaume-Uni.
- **1978** : Mise sur pied du Programme de gérontopsychiatrie à l'IUSMM par le DR. Brunet.
- **1980** : Fondation de la Société de gérontopsychiatrie du Québec par les Drs. Brunet, Fréchette et Potvin à l'IUSMM.
- **1989** : Reconnaissance de la gérontopsychiatrie en tant que surspécialité au Royaume-Uni.



BREF HISTORIQUE

- **Années 90** : Le service de gérontopsychiatrie comptait jusqu'à 5 unités de soins de longue durée qui ont été progressivement fermées.
 - Plusieurs patients souffrants de troubles mentaux graves, hospitalisés de longue date pour la plupart, ont pu intégrer des ressources d'hébergement, dont certaines ont été conçues et parfois bâties pour les accueillir : **Tourterelle, Charlemagne, L'Horizon et Charlemagne 2** (maintenant fermée car relocalisée dans la communauté).
 - D'autres ont été hébergés en CHSLD.
- **1997** : Inauguration de la Clinique externe de gérontopsychiatrie.
- **2009** : Reconnaissance de la gérontopsychiatrie en tant que surspécialité au Canada.
- **2015** : 162 gérontopsychiatres certifiés dont 33 au Québec
 - Inauguration du Service d'hospitalisation à domicile et de résolution de crise en gérontopsychiatrie à l'IUSMM.

LES RESSOURCES ÉTABLISSEMENT DE GÉROTOPSYCHIATRIE AFFILIÉES À L'IUSMM

Notre bassin compte 3 ressources :

CHARLEMAGNE :

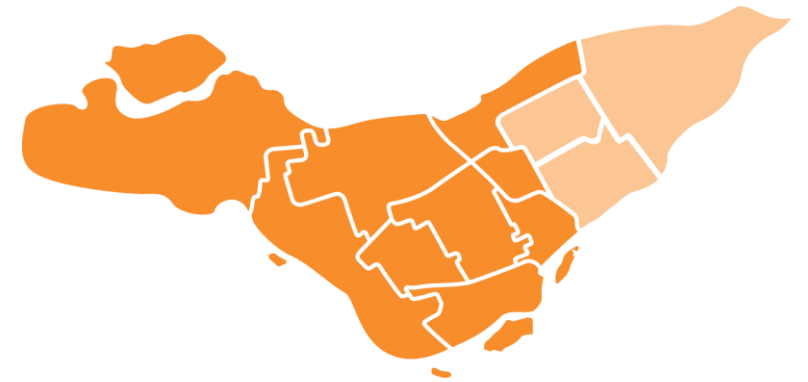
- Hochelaga-Maisonneuve, Est de MTL.
- Milieu **OUVERT** avec porte codée.

TOURTERELLE :

- Hochelaga-Maisonneuve, Est de MTL.
- Milieu **OUVERT** avec possibilité de système anti-fugue.

L'HORIZON :

- Mercier-Hochelaga, Est de MTL.
- Milieu **OUVERT**.





CARACTÉRISTIQUES DES MILIEUX DE VIE

Clientèle : +/- 21 clients, âge moyen de 68 ans.

VC : Diapo un peu chargée mais contenu important...

Personnel : 24/7 → R.U.V., I.C.A.S.I, infirmières, infirmières auxiliaires, ASSS (auxiliaires de service), éducateurs, préposés à l'entretien ménager et cuisiniers.

Mandat et mission :

- Accueillir des personnes présentant un profil gériatrique et des troubles psychiatriques sévères ou persistants en leur offrant un milieu d'hébergement, d'évaluation et d'intervention répondant à leurs besoins.
- Accompagner et soutenir la clientèle cible afin de favoriser l'adaptation et le maintien ou l'intégration dans la communauté.
- Mandat transitoire court ou moyen terme (+/- 3 ans). « Aussi court que possible mais aussi long que nécessaire ».

Lieux physiques :

- Chambre individuelle, meublée avec lit électrique adapté à la gériatrie.
- Adapté à une clientèle à mobilité réduite : ascenseur, rampes d'appuis au mur, douches adaptées, rampe d'accès extérieure, etc.
- Clientèle et bureaux de soins et services répartis sur 3 à 4 étages (pas de cloche d'appel au chevet)
- Présence d'une cour extérieure ou d'une terrasse adaptée, selon les milieux.



OFFRE DE SERVICE

VC : Diapo un peu chargée. Possibilité de réduire à l'essentiel et dire verbalement le reste?

Comprend :

