

Programmation clinique

Appartement de transition Paul-Pau



Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal
Programmes Santé Mentale et Dépendance
Centre Intégré Universitaire de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
octobre 2018

Jézabel Renaud, Spécialiste en activités cliniques



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

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

Québec

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	3
1. Contexte.....	5
2. Description du projet.....	7
3. Modèles théoriques.....	8
4. Troubles graves de santé mentale et soutien au logement.....	9
5. Description de l'appartement de transition.....	11
6. But du programme.....	12
7. Objectifs du programme.....	12
8. Clientèle visée.....	13
9. Protocole d'évaluation et d'intervention.....	14
10. Coordination du programme.....	20
11. Résultats attendus.....	21
12. Conclusion.....	21
13. Définitions.....	22
14. Références bibliographiques.....	23

ANNEXES

1. Questionnaire *Pré-évaluation*
2. Questionnaire *Motivation à participer au projet d'appartement de transition*
3. Questionnaire *Échelle du sentiment d'auto-efficacité personnelle*
4. Questionnaire *Échelle des habiletés résidentielles*
5. Questionnaire *Échelle de satisfaction du programme d'appartement de transition*
6. Carnet de l'utilisateur (outils d'intervention)

Remerciements

À travers les années, nous avons pu constater le besoin de développer et de réaliser ce projet afin de répondre aux besoins des jeunes adultes qui résident au sein de la ressource d'établissement Paul-Pau. Ce projet permet donc d'améliorer les services au sein de la ressource afin de mieux outiller les jeunes adultes à intégrer la communauté de façon la plus optimale possible. Le développement et la réalisation de ce projet sont le résultat de l'implication de multiples acteurs pour lesquels le bien-être des jeunes adultes a été la source de motivation.

Ainsi, à travers ces années, nous tenons à souligner les efforts maintenus par Madame Jézabel Renaud, spécialiste en activités cliniques, et Madame Geneviève Phaneuf, responsable d'unité de vie, pour leur souci de la clientèle et leur recherche constante face à l'amélioration de services visant le bien-être et la pleine citoyenneté. Elles ont réfléchi, soutenu et défendu ce projet avec ardeur !

Un remerciement particulier à Monsieur Pierre Mercier, directeur adjoint à l'hébergement, et Manon Ranger, coordonnatrice à l'hébergement des Programmes santé mentale et dépendance au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Grâce à leur confiance et leur soutien, nous avons pu amorcer les démarches pour la réalisation de ce projet.

Nous tenons aussi à souligner la confiance de Madame Sylvie Dupras et Monsieur Yvan Gendron, respectivement présidente-directrice générale adjointe et président-directeur général du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, lesquels nous ont permis de développer ce projet pour le bien-être de la clientèle ciblée.

Nous tenons à souligner la grande générosité de la *Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal*, laquelle finance la réalisation complète du projet d'appartement. Un sincère remerciement à Madame Carole Morin, présidente générale de la *Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal*, qui a cru au projet et s'est engagée à chercher des promoteurs pour le financement. De plus, un remerciement spécifique au groupe Jeunesse-Vie qui s'est engagé pour la cause et a permis la réalisation concrète du projet avec leur financement et leur implication.

Enfin, plusieurs autres personnes ont collaboré à chacune des diverses étapes de ce merveilleux projet. Considérant l'ampleur des personnes impliquées, nous ne pouvons que souligner de façon plus générale leur collaboration et leur implication :

- Pierre Beaudet, directeur logistique
- Claude Dion, chef de service entretien et fonctionnement IUSMM, ainsi que Manon Leduc, chef de secteur fonctionnement IUSMM, et leur équipe
- Aldo Pucella, propriétaire de l'immeuble de la ressource Paul-Pau
- Marie-Josée Gamache, chargée de projet Direction des services techniques

Finalement, un mot pour souligner les efforts et la motivation des usagers et intervenants de la ressource Paul-Pau. Que ce projet soit une étape enrichissante pour plusieurs!

Sophie Maher

Chef de service, ressources d'établissement

1. Contexte

La ressource Paul-Pau accueille 10 jeunes âgés entre 16 et 20 ans ayant des troubles de santé mentale. Cette clientèle provient de milieux d'hébergement du Centre jeunesse de Montréal - Institut Universitaire (CJM-IU) et du réseau de la santé et de services sociaux. Il s'agit d'un milieu de vie permettant aux jeunes de s'approprier, à leur rythme, davantage d'autonomie afin de faciliter leur passage à la vie adulte.

L'offre de service du foyer de groupe Paul-Pau a été mise en place afin d'assurer un processus harmonieux de transition entre le réseau de services de santé mentale jeunesse et des services de santé mentale adulte. La rupture des services, à l'atteinte de la majorité, est lourde de conséquences pour cette clientèle particulièrement vulnérable en raison du manque de soutien familial et social. D'ailleurs, cette mission demeure d'actualité puisque le dernier plan d'action en santé mentale 2015-2020 souligne l'importance : *d'offrir des soins et des services qui assurent une continuité de services en adaptant l'offre aux besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes et ce, peu importe leur âge.*

Dans un contexte de foyer de groupe, il s'avère difficile pour certains jeunes d'intégrer un appartement autonome à la fin des services d'hébergement de Paul-Pau. Ce constat s'explique en partie par le fait que les jeunes ont un manque d'expérience de vie en appartement, un faible réseau de soutien et une faible estime d'eux-mêmes. D'ailleurs, le défi d'adaptation, qu'exige le passage à la vie adulte, génère chez certains usagers une période de déséquilibre significative. En effet, un individu vivant un trop grand déséquilibre entre ses capacités adaptatives et les exigences de l'environnement risque de se retrouver en inadaptation et de vivre un échec lors de son intégration en communauté. De plus, le contexte du foyer de groupe ne permet pas d'évaluer les habiletés de l'utilisateur en contexte réel de vie en appartement. Ce manque d'informations peut avoir une incidence sur le choix du milieu de vie futur.

