

Normes du programme ontarien à l'intention des équipes de traitement communautaire dynamique (TCD)

Deuxième édition, octobre 2004

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Mises à jour en janvier 2005

Normes du programme ontarien à l'intention des équipes de traitement communautaire dynamique (TCD)

La première édition ontarienne du document *ACT Program Standards* est parue en 1998. Cette nouvelle édition s'appuie sur les travaux de Deborah Allness, M.Serv.Soc., et William Knoedler, M.D., qui ont publié, en 2003, *The National Program Standards for ACT Teams*. Les auteurs ont eu la gentillesse de nous autoriser à utiliser ce document pour élaborer les normes du programme ontarien. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario les en remercie.

Les normes de ce programme s'inspirent pour une large part de celles qui ont été mises au point, aux États-Unis, pour le Program of Assertive Community Treatment (PACT). Les normes originales du PACT sont le résultat de près de 20 années d'essais sur le terrain menés dans plusieurs États. Des études de deuxième et troisième générations menées sur le TCD aux États-Unis ont démontré que ces programmes ne donnaient pas toujours des résultats aussi heureux que ceux annoncés dans la recherche originale sur le PACT. En général, les résultats étaient moins bons lorsqu'on ne respectait rigoureusement le modèle TCD. C'est pourquoi cette nouvelle version des *Normes du programme ontarien à l'intention des équipes de traitement communautaire dynamique (TCD)* fournit non seulement les normes minimales de fonctionnement du programme, mais aussi de brèves descriptions sur la raison d'être des exigences du programme de TCD que les fournisseurs de services et les administrateurs avaient du mal à comprendre et à appliquer. On rappelle que le TCD est un modèle de prestation des services axé sur le client, qui privilégie le rétablissement. L'habilitation des clients, la participation au traitement et le choix sont la pierre angulaire de la prestation de services de TCD personnalisés, fondés sur la concertation et efficaces.

L'objectif des normes est de définir clairement : 1) la clientèle visée; 2) les services nécessaires; 3) le type et le nombre de personnel requis pour offrir adéquatement les services; et 4) les bienfaits/résultats escomptés pour les clients. Elles servent à calculer les coûts, à surveiller le fonctionnement du programme et à s'assurer de sa conformité. Elles doivent aussi respecter les lois fédérales et provinciales applicables.

Normes du programme de TCD

Les *Normes du programme ontarien à l'intention des équipes de traitement communautaire dynamique (TCD)* faciliteront le lancement et la mise en œuvre du programme de TCD en définissant clairement les exigences minimales du programme. Pour réussir l'implantation du modèle TCD et améliorer l'état de santé des clients, il est important de respecter rigoureusement les normes de TCD : c.-à-d., prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux très graves; personnel multidisciplinaire comptant au moins un spécialiste survivant; faible coefficient personnel-clients et services intensifs; personnel qui travaille pendant la semaine, en soirée, et pendant les fins de semaine/jours fériés et offre des services de garde jour et nuit; structure de l'organisation et des communications; évaluation axée sur le client et planification du traitement/service personnalisé*; et services de traitement, de réadaptation et de soutien régulièrement adaptés au client sur le modèle du projet de recherche original PACT, lancé à Madison, au Wisconsin.

Ce document comporte quatorze sections, chacune commençant par une description générale de sa raison d'être et des objectifs visés. Le texte est agrémenté d'encadrés qui apportent un complément d'information sur les divers volets du programme. Enfin, l'Annexe contient la définition des termes utilisés dans ce document.

* L'expression « planification du traitement/service » renforce l'idée que l'équipe de TCD offre des services de traitement, de réadaptation et de soutien. Certaines équipes peuvent utiliser une terminologie différente telle que planification du « rétablissement » ou « planification des soins ».

Remerciements

Le ministère tient à remercier les membres du Sous-comité des normes du Groupe consultatif technique du TCD qui ont participé à l'élaboration de cette deuxième édition des normes du programme de TCD. Le sous-comité a tenu des réunions régulières entre septembre 2003 et juin 2004 pour adapter le *National Program Standards for TCD Teams, 2003* et l'utiliser en Ontario.

Groupe consultatif technique du TCD

Sous-comité des normes

Jude Bursten

Intervenante en faveur des patients
Bureau de l'intervention en faveur des patients
des établissements psychiatriques
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Centre de soins continus de la Providence :
Service de santé mentale de Kingston

Brian Davidson

Chef de service
Unité du logement avec services de soutien
Direction de la santé mentale et des dépendances
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Lindsey George

Psychiatre
Équipe de traitement communautaire dynamique
de Hamilton
Chef des services de recouvrement
de la santé mentale
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Kathy Glazier

Analyste principale des programmes
Programmes de santé mentale
Direction de la santé mentale et des dépendances
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Stuart Goldman

Chef de service
Équipe de traitement communautaire dynamique
de l'Hôpital général de North York
Président de l'Ontario ACTT Association

Karen Hand

Psychiatre
Équipe de traitement communautaire dynamique
de la région de Waterloo
St. Joseph's Health Care London
Chef des services de santé mentale
Cambridge Memorial Hospital

Shirley Jones

Chef d'équipe
Équipe de traitement communautaire dynamique
de Timiskaming
Association canadienne pour la santé mentale –
Section de Cochrane Timiskaming

Darlene Kindiak

Coordonnatrice des services cliniques et juridiques
Centre de services de santé – Montagne
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Joanne Menchions

Coordonnatrice de programme
Équipe de traitement communautaire dynamique
de Hamilton
Réadaptation, traitement et soutien
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Karen Niemi-Stevens

Infirmière-responsable de la gestion des cas
Commission de la sécurité professionnelle et
de l'assurance contre les accidents du travail
de Thunder Bay

Ruth Stoddart

Chef de service (I)
Unité des politiques relatives aux programmes
Direction de la réforme des services de santé
mentale et de réadaptation
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Table des Matières

4	I. Introduction
5	II. Accueil, critères d'admission et de mise en congé
5	A. Accueil
6	B. Critères d'admission
7	C. Critères de mise en congé
9	III. Intensité des services et effectif
9	A. Coefficient personnel-clients
10	B. Couverture des services
10	C. Fréquence des contacts avec les clients
11	IV. Exigences en matière de personnel
11	A. Qualifications
12	B. Taille de l'équipe
12	C. Personnel nécessaire
17	V. Organisation du programme et communications
17	A. Heures d'ouverture et couverture des services
18	B. Lieu du traitement/service
18	C. Communications et planification des activités du personnel
19	D. Mécanismes permettant d'assurer la continuité des soins
19	E. Supervision du personnel
20	VI. Évaluation axée sur le client et planification du traitement/service personnalisé
20	A. Évaluation initiale
20	B. Évaluation exhaustive
23	C. Planification du traitement/service personnalisé
25	VII. Services requis
25	A. Coordination des services
25	B. Évaluation et intervention en situation de crise
26	C. Traitement psychiatrique
27	D. Troubles concomitants
27	E. Services liés au travail
29	F. Activités de la vie quotidienne
29	G. Relations sociales/interpersonnelles et formation aux loisirs
30	H. Services d'entraide par les pairs
30	I. Services de soutien
31	J. Services axés sur la famille
32	VIII. Dossier du client
33	IX. Droits des clients et procédures de règlement des plaintes
35	X. Services sans obstacle
36	XI. Amélioration de la performance et évaluation du programme
37	XII. Organismes consultatifs communautaires
38	XIII. Responsabilité
39	Annexe : Définitions

I. Introduction

Le traitement communautaire dynamique (TCD) est un modèle de prestation des services de santé mentale axés sur le client et son rétablissement. Selon de nombreuses données empiriques, le TCD facilite la vie en communauté, la réadaptation psychosociale et le rétablissement des personnes qui présentent des troubles mentaux très graves, ont des symptômes et des handicaps sévères, et que les programmes traditionnels de consultations externes n'ont pas été aidées.

Voici les principales caractéristiques du programme de TCD :

- Le TCD s'adresse aux clients qui présentent des troubles mentaux graves et complexes, ont de très sérieux handicaps fonctionnels, et qui, en raison des limites du système traditionnel de santé mentale, n'ont pas toujours reçu les services appropriés. Cette clientèle est souvent sur-représentée parmi les sans-abri, dans les prisons et les établissements correctionnels, et considérée, à tort, comme résistant au traitement ou refusant d'y participer.
- Les services de TCD sont assurés par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé mentale qui dispensent la plupart des services de traitement, de réadaptation et de soutien dont les clients ont besoin pour atteindre leurs objectifs. L'équipe est dirigée par un coordonnateur et un psychiatre, elle comprend un nombre suffisant de membres des principales disciplines de la santé mentale et au moins un spécialiste survivant et un adjoint de programme/adjoint administratif. Ce personnel travaille par quarts afin d'offrir jour et nuit, sept jours par semaine, des services intensifs (les contacts peuvent être aussi fréquents que deux ou trois fois par jour, sept jours par semaine, et sont offerts selon les besoins des clients et le plan de soins approuvé par le client et le personnel du TCD). La plupart, sinon l'ensemble des membres du personnel doivent répondre aux besoins de tous les clients qui requièrent des contacts fréquents.
- Les services de TCD sont personnalisés et répondent aux préférences et aux objectifs de chaque client. Cette stratégie consiste à encourager l'établissement de liens et la participation active pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux graves à mieux fonctionner, à gérer leurs symptômes, à atteindre leurs objectifs et à rester optimistes.
- Au lieu d'attendre que les clients fassent appel au programme, l'équipe de TCD est mobile et offre ses services en milieu communautaire pour aider les clients à trouver un domicile où vivre de façon autonome, et à trouver et garder un travail dans la communauté. Au moins 75 pour 100 des services sont dispensés hors des bureaux du programme dans des endroits confortables et faciles d'accès.
- Les services de TCD sont offerts de façon continue plutôt que selon un calendrier bien établi afin de faciliter le processus de rétablissement et de maintenir la continuité des soins. Les troubles mentaux graves frappent de façon épisodique et de nombreux clients sont mieux servis par un traitement/service à long terme et des soins ininterrompus. Cette approche leur permet de faire le point, de consolider leurs gains, parfois de rechuter pour repartir de l'avant jusqu'à ce qu'ils se rétablissent.
- Les équipes de TCD doivent avoir des politiques et procédures pour chaque secteur identifié dans les normes. Une fois en place, ces politiques et procédures soutiendront la structure de l'organisation et des services nécessaires pour mener à bien le travail et seront utiles à l'orientation et à la formation des nouveaux employés.

Les normes de TCD s'appuient sur des « politiques et procédures de TCD. ». En règle générale, l'organisme principal qui administre le TCD a des politiques et procédures écrites, mais, comme les programmes TCD sont autonomes, complexes à gérer, que le personnel travaille en équipe et que les services sont intégrés, les normes de l'organisme ne sont pas toujours suffisantes. Le coordonnateur de l'équipe doit donc rédiger des politiques et procédures pour chaque secteur identifié dans les normes.

II. Accueil, critères d'admission et de mise en congé

Les décisions visant l'admission reposent sur plusieurs considérations, telles que les critères d'admission, la charge de travail actuelle, l'effectif, l'aptitude à gérer le risque dans la communauté, et le fonctionnement général de l'équipe et de l'organisation. Les normes du programme de TCD fixent, par écrit, les objectifs en matière d'accueil et les critères d'admission et de mise en congé afin : 1) que les clients qui ont des troubles mentaux très graves obtiennent en priorité les services de TCD; et 2) d'éviter que des personnes atteintes de troubles mentaux graves ne soient mises en congé de façon inappropriée ou ne reçoivent plus de services de TCD parce qu'il est difficile de leur offrir les interventions qui leur permettraient de se rétablir.

A. Accueil

Il est important que les équipes de TCD trouvent des façons d'accélérer le processus d'accueil et d'admission. Les équipes de TCD doivent élaborer les processus d'accueil en concertation avec les sources de recommandation communautaires et institutionnelles concernées pour déterminer l'admissibilité des clients, classer les nouveaux clients par ordre de priorité et encourager leur participation au traitement.

Les équipes de TCD doivent avoir des critères d'admission rédigés en termes clairs, facilement accessibles et conformes aux normes. Ces critères doivent être publiés et mis à la disposition de la communauté.

Chaque équipe de TCD doit échelonner les admissions des clients (p. ex., 4 à 6 clients par mois) pour arriver finalement à pleine capacité. Le taux d'accueil peut être plus lent pour plusieurs raisons : relative inexpérience du personnel, importantes lacunes dans la dotation en personnel, ou équipes approchant la pleine capacité. L'accueil a lieu tous les mois jusqu'à ce que l'équipe ait atteint sa pleine capacité. Les équipes chevronnées continueront d'admettre de nouveaux clients si elles n'ont pas atteint leur pleine capacité en raison de la mise en congé de certains clients.