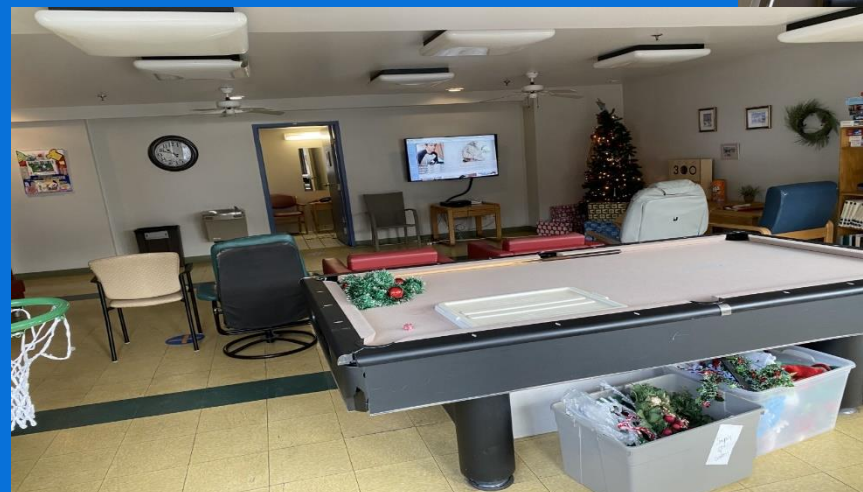
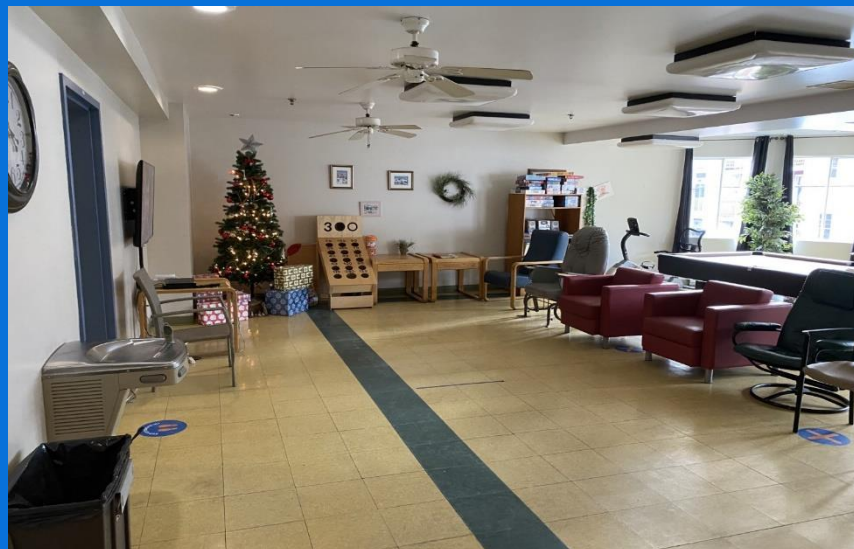
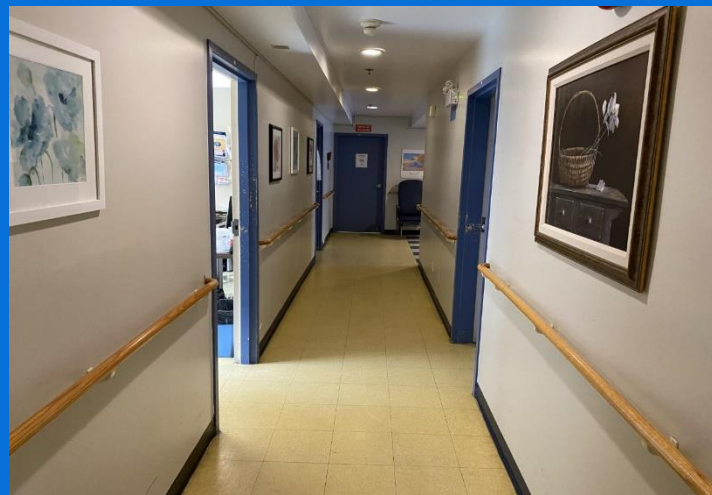
- Un remboursement mensuel de 10.00\$ pour produit d'hygiène;
- 3 repas compris avec menu adapté selon les besoins (molle, haché, etc.) et diète particulière;
- Collation en après-midi et en soirée;
- Enseignement et support pour les activités de la vie quotidienne et la mise en place d'une routine saine et adaptée;
- Soutien et accompagnement dans l'élaboration et la réalisation de projets personnels;
- Gestion et enseignement à l'automédication si applicable et approprié sinon, distribution de la médication;
- Apprentissage à l'utilisation des services offerts dans la communauté (centre de jour, transport en commun, commerces dans le quartier, etc.);
- Intervention et éducation dans la gestion de la vie quotidienne misant sur la responsabilité et le développement ou minimalement le maintien des capacités et de l'autonomie fonctionnelle;
- Accompagnement aux RDV médicaux lorsque requis;
- Suivi infirmier;
- Activités thérapeutiques en groupe et individuelle;
- Plan d'intervention individualisé.

POUR LES CURIEUX !

Quelques photos

Les 3 résidences offrent un milieu de vie physique semblable, sur 3 étages avec ascenseur. Les lieux communs, bureaux de soins et chambres se partagent sur les étages.