Cette réalité amène les professionnels à référer les jeunes vers des ressources d'hébergement de type appartement regroupé ou supervisé afin de combler leurs besoins et de s'assurer qu'ils bénéficient d'un filet de sécurité. L'objectif est d'éviter une rupture de fonctionnement en répondant aux besoins réels de ces usagers qui pourraient éviter un passage dans des ressources à haut niveau d'encadrement.

Certains usagers de la ressource peuvent bénéficier d'un court séjour en appartement de transition afin de développer leur autonomie, prendre confiance en leurs capacités, mobiliser leur réseau de soutien, composer avec la solitude et poursuivre l'élaboration de leur projet de vie. Il est démontré dans la littérature que l'expérience en contexte réel favorise davantage les apprentissages d'habiletés qu'en contexte de simulation (Drake, 1996).

D'ailleurs, le *guide de soutien à la pratique, dans le cadre de la détermination d'un projet de vie* du CJM-IU (2009), définit le projet de vie d'un adolescent comme suit : *"Il s'agit de donner à l'adolescent la possibilité de se projeter dans un avenir intéressant et réaliste à court et moyen terme, de répondre à ses besoins de base de façon plus autonome, de s'intégrer à un milieu de vie adéquat, de s'insérer dans la vie économique, de s'épanouir et de contribuer positivement à la société civile, tout en préservant ses lieux et ses liens d'ancrage"*. Cette définition s'arrime avec l'orientation de l'Institut (IUSMM, 2012) qui soutient une approche de pleine citoyenneté : *« Au sein d'une collectivité, l'expression de 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 »*.

Le projet d'appartement de transition s'inscrit dans une démarche de pleine citoyenneté, de rétablissement, d'élaboration et de réalisation du projet de vie du jeune. Il facilite l'intégration sociale dans la communauté en évitant, pour plusieurs, un passage vers des ressources d'hébergement adulte.

2. Description du projet

La ressource de groupe offre des services de réadaptation à 10 jeunes âgés entre 16 et 20 ans. Les lieux physiques de la résidence nous ont permis de réaménager une partie des locaux du sous-sol et d'y inclure un appartement. Par le fait même, cet aménagement a permis d'accueillir un usager supplémentaire au sein de la ressource.

Le projet consiste à offrir à certains jeunes, dont la plupart sont majeurs, un séjour structuré d'environ 6 à 9 mois en appartement. Ce sont des jeunes qui gagnent à vivre une expérience dans un contexte réel d'apprentissage à la vie en appartement avant l'intégration d'un logement autonome (avec ou sans suivi).

Le séjour en appartement de transition est encadré par une programmation par étapes et par la distanciation progressive des modes de support et de surveillance pour permettre à la personne de se réaliser de manière autonome. Suite au séjour en appartement de transition, le jeune bénéficie d'un suivi fait par un éducateur de Paul-Pau pour une durée de 3 mois à partir de son nouveau milieu de vie.

La programmation comprend des objectifs tels que le développement de l'autonomie, la réalisation d'un projet de vie, le soutien à l'insertion socioprofessionnelle, le développement de la capacité de résolution de problèmes, la mise en place d'un filet de sécurité, le soutien dans la recherche d'appartement, le suivi post-intervention pour assurer la transition vers le nouveau milieu de vie et l'établissement de liens avec des organismes communautaires (p. ex. le Carrefour Jeunesse-Emploi). Des outils d'évaluation, d'intervention et de suivi sont élaborés afin de répondre aux objectifs du programme.

3. Modèles théoriques

Approche individualisée

Au sein des ressources d'établissement, une approche individualisée est préconisée pour tous les usagers. Cette vision permet de considérer chaque usager en fonction de ses forces, ses difficultés, ses besoins et ses désirs. Elle permet également de moduler les interventions et d'offrir des services personnalisés selon les besoins de chaque usager.

Réadaptation psychosociale

Ce modèle a pour objectif de restaurer, de maintenir et d'améliorer la qualité de vie des personnes présentant des troubles mentaux. Il vise le développement et l'utilisation des habilités sociales et fonctionnelles afin d'évoluer dans la communauté.

Rétablissement

Ce concept se définit comme suit : le processus qui permet à l'utilisateur, ayant des troubles mentaux, de développer ou de restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'afflige, puis de reconstruire sa vie dans les limites imposées par son état. Le rétablissement fait référence à une meilleure connaissance de soi, une redéfinition identitaire et une fierté personnelle dans l'atteinte de nouveaux buts.

Pleine citoyenneté

L'approche de la pleine citoyenneté consiste à la possibilité de jouer un rôle actif dans la collectivité dans le respect des droits, des devoirs et des capacités des personnes qui la compose. L'exercice de la pleine citoyenneté fait appel à la solidarité et à la place de chacun au sein de la collectivité.