Les ressources en personnel, les structures et processus organisationnels doivent être tels qu'on peut admettre en toute sécurité les clients qui ont des besoins spéciaux. On surveillera avec attention le taux d'accueil et le pourcentage de clients ayant des besoins très spéciaux (c.-à-d., personnes présentant des troubles comorbides complexes).

L'équipe de TCD suit un processus systématique lorsqu'elle commence à travailler avec un client, à savoir, triage des personnes dont l'admission a été recommandée; organisation et tenue d'une entrevue d'admission pour établir des liens avec chaque client et sa famille; évaluation initiale et plan initial de traitement/service en collaboration avec chaque client et sa famille; prestation immédiate de services de traitement, de réadaptation et de soutien; évaluation exhaustive et premier plan de traitement/service personnalisé pour chaque client. Ce processus prend du temps pour être mené à bien. C'est pourquoi, il faut échelonner les admissions (p. ex., 4 à 6 clients par mois) plutôt que se lancer à pleine capacité. Comme elles ont des effectifs moindres et que les distances sont importantes, les équipes rurales/de petite taille pourront admettre moins de clients par mois.

Nota : Pendant qu'elle monte sa base de clients pour arriver à pleine capacité, l'équipe a besoin d'un effectif complet pour couvrir les heures, offrir des services intensifs, encourager la participation, faire l'évaluation exhaustive/planifier le traitement dont ont besoin les clients atteints de troubles mentaux très graves et leur famille (toutes ces activités exigent une main-d'œuvre importante), et élaborer un plan de rétablissement.

B. Critères d'admission

L'équipe de TCD sélectionne les clients qui ont « le plus besoin » de services de TCD sur la base des critères suivants :

1. Les clients qui présentent certains des troubles mentaux graves figurant dans la nomenclature diagnostique (*Diagnostic and Statistical Manual* de l'American Psychiatric Association, aujourd'hui dans sa 4^e édition, ou DSM IV) qui compromettent sérieusement leur intégration dans la vie communautaire. La priorité est accordée aux personnes souffrant de schizophrénie, d'autres troubles psychotiques (p. ex., trouble schizo-affectif), et de trouble bipolaire parce qu'ils entraînent souvent une déficience psychique prolongée et que l'efficacité du programme de TCD est attestée chez ces individus. Les clients ayant d'autres troubles psychiques sont également admissibles selon la gravité de leur invalidité de longue durée. (Les personnes dont le diagnostic primaire révèle un trouble lié à la toxicomanie, un trouble du développement ou un trouble organique ne font pas partie de la clientèle visée.)
2. Les clients qui ont un handicap fonctionnel grave et qui présentent au moins l'un des troubles suivants :
 - a. incapacité d'effectuer régulièrement les activités de base de la vie quotidienne pour fonctionner, comme adultes, dans la communauté (p. ex., s'occuper de ses finances; obtenir des services médicaux, juridiques et de logement; reconnaître et éviter les dangers et risques courants pour sa personne et ses biens; satisfaire à ses besoins nutritionnels; assurer son hygiène personnelle), ou difficulté constante ou récurrente d'effectuer les tâches de la vie quotidienne sans l'aide assidue de tiers (amis ou membres de la famille);
 - b. incapacité de garder un emploi permettant d'être financièrement autonome ou d'effectuer régulièrement les tâches domestiques (p. ex., préparer les repas, laver le linge, établir un budget, ou prendre soin d'un enfant);
 - c. incapacité de garder un logement (p. ex., évictions répétées ou perte de logement).
3. Les clients qui ont un ou plusieurs des problèmes suivants qui indiquent qu'ils auront besoin de services intensifs continus (c.-à-d., plus de huit heures par mois) :
 - a. recours intensif aux services d'un hôpital de l'Annexe 1 ou d'un hôpital spécialisé, aux services de niveau tertiaire, ou aux services psychiatriques d'urgence, tels que les services d'intervention d'urgence pour malades mentaux;
 - b. symptômes incurables (c.-à-d., persistants ou récurrents) et graves (p. ex., troubles affectifs, psychotiques, suicidaires);
 - c. troubles concomitants de toxicomanie depuis plus de six mois;
 - d. client ayant eu affaire au système de justice pénale à cause d'un trouble mental, considéré comme présentant un risque faible ou modéré pour la communauté, si l'équipe de TCD pense pouvoir gérer le niveau de risque actuel dans la communauté;
 - e. incapacité de subvenir régulièrement aux besoins fondamentaux de la vie, personnes qui habitent dans un logement insalubre, sont sans abri, ou courent le risque imminent d'être sans abri;
 - f. pensionnaires d'un établissement de soins ou d'un foyer communautaire supervisé dont l'évaluation clinique indique qu'ils pourraient vivre de façon plus autonome s'ils recevaient des services intensifs, ou personnes qui ont besoin d'être placées en foyer ou établissement de soins, lorsqu'on ne peut leur fournir des services plus intensifs;
 - g. difficulté à utiliser efficacement les services de consultation externes traditionnels dispensés à partir d'un bureau.

<p>On encourage toutes les équipes de TCD à admettre les clients qui répondent aux critères d'admission au programme de TCD et ont déjà eu affaire au système de justice pénale (p. ex., clients déjudiciarisés, clients en probation ou en libération conditionnelle, et clients de la Commission ontarienne d'examen).</p>
--

4. Engagement actif, admission et consentement

Les clients acceptés par l'équipe de TCD peuvent avoir besoin d'un processus d'engagement actif pour établir des liens avec l'équipe de TCD et donner leur consentement éclairé au traitement/service. Si les clients refusent à plusieurs reprises l'aide de l'équipe de TCD et déclarent ne pas vouloir ces interventions, les équipes doivent réévaluer le processus d'engagement et se fixer une date limite pour cesser toute intervention.

L'admission des clients de TCD commencent une fois que l'équipe prend en charge leur traitement/service. Conformément aux lois applicables, l'équipe de TCD doit obtenir le consentement au traitement du client lui-même, s'il est capable, ou de son mandataire spécial, s'il est incapable.

Nota : Le terme « traitement » a un sens très large dans les lois applicables régissant le consentement et englobe de nombreux types de services offerts par les équipes de TCD.

5. Le dossier d'admission doit comprendre :

- a. le motif de l'admission, fourni par le client et l'équipe de TCD;
- b. la signature du psychiatre ou une note (courriel) indiquant qu'il accepte de prendre en charge le client.

6. Justification du refus de service

Lorsqu'une équipe de TCD refuse d'admettre un client qui lui a été recommandé, elle doit fournir un justificatif écrit à la personne ou l'établissement ayant fait la recommandation.

L'efficacité du modèle TCD est avérée chez les « clients qui ont le plus grand besoin » et qui, selon les estimations, représentent 20 à 40 pour 100 des personnes atteintes de troubles mentaux graves. En règle générale, ces clients n'ont jamais été correctement évalués ni reçu de services appropriés et, pour la plupart, n'ont jamais eu affaire au système de santé mentale traditionnel. L'objet des critères d'admission est de s'assurer que le programme de TCD sert la clientèle visée. Par le passé, le programme de TCD était considéré comme un service de dernier recours, mais la recherche a démontré que le recours précoce au TCD est bénéfique aux clients.

Par exemple, si on note une forte utilisation des soins psychiatriques aigus, c'est qu'il faut offrir des services plus intensifs et continus dans la communauté, de même, la présence de symptômes majeurs, incurables et graves, indique qu'il faut offrir des services d'évaluation, d'intervention et de soutien personnalisés de qualité. Ces deux indicateurs de problèmes justifiant la prestation de services de TCD doivent être suivis d'évaluations et d'interventions appropriées, et d'un soutien immédiat et bienveillant au client, à sa famille et à son réseau de soutien.

C. Critères de mise en congé

1. La mise en congé a lieu lorsque le client et l'équipe de TCD s'entendent pour mettre fin aux services. Ce peut être le cas lorsque le client :

- a. a atteint les objectifs fixés pour sa mise en congé. Le personnel du programme organisera son transfert vers un service moins intensif et gardera le contact avec lui jusqu'à ce que le transfert ait lieu;

ou

- b. a montré qu'il est capable d'assumer chacun des principaux rôles de sa vie (c.-à-d., travail, vie sociale, autonomie) sans l'aide continue du programme, et sans faire de rechutes graves lorsque les services prennent fin (sur une période d'environ deux ans);

ou

c. sort du secteur géographique desservi par l'équipe de TCD. Dans ce cas, l'équipe de TCD travaille avec le client pour assurer son transfert vers un programme de TCD ou un autre fournisseur de services de santé mentale dans la région où il se rend. L'équipe de TCD doit garder le contact avec le client jusqu'à ce que le transfert ait lieu;

ou

d. refuse les services et demande sa mise en congé, malgré les efforts assidus et répétés de l'équipe pour élaborer un plan de traitement/service acceptable pour le client.

2. Le dossier de mise en congé doit comprendre :

- a. le motif de la mise en congé, fourni par le client et l'équipe de TCD;
- b. le bilan biopsychosocial du client au moment de sa mise en congé;
- c. un résumé écrit de la dernière évaluation des progrès réalisés par le client pour atteindre les objectifs figurant dans son plan de traitement/service;
- d. un plan de suivi du traitement/service après la mise en congé élaboré en collaboration avec client;
- e. la signature du client (lorsque c'est possible), du coordonnateur des services, du coordonnateur de l'équipe et du psychiatre.

3. L'équipe de TCD doit réadmettre en priorité le client, le cas échéant. Le programme de TCD a un engagement à long terme envers ses clients, le processus de réadmission doit donc être rapide et aisé.

Chaque mise en congé doit être soigneusement évaluée parce que les clients atteints de troubles mentaux graves sont souvent mis en congé de façon inappropriée. La surveillance de la mise en congé est un volet essentiel de l'évaluation du programme. Le TCD est un modèle de services qui a démontré que lorsque les personnes ayant des troubles épisodiques de longue durée reçoivent des services de façon continue plutôt que selon un calendrier établi, il est possible de traiter la rechute et de maintenir, et de renforcer, les bienfaits du traitement. De plus, il ne faut pas forcer les clients à quitter le programme prématurément. L'idéal est d'assurer la transition à des services moins intensifs, mais il faut prendre des dispositions pour garder le contact avec les clients jusqu'à ce que leur transfert ait lieu. La mise en congé peut se produire lorsque le client et le personnel du programme s'entendent pour mettre fin aux services. Trop souvent, les clients ne sont pas mis en congé parce qu'ils sont rétablis ou ont atteint leurs objectifs, mais parce qu'ils ont des différends avec le personnel ou que la complexité de leurs problèmes exige un investissement de temps trop important pour le personnel. Lorsqu'un client veut « congédier » l'équipe de TCD, il est important que cette dernière soit prête à l'écouter et à satisfaire ses préférences en matière de services. Si le client continue de demander sa mise en congé, il faut la lui accorder et lui donner toute l'aide nécessaire pour obtenir d'autres services et le réadmettre en priorité dans le programme de TCD s'il le souhaite.

Nota : Certains des nouveaux programmes de TCD cessent de travailler avec les clients qu'ils n'arrivent pas à convaincre de participer au programme. Les problèmes d'engagement ne sont pas un motif de mise en congé.

Exigences en matière de politiques et de procédures : L'équipe de TCD doit avoir des politiques et procédures écrites en matière d'admission et de mise en congé.

III. Intensité des services et effectif

Les programmes de TCD offrent des services intensifs aux clients en milieu communautaire. Les normes TCD fixent non seulement les coefficients personnel-clients, mais aussi l'effectif minimal requis pour couvrir les quarts, et la fréquence des contacts avec les clients.

A. Coefficient personnel-clients

Chaque équipe de TCD urbaine/complète doit avoir la capacité organisationnelle d'affecter au moins un employé équivalent temps plein (ÉTP) par groupe de 10 clients (sans compter le psychiatre et l'adjoint du programme) lorsque l'équipe est à pleine capacité. Il faudra peut-être ajuster le coefficient personnel-clients là où les clients présentent en permanence des troubles aigus, ont passé de longues périodes dans des établissements de soins, sont libérés d'établissements correctionnels, souffrent de troubles médicaux complexes nécessitant davantage de contacts. Il faudra aussi adapter ce coefficient si la sécurité est un problème et que le personnel doit travailler en équipe de deux dans certains quartiers. Toutefois, le coefficient personnel-clients ne doit jamais être inférieur à un ÉTP pour 7 clients.