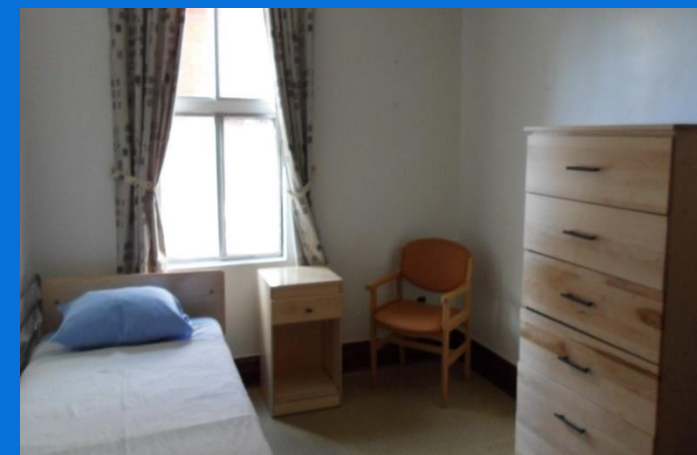
CHARLEMAGNE

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



LA TOURTERELLE

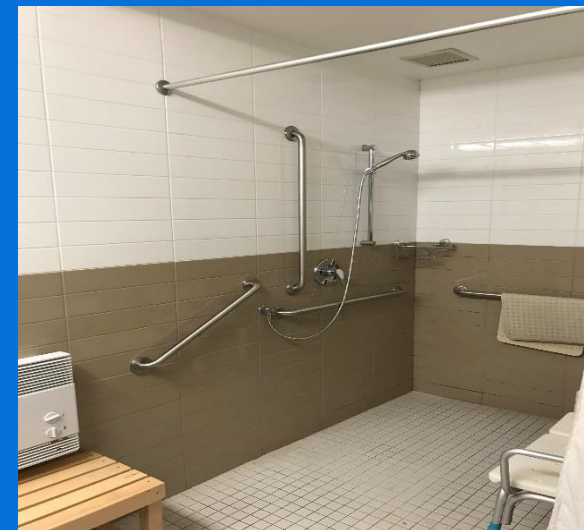
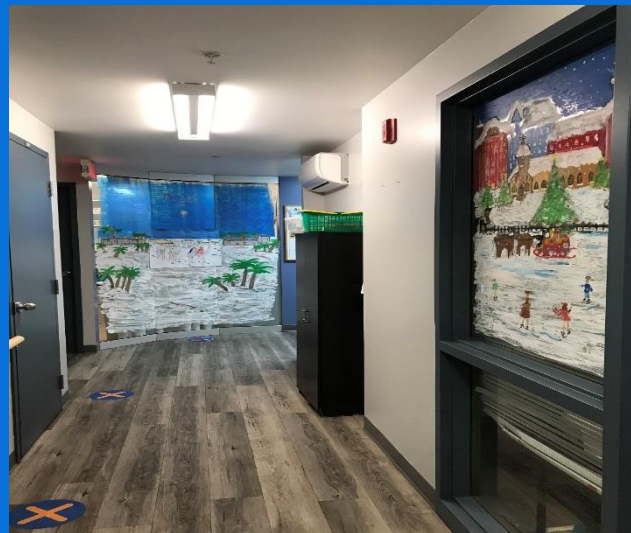
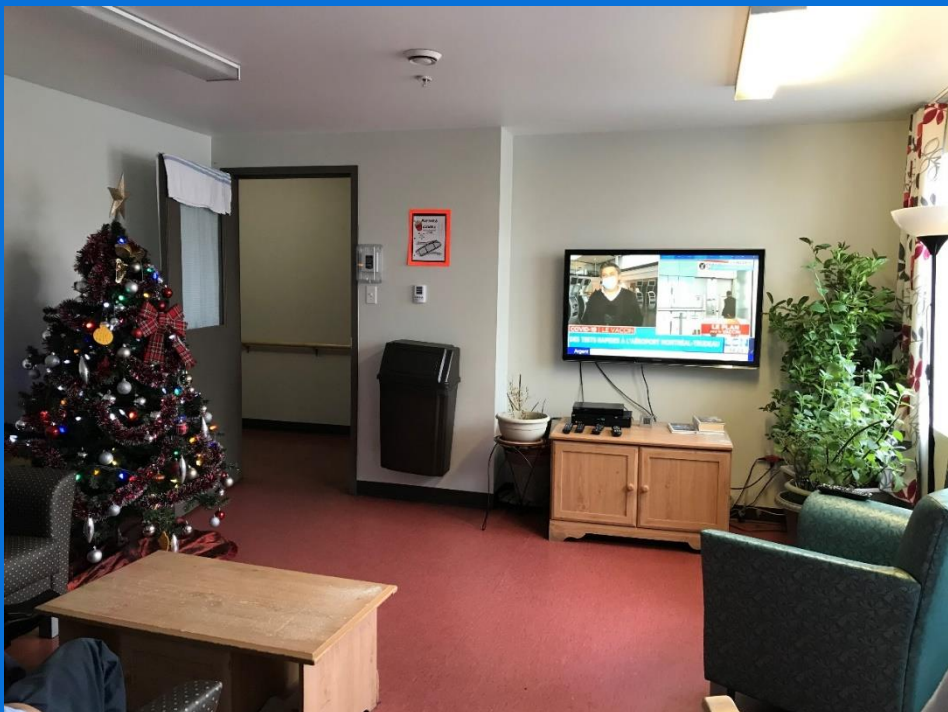


Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



L'HORIZON



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal



Ce que nos clients en pensent

1 client / RE

- CHARBONNEAU
- DEMERS
- TOUGAS

les noms resteront confidentiels

QUESTION : prénom, âge ; pourquoi vous êtes hébergés ici et pas ailleurs.

3 VIDÉOS CLIENTS

VIDÉO

VC : ou témoignages écrits si pas possible

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Profil gériatrique
- Un ou des diagnostic(s) en santé mentale
- Avoir besoin de soutien et d'assistance dépassant l'offre de service en communauté **mais inférieur au prérequis en CHSLD : Iso-Smaf = ou < à 8)**
- Avoir un suivi professionnel et médical actif et continu en santé mentale au moment de l'admission. → voir note oral
- Avoir la capacité de s'adapter à la vie en ressource résidentielle
- Pouvoir fournir un consentement libre et éclairé (ou être sous ordonnance)





CRITÈRES DE NON-ADMISSIBILITÉ

NON ADMISSIBILITÉ TEMPORAIRE

- Instabilité médicale/psychiatrique
- Perte importante d'autonomie physique et/ou cognitive (infection sous jacente par exemple)
- Potentiel de dangerosité élevé pour soi-même ou les autres (décompensation)
- Comportements perturbateurs malgré le soutien intensif offert (addictions, agressivité, harcèlement, etc.)

NON-ADMISSIBILITÉ PERMANENTE

- Diagnostic de déficience intellectuelle sévère
- Perte d'autonomie sévère nécessitant un hébergement dans le réseau en santé physique : **Iso-Smaf > à 8**
- Trouble neurocognitif

PROCESSUS D'INTÉGRATION

La demande, l'accès et l'intégration en Ressource établissement (RE) en gérontopsychiatrie se fait à travers le **Mécanisme d'accès régional en santé mentale (MARSM)** selon les étapes suivantes :



1. Demande d'Accès
2. Comité régional d'accès
3. Entrevue avec l'utilisateur
4. Jumelage
5. Visite pré-intégration
6. Acceptation et intégration

LA DEMANDE INITIALE EST FORMULÉE PAR L'ÉQUIPE TRAITANTE, GÉNÉRALEMENT LE/LA TRAVAILLEUR(SE) SOCIAL(E) AU DOSSIER.