Psychoéducation pour les troubles de santé mentale

Enseignement sur les différentes habitudes de vie permettant d'avoir une meilleure santé mentale : adopter de saines habitudes de vie (consommation, alimentation, exercices...), acquérir des connaissances de la maladie mentale, développer des stratégies pour la gestion des symptômes, connaître les bienfaits pharmacologiques et aider l'utilisateur à avoir de meilleures conditions de santé. La psychoéducation pour les troubles de santé mentale diminue également le risque de connaître des rechutes et des hospitalisations.

4. Troubles graves de santé mentale et soutien au logement

La littérature porte principalement sur le soutien et l'accompagnement des usagers qui vivent en logement autonome. Cette section expose les meilleures pratiques de ce type de service, car nous considérons qu'elles sont généralisables en contexte d'appartement de transition et pour orienter les services après le séjour.

De nombreuses études soutiennent que le fait de vivre dans un logement stable et convenable est associé à l'amélioration de la santé pour les personnes avec des troubles de santé mentale graves (ex. : Rog, 2004 et Sylvestre, 2007; Kirsh, Gewurtz et Bakewell, 2011). La recherche de Kirsh et al. (2011) supporte que le fait d'avoir accès à un logement subventionné soit un élément fondamental dans le processus de rétablissement des personnes avec des troubles mentaux. D'ailleurs, vivre en logement permet aux personnes d'avoir un espace personnel, d'y organiser une routine en fonction de leurs priorités personnelles, de diminuer le stress et d'augmenter la stabilité.

De plus, il procure le goût de prendre soin de soi et il facilite l'intégration dans la communauté. Cette étude démontre l'importance d'être flexible dans l'intensité du soutien offert aux usagers, de les laisser faire le choix de leurs objectifs, de les supporter à prendre leurs propres décisions, de les soutenir à faire des choix éclairés en les informant des conséquences de ceux-ci. Ces éléments contribuent à la stabilité dans le milieu de vie. Ces chercheurs ont identifié des facteurs clés de soutien en logement selon l'approche orientée vers le rétablissement et aussi utile à l'élaboration de programmes pour ce type de clientèle :

- Favoriser la création ou le maintien d'un réseau social (famille, amis) afin de diminuer l'isolement et augmenter la stabilité en logement.
- Soutenir l'utilisateur à la réalisation de ses objectifs (travail, études, activités).
- Favoriser l'accès à des ressources (logement subventionné, aide financière, éducation) et assister l'utilisateur afin qu'il réponde à ses besoins fondamentaux (nourriture, vêtements).

- Soutenir l'utilisateur à élaborer son plan de crise (filet de sécurité). De plus, le personnel doit être en mesure de reconnaître les signes de décompensation des usagers afin de prévenir les désorganisations.
- Accompagner l'utilisateur dans le développement de ses compétences pour atteindre un niveau d'autonomie optimale.
- Établir un lien de confiance et offrir du soutien à long terme.
- Choisir un appartement dans un quartier avec des accès aux services publics, aux ressources communautaires et selon la proximité du réseau social de l'utilisateur.

Le programme *Assertive Community Treatment* (ACT), dont l'efficacité est reconnue, est basé sur les principes du rétablissement. Les principales composantes sont : l'importance d'établir une collaboration étroite entre les professionnels liés à l'utilisateur, 80 % des contacts de l'utilisateur doivent se faire au sein de la communauté, le suivi doit être intensif (1 à 4 heures par semaine selon l'utilisateur), les membres de l'équipe doivent être activement engagés dans la communauté, les interventions doivent viser la gestion des symptômes et la résolution de problèmes de la vie quotidienne, l'utilisateur doit avoir accès à des services d'intervention en situation de crise (24hrs/7 jours) et enfin la prestation de services doit être aussi longue que nécessaire. Ce programme stipule également que les réunions des membres du personnel doivent être fréquentes pour favoriser le transfert d'informations et de compétences professionnelles.

Enfin, la recherche démontre qu'il est difficile de transposer des compétences acquises dans une situation d'entraînement (ex. : foyer de groupe) à une situation réelle. Il s'avère que le lieu le plus efficace pour l'apprentissage d'habiletés est le contexte réel (Drake, 1996).

5. Description de l'appartement de transition

La ressource a une capacité de 10 places dont 9 places en foyer de groupe (chambre individuelle) et 1 place en appartement de transition. L'appartement occupe une partie de l'espace au sous-sol de la ressource. Il est possible d'accéder à l'appartement par une entrée indépendante (entrée extérieure) et une entrée menant directement à la ressource (entrée intérieure). L'utilisateur occupant l'appartement dispose d'une salle de bain, une chambre fermée, une cuisine et un salon. Il s'agit d'un 2 ½ puisque la cuisine et le salon sont adjacents. L'appartement ne comprend pas de laveuse-sécheuse, l'utilisateur doit faire sa lessive à la buanderie du foyer de groupe.

Le coût du loyer est déterminé en fonction des services utilisés. Dès que l'utilisateur est en mesure de faire son épicerie et de s'alimenter à même son budget, le coût du loyer est revu à la baisse selon la circulaire ministérielle et la comptabilité.