Les équipes rurales/de petite taille doivent avoir la capacité organisationnelle d'affecter au moins un employé équivalent temps plein (ÉTP) par groupe de 8 clients (sans compter le psychiatre et l'adjoint du programme) lorsque l'équipe est à pleine capacité. En plus des facteurs ci-dessus qui peuvent justifier un coefficient personnel-clients moins élevé, il faut tenir compte du fait que le personnel devra se déplacer sur de grandes distances. Dans les équipes rurales, le coefficient personnel-clients ne doit pas être inférieur à un ÉTP pour 5,5 clients.

Les équipes doivent indiquer au ministère le nombre de clients servis et expliquer leurs coefficients personnel-clients au regard des facteurs ci-dessus.

Nota : Les normes de TCD distinguent deux types d'équipes de TCD : 1) une équipe urbaine/complète, et 2) une équipe rurale/de petite taille. Les équipes ne sont pas appelées urbaines ou rurales parce qu'elles se trouvent dans un secteur urbain ou dans une région rurale, mais parce qu'en milieu rural il peut y avoir moins de personnes atteintes de troubles mentaux graves qui peuvent bénéficier du programme. Il ne serait donc pas nécessaire d'avoir une équipe complète. Par contre, si le nombre de clients dans la région rurale le justifie, le programme de TCD devra fonctionner à pleine capacité. Certaines équipes ontariennes desservant des secteurs ruraux disent avoir suffisamment de clients pour justifier un effectif complet.

B. Couverture des services

Chaque équipe de TCD doit avoir un effectif suffisant pour dispenser des services de traitement, de réadaptation et de soutien, jour et nuit, sept jours par semaine.

La couverture des services est une mesure de l'intensité des services différente du coefficient personnel-clients, mais qui joue probablement un rôle plus important dans la prestation efficace du TCD. Elle porte sur la masse critique de personnel du TCD nécessaire pour assurer les services jour et nuit. En affectant le personnel (p. ex., quarts de travail, rotation de l'effectif) de façon à offrir de façon continue les services jour et nuit, sept jours par semaine, on s'assure que les clients reçoivent de l'aide lorsqu'ils en ont besoin; on limite les situations de crise; et on réduit le roulement du personnel. Il faut avoir un effectif suffisant pour : 1) assurer deux quarts de 8 heures pendant la semaine; 2) assurer un quart avec au moins deux personnes pendant les fins de semaine et les jours fériés; 3) avoir des professionnels de la santé mentale de garde en dehors des heures de travail du personnel; et 4) remplacer le psychiatre de l'équipe en dehors de ses heures de travail normales. Une équipe complète capable de fonctionner jour et nuit doit compter au moins 11 membres du personnel clinique, en plus du psychiatre et de l'adjoint du programme (compte tenu des congés annuels, des congés de maladie et de l'érosion des effectifs). Il faut 5 infirmières autorisées ÉTP pour avoir une infirmière dans chaque quart.

Lorsqu'une équipe rurale/de petite taille ne dispose pas d'un personnel suffisant pour assurer les quarts pendant la semaine, les fins de semaines et les jours fériés, le personnel doit être affecté de manière à offrir les services nécessaires au cas par cas (conformément à l'évaluation exhaustive et au plan de traitement/service personnalisé du client) en soirée et les fins de semaine. L'équipe de TCD doit prendre des mesures pour assurer la prestation des services d'intervention d'urgence jour et nuit, sept jours par semaine. Si une équipe rurale/de petite taille n'a pas un effectif suffisant pour avoir un système de garde après les heures ouvrables, le personnel doit offrir au moins des services d'intervention d'urgence pendant les heures normales de bureau. En dehors des heures ouvrables, l'équipe doit prendre des dispositions pour que la relève soit assurée par un service d'intervention d'urgence fiable. Dans ce cas, l'équipe rurale/de petite taille doit communiquer régulièrement avec le service d'intervention d'urgence (c.-à-d., au début de la journée de travail pour savoir ce qui s'est passé la nuit précédente et à la fin de la journée pour l'informer que des clients risquent d'avoir besoin de son aide et proposer des façons efficaces de les aider). Il est important que les clients qui ont besoin de contacts personnels les obtiennent. C'est à l'équipe de TCD de prendre les dispositions nécessaires. Lorsqu'il n'existe pas de service d'intervention d'urgence ou que ce service ne peut offrir d'entrevues personnelles pendant les heures où il prend la relève, l'équipe de TCD devra s'organiser pour instaurer son propre système.

C. Fréquence des contacts avec les clients

1. L'équipe de TCD doit pouvoir offrir plusieurs contacts par semaine aux clients qui ont de graves symptômes, essaient de nouveaux médicaments, ont des problèmes de santé ou traversent une crise personnelle, essaient de retourner aux études ou de commencer un nouveau travail, modifient leurs conditions de vie ou de travail, ou ont des problèmes graves et persistants dans leur vie quotidienne. Ces contacts fréquents peuvent avoir lieu jusqu'à deux ou trois fois par jour, sept jours par semaine, selon les besoins des clients et le plan approuvé par le client et le personnel du programme. La plupart, sinon l'ensemble des membres du personnel doivent répondre aux besoins de tous les clients qui requièrent des contacts fréquents.
2. L'équipe de TCD doit pouvoir augmenter rapidement l'intensité des services offerts à un client lorsque son état l'exige ou qu'il le demande.

3. L'équipe de TCD doit offrir en moyenne trois contacts par semaine à tous les clients. Idéalement, ce contact a lieu en personne, mais le soutien peut aussi être offert par téléphone. Les données sur la fréquence des contacts avec les clients doivent être réunies et examinées dans le cadre du plan d'amélioration continue de la qualité (ACQ).

L'intensité des services de TCD varie en fonction des besoins des clients atteints de troubles mentaux graves pour faciliter leur intégration dans un cadre communautaire normal, et leur offrir un niveau de service suffisant qui leur évite d'être hospitalisés. Cette stratégie est radicalement différente de la façon traditionnelle de dispenser les services. Les services de TCD sont prodigués de façon continue et « dosés », c'est-à-dire que si un client a besoin de plus de services, l'équipe les lui offre. De même, si un client a besoin de moins de services, l'équipe ajuste leur intensité.

IV. Exigences en matière de personnel

Les équipes de TCD ont besoin d'un effectif approprié ayant des compétences suffisantes pour dispenser un large éventail de services et établir des relations de qualité avec les clients. De plus, le personnel du TCD doit avoir une attitude et des valeurs compatibles avec la philosophie du TCD : avoir de la compassion et du respect pour les personnes ayant des troubles mentaux graves et ce qu'elles vivent; comprendre les concepts de rétablissement et être convaincu de leur efficacité et de la nécessité pour les clients d'établir leurs propres objectifs; encourager la participation des clients et des familles à toutes les activités qui contribuent à la qualité des services de TCD.

A. Qualifications

L'équipe de TCD doit compter dans ses effectifs des personnes ayant des compétences, des qualifications professionnelles et une expérience suffisantes pour offrir les services décrits à la Section VII. Il est important que l'équipe puisse offrir à la fois des services de traitement, de réadaptation et de soutien. Ces services comprennent la coordination des services; l'évaluation et l'intervention en situation de crise; l'évaluation et la gestion des symptômes; le counseling individuel et la psychothérapie; la prescription, l'administration, la surveillance et la documentation des médicaments; le traitement de la toxicomanie; les services liés à l'emploi; les services liés aux activités de la vie quotidienne; les services liés aux relations sociales, interpersonnelles et aux activités de loisirs; les services de soutien ou l'aide directe afin de satisfaire aux besoins fondamentaux de la vie quotidienne du client; et l'éducation, le soutien et les conseils aux familles et autres réseaux de soutien importants.

Il est important aussi qu'un nombre approprié de membres du personnel soient représentatifs de la diversité de la population locale desservie.

B. Taille de l'équipe

1. Une équipe urbaine/complète doit avoir au **minimum** 11 professionnels cliniques multidisciplinaires ÉTP, dont un coordonnateur et un spécialiste survivant ÉTP, ainsi qu'un adjoint du programme ÉTP, et un psychiatre 0,8 ÉTP.
2. Une équipe rurale/de petite taille doit avoir au **minimum** 8 professionnels cliniques multidisciplinaires ÉTP, dont un coordonnateur et un spécialiste survivant ÉTP, ainsi qu'un adjoint du programme ÉTP, et psychiatre 0,5 ÉTP.

Le psychiatre et l'adjoint du programme ne sont pas compris dans le nombre minimal de membres du personnel clinique multidisciplinaire.

C. Personnel nécessaire

Une équipe de TCD doit comprendre un psychiatre, un adjoint de programme/adjoint administratif, un coordonnateur d'équipe, des infirmières autorisées et, au minimum, un travailleur social, un ergothérapeute, un spécialiste en toxicomanie, un spécialiste en réadaptation au travail, un spécialiste survivant, et d'autres membres du personnel clinique.

Le tableau qui suit indique le nombre *minimal* requis de personnel que doivent avoir les équipes urbaines/complètes ou rurales/de petite taille. Veuillez noter toutefois que ce minimum n'est pas nécessairement le plus approprié. Certaines équipes peuvent avoir besoin de personnel additionnel compte tenu de leur charge de travail ou de la complexité des dossiers (voir aussi la section sur les coefficients personnel-clients).

Poste	Équipe urbaine/complète	Équipe rurale/de petite taille
Coordonnateur de l'équipe	1 ÉTP	1 ÉTP
Infirmière autorisée	3 ÉTP	2 ÉTP
Travailleur social	1 ÉTP	3 ÉTP* * Dans les équipes rurales, une de ces personnes peut remplir deux rôles.
Ergothérapeute	1 ÉTP	
Spécialiste en toxicomanie	1 ÉTP	
Spécialiste en réadaptation au travail	1 ÉTP	
Spécialiste survivant	1 ÉTP	1 ÉTP
Autre personnel clinique	2 ÉTP	1 ÉTP
Total du personnel clinique multidisciplinaire (sans le psychiatre et l'adjoint du programme)	11 ÉTP	8 ÉTP
Psychiatre	0,8 ÉTP	0,5 ÉTP
Adjoint du programme/ adjoint administratif	1 ÉTP	1 ÉTP
Total	12,8 ÉTP	9,5 ÉTP

Professionnels de la santé mentale : Les professionnels de la santé mentale doivent avoir : 1) un diplôme professionnel dans l'une des principales disciplines de la santé mentale; 2) une formation clinique, à savoir stage et autre expérience pratique supervisée dans un établissement clinique ou de réadaptation; et 3) l'expérience du travail clinique avec des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Ces professionnels sont inscrits ou autorisés à exercer en Ontario, régis par les lois provinciales et/ou leur ordre professionnel, et respectent le code de déontologie de leur profession. Parmi les professionnels de la santé mentale certains ont une maîtrise ou un doctorat en sciences infirmières, en travail social, en counseling en réadaptation, ou en psychologie; d'autres ont un diplôme ou un baccalauréat en sciences infirmières (c.-à-d., infirmières autorisées); ou encore sont des ergothérapeutes inscrits ou des travailleurs sociaux autorisés/ayant le niveau du baccalauréat.

Le personnel clinique d'une équipe urbaine/complète compte au **minimum** 8 professionnels de la santé mentale ÉTP. Une équipe rurale/de petite taille doit avoir au **minimum** 6 professionnels de la santé mentale ÉTP. Le coordonnateur de l'équipe, les infirmières autorisées, le travailleur social, l'ergothérapeute et le spécialiste en réadaptation au travail doivent être des professionnels de la santé mentale tels que décrits ci-dessus.

Autre personnel clinique : Les autres membres du personnel clinique peuvent avoir soit le niveau du baccalauréat, soit être des paraprofessionnels de la santé mentale qui offrent des services de réadaptation et de soutien clinique. Au niveau du baccalauréat, un travailleur de la santé mentale a un baccalauréat en sciences du comportement (différent du travail social) et a déjà travaillé avec des adultes ayant des troubles mentaux graves. Un paraprofessionnel de la santé mentale peut avoir un baccalauréat dans une autre discipline que les sciences du comportement, un diplôme d'un collège communautaire ou d'une école secondaire et avoir déjà travaillé avec des adultes ayant des troubles mentaux graves ou des personnes ayant besoin de services semblables. Ces paraprofessionnels peuvent avoir suivi une formation connexe (p. ex., dans le domaine de la toxicomanie ou des services sociaux, avoir travaillé comme ergothérapeute adjoint inscrit ou comme auxiliaire de soins à domicile), avoir une expérience professionnelle (p. ex., comme enseignant) ou personnelle.

