

PROJET STABILITÉ RÉSIDENTIELLE AVEC ACCOMPAGNEMENT

Centre intégré de santé et des services sociaux
Montérégie-Centre

Inspiré des documents des CISSS Montérégie-Ouest et Montérégie-Est



Projet stabilité résidentielle avec accompagnement

À la demande du MSSS, les 3 CISSS de la Montérégie ont déposé conjointement le présent projet de déploiement qui tiendra compte des besoins des collectivités ou des personnes en situation d'itinérance se retrouvant dans des réalités différentes : itinérance chronique, cyclique, situationnelle ou cachée tant en milieu urbain que rural.

L'investissement dans des mesures d'accompagnement permettra de déployer un projet de stabilité résidentielle avec accompagnement en collaboration avec les équipes SIM et SIV des CISSS de la Montérégie tout en prévoyant un volet de complémentarité avec les services déjà existants dans les communautés ou les initiatives en place telles que les projets financés par la Stratégie de partenariat de lutte contre l'itinérance (SPLI).

Les orientations ministérielles, les résultats des 4 volets du 2^e portrait de l'itinérance en cours ainsi que les plans d'action des 6 comités locaux* en itinérance (ou structure de concertation sous régionale) guideront le comité directeur intersectoriel en itinérance de la Montérégie sur les projets communautaires à financer garantissant le maximum d'impact pour l'accès à un logement notamment à partir de la rue ou en situation de grande instabilité résidentielle.

Qu'est-ce que l'approche SRA?

L'approche SRA exige une prestation de services intégrée afin de veiller à ce que les personnes en situation d'itinérance chronique et épisodique reçoivent les services de soutien dont elles ont besoin au bon moment et de la part du ou des intervenants appropriés. Les intervenants de services de soutien au logement ainsi que de services de soutien cliniques et complémentaires doivent travailler ensemble afin de répondre à tous les besoins du client.

À qui s'adresse l'approche SRA?

« **Itinérance chronique** » qui est actuellement sans abri et dont on peut raisonnablement estimer qu'elle a passé au cours de la dernière année plus de 180 nuits dans un refuge ou un endroit impropre à l'habitation.

« **Itinérance épisodique** » qui est actuellement sans abri et dont on peut raisonnablement estimer qu'elle a connu au cours de la dernière année trois périodes ou plus durant lesquelles elle passait la nuit dans un refuge ou un endroit impropre à l'habitation après avoir passé au moins 30 nuits consécutives ailleurs que dans de tels lieux.

« **Autres** » des personnes sortant d'un établissement (ex. un hôpital ou un établissement correctionnel).

Les objectifs :

- ✓ Prévenir la perte de logement en offrant du soutien aux personnes à la rue ou à risque de devenir itinérantes ;
- ✓ Soutenir prioritairement les personnes en situation d'itinérance chronique qui souhaitent retrouver un logement ;
- ✓ Faciliter l'accessibilité et l'adaptation des services pour personnes itinérantes ;
- ✓ Rejoindre une clientèle qu'on ne retrouve pas dans nos services et qui a été repérée par nos partenaires du milieu communautaire dans une perspective de continuité de service ;
- ✓ Accroître la qualité de vie de ces personnes notamment par le maintien du cadre de vie sain en logement ;
- ✓ Améliorer leur santé physique et mentale et stabiliser leurs dépendances ;
- ✓ Réduire leurs démêlés avec les policiers et avec le système judiciaire ;
- ✓ Assurer un réseautage efficace avec les partenaires de proximité de la communauté ;
- ✓ Réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations évitables ;
- ✓ Soutenir le changement de pratiques intra-CISSS visant à s'assurer que nos portes d'entrée sont adaptées aux réalités des personnes itinérantes.