Le programme a une durée maximale de 9 mois. Au terme de la prestation de services en appartement de transition, l'utilisateur est dirigé vers un appartement dans la communauté. Si celui-ci a besoin de soutien à domicile, une recommandation est faite à l'équipe traitante afin que l'utilisateur puisse bénéficier d'un Suivi d'Intensité Variable (SIV) offert en CSSS ou Suivi PACT/SIM offert par les services psychiatriques de certains établissements. Si toutefois, à la fin du processus, l'utilisateur aurait besoin davantage de soutien pour divers motifs et qu'une demande pour une ressource d'appartement avec du soutien 24 heures/7 jours ou 35 heures de supervision par semaine est nécessaire, l'utilisateur retournera au sein du foyer de groupe en attente de cet hébergement pour permettre à d'autres usagers de bénéficier du programme. Les interventions envers cet usager seront modulées en fonction des apprentissages réalisés pendant son séjour en appartement de transition.

6. But du programme

Le but du programme est d'améliorer l'offre de services auprès de la clientèle desservie par l'évaluation et le développement des capacités résidentielles en contexte réel d'appartement. Il vise à mieux répondre aux besoins des usagers et soutenir l'orientation vers la communauté dans une perspective de rétablissement et d'exercice de la pleine citoyenneté. Il soutient également l'amélioration du processus de fluidité par la diminution de la durée de séjour en foyer de groupe et l'orientation vers la communauté à l'intérieur du continuum de soins et des services au sein de l'Institut.

7. Objectifs du programme

- Apprendre à composer avec la solitude liée à la vie en appartement.
- Favoriser la réussite d'une intégration en communauté.
- Soutenir l'utilisateur dans son auto-évaluation à travers son apprentissage expérientiel en regard de ses forces et vulnérabilités résidentielles.
- Observer les compétences résidentielles de l'utilisateur à l'intérieur d'un appartement.
- Développer les compétences résidentielles de l'utilisateur.
- Identifier et initier le projet de vie de l'utilisateur.
- Développer la capacité de résoudre des problèmes liés à la vie en appartement.
- Identifier et utiliser un filet de sécurité (plan en cas de crise).
- Soutenir les projets d'insertion socioprofessionnelle.
- Élaborer un portrait global des habiletés résidentielles de l'utilisateur dans le but de l'orienter vers les services les mieux adaptés à ses besoins.
- Créer des liens et utiliser les services offerts par des organismes communautaires.
- Soutenir la recherche d'appartement avec l'utilisateur.
- Assurer un suivi post-intervention pour faciliter la transition vers le nouveau milieu de vie.

8. Clientèle visée

Critères d'inclusion

- Avoir un trouble de santé mentale et avoir un suivi psychiatrique et social.
- Le trouble de la santé mentale peut être accompagné de problèmes de dépendance, de problèmes légaux ou de troubles du comportement.
- Provenance du foyer de groupe Paul-Pau.
- Motivation à s'engager dans une démarche d'observation, d'auto-évaluation, d'évaluation et de soutien au développement de l'autonomie.
- Habiletés de base pour subvenir à ses besoins.
- Décision conjointe entre l'utilisateur, l'équipe traitante et l'équipe de la ressource pour la participation au programme.
- Manque d'informations et d'observations sur le potentiel de l'utilisateur à vivre en appartement.

Critères d'exclusion

- Comportements à risque pour l'utilisateur ou autrui.
- Ne possède pas d'habiletés résidentielles de base pour subvenir à ses besoins.

9. Protocole d'évaluation et d'intervention

Étapes **avant** la participation au programme

Questionnaire *Pré-évaluation* (intervenants)

Le questionnaire *Pré-évaluation* comprend des informations sur les habiletés de base requises (autonomie, sécurité) pour participer au programme. À cette étape, il importe de bien cibler la clientèle afin de s'assurer que le projet soit réaliste. La complétion du questionnaire peut également fournir des indicateurs sur les habiletés à développer avant d'envisager la participation au programme. Si l'utilisateur correspond aux critères de sélection, l'équipe traitante est consultée afin d'arriver à une prise de décision conjointe sur la participation au programme. Il est important d'expliquer le programme à l'équipe traitante.

Explication du projet à l'utilisateur

Suite à la possibilité de l'utilisateur à participer au projet, le programme lui est expliqué en détail. Il est important d'expliquer la teneur de l'implication à participer au programme. Pour bien expliquer le programme, on peut présenter le carnet de l'utilisateur.

Liste d'attente

Les usagers pouvant bénéficier du programme sont placés sur une liste d'attente à la ressource. L'accès à l'appartement est déterminé selon un critère de temps. La candidature d'un usager dont le tour est arrivé, mais vivant une période de désorganisation ou souhaitant profiter plus longtemps des services du foyer de groupe, est reporté.

Questionnaires auto-rapportés (usagers)

1) *Questionnaire sur la motivation* : Ce questionnaire est complété par l'utilisateur lui-même. Il sert à connaître sa motivation à participer au projet. La motivation est un élément important, car l'utilisateur sera confronté à des interventions intensives pour le développement de ses compétences résidentielles.

2) *Échelle sur le sentiment d'auto-efficacité personnelle* : Cet instrument permet de mesurer le sentiment d'auto-efficacité personnelle, une forme de confiance. Il mesure la croyance en ses capacités d'atteindre ses buts et de faire face aux situations imprévues. Le temps de passation est d'environ 5 minutes. Il comprend 10 énoncés en 4 points. Il a fait l'objet de validation et de traduction dans de nombreux pays. La validité de l'outil est satisfaisante. Il est passé au début et à la fin du programme. L'objectif est savoir si la participation au programme a eu une incidence sur le sentiment d'auto-efficacité de l'utilisateur.