Comme il est difficile d'offrir de la formation sur le terrain, il faut engager du personnel qui a l'éducation nécessaire et a déjà travaillé avec des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Le recrutement et l'embauche sont donc extrêmement importants lorsqu'on comble chacun de ces postes, mais surtout si on engage des personnes sans diplômes ni formation professionnels. Dans les équipes rurales/de petite taille, où le personnel est peu nombreux, il est encore plus important que la majorité de l'effectif ait une formation clinique et les compétences voulues pour dispenser les services de traitement et réadaptation de façon autonome.

Rôles

1. **Coordonnateur de l'équipe** : Le coordonnateur/superviseur de l'équipe à temps plein est le superviseur clinique et administratif et assume aussi les fonctions de clinicien praticien au sein de l'équipe de TCD. Il a une maîtrise ou un baccalauréat et est assujéti à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (p. ex., soins infirmiers, psychologie ou ergothérapie), ou est un travailleur social inscrit. Le coordonnateur de l'équipe a un rôle spécifique et ne peut remplir aucune autre fonction.

Le coordonnateur de l'équipe est le clinicien principal de l'équipe. « Clinicien praticien » signifie que le coordonnateur est un clinicien compétent, qui dirige les évaluations axées sur les clients et la planification des traitements personnalisés en travaillant aux côtés des clients et des membres de l'équipe, il est responsable de la supervision directe et s'occupe souvent d'un petit nombre de cas. Il est très difficile de diriger la prestation des services si l'on ne connaît pas personnellement chaque client et sa famille. Cette connaissance directe rend aussi la supervision clinique beaucoup plus efficace et fiable.

2. **Psychiatre** : Dans l'équipe urbaine/complète, le poste de psychiatre correspond, au minimum, à 0,8 ÉTP et, dans l'équipe rurale/de petite taille, à 0,5 ÉTP. Le psychiatre offre des services cliniques à tous les clients du programme de TCD; surveille, en collaboration avec le coordonnateur de l'équipe, l'état clinique des clients et leur réaction au traitement; supervise la prestation des services par le personnel; et dirige les services psychopharmacologiques, médicaux et autres soins cliniques.

Le psychiatre du programme de TCD fait partie intégrante de l'équipe, et n'est pas seulement son conseiller. Le psychiatre rencontre les clients et est responsable de la supervision clinique des clients et du personnel, il participe aux réunions quotidiennes du personnel et aux réunions de planification du traitement, et dirige les services de pharmacie et les services médicaux. S'il travaille à mi-temps, il est très important qu'il ait un horaire établi. Ses heures doivent couvrir des périodes de temps suffisantes pendant les jours convenus pour lui permettre de s'acquitter de ses responsabilités cliniques, administratives et de supervision.

Il faut aussi prévoir le remplacement du psychiatre en dehors de ses heures de travail. Si le psychiatre du programme de TCD ne peut couvrir toutes les heures prévues, il faut trouver une autre solution (p. ex., faire appel au psychiatre d'un centre de santé mentale ou d'un service d'urgence).

Lorsqu'un client du programme de TCD est admis à l'hôpital, il est important que le psychiatre de l'équipe de TCD collabore pleinement avec le psychiatre de l'établissement. Certaines équipes ont des ententes de services avec l'hôpital d'accueil. Dans certains cas, les psychiatres des programmes de TCD continuent de suivre leurs clients lorsqu'ils sont admis.

3. **Infirmières autorisées** : Une équipe urbaine/complète doit compter au minimum trois infirmières autorisées professionnelles de la santé mentale ÉTP, et une équipe rurale/de petite taille, au minimum deux ÉTP.

Les infirmières autorisées jouent un rôle inestimable au sein des équipes de TCD parce qu'elles assurent l'évaluation et les services médicaux, ainsi que les services de traitement et de réadaptation. Il est important d'avoir un effectif suffisant pour que des infirmières soient présentes dans la plupart des quarts. Dans une équipe urbaine/complète, il faut 5 infirmières autorisées ÉTP pour avoir une infirmière dans chaque quart. Dans une équipe rurale/de petite taille, il est impossible de n'avoir qu'une seule infirmière. Les fournisseurs qui montent une équipe de TCD hésitent souvent à engager le nombre d'infirmières dont ils ont besoin à cause des frais. En fait, il a été démontré que, dans le système de santé mentale, lorsqu'on ne verse pas de salaires appropriés la main-d'œuvre est médiocre et le roulement du personnel élevé. Cela est également vrai pour les autres travailleurs de la santé mentale.

4. **Travailleur social** : Il faut un ou plusieurs professionnels de la santé mentale ayant de la formation et de l'expérience en travail social.

Les travailleurs sociaux offrent leur leadership à l'équipe en encourageant la participation des familles des clients et/ou du réseau de soutien naturel au processus de planification du traitement/service et en offrant des services de soutien et de thérapie individuels et/ou de groupe aux familles.

Les travailleurs sociaux peuvent aussi offrir leur leadership en matière de droits juridiques (p. ex., finances, logement), de défense des intérêts et pour « utiliser le système à l'avantage du client ».

5. **Ergothérapeute** : Il faut un ou plusieurs professionnels de la santé mentale ayant de la formation et de l'expérience en ergothérapie. Les ergothérapeutes font partie intégrante de l'équipe, l'aident dans son rôle de généraliste et offrent aussi des services de réadaptation personnalisés.

Les ergothérapeutes s'occupent de la santé et du bien-être des clients et les aident à trouver un équilibre dans leur vie professionnelle en alliant autonomie, loisirs et productivité. Les ergothérapeutes s'appuient sur leur connaissance approfondie de l'interdépendance des fonctions humaines, à savoir dimensions personnelles (c.-à-d., physiques, mentales et sociales), spirituelles (c.-à-d., sens, choix et but), rôles et activités professionnels et facteurs environnementaux. Les ergothérapeutes contribuent au travail de l'équipe par l'évaluation (p. ex., évaluations fonctionnelles, évaluation de l'emploi du temps quotidien, évaluations environnementales, cognitives ou physiques) et par l'intervention (p. ex., corriger les handicaps, élaborer des stratégies d'adaptation, faciliter l'acquisition d'aptitudes, renforcer les ressources des clients, trouver un équilibre entre les points forts, les valeurs et les activités des clients).

L'inclusion de l'ergothérapie dans le programme comme profession de réadaptation essentielle permet d'offrir une gamme complète de services de traitement, de réadaptation et de soutien.

6. **Spécialiste en réadaptation au travail** : Il faut un ou plusieurs professionnels de la santé mentale ayant une formation et expérience particulière en réadaptation au travail. Ces personnes peuvent être des ergothérapeutes ou d'autres professionnels de la réadaptation au travail inscrits. Les spécialistes en réadaptation au travail contribuent au leadership et à l'expertise de l'équipe de TCD en assurant les volets professionnels du programme au sein de l'équipe et/ou en collaboration avec d'autres ressources communautaires.

Selon le cadre stratégique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en matière de soutien à l'emploi des personnes ayant des troubles mentaux graves, intitulé « *La clé du succès* », le programme professionnel comprend huit volets clés :

1. Développement de l'emploi/Création/Services d'approche auprès des employeurs
2. Perfectionnement des compétences/Formation professionnelle/Éducation
3. Formation professionnelle en cours d'emploi
4. Méthode de recherche d'emploi/Placement
5. Planification de l'emploi/Orientation professionnelle
6. Éducation encadrée
7. Mécanismes de soutien en matière d'éducation ou d'emploi
8. Formation en leadership

7. **Spécialiste en toxicomanie** : Il faut confier le rôle de spécialiste en toxicomanie à un ou plusieurs membres du personnel ayant une formation et de l'expérience en évaluation et traitement de la toxicomanie. Ces personnes peuvent être des professionnels de la santé mentale, ou des travailleurs sociaux autorisés diplômés d'un programme de traitement de la toxicomanie dispensé par un collège communautaire.

L'équipe de TCD offre la plupart des services de traitement de la toxicomanie aux clients atteints de troubles mentaux graves qui ont un trouble concomitant de toxicomanie. Les stratégies d'évaluation et de traitement les plus efficaces font appel à un modèle intégré dans lequel les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie sont dispensés simultanément.

8. **Spécialiste survivant** : Il faut au minimum un spécialiste survivant ÉTP dans les équipes urbaines/ complètes ou rurales/de petite taille. Ce poste sera occupé par une personne ayant les compétences et l'expérience requises et qui reçoit, ou a reçu, des services de santé mentale pour troubles mentaux graves. Comme il a l'expérience des troubles mentaux et des services de santé mentale, le spécialiste survivant apporte une expertise qu'aucune formation professionnelle ne peut remplacer. Les survivants spécialistes font partie intégrante de l'équipe et l'aident dans son rôle de généraliste, ils offrent aussi des services hautement personnalisés et encouragent l'autodétermination et la prise de décisions chez les clients. Les survivants spécialistes font également profiter l'équipe de leur expertise et de leurs conseils afin de promouvoir une culture où le point de vue et les préférences des clients sont reconnus, compris, respectés et intégrés au traitement, à la réadaptation, et aux activités propices à l'autonomie dans la communauté.

Le spécialiste survivant doit toucher un salaire comparable à celui des autres membres du personnel. De plus, les consommateurs qui ont les compétences nécessaires peuvent être embauchés pour combler l'un des autres postes et doivent être rémunérés au tarif professionnel.

9. **Adjoint du programme/adjoint administratif** : L'adjoint du programme/l'adjoint administratif (au minimum un ÉTP) est responsable de l'organisation, de la coordination et de la surveillance des activités non cliniques du programme de TCD, notamment de la gestion des dossiers médicaux; de l'administration et de la coordination du système intégré de gestion; de la tenue de la comptabilité et des relevés budgétaires des dépenses engagées pour les clients et le programme; et des tâches de réceptionniste, notamment l'acheminement des appels et la coordination des communications entre l'équipe et les clients.

Les personnes qui ont une formation d'infirmières praticiennes autorisées (IPA), ou qui ont travaillé comme adjointes de programme dans une unité hospitalière ou comme membres du personnel de soutien administratif dans le cadre d'un service de santé mentale ou de soins sont idéales pour ce poste.

Exigences en matière de politiques et de procédures : L'équipe de TCD doit : 1) avoir des politiques et procédures écrites en matière d'embauche; 2) définir les compétences de base du personnel, l'orientation et la formation; et 3) tenir un dossier sur chaque membre de l'équipe contenant sa demande d'emploi, des copies de ses titres ou permis/licences, la description de son poste, une évaluation annuelle de son rendement, ainsi qu'un plan d'orientation et de formation individuel.

V. Organisation du programme et communications

Lorsqu'on travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire, l'organisation du personnel et les communications sont essentielles pour dispenser des services hautement personnalisés en milieu communautaire. Si le programme de TCD ne dispose pas d'une structure organisationnelle et de communications solide, il sera impossible pour l'équipe d'offrir aux clients des services de l'intensité requise, bien organisés et variés, tout en assurant la coordination des soins.

A. Heures d'ouverture et couverture des services

1. Équipes urbaines/complètes

- a. L'équipe de TCD doit pouvoir offrir des services de traitement, de réadaptation et de soutien jour et nuit, sept jours par semaine. Pour cela, elle doit :
 - i. assurer le fonctionnement normal du programme et répartir le personnel en deux quarts de 8 heures avec au moins deux personnes pendant le deuxième quart, de façon à offrir des services pendant au moins 12 heures d'affilée tous les jours de la semaine;
 - ii. assurer le fonctionnement normal du programme et répartir le personnel par quart de 8 heures avec au moins deux personnes les fins de semaine et les jours fériés;
 - iii. affecter le personnel de l'équipe de TCD qui sera de garde et offrira des services d'intervention d'urgence et autres en dehors des heures ouvrables;
 - iv. affecter au service de garde le personnel de l'équipe de TCD qui connaît bien le programme et les procédures d'intervention d'urgence et peut répondre aux clients par téléphone ou en personne;
 - v. prévoir le remplacement du psychiatre en dehors de ses heures de travail. Si le psychiatre du programme de TCD ne peut couvrir toutes les heures prévues, il faut trouver une autre solution (p. ex., psychiatre d'un centre de santé mentale ou d'un service d'urgence).