Principes de l'approche d'intervention :

Les interventions sont en respect de l'approche de stabilité résidentielle selon les principes suivants :

- L'accès rapide à un **logement sécuritaire et permanent**, sans condition, par exemple l'arrêt de la consommation ;
- La **participation** de la personne au processus et au choix autant pour le logement que pour les services de soutien ;
- L'approche centrée vers **le rétablissement** ;
- Un **soutien personnalisé** pour la personne en tout respect de son rythme ;
- Une **intégration sociale** et communautaire par l'emploi et des activités, et ce, à titre de citoyen à part entière ;
- Philosophie qui tend vers un accompagnement inconditionnel visant à éviter la rupture sociale ;
- Des meilleures pratiques sur la *Stabilité résidentielle avec accompagnement* ou du *Logement d'abord* ;
- Un ajustement de l'intensité en fonction des besoins de la personne et du propriétaire ;
- De l'intégration des proches de la personne ;
- D'un niveau de soutien suffisant des personnes qui utiliseront les nouveaux logements du Programme supplément au loyer pour garantir le succès d'une approche de stabilité résidentielle avec accompagnement.

Modèle privilégié pour le soutien résidentiel avec accompagnement :



Source : (Dionne, 2017)



Type de services que le SRA CISSSMC pourra offrir :

- Suivi par une éducatrice spécialisée;
- Soutien dépannage (trousse) :
 - ✓ Soutien financier pour le premier loyer si nécessaire;
 - ✓ Soutien pour l'ameublement de départ (lit, cuisinière, frigo, table, couverts et ustensiles, matériel de nettoyage);
 - ✓ Possibilité d'aide au loyer si difficulté dans un mois à payer en raison de dépenses liées à des démarches d'intégration en emploi ou études.

Pour être en mesure d'offrir ce service, le CISSS-MC mobilise 2 éducateurs spécialisés. Ces ressources seront sous la responsabilité de la gestionnaire SIM-SIV.

Répartition des ressources SRA-CISSSMC :

Territoire(s)	Nombre d'intervenants
CCLM	3 intervenants
HRR	2 intervenants

Procédure de référence pour une approche SRA

- Identifier si la personne vit une situation d'itinérance chronique ou épisodique;
- Si tel est le cas, remplir avec la personne la *Fiche de référence*;
- Remplir avec la personne le *Formulaire d'autorisation à divulguer des renseignements au dossier*;
- Communiquer avec l'intervenant SRA.

Noms / territoire	Coordonnées
<u>RLS Champlain-Charles-Le Moyne</u>	450-466-5000 poste 6627
Marie-Claire Boutin	514-617-1178
Véronique Larose	438-820-4407
Yanick Gauthier	438-820-5774
<u>RLS du Haut-Richelieu-Rouville</u>	450-346-2222 poste 8421
Véronique Hamel	514-265-5892
Alexandre Milot	438-827-8412



Ludovic Boulais et Marie-Claire Boutin, l'équipe du départ du projet SRA CISSS Montérégie-Centre

Procédure de suivi

L'ensemble des références reçues via les intervenants SRA communautaires et l'intervenant SRA du CISSS est étudié dans un délai maximal d'une semaine via un comité d'accès conjoint.

En cas d'urgence, le recours à des mesures d'hébergement temporaires via l'offre régulière d'organismes communautaires demeure toujours possible. L'intervenant SRA peut porter assistance dans la démarche au besoin.