Étapes **pendant** la participation au programme

Mois 1 : Intégrer l'appartement

Objectifs :

- Observer l'usager dans son nouveau milieu.
- Se familiariser avec les nouvelles activités de vie quotidienne/domestique (AVQ/AVD) liées à la vie en appartement.
- Se familiariser avec les moments de solitude liés au fait de vivre seul.

Moyens :

- Utiliser les outils du carnet de l'usager.
- Soutien direct à l'usager lors de la réalisation de ses AVQ/AVD.
- Accompagnement dans la communauté.
- Rencontres avec l'usager (éducateur et infirmier).

Activités :

1) Intégration (première semaine) :

- Distribuer et expliquer le carnet de l'usager (recueil qui comprend des informations et des outils pratiques pour l'usager à compléter avec son éducateur au cours du séjour : listes d'épicerie, plan budgétaire, calendrier, tâches d'entretien du logement...).
- Établir un calendrier hebdomadaire en fonction des disponibilités de l'usager et de l'éducateur. Cet outil permet d'indiquer les activités quotidiennes qui seront réalisées telles que l'épicerie, entretien du logement ou préparation des repas.
- Rencontre avec l'infirmier : évaluation de la phase d'autogestion de la médication, enseignement, traitements, rendez-vous médicaux, suivi santé physique...
- Rencontre entre l'intervenant pivot, l'éducateur et l'usager.

2) Suivi (semaines suivantes):

- À chaque semaine lors de la rencontre hebdomadaire principale, l'usager doit planifier le calendrier de ses activités (rendez-vous, rencontres avec l'éducateur, accompagnement à l'épicerie, établissement du budget, tâches ménagères à réaliser, planification des repas, ateliers culinaires).
- Afin de réaliser les différentes activités prévues au calendrier, l'usager a des contacts quotidiens avec l'éducateur. Il est accompagné dans l'apprentissage de ses AVQ/AVD.

Cibles à atteindre (indicatif et non linéaire) :

- Avoir expérimenté les différentes AVQ/AVD liées à la vie en appartement (budget, épicerie, cuisine, entretien du logement, médication...).
- Avoir su occuper son temps pour combler des moments de solitude.

Mois 2-3-4 : Développer son autonomie et évaluer

Objectifs :

- Faire l'évaluation initiale avec l'usager dès le début du deuxième mois (semaine 5 ou 6 de l'intégration).
- Établir des objectifs selon les besoins de l'usager.
- Développer l'autonomie en lien avec les AVQ/AVD liées à la vie en appartement.

Étapes **pendant** la participation au programme

Moyens :

- Utiliser les outils du carnet de l'utilisateur.
- Soutien direct à l'utilisateur lors de la réalisation de ses AVQ/AVD.
- Accompagnement dans la communauté.
- Rencontres avec l'utilisateur (éducateur et infirmier).

Activités :

1) Évaluation initiale :

L'Échelle des habiletés résidentielles couvre plusieurs volets de fonctionnement (alimentation, finances, sécurité, médication, santé mentale, résolution de problèmes, etc.). La complétion de l'échelle est effectuée par l'éducateur en collaboration avec l'utilisateur. Si la cote de l'utilisateur et de l'éducateur diffère, ce sont les observations de l'éducateur qui sont retenues comme notation.

2) Identification des objectifs et moyens :

Suite aux observations et aux résultats de l'échelle des habiletés résidentielles, l'éducateur et l'utilisateur sont en mesure de cibler des objectifs sur lesquels ils souhaitent concentrer leurs efforts pour les trois prochains mois (objectifs révisés chaque mois).

3) Suivi :

À chaque semaine lors de la rencontre hebdomadaire principale, l'utilisateur doit planifier le calendrier de ses activités (rendez-vous, rencontres avec l'éducateur, accompagnement à l'épicerie, établissement du budget, tâches ménagères à réaliser, planification des repas, ateliers culinaires).

Afin de réaliser les différentes activités prévues au calendrier, l'utilisateur a des contacts quotidiens avec l'éducateur. Il est accompagné dans l'apprentissage de ses AVQ/AVD.

Cible à atteindre (indicatif et non linéaire)

- Avoir réalisé la plupart des AVQ/AVD (hygiène, entretien du logement, lessive, gestion de la médication, alimentation, épicerie, rendez-vous) avec un soutien direct, verbal ou sans soutien.

Mois 5-6-7 Exercer son autonomie

Objectifs :

- Poursuivre les observations dans l'appartement.
- Accompagner l'utilisateur en modulant l'intensité des services en fonction des besoins (diminuer si possible).
- Miser sur l'atteinte des objectifs.
- Acquérir des connaissances sur la santé physique, mentale.
- Acquérir des connaissances sur les bonnes habitudes de vie.
- Connaître et utiliser un filet de sécurité.
- Investir dans l'établissement d'un réseau de soutien.
- Connaître et utiliser les ressources de la communauté.