TRANSITOIRE D'ACCORD, MAIS APRÈS ?

- Le séjour en ressource établissement s'inscrit dans un processus linéaire : le client peut cheminer d'une ressource à l'autre selon que le profil clinique s'allège ou s'alourdisse.
- Les séjours en RE de gérontopsychiatrie sont généralement plus long en lien avec le profil gériatrique de notre clientèle. Ils varient entre 3 à 5 ans en moyenne.
- La relocalisation se fait dans le respect des limites du clients et en fonction de l'évolution de l'intensité de soin requise.





DÉMARCHE DE RELOCALISATION POST-HÉBERGEMENT

Processus de relocalisation :

1. Discussion de cas autour de l'évolution du portrait clinique
2. Mise à jour du profil en lien avec les besoins tels que nommés par le client, l'équipe soignante ou l'équipe traitante
3. Rédaction et envoi de la demande à l'accès par l'intervenant social au dossier en clinique externe de psychiatrie ou en 1 ère ligne (CLSC)
4. Traitement de la demande, orientation et mise sur la liste d'attente pour le prochain hébergement



Exemple de situations justifiant une relocalisation

- Complexification du profil clinique psychiatrique
 - Ex. : Escalade et aggravation des comportements agressifs sans possibilité de retour vers un profil stable r/a Clozaril doit être cessée et contribuait grandement à la stabilité, etc.
- Dégradation de l'autonomie fonctionnelle
 - Ex. : Perte de mobilité, dégradation de l'état général, dégénérescence neurocognitive, etc.
- Gain d'autonomie
 - Ex. : Mandat de réadaptation accompli, perte de poids permettant une mobilisation optimale donc retour à une autonomie fonctionnelle, stabilisation de l'état de santé physique, rémission de la dépression, etc.
- Demande du client
 - Ex. : Insatisfaction, inconfort, veut se rapprocher de sa famille, etc.



Types de milieux pour une relocalisation

En fonction de l'évolution du portrait clinique psychiatrique ou physique :

- CHSLD
- RNI, RTF (Ex. : Létourneau, Louis-Riel, La verticale)
- Foyer de groupe (Ex. : La Petite Patrie)
- Appartements supervisés (Ex. : Appartements Du Marché)
- Appartements subventionnés avec services communautaires (Ex. : Appartements St-Michel, Maison Dominique, Logi 12+)
- Appartement autonome



NOTRE RÉALITÉ : approches d'intervention

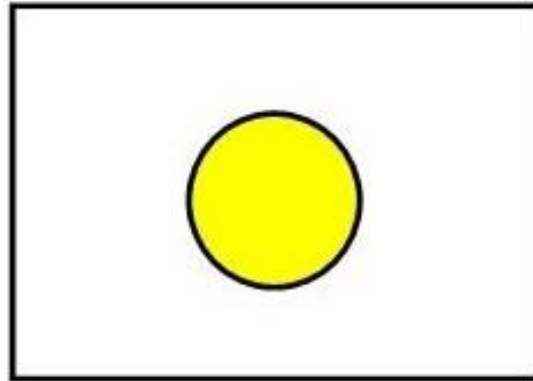




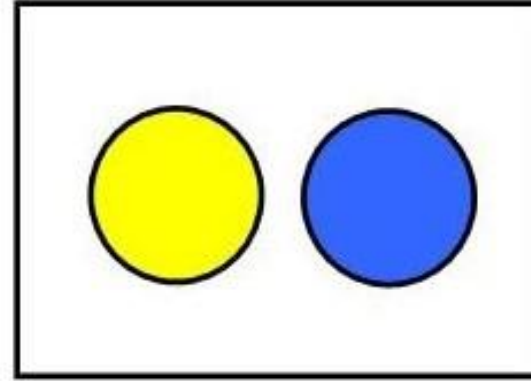
CONCEPTS CLÉS DANS LE PROCESSUS DE MAINTIEN DES ACQUIS ET/OU DE RÉADAPTATION



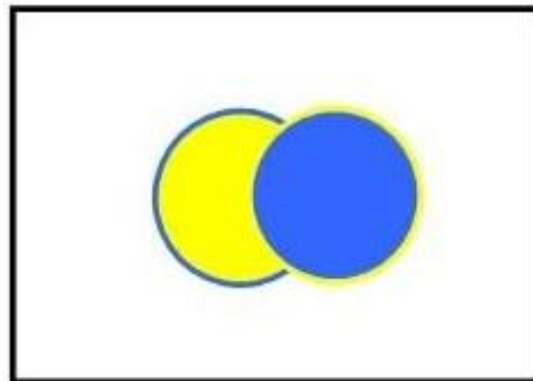
Multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité