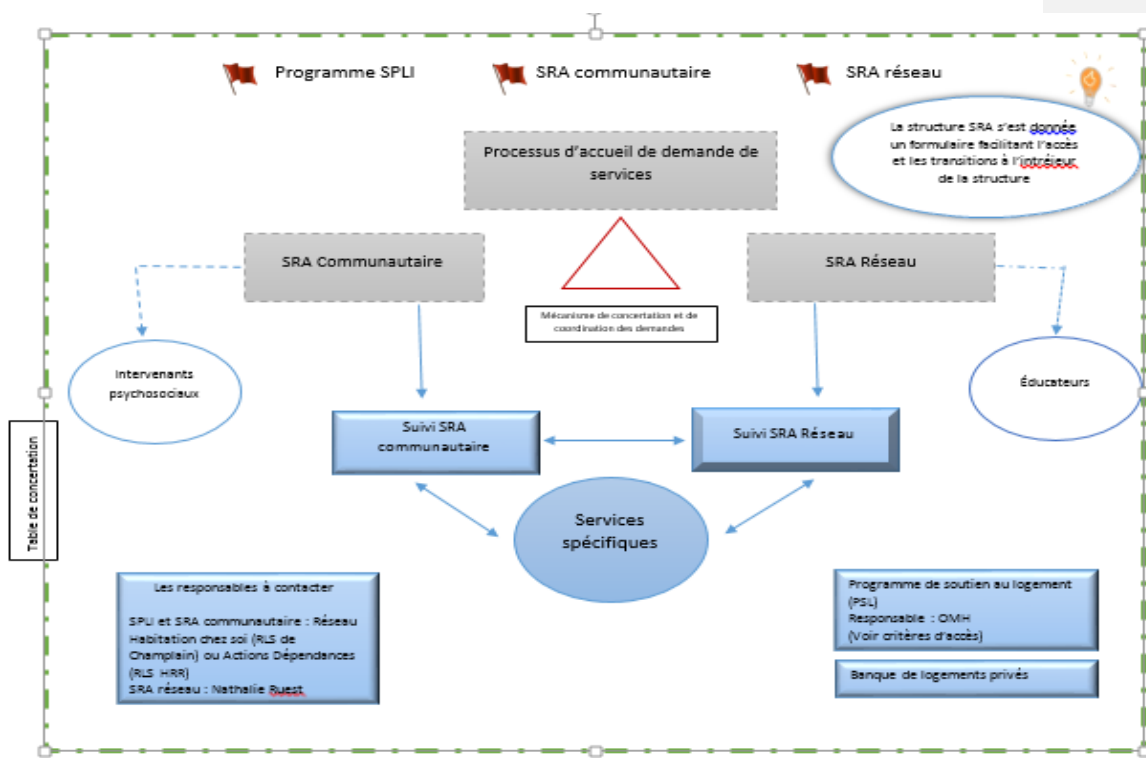
Le comité d'accès fournira une recommandation quant à la meilleure offre possible pour la personne en situation de besoin (communautaire et/ou réseau) et une prise de contact suivra rapidement auprès de la personne référée.

Suite à une première offre de service, la personne peut être redirigée en cours de suivi vers les ressources les plus adéquates de la communauté et/ou dans les services spécifiques du CISSS Montérégie-Centre en tenant compte de ses besoins et ses objectifs.

La structure mise en place pour supporter la prise en charge des demandes de SRA est la suivante :

Personne en instabilité résidentielle

Commenté [AA1]: PSL : Programmes de supplément au loyer
Statut : variable selon le RLS
Banque de logement privé : selon disponibilité
Ajouter : Ressource d'hébergement ?
Revoir le titre pour être plus représentatif



ANNEXE 1

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Personne qui, de façon immédiate, assure l'éducation et la rééducation des usagers en milieu institutionnel ou externe selon les programmes d'intervention établis en collaboration avec l'équipe de professionnels en place, en vue de la réadaptation de l'individu et/ou de sa réinsertion dans la société. Elle applique des techniques d'éducation en utilisant les actes de la vie quotidienne, en organisant, coordonnant et animant les activités prévues au programme, pour assurer l'apprentissage et l'acquisition d'attitudes et de comportements adéquats.

Elle observe et analyse le comportement des usagers, participe à l'évaluation de leurs besoins et de leurs capacités et note leur évolution en rédigeant les documents appropriés. Elle fournit la programmation de ses activités.

FONCTIONS GÉNÉRALES TRONC COMMUN

PROMOTION-PRÉVENTION

- Prévenir la détérioration de la santé mentale de la personne afin d'améliorer sa santé et sa qualité de vie.

ÉVALUATION

- Évaluer les aspects psychosociaux des troubles de santé mentale sur la personne et ses proches.
- Évaluer les troubles relationnels de la personne dans sa famille, avec ses proches et dans son environnement en lien avec une problématique de santé mentale.
- Contribuer à l'identification des besoins et des ressources de la personne dans son environnement.
- Analyser les interactions et l'influence des différents milieux où évolue la personne.
- Participer avec les autres membres de l'équipe et avec les partenaires offrant d'autres services à l'évaluation globale de la personne.
- Évaluer le niveau de dangerosité de la personne en situation de crise.
- Effectue des évaluations dans un contexte d'«outreach».