2. Équipes rurales/de petite taille

- a. L'équipe de TCD doit pouvoir offrir des services de traitement, de réadaptation et de soutien sept jours par semaine. Les clients du programme de TCD doivent pouvoir obtenir des services d'intervention d'urgence jour et nuit. Si une équipe rurale/de petite taille n'a pas un effectif suffisant pour opérer deux quarts de 8 heures pendant la semaine et un quart de 8 heures pendant les fins de semaine et les jours fériés, il faut affecter le personnel de manière à offrir les services nécessaires au cas par cas (conformément à l'évaluation exhaustive axée sur le client et au plan de traitement/service personnalisé) en soirée et pendant la fin de semaine. Pour cela, il faut :
 - i. répartir le personnel de manière à maintenir les contacts avec les clients le soir et pendant la fin de semaine;
 - ii. répartir le personnel du programme de TCD qui sera de garde et offrira des services d'intervention d'urgence et autres en dehors des heures ouvrables. On affectera au service de garde le personnel du programme de TCD qui connaît bien les procédures d'intervention d'urgence et pourra répondre aux clients par téléphone ou en personne;
 - iii. que l'équipe de TCD prenne les mesures nécessaires pour assurer la prestation des services d'intervention d'urgence jour et nuit, sept jours par semaine. Si une équipe rurale/de petite taille n'a pas un effectif suffisant pour avoir un système de garde après les heures ouvrables, le personnel devra au moins offrir des services d'intervention d'urgence pendant les heures normales de bureau. En dehors de ces heures, l'équipe doit prendre des dispositions pour se faire remplacer par un service d'intervention d'urgence fiable. L'équipe rurale/de petite taille doit communiquer régulièrement avec le service d'intervention d'urgence (c.-à-d., au début de la journée de travail pour savoir ce qui s'est passé la nuit précédente, et à la fin de la journée pour l'informer que des clients risquent d'avoir besoin d'assistance et proposer des façons efficaces de les aider). Il est important que les clients qui ont besoin de contacts personnels puissent les obtenir. L'équipe de TCD doit prendre les mesures nécessaires à cet effet. S'il n'existe pas de service d'intervention d'urgence dans la région ou que ce service ne peut offrir de contacts personnels pendant les heures où il prend la relève, l'équipe de TCD devra instaurer son propre système;

- iv. prévoir le remplacement du psychiatre en dehors de ses heures de travail. Si le psychiatre du programme de TCD ne peut couvrir toutes les heures prévues, il faut trouver une autre solution (p. ex., faire appel au psychiatre d'un centre de santé mentale ou d'un service d'urgence).

De nombreux programmes de santé mentale déclarent offrir leurs services jour et nuit, sept jours par semaine, mais, en fait, leur personnel ne travaille que du lundi au vendredi, de 8 heures à 17 heures, et offre des services d'intervention d'urgence par téléphone ou en salle d'urgence le reste du temps. Par contre, les équipes de TCD répartissent leur personnel par quarts de 8 heures, organisent leur propre système de garde et se déplacent pour rencontrer les clients en personne, le cas échéant. Dans les programmes TCD ruraux/de petite taille où les services d'intervention d'urgence sont limités, il est très important que l'équipe de TCD puisse intervenir en personne en situation de crise. Il est inconcevable de laisser cette tâche aux salles d'urgence des hôpitaux ou aux forces de l'ordre.

B. Lieu du traitement/service

Chaque équipe doit offrir au minimum 75 pour 100 des services aux clients en milieu communautaire, et non à partir d'un bureau ou d'un établissement de soins.

Le « contact direct » est un volet essentiel de la prestation des services de TCD. La plupart des séances de traitement et de réadaptation ont lieu « dans la communauté », c.-à-d., chez le client et dans son quartier, et dans les espaces récréatifs que fréquentent tous les citoyens (p. ex., parcs, salles de cinéma et restaurants).

Le contact direct permet d'offrir des services psychosociaux « sur le vif », là où les clients en ont besoin. Il évite aux clients d'avoir à transférer leurs connaissances, ce qui peut être difficile pour de nombreuses personnes ayant des troubles mentaux graves.

C. Communications et planification des activités du personnel

1. L'équipe de TCD doit tenir des **réunions quotidiennes du personnel** qui ont lieu à heures régulières selon un calendrier établi par le coordonnateur de l'équipe. Ces réunions doivent se dérouler selon les procédures suivantes :
 - a. L'équipe de TCD doit tenir un **registre quotidien** contenant :
 - la liste des clients servis par le programme;
 - pour chaque client, une brève description des services dispensés au cours des dernières 24 heures, et un bilan concis de son comportement ce jour-là.
 - b. On commence la **réunion quotidienne du personnel** en passant en revue le registre quotidien pour informer le personnel des services qui ont été dispensés aux clients la veille et permettre à l'équipe d'évaluer au jour le jour les progrès et l'état de tous les clients.
 - c. L'équipe de TCD, sous la direction de son coordonnateur, doit tenir un **calendrier hebdomadaire du client** où sont consignés tous les contacts que le personnel doit avoir avec le client pour lui permettre d'atteindre les objectifs de son plan de traitement/service. L'équipe tiendra un dossier central de tous les calendriers hebdomadaires des clients.
 - d. L'équipe de TCD, sous la direction de son coordonnateur, préparera un calendrier des tâches quotidiennes du personnel à partir du dossier central des calendriers hebdomadaires des clients. On consignera dans le **calendrier des tâches quotidiennes du personnel** tous les contacts avec les clients et tout le travail indirect lié aux clients (p. ex., examen du dossier médical, réunion avec des tiers, tels qu'employeurs et aide sociale), perfectionnement professionnel, planification du traitement/service, et documentation à fournir à certaines dates, ces tâches seront réparties entre les membres du personnel en poste ce jour-là.

- e. Lors de la réunion quotidienne du personnel, l'**organisateur des quarts** passera en revue toutes les tâches à accomplir ce jour-là telles qu'indiquées dans le **calendrier des tâches quotidiennes du personnel**. Pendant cette réunion, l'organisateur affectera le personnel aux diverses activités et devra s'assurer que toutes ces tâches sont menées à bien ou reportées à une date ultérieure.
 - f. Pendant la **réunion quotidienne du personnel**, l'équipe de TCD examinera aussi les plans de traitement/service, le cas échéant, planifiera les interventions d'urgence et en situation de crise, et ajoutera des contacts avec les clients au calendrier des tâches quotidiennes du personnel conformément aux plans révisés de traitement/service.
2. L'équipe de TCD doit tenir des réunions de planification du traitement/service sous la supervision de son coordonnateur et du psychiatre. Ces réunions doivent :
- a. avoir lieu selon un horaire régulier consigné dans le calendrier établi par le coordonnateur de l'équipe;
 - b. être prévues et se dérouler lorsque la majorité des membres de l'équipe peuvent y assister, y compris le psychiatre, le coordonnateur de l'équipe et tous les membres de l'équipe de traitement/service personnalisé (ÉTSP);
 - c. nécessiter de chaque membre du personnel qu'il présente, examine et intègre systématiquement les renseignements sur les clients dans une analyse globale et classe les problèmes par ordre de priorité;
 - d. être assez fréquentes et assez longues pour permettre à tout le personnel :
 - 1) de se familiariser avec chaque client, ses objectifs et ses aspirations;
 - 2) de participer à l'évaluation continue et à la reformulation des problèmes;
 - 3) de chercher des stratégies de traitement et de réadaptation pour résoudre les problèmes;
 - 4) de participer avec les clients et l'ÉTSP à l'élaboration et à la révision du plan de traitement/service;
 - 5) de comprendre la raison d'être du plan de traitement/service pour pouvoir le mener à bien.

Les communications et l'organisation du personnel (c.-à-d., réunions quotidiennes du personnel et réunions de planification du traitement/service) sont essentielles au fonctionnement général du programme et au travail d'équipe.

Il est très important, pour le bon fonctionnement de l'équipe et la prestation efficace des services, que cette section des normes du programme de TCD soit bien comprise et exécutée.

D. Mécanismes permettant d'assurer la continuité des soins

Les équipes de TCD doivent se doter de mécanismes leur permettant d'assurer la continuité des soins et encourageant la collaboration avec les autres fournisseurs de services (p. ex., pour faciliter la transition à d'autres services, l'admission en établissement de soins, lorsque c'est nécessaire, et l'accès à d'autres services communautaires et institutionnels).

E. Supervision du personnel

Le coordonnateur de l'équipe et le psychiatre doivent superviser et diriger toutes les activités du personnel. La supervision et la direction consisteront :

- 1. en séances individuelles où le superviseur accompagne un membre du personnel lors d'une réunion prévue avec client, ou lors d'une intervention d'urgence, afin d'évaluer sa performance, apporte ses commentaires et propose d'autres méthodes de traitement/service;
- 2. à encourager la participation des membres de l'équipe aux réunions quotidiennes du personnel et aux réunions de planification du traitement/service organisées régulièrement afin d'examiner et d'évaluer la performance du personnel et de lui donner des conseils sur certains cas;

3. en réunions régulières avec chaque membre du personnel pour passer en revue leur travail avec les clients, évaluer la performance clinique, apporter ses commentaires;
4. en examen, analyse critique et commentaires réguliers visant la documentation réunie par le personnel (c.-à-d., notes d'évolution, évaluations, plans de traitement/service, examens des plans de traitement/service);
5. à documenter par écrit toute la supervision clinique fournie au personnel de l'équipe de TCD.

Exigences en matière de politiques et de procédures : L'équipe de TCD doit :

- 1) avoir des politiques et procédures écrites en matière d'organisation du programme, notamment heures ouvrables et couverture des services nécessaires, communications et planification des activités du personnel, importance du travail d'équipe, et supervision du personnel, telles que décrites dans cette section;
- 2) avoir des politiques et procédures en matière de gestion des risques.

VI. Évaluation axée sur le client et planification du traitement/service personnalisé

L'objet de tout le processus d'évaluation axée sur le client et de planification du traitement/service personnalisé offert dans le cadre du programme de TCD est de « rassembler les pièces du puzzle » avec le client. L'acte de recueillir et d'examiner avec le client les antécédents psychosociaux permet d'élaborer un plan personnalisé. Le client et l'ÉTSP travaillent ensemble afin de cerner et de classer par ordre de priorité les problèmes, de fixer les objectifs, de choisir les méthodes de recherche et les interventions, et d'élaborer un plan. Ce plan est personnalisé afin que les stratégies et interventions adoptées pour le traitement/la réadaptation/le soutien atténuent le plus possible les symptômes, répondent aux besoins et aspirations du client, tiennent compte de ses croyances culturelles et de sa situation personnelle, et améliorent tous les aspects du fonctionnement psychosocial qui sont importants pour lui.

A. Évaluation initiale

Le coordonnateur de l'équipe ou le psychiatre, en collaboration avec les membres de l'équipe désignés, doit procéder à l'évaluation initiale du client et élaborer un plan initial de traitement/service le jour de l'admission au programme de TCD.

B. Évaluation exhaustive

Chaque volet de l'évaluation doit être mené à bien par le membre de l'équipe de TCD le plus chevronné et connaissant le mieux la question. Chaque volet est pris en charge par un membre de l'équipe ayant la formation et l'intérêt nécessaires et qui devient le spécialiste auprès du client. L'évaluation s'appuie sur tous les renseignements disponibles, notamment ceux obtenus lors de l'entrevue avec le client/offerts spontanément par le client, fournis par les membres de sa famille et les autres proches, et ceux tirés de résumés écrits transmis par d'autres organismes, comme la police, les tribunaux, les services de consultations externes/les établissements de soins, le cas échéant. Il faut obtenir le consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements, si ce consentement est exigé conformément aux lois applicables dans les circonstances. Le membre de l'équipe qui a fait l'évaluation présente ses conclusions lors de la première réunion de planification du traitement/service. On fera dès que possible une évaluation exhaustive, idéalement dans le mois qui suit l'admission du client conformément aux exigences suivantes :

1. en collaboration avec le client, l'équipe de traitement/service personnalisé (ÉTSP) dresse le schéma chronologique des antécédents sociopsychiatriques;
2. en collaboration avec le client, l'évaluation exhaustive comprend l'évaluation des questions suivantes :
 - a. **Antécédents psychiatriques, état mental et diagnostic** : Le psychiatre doit évaluer les antécédents psychiatriques, l'état mental et poser le diagnostic. Il présente les conclusions de son évaluation lors de la première réunion de planification du traitement/service.