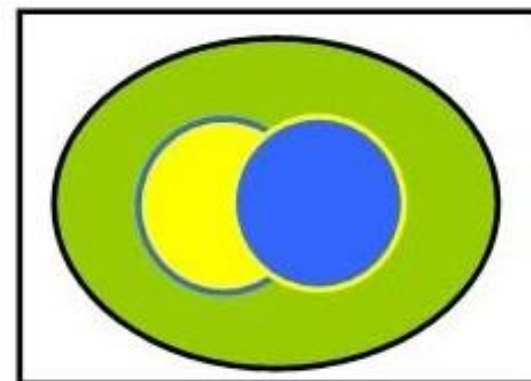
Discipline



Multidisciplinarité



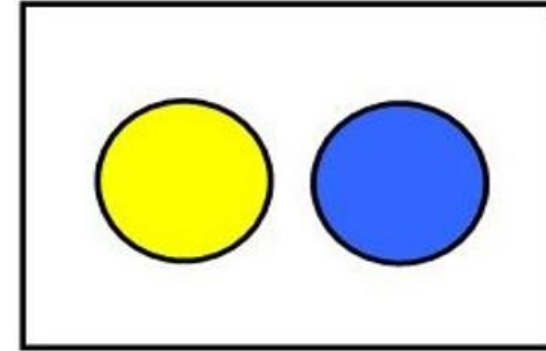
Interdisciplinarité



Transdisciplinarité

Quelques définitions

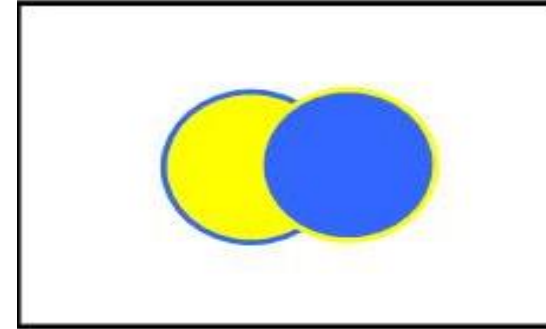
Multidisciplinarité Pluridisciplinarité :



Recours à plusieurs disciplines autour d'un même thème (client). Le client est abordé de différents points de vue en faisant coexister plusieurs domaines, dans un objectif de complémentarité pour la résolution d'un problème. Donc, c'est une approche parallèle tendant à un but commun par addition des contributions spécifiques.

Quelques définitions

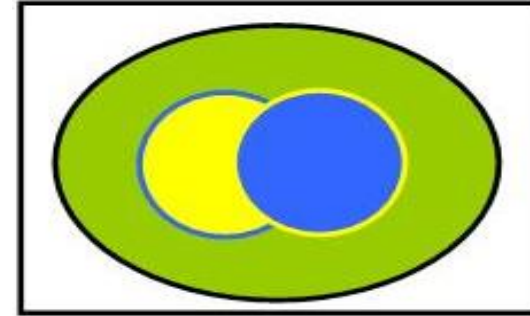
Interdisciplinarité :



Interaction existant entre deux ou plusieurs disciplines. Les acteurs mettent leurs connaissances ensemble pour travailler en collaboration dans un but commun. Elle implique de fortes interactions et l'enrichissement mutuel. Ceci demande une coopération active dans un processus de résolution de problèmes complexes.

Quelques définitions

Transdisciplinarité:



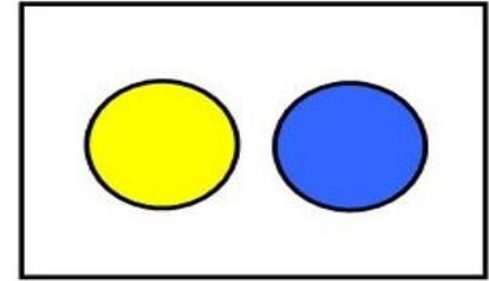
Il n'y a plus de frontières entre les différentes disciplines. C'est à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline qu'on travaille sur la problématique. Sa finalité est la compréhension de la problématique. La transdisciplinarité ne recherche pas la maîtrise de plusieurs disciplines, mais l'ouverture de toutes les disciplines.



Nos ressources **utilisent les trois formes d'interactions** pour s'assurer de permettre une réadaptation optimale pour le client ou un maintien des acquis, le cas échéant.

APPLICATIONS PRATIQUES DANS LE MILIEU

MULTIDISCIPLINARITÉ

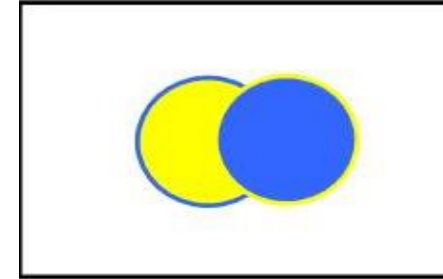


EXEMPLE : difficulté a/n de l'hygiène

- **Infirmier : enseignement** → risque de plaie, etc...
- **Éducateur : gérer l'enjeu de réadaptation** → stimuler, motiver, encadrer, etc...
- **ASSS : soins proximaux** → aide, communication des risque observables, etc...
- **Médecin de famille : évaluation et prescription** → crème antifongique, etc...
- **Infirmier clinique de plaie : suivi** → recette pansement, etc...
- **Ergo/Physio : évaluation et recommandation** → nécessité coussin ergo, outil favorisant l'autonomie (brosses), etc...

APPLICATIONS PRATIQUES DANS LE MILIEU

INTERDISCIPLINARITÉ

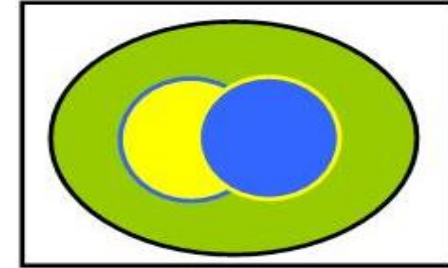


EXEMPLE :

- **Réunions cliniques bimensuelles** : mise en commun des idées pour échange de solution et mise en place d'un plan d'intervention
 - Risque de plaie avéré et discussion autour d'une solution en fonction de notre champs d'expertise et le résultat attendu.