Étapes **pendant** la participation au programme

Moyens :

- Utiliser les outils du carnet de l'utilisateur.
- Soutien verbal à l'utilisateur lors de la réalisation de ses AVQ/AVD.
- Accompagnement dans la communauté.
- Rencontres avec l'utilisateur (éducateur et infirmier).

Activités :

1) Suivi, accompagnement, objectifs :

L'éducateur poursuit ses observations et son accompagnement dans la vie quotidienne. Suite à la progression des apprentissages, l'éducateur doit diminuer graduellement l'intensité de son accompagnement dans certaines tâches afin de permettre à la personne d'exercer son autonomie. Toutefois, si l'observation est indirecte l'éducateur s'assure que l'utilisateur a exécuté les tâches prévues.

2) Enseignement sur la santé physique/mentale et sur les bonnes habitudes de vie :

Rencontres avec l'infirmier concernant la médication (effets secondaires, gestion, pharmacie, etc. la gestion des symptômes, les bonnes habitudes de vie (exercice, alimentation, consommation ...), connaissances sur les maladies mentales et physiques, gestion du stress, etc.

3) Élaborer et utiliser son filet de sécurité : Compléter et utiliser l'outil *Filet de sécurité* afin d'être en mesure de faire face aux crises.

4) Explorer le réseau communautaire : Connaître et/ou utiliser les ressources du quartier (banques alimentaires, centre de loisirs, Centre local d'emploi, Carrefour jeunesse-emploi...).

5) S'engager dans un projet ou une activité : Explorer ses intérêts et s'engager dans un projet d'intégration de la communauté (activité, école, travail ou bénévolat).

Cibles à atteindre

- Avoir réalisé la plupart des AVQ/AVD (hygiène, entretien du logement, lessive, gestion de la médication, alimentation, épicerie, rendez-vous) avec un soutien verbal ou sans soutien.
- Avoir une bonne connaissance de ce qu'il faut faire en situation d'urgence ou de crise sociale ou psychiatrique. Connaître son réseau de soutien pour faire face aux difficultés.
- Connaître et utiliser les ressources de la communauté en fonction des besoins de la personne.

Étapes **pendant** la participation au programme

Mois 8 : Réévaluer

Objectifs :

- Faire l'évaluation finale de l'utilisateur.
- Établir le niveau de services répondant le mieux aux besoins de l'utilisateur (appartement autonome avec ou sans suivi, appartement 35 hrs ou 24/7 ou retour en foyer de groupe).
- Faire les demandes de service en collaboration avec l'équipe traitante si l'utilisateur nécessite un suivi pour son prochain milieu de vie.

Moyens :

- Compléter les outils d'évaluation.
- Offrir le soutien selon les apprentissages réalisés.

Activités :

- **Évaluation finale** : Compléter *l'Échelle des habiletés résidentielles*, *l'Échelle sur le sentiment d'auto-efficacité* et le *Questionnaire sur la satisfaction*.
- **Rencontre entre l'intervenant pivot, l'éducateur et l'utilisateur** : faire un bilan de la démarche et identifier le niveau de services requis.

Cibles à atteindre :

- Avoir un portrait du fonctionnement de l'utilisateur.
- Connaître l'orientation de l'utilisateur.

Mois 9 : Intégrer la communauté

Objectifs :

- Orienter l'utilisateur vers son nouveau milieu de vie.
- Interventions et soutien en fonction du niveau de service établi.

Activités :

- Recherche d'un appartement.
- Solliciter un organisme d'aide à la recherche d'un appartement.
- Faire la liaison avec la nouvelle équipe de suivi.

Cible à atteindre

- Accéder à un nouveau milieu de vie adapté aux besoins de l'utilisateur.

Étapes **finales** de la participation au programme

Rédaction du rapport et recommandations

Synthèse des observations, de l'évolution de l'utilisateur, atteinte ou non des objectifs et recommandations. Les conclusions obtenues servent autant à l'équipe qu'à l'utilisateur afin de cibler les éléments à prioriser dans le processus de réadaptation/rétablissement de ce dernier. Les recommandations sont utiles pour déterminer une orientation future comme l'appartement autonome avec ou sans suivi et peuvent aussi conclure que l'utilisateur présente un niveau d'autonomie requérant des services d'appartements regroupés (24hrs/7jours), ou supervisés (35 hrs/sem).

Recommandations pour un appartement autonome sans suivi

Si les recommandations impliquent que l'utilisateur soit dirigé vers un appartement autonome, celui-ci sera accompagné dans sa démarche de recherche d'appartement. Il peut bénéficier de l'aide d'un organisme communautaire pour sa recherche et d'un suivi de 3 mois. Ce suivi est offert par son éducateur et se fait dans le nouvel appartement de l'utilisateur. L'objectif est d'assurer un soutien dans la période de transition. À la fin de ces 3 mois, l'utilisateur peut compter sur du soutien téléphonique ponctuel de la part de l'équipe d'intervenants de Paul-Pau. Lors d'un appel, l'éducateur offrant le suivi téléphonique complète une fiche d'appel.

Recommandations pour un appartement autonome avec suivi

Si les recommandations impliquent que l'utilisateur soit dirigé vers un appartement autonome avec suivi, celui-ci est référé vers une équipe SIV, SIM ou PACT. Les interventions sont mises en place selon le fonctionnement de chaque équipe. Notre implication est selon les demandes des équipes respectives.