L'évaluation des antécédents psychiatriques, de l'état mental et le diagnostic reposent sur la collecte exhaustive et systématique de renseignements obtenus auprès du client et de sa famille, dans d'anciens dossiers de traitement décrivant l'origine, les facteurs déclencheurs, l'évolution, et les conséquences de la maladie, notamment les traitements dispensés par le passé et les résultats obtenus, les événements survenus récemment dans la vie du client et son état de santé mental actuel.

L'objectif visé est de planifier, avec le client et sa famille, le meilleur traitement afin d'éliminer ou d'atténuer les symptômes et de poser un diagnostic précis. Alors qu'il évalue les antécédents psychiatriques et l'état mental et rend son diagnostic, le psychiatre rédige le profil psychiatrique du client.

- b. **Santé physique** : Une infirmière autorisée évalue la santé physique du client. Elle présente les conclusions de son évaluation lors de la première réunion de planification du traitement/service.

Comme nombre des personnes atteintes de troubles mentaux graves négligent leur santé physique, l'objet de cette évaluation est de dresser le bilan de l'état de santé et des troubles médicaux du client pour lui offrir le traitement, le suivi et le soutien appropriés. La première entrevue doit avoir lieu dans les 72 heures suivant l'admission.

- c. **Consommation de drogues et d'alcool** : Le spécialiste en toxicomanie évalue la consommation de drogues et d'alcool et présente les conclusions de son évaluation lors de la première réunion de planification du traitement/service.

En général, la toxicomanie n'est pas bien évaluée chez les personnes ayant des troubles mentaux graves. Il faut beaucoup de temps pour faire cette évaluation avec précision. L'objet est de réunir les renseignements nécessaires pour établir si le client a un problème de toxicomanie et de mettre en place le traitement approprié qui fera partie de son plan de traitement global. Les membres de l'équipe qui sont des spécialistes des troubles concomitants prêtent leur concours aux équipes de traitement/service personnalisé et sont les principaux responsables de l'évaluation, de la planification et du traitement des clients toxicomanes. Il faut utiliser les outils d'évaluation normalisés de la toxicomanie.

d. **Éducation et emploi** : Le spécialiste en réadaptation au travail (qui peut être un ergothérapeute) fait le point sur l'éducation et l'emploi et présente les conclusions de son évaluation lors de la première réunion de planification du traitement/service.

L'emploi est un élément très important pour les personnes atteintes de troubles mentaux car son effet stabilisateur permet de mieux gérer les symptômes. Le programme de TCD n'exclut personne sous prétexte qu'il a de mauvais antécédents sur le plan professionnel ou des symptômes ou handicaps liés à ses troubles mentaux. L'objet de l'évaluation de l'éducation et de l'emploi est de découvrir, avec le client, comment il gère son emploi du temps; quel est son statut scolaire ou professionnel; quels sont ses intérêts et préférences face à l'école ou l'emploi; et comment ses symptômes influent sur sa performance scolaire ou professionnelle. Cette évaluation marque le début de la relation entre le client et le spécialiste en réadaptation au travail et sert à établir les objectifs éducatifs et professionnels.

e. **Développement et fonctionnement sociaux** : Le travailleur social évalue le développement et le fonctionnement sociaux du client et présente les conclusions de son évaluation lors de la première réunion de planification du traitement/service.

L'objet de l'évaluation du développement et du fonctionnement sociaux est d'obtenir du client des renseignements sur son enfance, ses premiers attachements, son rôle dans sa famille d'origine, son développement d'adolescent et de jeune adulte, sa culture, ses convictions religieuses, ses activités de loisirs, ses intérêts et ses aptitudes sociales. Ceci aidera l'équipe de TCD à évaluer comment les symptômes ont interrompu ou affecté le développement personnel et social. L'évaluation révèle aussi si le client a eu affaire au système de justice pénale. En outre, elle permet de cerner les problèmes sociaux et interpersonnels qu'il faudra traiter par une thérapie de soutien appropriée.

f. **Activités de la vie quotidienne (A.V.Q.)** : L'ergothérapeute ou l'infirmière évalue les A.V.Q. et présente les conclusions de son évaluation lors de la première réunion de planification du traitement/service.

L'objet de l'évaluation des activités de la vie quotidienne est d'estimer : la capacité actuelle du client de satisfaire ses besoins essentiels (p. ex., hygiène personnelle, nutrition adéquate, soins médicaux); la qualité et la sécurité de ses ressources financières; l'incidence des symptômes et handicaps liés aux troubles mentaux sur l'autonomie; la capacité du client de maintenir son autonomie sur le plan du logement; et ses désirs et préférences. Ceci permettra à l'équipe de TCD de déterminer le niveau d'aide, de soutien et de ressources nécessaire pour rétablir et maintenir les activités de la vie quotidienne. La maîtrise des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.) est essentielle à la bonne intégration communautaire des personnes atteintes de troubles mentaux graves. En leur apportant un soutien continu pour satisfaire à leurs besoins en matière d'A.V.Q., on permet aux clients d'avoir une meilleure estime de soi et d'être moins vulnérables dans la communauté. Les ergothérapeutes et les infirmières ont la formation nécessaire pour mener à bien l'évaluation des A.V.Q. On peut aussi former à cette tâche d'autres membres du personnel qui s'y intéressent.

- g. **Structure et relations familiales** : Le travailleur social évalue la structure et les relations familiales et présente les conclusions de son évaluation lors de la première réunion de planification du traitement/service.

En général, les personnes atteintes de troubles mentaux graves obtiennent l'essentiel des soins et du soutien dont ils ont besoin de leur famille. La meilleure façon de s'allier les familles de communautés diverses est de respecter et d'intégrer leurs croyances et valeurs dans le programme. De nombreux clients ont des enfants, et leur aptitude en tant que parent peut être compromise par leurs troubles mentaux. Malheureusement, les fournisseurs de services de santé mentale n'incluent pas toujours les familles ou les proches dans le programme, ni ne souhaitent leur participation. L'objet de l'évaluation de la structure et des relations familiales est d'apprendre de la famille du client et de ses proches ce qu'ils pensent des troubles mentaux du client, pour savoir s'ils comprennent la gravité de la maladie et ce qu'ils attendent des services de TCD. Ces renseignements aideront l'équipe à définir, avec le client, le type de contact ou de relation que le programme de TCD aura avec la famille sur les objectifs, le traitement et la réadaptation du client. Cette évaluation commence lors de l'entrevue d'admission avec le client et les membres de la famille ou proches qui participent au processus.

3. Le processus d'évaluation doit être soutenu par la plupart sinon l'ensemble des membres de l'équipe, mais c'est au psychiatre, au coordonnateur des services et aux membres de l'ÉTSP qu'il incombe de rédiger un rapport détaillé sur les résultats, de décrire les antécédents sociopsychiatriques du client et de mener à bien l'évaluation exhaustive, idéalement, cela doit être fait dans le mois qui suit l'admission au programme.
4. Le coordonnateur des services et les membres de l'ÉTSP seront désignés par le coordonnateur de l'équipe, en collaboration avec le psychiatre, dès la première réunion de planification du traitement/service ou dans les 30 jours suivant l'admission.

C. Planification du traitement/service personnalisé

Les plans de traitement/service seront élaborés selon le processus de planification suivant :

1. Le plan de traitement/service doit être élaboré en collaboration avec le client et sa famille ou son mandataire spécial, le cas échéant, lorsque c'est possible et approprié. Il faut documenter la participation du client à l'élaboration du plan de traitement/service. L'équipe de TCD et le client doivent évaluer, ensemble, les besoins de ce dernier, ainsi que ses points forts et préférences, et élaborer un plan de traitement/service personnalisé. Ce plan doit : 1) identifier les problèmes du client; 2) fixer des objectifs précis et mesurables à long et à court terme pour chaque problème; et 3) définir les stratégies et interventions nécessaires pour que le client atteigne ses objectifs, devienne aussi autonome que possible dans la communauté et atteigne le plus haut degré de rétablissement possible (c.-à-d., mène une vie intéressante, satisfaisante et productive). Le plan doit préciser qui mènera à bien les stratégies et interventions.
2. Tel que décrit à la Section V, l'équipe de TCD doit se réunir à intervalles réguliers pour discuter de la planification du traitement/service. Les membres du personnel suivants doivent assister à chacune de ces réunions : le coordonnateur de l'équipe, le psychiatre, le coordonnateur des services, les membres de l'équipe de traitement/service personnalisé, le spécialiste survivant et tous les autres membres de l'équipe de TCD qui ont régulièrement affaire au client.
3. Les membres de l'équipe de traitement/service personnalisé doivent s'assurer que le client participe activement à l'établissement de ses objectifs de traitement/service (rétablissement). Avec le consentement du client, le personnel de l'équipe de TCD doit aussi inviter les organismes concernés et les membres du réseau social du client à participer à l'élaboration des plans de traitement/service.

4. Il faut examiner les questions clés suivantes lorsqu'on élabore un plan de traitement/service, notamment : 1) atténuation des troubles psychiatriques ou des symptômes; 2) logement; 3) activités de la vie quotidienne (A.V.Q.); 4) structure quotidienne et emploi; et 5) relations familiales et sociales. Le coordonnateur des services et l'équipe de traitement/service personnalisé passent en revue et adaptent les objectifs et le plan de traitement/service, avec le client, lorsqu'il faut prendre une décision déterminante au cours du traitement/service (p. ex., à la suite d'un changement important dans l'état du client ou de ses objectifs) ou au moins tous les six mois. Le coordonnateur des services doit aussi rédiger un résumé (c.-à-d., un bilan du plan de traitement/service) qui décrit de façon détaillée les progrès réalisés par le client/les objectifs atteints, l'efficacité des interventions, et le degré de satisfaction du client à l'égard des services depuis le dernier plan de traitement/service. Le plan et l'examen seront signés ou approuvés verbalement par le client, le coordonnateur des services, les membres de l'équipe de traitement/service personnalisé, le coordonnateur de l'équipe, le psychiatre, et tous les membres de l'équipe de TCD.

S'il est facile pour les professionnels de la santé mentale d'accepter, dans l'abstrait, le modèle de services personnalisés proposé dans le TCD, ils ont souvent du mal à le conceptualiser et à le mettre en pratique. Tous les services cliniques et de réadaptation doivent commencer par une évaluation exhaustive et un plan de traitement/service personnalisé. Il n'existe probablement pas de meilleure façon d'établir des liens fructueux avec les clients et leur famille et d'imaginer des interventions plus efficaces que l'évaluation exhaustive et le plan de traitement/service personnalisé proposé dans le TCD.

Exigence en matière de politiques et de procédures : L'équipe de TCD doit avoir des politiques et procédures écrites en matière d'évaluation et de planification du traitement/service qui comprend les exigences énoncées dans cette section.

VII. Services requis

Contrairement à ce que beaucoup de gens pensent, il est possible de traiter les troubles mentaux. Il existe un vaste éventail de traitements efficaces pour atténuer les symptômes. En fait, pour la plupart des troubles mentaux, on dispose généralement de plusieurs traitements ayant fait leurs preuves. Le traitement communautaire dynamique n'est pas seulement une pratique fondée sur des données probantes, c'est aussi un modèle de prestation de services efficace pour offrir aux personnes souffrant de schizophrénie gravement invalidante, d'autres troubles psychotiques et de psychose maniacodépressive, les meilleurs services de traitement, de réadaptation et de soutien. Le personnel multidisciplinaire du TCD planifie et dispense des services personnalisés pour aider les clients : 1) à gérer les interactions complexes entre symptômes et fonctionnement psychosocial; et 2) à atteindre leurs objectifs personnels. Les interventions reconnues qui sont offertes à l'heure actuelle dans le traitement communautaire dynamique comprennent : le counseling par encouragement et la psychothérapie, notamment la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie personnelle et la psychoéducation; le traitement intégré toxicomanie-santé mentale, notamment la thérapie d'amélioration de la motivation; le traitement pharmacologique fondé sur des données probantes et s'appuyant sur des pratiques cliniques (algorithmes); l'assistance en milieu de travail; l'entraide et la consultation avec des pairs; la collaboration avec les familles et la psychoéducation des familles; et le traitement des traumatismes et des névroses post-traumatiques.

L'équipe de TCD, qui offre un traitement continu, doit pouvoir offrir des services complets de traitement, de réadaptation et de soutien comme une unité autonome.