APPLICATIONS PRATIQUES DANS LE MILIEU

TRANSDISCIPLINARITÉ



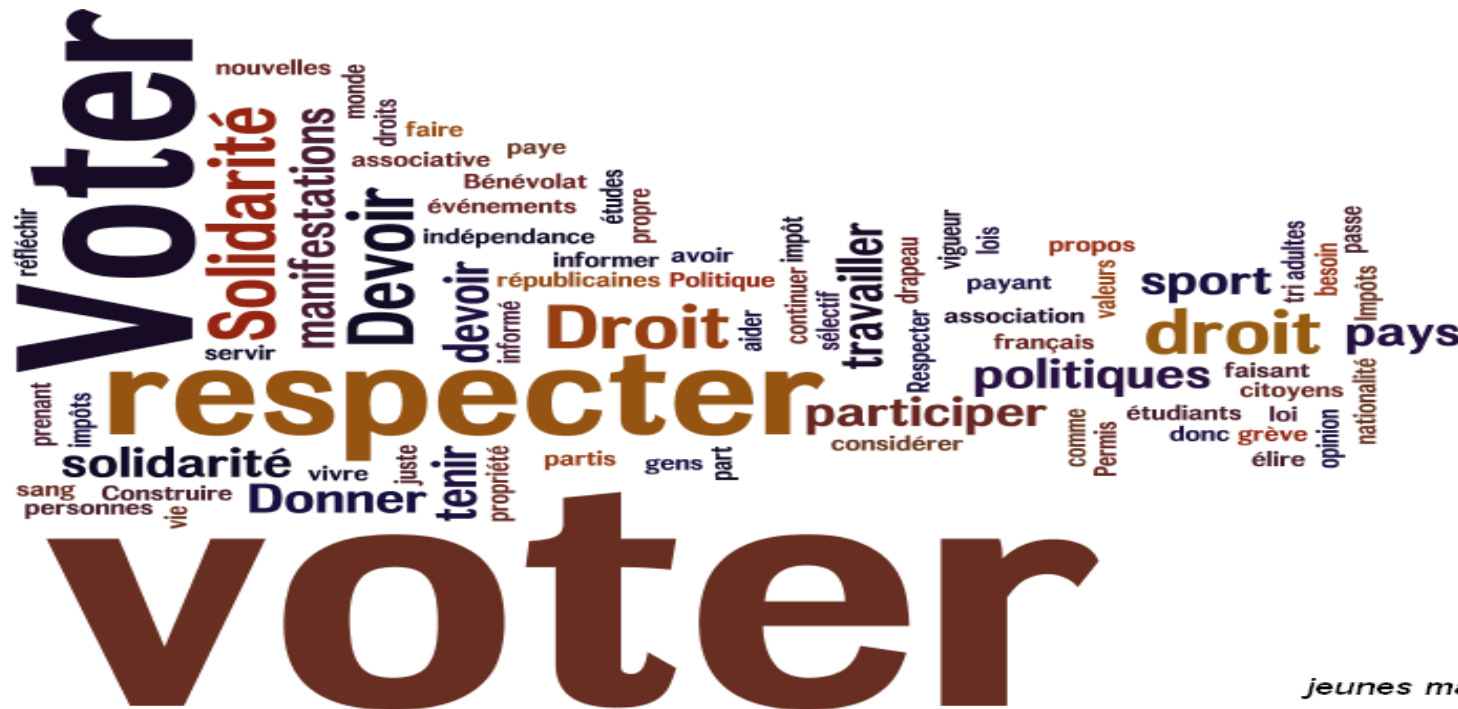
EXEMPLE : dans le quotidien du client, l'équipe travaille en transdisciplinarité pour régler la problématique et atteindre les objectifs définis au plan d'intervention.

- **Infirmière** : donne la douche car cliente exige intervenante féminine et pas d'ASSS féminin
- **ASSS**: application de crème selon la loi 90
- **Éducateur** : change la culotte incontinence r/a risque de plaie et ASSS en surcharge.
- **ICASI** : supervision des exercices de mobilisation.



Pleine citoyenneté

Nous ne pouvons parler d'hébergement, de rétablissement et de réadaptation sans parler de **PLEINE CITOYENNETÉ**



jeunes majeurs

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal





Qu'est ce que la citoyenneté

AVOIR UNE PLACE

AVOIR SA PLACE

ÊTRE SUJET





Définition de la pleine citoyenneté

- *Au sein d'une collectivité, la pleine citoyenneté consiste, pour les individus qui la composent, en **la possibilité de jouer un rôle actif dans le respect de leurs droits, devoirs et capacités;***
- *L'exercice de la pleine citoyenneté fait donc appel à la solidarité et à la place que notre collectivité accorde à chaque individu.*

<https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/12/colloque-xviie-c13-atelier.pdf>



Nos partenaires de la communauté :

C'est aussi en collaborant avec les acteurs de la communauté que nous renforçons l'activation de la pleine citoyenneté :

- Pharmacie communautaire
- STM, taxis, transport adapté
- Cliniques médicales sans RDV et médecin de famille en GMF
- Hôpitaux de soins physique et psychiatrique
- Service d'urgence et de support : 9-1-1 , 8-1-1
- Patrouille mobile de l'IUSMM : support aux intervention
- Centre de crise : répits, évaluation
- Service de police : P-38, police communautaire, intervention en cas d'urgence.
- Etc.....

SERVICES AXÉS SUR LE RÉTABLISSEMENT

Pour graphiste :
possibilité de
trouver une image
de meilleure
résolution? - Merci




Le rétablissement ne veut pas dire « Devenir normal »

Le rétablissement, c'est...