Recommandations pour un appartement 35 heures ou 24/7

Si les recommandations impliquent que l'utilisateur soit dirigé vers un appartement 35 hrs ou 24/7, une demande est faite par l'intervenant pivot et l'utilisateur devra attendre sa place pour ce type d'hébergement à partir du foyer de groupe. Il n'est pas possible d'être en attente de cette place au sein de l'appartement de transition puisque cela restreindrait son utilisation selon les objectifs du programme.

Questionnaire sur la satisfaction

Ce questionnaire vise à nous renseigner sur le degré de satisfaction des usagers ayant participé au projet et sur les éléments générant de l'insatisfaction afin que nous puissions apporter les correctifs nécessaires au programme.

10. Coordination du programme

Consultation de l'équipe traitante

L'implication de l'équipe traitante est préconisée à chacune des étapes du programme. Dès la passation du questionnaire de pré-évaluation, la consultation est faite par l'équipe du milieu de référence jusqu'à l'évaluation finale et les recommandations.

Suivi intervenant pivot

Lors de l'actualisation de la programmation, l'intervenant pivot est appelé à participer à des rencontres et à donner son opinion clinique.

Suivi infirmier

L'infirmier de la ressource est responsable des aspects suivants : médication, PAAM, rendez-vous médicaux, pharmacie, suivi de la santé mentale/physique et éducation sur la maladie.

Suivi éducateur

L'éducateur est responsable des observations, de l'intervention et de l'élaboration des objectifs en lien avec les AVQ/AVD. De plus, il rédige le rapport d'observations sur le fonctionnement en appartement de transition.

Pharmacie

L'usager conserve le lien avec sa pharmacie habituelle pour la durée de son séjour. L'infirmier s'implique dans le suivi avec la pharmacie selon la phase identifiée au PAAM.

Organismes partenaires

Selon les besoins de l'usager, des organismes communautaires sont sollicités pendant le programme (p. ex. Carrefour Jeunesse-Emploi, Cyprès, CLE, Échelon...)

11. Résultats attendus

- Établir un portrait global des habilités résidentielles de l'utilisateur.
- Référer l'utilisateur vers le milieu de vie répondant à ses besoins réels.
- Diminuer de la durée de séjour et obtenir une meilleure fluidité.
- Augmenter le nombre de références vers la communauté.
- Avoir une incidence sur le sentiment d'auto-efficacité.
- Avoir une incidence sur le niveau d'autonomie.

Moyens d'évaluation

- Évaluer l'autonomie au début et à la fin du programme *Échelle des habiletés résidentielles*.
- Évaluer le sentiment d'auto-efficacité au début et à la fin du programme.
- Suivre le parcours des usagers sur une période de deux ans après la fin du programme.

12. Conclusion

Ce projet s'arrime à notre souci constant d'adapter nos services en fonction des principes directeurs du rétablissement et de la pleine citoyenneté, ainsi que notre préoccupation d'aider les usagers à réaliser leurs projets de vie.

Avec la réalisation du projet d'appartement de transition, nous souhaitons faire la différence dans la vie de jeunes adultes aux prises avec des troubles de santé mentale sévère. Nous espérons que la mise en place d'une nouvelle programmation clinique permettra aux usagers de se retrouver dans les milieux de vie les moins restrictifs possible tout en répondant à leurs besoins, mais également de les voir s'accomplir à leur plein potentiel.

13. Définitions

Soutien direct : Faire avec, être présent avec l'utilisateur lorsqu'il exécute une activité.

Soutien verbal : Faire un rappel, sans présence directe de l'éducateur.

Intervenant pivot : Membre de l'équipe traitante responsable du suivi social de l'utilisateur.

Rôle infirmier : Suivi santé mentale et physique.

Rôle éducateur : Suivi de réadaptation, développement de l'autonomie et accompagnement dans les AVQ/AVD.

Équipe traitante : Tous les membres provenant de la clinique externe étant impliqués au dossier de l'utilisateur (psychiatre, infirmière, travailleur social, ergothérapeute ou autres)

Programme d'auto-administration de la médication (PAAM) : Ce programme est destiné au développement de l'autonomie concernant de traitement. L'utilisateur progresse dans les phases de 1 à 6.

AVD/AVQ : Activités de vie quotidienne (budget, épicerie, médication...) et activités de vie domestique (entretien de l'espace).



14. Références bibliographiques

Centre jeunesse de Montréal (2009). Guide de soutien à la pratique, dans le cadre de détermination d'un projet de vie.

Dubé, N., Maltais, F., Paquet, F. (1995). Félicitations pour votre beau programme : Guide pour bâtir un projet ou un programme. Gaspé : Régie régionale de la santé et des services sociaux. Direction de la santé publique.

Drake, R.E., Becker, D.R. (1996). *The individual placement and support model of supported employment. Psychiatry service* 47 (5). 473-475.

Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal (2005). Une vision clinique de la psychiatrie centrée sur la pleine citoyenneté, cadre de référence.

Kirsh, B., Gewurtz, R., Bakewell, R.A. (2011). Critical characteristic of supported housing : resident and service provider perspective. *Canadian journal of community mental health* 30 (1). 15-31.

Rog, D.J. (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric rehabilitation journal* 27(4). 334-344.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). General Self-Efficacy Scale.

Sylvestre, J. Nelson, G., Sabloff, A. Peddle, S. (2007). Housing for people with serious mental illness : A comparison of values and research. *American journal of community psychology* 40.125-137.