Les services doivent comprendre au minimum ce qui suit :

A. Coordination des services

Chaque client relèvera d'un coordonnateur des services chargé de coordonner et de surveiller les activités de l'équipe de traitement/service personnalisé et des autres membres de l'équipe de TCD. La responsabilité principale du coordonnateur des services est de rédiger, avec le client, le plan de traitement/service, d'offrir du counseling par encouragement et des choix en matière de plan de traitement/service, de s'assurer que le plan est immédiatement modifié lorsque les besoins du client changent, et de défendre les désirs, droits et préférences du client. En général, le coordonnateur des services est aussi le premier membre du personnel que l'on appelle lorsque le client est en situation de crise, il est le principal soutien et éducateur de la famille. Les membres de l'équipe de traitement/service personnalisé partagent cette responsabilité avec le coordonnateur des services et doivent prendre la relève en son absence. La coordination des services comprend aussi la coordination avec les ressources communautaires, notamment les organisations d'entraide et de défense qui privilégient le rétablissement.

B. Évaluation et intervention en situation de crise

L'évaluation et l'intervention en situation de crise doivent être offertes jour et nuit, sept jours par semaine. Ces services comprendront des contacts par téléphone et en personne et seront offerts en conjonction avec le programme d'intervention d'urgence du système de santé mentale local, le cas échéant.

C. Traitement psychiatrique

Le traitement psychiatrique offre aux clients les outils nécessaires pour gérer leurs troubles. Il comprend, notamment, les volets suivants :

1. évaluation exhaustive et continue des symptômes de troubles mentaux présentés par le client, diagnostic précis, et réaction du client au traitement afin d'atténuer le plus possible les symptômes;
2. psychoéducation sur les troubles mentaux, et sur les effets des médicaments prescrits et leurs effets secondaires;
3. gestion des symptômes pour aider chaque client à identifier ses symptômes et les schémas d'apparition de ses troubles mentaux et élaborer des stratégies (internes, comportementales ou adaptatives) pour atténuer les effets;
4. thérapie de soutien individuelle;
5. interventions psychothérapeutiques, telles que thérapie cognitivo-comportementale et psychothérapie individuelle;
6. soutien psychologique assidu, à la fois planifié et offert selon les besoins, pour aider les clients à atteindre leurs objectifs personnels, à faire face aux facteurs de stress de la vie quotidienne et à se rétablir.

Prescription, administration, surveillance et documentation des médicaments

1. Le psychiatre de l'équipe de TCD doit :
 - a. établir une relation clinique personnelle avec chaque client;
 - b. évaluer les symptômes de troubles mentaux présentés par le client et fournir des renseignements verbaux et écrits sur ces troubles;
 - c. poser un diagnostic précis s'appuyant sur l'évaluation exhaustive et choisir un traitement médicamenteux fondé sur des données probantes;
 - d. expliquer le traitement médicamenteux, les bienfaits et les risques connexes, et obtenir le consentement éclairé au traitement;
 - e. évaluer et documenter les symptômes de troubles mentaux présentés par le client et sa réaction au traitement médicamenteux, surveiller et documenter les effets secondaires des médicaments.
2. Tous les membres de l'équipe de TCD doivent évaluer et documenter les symptômes de troubles mentaux présentés par le client et sa réaction au traitement médicamenteux. Ils doivent aussi surveiller et documenter les effets secondaires des médicaments.
3. L'équipe de TCD doit élaborer des politiques et procédures en matière de médicaments qui expliquent comment faire ce qui suit :
 - a. enregistrer les ordonnances médicales;
 - b. commander les médicaments;
 - c. prendre, au besoin, des dispositions pour que les médicaments soient administrés par l'équipe et intégrés dans le calendrier hebdomadaire du client et le calendrier quotidien des tâches du personnel;
 - d. assurer la sécurité des médicaments (p. ex., approvisionnement quotidien et à long terme) et aménager un endroit où les infirmières de l'équipe pourront ranger les médicaments;
 - e. administrer les médicaments aux clients conformément aux règlements de l'Ontario¹.

¹ Voir *Oral Medication Administration: Practice Guidelines for ACT Teams in Ontario*, guide d'information préparé par T. Holz et M. Gehrs, 2002, pour le Groupe consultatif technique du TCD.

D. Troubles concomitants

La prestation d'un modèle de traitement/service séquentiel, intégré et non conflictuel tient compte des interactions entre troubles mentaux et toxicomanie, et s'appuie sur les objectifs choisis par le client². Il s'agit, notamment, d'offrir les interventions individuelles et de groupe suivantes :

1. évaluation à l'aide des outils d'évaluation normalisés de la toxicomanie et réévaluation continue;
2. entrevues/entretiens de motivation (p. ex., étapes de l'évolution, apparition d'anomalies, matrice de décision);
3. traitement/service actif (p. ex., counseling, développement des aptitudes cognitives, renforcement communautaire);
4. prévention des rechutes (p. ex., identification des facteurs déclencheurs, établissement de plans de prévention des rechutes);
5. recommandation à des services de gestion du sevrage, le cas échéant.

E. Services liés au travail

Les services liés au travail aident les clients à apprécier, trouver et garder un emploi intéressant dans la communauté. Ces services sont décrits dans le cadre stratégique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en matière de soutien à l'emploi intitulé « *La clé du succès* ». Les services sont fournis par l'équipe et/ou en collaboration avec d'autres ressources communautaires et comprennent :

1. Développement de l'emploi/Création/Services d'approche auprès des employeurs

L'objectif de cette composante centrale vise à augmenter le nombre de débouchés professionnels et à améliorer l'accès de la clientèle à ces débouchés. Ces derniers incluent les emplois temporaires et les emplois permanents rémunérés. La prestation de cette composante pourra déboucher sur la création d'emplois, par l'entremise de la création d'une société exploitée par les clients, d'une compagnie parrainée par un organisme ou par toute autre entreprise. Un des éléments essentiels de cette composante concerne la prestation de services d'approche, d'éducation et de soutien aux employeurs qui risquent de vouloir engager des personnes atteintes de maladie mentale. Par conséquent, il est possible que l'on assiste à une augmentation du nombre de personnes occupant un emploi rémunérateur.

2. Perfectionnement des compétences/Formation professionnelle/Éducation

Cette composante essentielle vise à perfectionner les compétences générales et techniques dont la clientèle a besoin pour réussir dans sa recherche d'emploi ou pour réaliser ses objectifs éducatifs. La prestation de services peut inclure l'enseignement de compétences génériques, par exemple comment s'organiser pour aller travailler ou comment s'entendre avec ses collègues. Il peut également s'agir de l'enseignement de compétences techniques spécifiques comme le fonctionnement d'une caisse-enregistreuse ou d'un logiciel informatique.

Cette composante de base peut être offerte de maintes façons, soit : bénévolat, encadrement professionnel sous forme de placement temporaire rémunéré ou non auprès d'employeurs, programmes éducatifs ou stages de formation.

3. Formation professionnelle en cours d'emploi

Cette composante porte sur l'acquisition de compétences générales ou techniques pendant une période d'emploi permanente rémunérée. Le soutien peut être accordé de maintes façons, soit : encadrement professionnel, superviseur ou collègues dans une entreprise locale, dans une compagnie exploitée par des clients ou dans une société parrainée par un organisme.

² Voir *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Santé Canada, 2001.

4. Méthode de recherche d'emploi/Placement

Les organismes et les programmes locaux peuvent offrir au moins un élément ou les deux éléments de cette composante de base. Les programmes de recherche d'emploi expliquent aux particuliers comment préparer un curriculum vitae et comment se comporter durant une entrevue d'emploi. Dans le cadre des programmes de placement, on noue des liens avec les employeurs éventuels, on essaie de faire correspondre les clients aux emplois et on aide la clientèle à se préparer à une entrevue d'emploi.

5. Planification de l'emploi/Orientation professionnelle

Cette composante permet d'aider les particuliers à concevoir un plan professionnel ou un plan d'emploi qui débouche sur des études ultérieures ou sur l'intégration au marché du travail. Il faudrait élaborer des plans professionnels après avoir évalué attentivement les aptitudes, les compétences et les intérêts et après avoir pris en considération le marché de l'emploi local.

6. Éducation encadrée

Il s'agit d'aider la clientèle à concevoir des objectifs professionnels. Il peut s'agir de la recherche d'emploi ou d'autres études. La prestation de services de soutien peut se faire par le biais de toute une série d'activités comme l'enseignement de l'anglais langue seconde, les cours de perfectionnement ou de rattrapage et les séances sur la planification professionnelle.

7. Mécanismes de soutien en matière d'éducation ou d'emploi

Cette composante de base vise à offrir un soutien, le cas échéant, visant à veiller à ce que les personnes atteintes de maladie mentale puissent garder leur emploi ou continuer de suivre le programme éducatif de leur choix.

Il est possible que le soutien nécessaire consiste en des programmes d'éducation ou de résolution des problèmes offerts aux clients, aux employeurs et aux collègues. Les mécanismes de soutien peuvent également inclure la coordination et la défense des intérêts permettant de s'assurer que les clients ont accès aux mécanismes de soutien communautaires requis, comme le revenu, le logement, les avantages médicaux et le counseling. Quant aux services, ils risquent d'être offerts par une personne-ressource externe ou par une personne au lieu d'emploi.

8. Formation en leadership

La formation en leadership vise à doter les personnes atteintes de maladie mentale des compétences dont elles ont besoin pour assumer un rôle de leadership sur le plan de la création et de l'administration d'une entreprise exploitée par la clientèle ou d'une société parrainée par un organisme. Il peut s'agir de mentorat et d'observation au poste de travail ou de formation des clients ou des survivants en matière de techniques de développement communautaire. L'expertise des employeurs locaux représente une ressource vitale sur le plan de la formation en leadership.

F. Activités de la vie quotidienne

Les activités de la vie quotidienne aident les clients à faire ce qui suit : trouver un logement sûr, de qualité et abordable (p. ex., chercher un appartement; trouver un colocataire; mener les négociations avec le propriétaire; nettoyer, meubler et décorer; et obtenir les produits de première nécessité, tels que téléphone, mobilier, linge de maison); accomplir des tâches ménagères, notamment nettoyer, cuisiner, faire l'épicerie et la lessive; acquérir des habitudes alimentaires saines; veiller à son hygiène personnelle et sa toilette; apprendre à gérer, ou à mieux gérer, son budget; utiliser les transports existants; avoir un médecin et un dentiste et utiliser leurs services comme il convient.

Les services comprennent :

1. l'évaluation personnalisée;
2. la résolution de problèmes;
3. une aide et un soutien directs suffisants;
4. l'acquisition de nouvelles compétences;
5. la supervision continue (p. ex., rappels, tâches à exécuter, surveillance, encouragement);
6. l'adaptation de l'environnement pour aider les clients à acquérir ou utiliser les compétences nécessaires pour mener à bien les activités ci-dessus.

G. Relations sociales/interpersonnelles et formation aux loisirs

Ces services aident le client à améliorer ses relations sociales/interpersonnelles et à mieux gérer ses loisirs, notamment : en améliorant son aptitude à la communication et son estime de soi, et en apprenant à s'affirmer; en développant ses aptitudes sociales, en multipliant ses expériences sociales et en établissant des liens personnels importants; en planifiant de façon appropriée et productive ses loisirs; en établissant des liens avec ses propriétaires, voisins et d'autres personnes; en se familiarisant avec les activités sociales et récréatives offertes et en y participant davantage.

Ces services comprennent :

1. la thérapie de soutien individuelle (p. ex., résolution de problèmes, jeu de rôles, émulation et soutien);
2. l'apprentissage d'aptitudes sociales et la formation à l'affirmation de soi;
3. la planification, l'organisation et le rappel des activités sociales et récréatives;
4. le soutien et l'encadrement directs;
5. la planification des activités sociales et récréatives individuelles et de groupe pour organiser l'emploi du temps des clients, multiplier leurs expériences sociales, et leur offrir la possibilité de mettre en pratique leurs aptitudes sociales, et de recevoir les commentaires et le soutien nécessaires pour les développer.

H. Services d'entraide par les pairs

Les équipes de TCD doivent promouvoir les pratiques axées sur le client en engageant un spécialiste survivant, en encourageant la participation active des clients à la planification et au développement des services, et en leur offrant la possibilité de présenter leurs plaintes ou suggestions à un tiers sans crainte de représailles. Les services d'entraide par les pairs servent à valider les expériences des clients, à les guider et à les encourager à participer pleinement à leur rétablissement. De plus, les services aident les clients à identifier, comprendre et combattre les stigmates et la discrimination liés aux troubles mentaux et à élaborer des stratégies pour atténuer les stigmates qu'ils s'imposent eux-mêmes.