- S'engager dans un processus non-linéaire en perpétuelle évolution avec ses essais et ses erreurs, ses espoirs et ses doutes : expérience unique pour chaque individu.
- Redonner un sens à sa vie, la rendre intéressante et satisfaisante en présence ou non de symptômes et de problèmes.
- Faire ses propres choix, faire preuve d'autodétermination.
- Se centrer sur **ses** forces, **ses** compétences, **ses** stratégies, **malgré la présence de la maladie et de ses symptômes.**
- Retrouver son pouvoir d'agir et reprendre sa place dans la communauté.

Ce n'est pas le privilège de certaines personnes exceptionnelles. Il est possible pour tous.



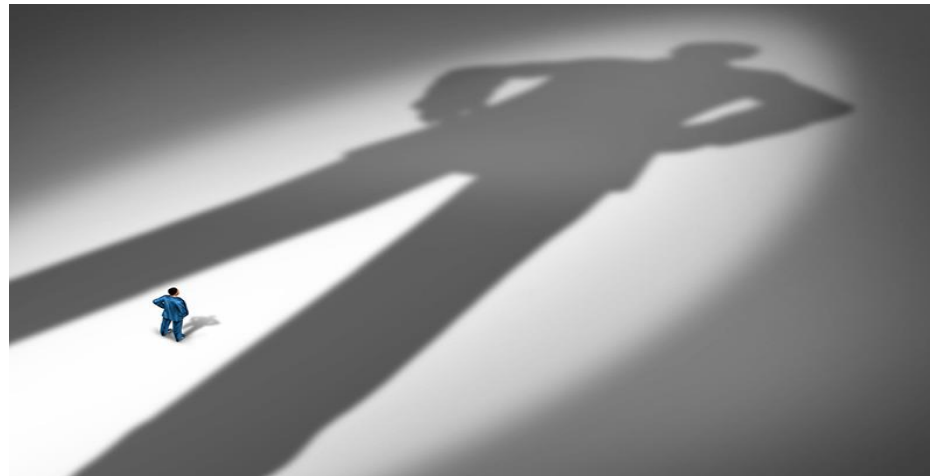
Selon le modèle de soutien communautaire axé sur les forces des individus, le rétablissement **PEUT** toucher les 9 sphères de vie :

1. *Situation de vie quotidienne*
2. *Finance/programmes*
3. *Travail*
4. *Éducation*
5. *Réseau social*
6. *Santé*
7. *Loisir/récréatif*
8. *Sexualité*
9. *Spiritualité*

Pour devenir un plein citoyen en processus de rétablissement il faut que le client reprenne le pouvoir sur sa vie

Quelques caractéristiques liées à l'appropriation du pouvoir :

- *Avoir un pouvoir de décision*
- *Avoir accès à l'information et aux ressources*
- *Avoir le choix*
- *S'affirmer*
- *Avoir confiance en soi*
- *Garder espoir*
- *Faire valoir ses droits*
- *Etc...*



Les différentes lois entourant la santé mentale et leur application dans nos milieux





Loi P-38 : loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui

« Loi d'exception permettant de priver temporairement une personne de sa liberté, dans la mesure où son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui »

(Le droit, 6 nov. 2020)



APPLICATION DANS NOS MILIEU :

Cette loi est utilisée dans les cas où la personne nous semble présenter un danger et qu'elle refuse de consulter son psychiatre ou d'être hospitalisée. Dans ces moments, les policiers peuvent intervenir de force et obliger une personne à se rendre à l'urgence psychiatrique

La P-38 s'applique dans nos milieux de gérontopsychiatrie mais s'il n'y a pas d'ordonnance, elle s'applique à la discrétion du jugement des policiers

- Par ex. : Si le client est calme à leur arrivée et/ou qu'il refuse l'hospitalisation, il n'y sera pas nécessairement forcé.



Les gardes en établissement

- S'appliquent lorsqu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour le public et que la Cour du Québec ordonne que cette personne soit mise sous garde dans un établissement hospitalier pendant un certain temps, et ce, sans son accord.
- La « **mise sous garde** » signifie que la personne jugée dangereuse pour elle-même ou pour le public sera gardée dans un établissement hospitalier pour une période de temps fixée par la Cour du Québec.

<https://www.taq.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale>



La garde préventive

Autorise un médecin à garder la personne sous observation sans son consentement et sans ordonnance d'un juge pour un maximum 72 heures s'il juge qu'elle représente un danger **GRAVE ET IMMÉDIAT** pour elle-même ou son entourage en raison de son état mental. La personne garde toutefois son droit au refus de traitement.



APPLICATION DANS NOS MILIEUX :

Une garde préventive peut être demandée par le psychiatre traitant s'il juge que le client nécessite un arrêt d'agir en raison du danger immédiat et grave qu'il présente pour lui-même ou l'entourage.





La garde provisoire

À la demande d'un médecin ou d'un tiers intéressé (famille, amis, intervenants), le tribunal peut ordonner qu'une personne soit provisoirement gardée dans un hôpital pour une durée maximum de 96h afin d'y subir une évaluation psychiatrique s'il croit que la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

Source : *Perspective infirmière*, mai-juin 2018. vol 15 no. 3
page 38-39



APPLICATION DANS NOS MILIEUX DE VIE :

Les intervenants de la résidence peuvent demander une garde provisoire pour un résident qui n'est pas en ordonnance, qui refuse l'hospitalisation et qui présente un danger pour lui-même ou pour autrui.



La garde autorisée

Une garde autorisée est demandée par l'équipe de l'hôpital et le juge se basera sur le rapport des deux évaluations psychiatriques pour rendre sa décision. Ainsi, il est impossible d'obtenir une garde autorisée si les psychiatres ne la croient pas justifiée.