Tourigny, M., Dagenais, C. (2005). *Chapitre 11. Introduction à la recherche évaluative*. Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique (2^e ed.).(Bouchard, S. Cyr, C., dir.) Sainte-Foy : Presses de l'université du Québec.

Questionnaire Pré-évaluation

Sécurité	
Utilise la cuisinière de façon sécuritaire (ferme les éléments après usage, éloigne les objets des éléments...)	
Respecte les lieux identifiés pour fumeur	
Évite de placer du matériel inflammable près des sources de chaleur	
Capacité de demander de l'aide en cas de danger immédiat (connait les numéros d'urgence, s'adresse aux intervenants au besoin)	
Connait les règles de base de conservation des aliments (risque d'intoxication alimentaire)	
Risque d'être victime d'un abus qui pourrait causer un préjudice à l'intégrité de la personne (financier, sexuel, physique...)	
Autonomie	
Est en mesure de s'alimenter (fait son déjeuner, se fait chauffer un repas congelé aux micro-ondes et se fait un sandwich)	
Capable de faire l'entretien minimum de son environnement (salubrité de la chambre, passe le balai, passe la serpillère, sort ses poubelles)	
Fait ses soins d'hygiène seul (peut nécessiter des rappels occasionnels)	
Se présente à l'heure convenue pour prendre sa médication	
Capacité de se déplacer seul en transport en commun	
Se rend à ses rendez-vous médicaux et autres suivis	
Capacité à consacrer l'argent nécessaire pour le paiement du loyer et pour l'achat de nourriture	

Autres risques

Noter tous autres risques qui selon vous pourraient compromettre l'adhésion au programme.

Questionnaire

Motivation à participer au projet d'appartement de transition

1) Comment évaluez-vous votre désir de vivre en appartement ?

- Pas intéressé
- Peu intéressé
- Plutôt intéressé
- Très intéressé

2) À quel point, êtes-vous intéressé à participer au projet appartement de transition

- Pas intéressé
- Peu intéressé
- Plutôt intéressé
- Très intéressé

3) Décrivez vos motivations à vivre une expérience d'appartement et les défis à relever ?

Échelle du sentiment d'auto-efficacité personnelle

(The general Self-Efficacy scale (GSE), Schwarzer et Jerusalem, 1995)

		Pas du tout vrai	À peine vrai	Moyennement vrai	Totalement vrai
1.	Je peux toujours arriver à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.	1	2	3	4
2.	Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon d'obtenir ce que je veux	1	2	3	4
3.	C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs à accomplir et mes buts.	1	2	3	4
4.	J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux évènements inattendus.	1	2	3	4
5.	Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.	1	2	3	4
6.	Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.	1	2	3	4
7.	Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés, car je peux me fier à mes habilités pour faire face aux problèmes.	1	2	3	4
8.	Lorsque je suis confrontée à un problème, je peux facilement trouver plusieurs solutions.	1	2	3	4
9.	Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.	1	2	3	4
10.	Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement	1	2	3	4

Échelle de satisfaction du programme

No. dossier de l'usager : _____ **Date :** _____

Pour chacun des énoncés suivants, cochez votre niveau de satisfaction. Vos réponses à ce questionnaire demeureront confidentielles et permettront d'apporter des modifications au projet s'il y a lieu.

Avant le séjour					
	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Neutre</i>	<i>Peu satisfait</i>	<i>Pas satisfait</i>
1. <i>Avant que j'intègre l'appartement de transition, j'ai reçu les informations et la documentation concernant ce projet.</i>					
2. <i>On m'a permis de poser toutes mes questions avant que je donne mon accord pour participer au projet.</i>					
3. <i>On a bien répondu à mes questions.</i>					
4. <i>Ma famille, mes proches et mon équipe traitante ont été informés et/ou impliqués depuis le début du projet.</i>					
Pendant le séjour					
5. <i>L'équipe des intervenants m'a bien accueilli.</i>					
6. <i>J'ai identifié mes objectifs à travailler avec mon éducateur.</i>					
7. <i>On m'a proposé des moyens pour atteindre mes objectifs.</i>					
8. <i>On a adapté les services en fonction de mes besoins</i>					
9. <i>On m'a invité à m'impliquer à chaque étape du projet.</i>					
10. <i>Mon éducateur m'a accordé plusieurs périodes de temps et /ou rencontres chaque semaine afin de me soutenir dans mon processus.</i>					
11. <i>Ces périodes de temps et/ou rencontres m'ont été profitables.</i>					
12. <i>L'éducateur m'a aidé à structurer mon horaire occupationnel (activités extérieures, rendez-vous, épicerie, temps libres...).</i>					

Fin de séjour					
	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Neutre</i>	<i>Peu satisfait</i>	<i>Pas satisfait</i>
13. <i>Mon séjour m'a permis de développer ou d'améliorer mes compétences pour vivre en appartement.</i>					
14. <i>Les apprentissages réalisés lors de mon séjour me seront utiles pour l'avenir.</i>					
15. <i>L'expérience m'a donné espoir de vivre en appartement.</i>					
16. <i>On m'a fait part du bilan de mon séjour en appartement (habiletés acquises et à développer).</i>					
17. <i>De façon générale, mon expérience en appartement de transition m'a été bénéfique.</i>					

Commentaires :

Merci de votre participation!