FONCTION TRAITEMENT

- Intervenir avec la personne selon une approche de réadaptation sociale d'appropriation du pouvoir et de rétablissement, centrée sur l'interaction et la restauration de son fonctionnement social.

- Donner à la personne le soutien nécessaire tout en encourageant son indépendance et en favorisant son autonomie.
- Travailler en étroite collaboration avec les partenaires qui offrent des services à la personne. Lorsque nécessaire, travailler en co-intervention avec les partenaires qui assurent un suivi auprès du client.
- Être centré sur les besoins de la personne et respecter son potentiel.
- Soutenir les proches et la famille de la personne vivant avec un trouble sévère et persistant de santé mentale.
- Établir une collaboration étroite avec les partenaires du continuum de services lors d'utilisation de services de crise ou d'urgence et lors des références entre services.
- Coordonner les services requis pour la personne (médecin, organisme communautaire, organisme de défense des droits, pharmacien, etc.).
- Élaborer le Plan de Services Individualisés.
- Soutenir les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique.
- Soutenir le maintien et le développement d'un réseau social.
- Soutenir et accompagner la personne dans différentes démarches (aide sociale, visite médicale, intégration à un organisme communautaire, utilisation du transport en commun, etc.).
- Intervenir dans les différents milieux de vie de la personne.
- Assurer sa sécurité en tout temps, en effectuant s'il y a lieu, des interventions avec un autre intervenant ou la police.
- Accompanyer les personnes dans le cadre de la défense des droits et agir à titre de médiateur auprès de différentes instances.
- Intervenir en situation de crise.

ORIENTATION-LIAISON

- Assister, accompagner, conseiller et orienter la personne vers les ressources disponibles au sein de l'établissement et offertes par les partenaires.
- Assurer le leadership de la recherche de partenaires éventuels pouvant compléter les services offerts à la personne.
- Assurer la continuité et la liaison avec les services requis.
- Procéder au cheminement des demandes en conformité avec les mécanismes de références établis dans le cadre des corridors de services identifiés et des ententes conclues entre les partenaires du réseau de la santé mentale.
- Participer aux rencontres du comité local en itinérance.
- Travailler en collaboration avec les organisateurs communautaires et APPR.

FONCTION CONSEIL

- Soutenir et supporter les interventions des différents programmes de 1re ligne du CSSS et des partenaires dispensateurs de services à la clientèle itinérante ou à risque de le devenir.
- Collaborer de façon complémentaire avec les autres membres de l'équipe santé mentale du CISSS et des autres partenaires experts à la fonction d'expertise conseil.
- Effectuer auprès de la personne et de ses proches, l'enseignement sur les sujets tels que la maladie mentale, la médication, les signes précurseurs de la rechute, etc..

FONCTIONS SPÉCIFIQUES A TRAVAILLER AVEC LES MILIEUX

RLS HRR	RLS CCLM
<ul style="list-style-type: none">- Travailler en collaboration avec la Table en itinérance SJSR- Travailler en collaboration avec l'AAOR du CLSC RI et VF- Travailler en collaboration avec l'hôpital HHR- Travailler en collaboration avec l'équipe SIDEPE et SIDEPE +- Travailler en collaboration avec les organismes communautaires du milieu (maison Oxygène, Maison Simonne Monet-Chartrand, Actions Dépendances, Le Dôme, POSA La Source des Monts etc).	<ul style="list-style-type: none">- Travailler en collaboration avec la TIRS- Travailler en collaboration avec l'AAOR du CLSC SC et SH- Travailler en collaboration avec l'hôpital Charles-Lemoyne- Travailler en collaboration avec l'équipe SIDEPE et SIDEPE +- Travailler en collaboration avec les organismes communautaires du milieu (Abri de la Rive-Sud, Réseau d'Habitation Chez Soi, Repas du Passant, Macadam, CASA Bernard-Hubert, Le Troc, etc.)