NE S'APPLIQUE PAS DANS NOS MILIEUX

La garde autorisée ne s'applique qu'en
établissement hospitalier



Ordonnances et TAQ

- **Ordonnance de traitement** : Le psychiatre en fait la demande mais le juge doit statuer. Le psychiatre doit démontrer que les avantages de la médication sont nettement supérieurs aux effets indésirables qu'elle peut causer.
- **Ordonnance d'hébergement** : Il en va de même pour l'ordonnance d'hébergement. Un juge consent à ordonner un hébergement spécifique ou donne le droit à l'équipe traitante d'approuver le lieu où réside l'usager (*par exemple, dans nos ressources en gérontopsychiatrie*).


<https://www.ciusswestcentral.ca/programs-and-services/mental-health-and-addictions/qui-sommes-nous/concepts-legaux-en-sante-mentale-et-dependance/aspects-legaux-de-la-psychiatrie-au-quebec/#:~:text=Ordonnances%20de%20traitement%20et%20h%C3%A9bergement%20Des%20outils%20I%C3%A9gaux,des%20soins%20qui%20sont%20requis%20%C3%A0%20sa%20condition.>



APPLICATION DANS NOS MILIEUX DE VIE :



Permet la gestion des sorties par l'application du milieu codé ou anti-fugue et facilite l'application de la P-38 lorsque requise.



TAQ : La personne est accusée d'avoir commis une infraction au code criminel et a été jugée non-responsable pour cause de troubles mentaux.

<https://www.taq.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale>



APPLICATION DANS NOS MILIEUX DE VIE :



Certains de nos résidents sont sous TAQ : ils sont libérés sous conditions et les conditions de libération (hébergement, droit de sorties, consommation, etc.) s'appliquent.



Les régimes de protection

- **Fiducie** : Arrangement par lequel une personne confie VOLONTAIREMENT l'administration de ses biens à un intermédiaire pour son propre bénéfice.
- **Tutelle au majeur** : Peut s'appliquer dans le cas d'une personne adulte qui est considérée comme inapte, de façon temporaire ou partielle, de faire valoir ses droits et d'administrer ses biens.
- **Curatelle au majeur** : Plus contraignant, il est destiné à assurer la protection, administrer les biens et permettre à une personne inapte de faire valoir ses droits.

<https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/index.html>



Pour graphiste :
possibilité de
trouver une image
de meilleure
résolution? - Merci

Avant d'être déclarée inapte, une personne doit être évaluée par un médecin ET un travailleur social.

L'inaptitude peut être :

- **Partielle ou totale, selon le degré d'autonomie de la personne**
- **Temporaire ou permanente, selon si sa condition peut s'améliorer ou non.**
 - **Si c'est temporaire, c'est souvent la tutelle qui sera plus appropriée**

APPLICATION DANS NOS MILIEUX DE VIE :



Dans nos milieu de vie, la curatelle/tutelle privée ou publique a surtout pour objectif de gérer les avoirs des clients et de s'assurer qu'il ne subirons pas d'abus de par leur grande vulnérabilité.

Ils s'assurent aussi que les clients ne manquent de rien : vêtement selon les saisons, prothèses, orthèses, cigarettes, etc....



En conclusion...

L'hébergement en gerontopsychiatrie c'est :

- un modèle unique au Québec et au Canada , né d'un besoin important à combler pour une clientèle vieillissante avec des enjeux de santé mentale .
- une innovation en hébergement santé mentale en réponse à l'émergence des besoins spécifiques à cette population qui vieillit comme les autres avec en plus le poids de la maladie mentale et de la médication sur le long terme.
- Un endroit où le rétablissement est non seulement possible mais encouragé et promu pour une clientèle doublement stigmatisée par l'âge et la maladie mentale
- Une vitrine sur l'expertise en santé mentale pour la clientèle vieillissante et en comorbidité.



ET SI.....

La preuve de l'importance de la pérennité pour ce genre de milieu de vie à haute intensité de service n'est plus à faire .

Par contre, les listes d'attente qui s'éternisent et la population que ne s'arrêtera pas de vieillir nous mènent à penser que nous aurions avantage à exporter ce concept et à l'étendre à l'infini !

*Merçi
Beaucoup*



BIBLIOGRAPHIE

- Piat, M., Lesage, A., Dorvil, H., Boyer, R., Couture, A. & Bloom, D. (2008). **Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive.** *Santé mentale au Québec*, 33 (2), 247–269.
- Paradis, A. & al. (1977). **L'émergence de l'asile québécois au XIXe siècle.** *Santé mentale au Québec*, 2 (2), 1–44.
- Doré, M. (1987). **La désinstitutionalisation au Québec.** *Santé mentale au Québec*, 12(2),144-157.
- Cellard,A. et Nadon,D.(1986). **Ordre et désordre : le Montréal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec.** *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 39(3), 345-367.
- Duprey, C. (2007). **La crise de l'enfermement asilaire au Québec à l'orée de la révolution tranquille.** *Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise d'histoire.* UQAM.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014). **Mécanisme d'accès à l'hébergement pour les adultes en perte d'autonomie.** Cadre de référence, décembre 2014.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2015). **Accès priorisé aux services spécialisés.** Cadre de référence, mars 2015.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2015). **Ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal.** Plan de transformation régional, janvier 2015.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2015). **Plan d'action en santé mentale 2015-2020** (consulté le 10 Aout 2021 : www.msss.gouv.qc.ca).
- [Justice et santé mentale : la loi P-38 décortiquée : \(https://www.ledroit.com\)](https://www.ledroit.com)

Source de OMS 2013-2020 ? (diapo 5)

(→ Manque la biblio de Jacinthe, à venir sous peu !!)

Référence des définitions Multi-Inter-Trans-Disciplinaire + Rétablissement + Lois (VC)

VC : Possibilité de mettre des références plus récentes pour les derniers volets? (rétablissement, Lois, définitions, etc.)



CIUSSS
de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 