ANNEXE 2

Formulaire de référence

N° HDS : _____ CLSC : P _____
Nom : _____
Prénom : _____
DDN : _____
Tél. : _____

Clientèles admissible à une intervention selon une approche de stabilité résidentielle avec accompagnement (SRA)

RÉDUCTION DE L'ITINÉRANCE SELON UNE APPROCHE SRA

En vue d'une réduction de l'itinérance selon une approche SRA, la clientèle principalement visée se définit par les personnes vivant en situation d'itinérance chronique et épisodique. Ces termes de l'itinérance chronique épisodique se définissent, à titre indicatif, comme suit :

- « **Itinérance chronique** » s'entend de la situation d'une personne - souvent atteinte d'affections incapacitantes telles qu'une maladie chronique physique ou mentale ou une toxicomanie – qui est actuellement sans abri et dont on peut raisonnablement estimer qu'elle a passé au cours de la dernière année plus de 180 nuits dans un refuge ou un endroit impropre à l'habitation.
- « **Itinérance épisodique** » s'entend de la situation d'une personne – souvent atteinte d'affections incapacitantes telles qu'une maladie chronique physique ou mentale ou une toxicomanie – qui est actuellement sans abri et dont on peut raisonnablement estimer qu'elle a connu au cours de la dernière année trois périodes ou plus durant lesquelles elle passait la nuit dans un refuge ou un endroit impropre à l'habitation après avoir passé au moins 30 nuits consécutives ailleurs que dans de tels lieux.
- D'autres sous-populations d'itinérants chroniques et épisodiques pourraient également faire partie de la clientèle admissible comme les Autochtones et des personnes sortant d'un établissement (ex. hôpital ou un établissement correctionnel), qui ont des antécédents d'itinérance chronique ou épisodique et qui ne peuvent désigner de domicile fixe au moment de leur libération ou de leur congé.

IDENTIFICATION DE LA SITUATION

- La personne est en situation d'itinérance chronique ☐
- La personne est en situation d'itinérance épisodique ☐
- La personne est en situations autres ☐ Spécifier : _____

Si la personne correspond à l'une de ces situations vous devez communiquer Marie-Claire Boutin pour le RLS de Champlain et Ludovic Boulais pour le RLS HRR. De plus, vous devez remplir avec la personne la fiche ci-dessous.

Personne concernée par la demande	
Téléphone :	_____ Cellulaire : _____
Langue usuelle :	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nom du père :	_____ Nom de la mère : _____
Identification	
Identification du référent	_____
Médecin de famille :	_____
Psychiatre traitant :	_____
Pharmacie (s) :	_____
Statut civil :	_____
Emploi / occupation :	_____
Source de revenu :	_____
Services disponibles en place dans le CISSS ou dans la communauté :	_____
Diagnostics et médication	
Diagnostic :	Santé mentale : _____
	Santé physique : _____
Médication actuelle :	_____
Consommation	
« Je vais vous poser quelques questions sur votre consommation de drogues et d'alcool ainsi que vos habitudes de jeu. Certains aspects des questions ne s'appliqueront pas à votre situation. Je ne veux pas vous ennuyer, mais je dois poser les questions telles quelles. Veuillez me répondre simplement par «oui» ou «non», dépendamment de votre situation. »	
Au cours des 12 derniers mois	
Quel type de consommation :	_____
Avez-vous déjà ressenti le besoin de réduire votre consommation d'alcool ou de drogue? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogue? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ou consommiez trop de drogue? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool ou de drogue dès le matin pour vous sentir en forme? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà ressenti le besoin de miser de plus en plus d'argent? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà menti à des personnes importantes pour vous au sujet de vos habitudes de jeu? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Résultats repérage :	Cade-Aid /4
	Lie-Bet : /2
Résultats détection :	Audit : niveau de risque _____
	DAST : niveau de risque _____
	DEBA-Jeu : niveau de risque _____