Ces services comprennent :

1. servir de mentor et de modèle en partageant (judicieusement) son vécu et ses expériences personnelles;
2. aider les clients à identifier et adopter des mécanismes d'adaptation pour faire face aux symptômes et stigmates sociaux;
3. sensibiliser les membres de l'équipe au point de vue des consommateurs du système de santé mentale et les aider à maintenir une approche axée sur le client qui privilégie la participation et l'habilitation;
4. encourager les clients à lancer des initiatives au sein de la communauté et identifier les possibilités d'habilitation;
5. faire découvrir aux clients les programmes d'entraide et les organisations de défense qui encouragent le rétablissement et les orienter vers ces ressources.

I. Services de soutien

Les services de soutien ou l'assistance directe permettent aux clients d'obtenir les produits de première nécessité, notamment :

1. services médicaux et dentaires;
2. logement sûr, propre et abordable;
3. soutien financier et/ou counseling en prestation sociale (p. ex., aide sociale, POSPH, RPC, crédit d'impôt fédéral pour personne handicapée);
4. services sociaux;
5. transports;
6. parrainage et représentation juridiques.

J. Services axés sur la famille

Les équipes de TCD doivent démontrer qu'elles comprennent l'importance de la famille. La prestation de services de soutien et de thérapie aux familles des clients du TCD est la pierre angulaire du programme. Il faut encourager la participation active des familles à la planification et à la modification des services, le cas échéant, et leur permettre d'offrir leurs commentaires et suggestions pour améliorer le travail de l'équipe de TCD en général, et les projets ou objectifs connexes, car cela permet de resserrer les liens entre les clients, les fournisseurs de soins et les familles. Voici quelques-uns des services offerts régulièrement aux familles des clients et aux autres réseaux de soutien importants, avec l'accord ou le consentement du client :

1. psychoéducation individuelle sur la maladie du client et le rôle de la famille et des autres proches dans le processus thérapeutique*;
2. intervention pour rétablir le contact, résoudre les conflits, et maintenir les relations avec la famille et/ou les autres proches;
3. communications et collaboration continues, en personne ou par téléphone, entre l'équipe de TCD et la famille;
4. présentation des programmes d'entraide et des organisations de défense qui privilégient le rétablissement* et orientation des familles vers ces ressources;
5. aide aux clients qui ont des enfants (notamment counseling par encouragement individuel, éducation parentale, et coordination des services) en offrant, par exemple :
 - a. des services pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant;
 - b. des services afin d'aider les clients à assumer leurs responsabilités de parent et coordonner les services pour l'enfant/les enfants;
 - c. des services afin de rétablir les liens entre les clients et leurs enfants (pour ceux qui n'en ont pas la garde).

* Il s'agit là de services généraux pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement des clients.

Exigence en matière de politique et de procédures : L'équipe de TCD doit avoir des politiques et procédures écrites pour tous les services décrits dans cette section.

VIII. Dossier du client

Comme les dossiers de TCD contiennent souvent plus de documentation que n'en demandent la plupart des organismes de santé mentale, le coordonnateur de l'équipe et le psychiatre doivent obtenir le concours/l'approbation des administrateurs d'organismes de santé mentale et du personnel chargé des dossiers médicaux pour monter un dossier de TCD conforme aux politiques des organismes et aux lois fédérales et provinciales. De plus, ces dossiers doivent être conservés dans les locaux du programme de TCD, ils peuvent être assujettis aux dispositions légales régissant la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé, et aux exigences des lois applicables. Les exigences qui suivent sont les exigences minimales à remplir, elles ne limitent ni ne remplacent les exigences législatives en vigueur au moment de la publication de ces normes ou qui pourront entrer en vigueur à l'avenir.

- A. L'équipe de TCD doit tenir un dossier de traitement/service pour chaque client.
- B. Le dossier de traitement/service doit être confidentiel, complet, précis et contenir des renseignements à jour sur la prise en charge et le traitement du client.
- C. Le dossier doit documenter avec précision les évaluations, les plans de traitement/service, la nature et la portée des services dispensés, de telle sorte qu'une personne qui ne serait pas familière du travail de l'équipe de TCD puisse facilement comprendre quels sont les besoins en traitement du client et les services qu'il a reçus.
- D. Le coordonnateur de l'équipe et l'adjoint du programme doivent tenir les dossiers de traitement/service des clients et assurer leur sécurité conformément à toutes les lois applicables.
- E. Les dossiers des clients doivent être gardés sous clé aux fins de confidentialité et de sécurité.
- F. L'accès aux dossiers par les clients, les fournisseurs de services et les tiers est sujet à toutes les dispositions des lois fédérales et provinciales applicables.

Exigence en matière de politiques et procédures : L'équipe de TCD doit :

- 1) tenir des dossiers cliniques écrits et avoir des politiques et procédures écrites;
- 2) depuis le 1^{er} novembre 2004 : avoir des politiques pour assurer la confidentialité des renseignements sur la santé conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

IX. Droits des clients et procédures de règlement des plaintes

Les politiques et procédures des équipes de TCD qui assurent la protection des droits des clients doivent être conformes aux lois provinciales et comprendre un mécanisme transparent de règlement des plaintes. Tous les membres de l'équipe doivent comprendre que les clients ont les droits suivants : s'ils sont capables de prendre de telles décisions, respect de leurs décisions en matière d'autonomie et d'autodétermination; droit de prendre des décisions qui ne sont pas dans leur intérêt véritable; et droit de donner ou de refuser leur consentement aux services ou au traitement. S'ils ne sont pas capables, tous les membres de l'équipe doivent se conformer aux lois et normes professionnelles régissant le consentement au traitement et aux services dispensés aux personnes incapables. Ces principes fondamentaux font partie intégrante des soins axés sur le client. L'équipe doit faciliter le règlement équitable, simple, rapide et efficace des plaintes.

L'éducation est la pierre angulaire de l'habilitation des clients. Il est essentiel que les équipes informent régulièrement les clients de leurs droits pour que ces derniers puissent exercer pleinement leurs choix. Il faut donc leur expliquer qu'il existe un mécanisme de règlement des plaintes et comment l'utiliser.

A. Les équipes de TCD doivent bien connaître les droits des clients, notamment le droit :

1. à la confidentialité;
2. au consentement éclairé aux médicaments et au traitement;
3. à un traitement personnalisé dispensé dans le respect et la dignité;
4. de retirer son consentement ou de refuser un service;
5. de contrôler ses finances;
6. à la non-discrimination;
7. d'obtenir de l'aide pour prendre des décisions;
8. de porter plainte et d'obtenir de l'aide dans ce processus.

B. Les équipes de TCD doivent avoir des politiques pour traiter et régler les plaintes des clients et des procédures s'appuyant sur les principes d'équité³, notamment visant :

1. la transparence;
2. l'accessibilité;
3. les mesures nécessaires pour répondre aux besoins des clients et limiter les obstacles;
4. le droit des clients d'être représentés, soutenus et aidés tout au long du processus de plainte;
5. les choix éclairés en matière de règlement des plaintes auxquels doit participer le client;
6. la confidentialité;
7. un échéancier, on n'oubliera pas non plus d'informer régulièrement le client;
8. le maintien de tous les services de TCD sans représailles;
9. un processus d'enquête indépendant des fournisseurs directs de services, lorsque c'est possible;
10. la consignation des motifs des décisions prises et les possibilités d'appel si le client n'est pas d'accord;

³ Voir aussi le *Manuel de fonctionnement pour les services de santé mentale et de toxicomanie (abus de substances et jeu compulsif) subventionnés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, décembre 2003, page 33.

11. un mécanisme d'appel devant un arbitre indépendant de l'équipe de TCD, lorsque c'est possible (p. ex., organisme de parrainage, organisme consultatif, conseil d'administration, etc.);
12. un système de tenue des dossiers et de documentation des plaintes qui est indépendant du dossier clinique et ne doit pas être conservé dans ce dossier.

C. Les équipes de TCD doivent fournir aux clients les renseignements et l'aide nécessaires pour accéder aux mécanismes de règlement des plaintes ou aux groupes de défense, notamment :

1. cliniques juridiques ou services de référence à un avocat;
2. Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIPEP);
3. Aide juridique Ontario;
4. Commission ontarienne des droits de la personne (CODP);
5. organismes de réglementation de la profession;
6. organismes communautaires de santé mentale;
7. Commission du consentement et de la capacité;
8. Bureau de l'ombudsman (si l'équipe de TCD fait partie d'un hôpital psychiatrique provincial);
9. Commission ontarienne d'examen;
10. Tribunal de l'aide sociale.

Exigence en matière de politiques et de procédures : L'équipe de TCD doit avoir des politiques et procédures en matière de droits des clients.

La compréhension qu'ont les équipes de TCD des droits des clients et la façon dont elles appliquent les procédures de règlement des plaintes sont au cœur de l'approche axée sur le client que privilégie le TCD. Dans cette approche, le client est écouté, respecté, encouragé et soutenu pour mener son plan de traitement/service. Les équipes de TCD doivent donc : 1) comprendre les exigences législatives et s'y conformer pour s'assurer que les clients du TCD connaissent leurs droits et que ces droits sont respectés; et 2) offrir aux clients et aux familles un système de règlement des plaintes « convivial » où l'on entend et règle comme il convient les plaintes concernant des services de TCD ou l'équipe de TCD.

X. Services sans obstacles

La maladie mentale frappe indépendamment de la culture, de la race et des aptitudes, mais les membres de minorités ethniques et raciales, et les personnes handicapées (p. ex., handicap physique ou sensoriel, difficultés d'apprentissage, déficience mentale) font face à des obstacles supplémentaires pour obtenir un traitement/des services de santé mentale de qualité. Les membres de l'équipe de TCD doivent être représentatifs de la diversité des communautés servies. Lors de l'évaluation initiale et de l'évaluation exhaustive, le personnel doit tenir compte de la culture et des antécédents du client, tels que traditions, coutumes, réseaux de soutien, langue/dialectes et handicap. Le personnel doit comprendre en quoi les différences, comme la culture, la langue et le handicap, peuvent compromettre l'accès des clients aux services. Tous les membres de l'équipe de TCD doivent se conformer au Code des droits de la personne de l'Ontario et prendre des dispositions pour fournir des services sans obstacles. Les programmes parrainés par des hôpitaux ont également des obligations en vertu de la Loi de 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario.

- A. Le programme de TCD doit s'assurer que tous les membres de l'équipe dispensent aux clients des soins efficaces, faciles à comprendre et respectueux, et qui tiennent compte des croyances et pratiques culturelles, de la langue de prédilection et du handicap. Les besoins des personnes handicapées doivent être pris en compte conformément au *Code des droits de la personne de l'Ontario*.
- B. Les équipes de TCD doivent mettre en place des stratégies visant à recruter, maintenir en poste et promouvoir un personnel multiculturel, représentatif de la population de la région desservie.
- C. Les équipes de TCD doivent s'assurer que le personnel, quels que soient son niveau et sa discipline, ait la formation voulue en droit de la personne, comprenne l'obligation de tenir compte des besoins (p. ex., Braille, imprimés en gros caractères, American Sign Language, etc.) et d'offrir des services adaptés à la culture.
- D. Les équipes de TCD doivent fournir des services compétents dans la langue de prédilection des clients, notamment en faisant appel à du personnel bilingue et à des interprètes. Ces services doivent être offerts gratuitement aux clients qui parlent mal l'anglais, à tous les points de service et rapidement pendant les heures ouvrables. La famille et les amis ne doivent pas servir d'interprètes (sauf si le client le demande).
- E. Les équipes de TCD doivent mettre à la disposition des clients de la documentation facile à comprendre et afficher des panneaux dans les langues parlées dans les groupes rencontrés et/ou représentés le plus souvent dans la région desservie.

Exigence en matière de politiques et de procédures : L'équipe de TCD doit avoir des politiques et procédures écrites qui comprennent les exigences énoncées dans cette section.

XI. Amélioration de la performance et évaluation du programme

Il est essentiel d'évaluer le programme pour savoir si les clients tirent les résultats escomptés et souhaités du TCD. Il est également important de savoir si le programme respecte le modèle TCD. Chaque programme doit évaluer : 1) les résultats des clients; 2) le degré de satisfaction des clients et de leur famille à l'égard des services; et 3) la conformité au modèle TCD.

L'équipe de TCD, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les organismes consultatifs communautaires doivent se servir de cette évaluation pour mesurer la performance du programme et établir les objectifs d'amélioration/de performance.

L'équipe de TCD doit avoir un plan d'amélioration de la performance et d'évaluation du programme comportant les volets suivants :

- A. l'énoncé des objectifs du programme qui doivent avoir un rapport direct avec les clients du programme ou la population visée;
- B. les critères mesurables qui seront appliqués pour déterminer si les objectifs fixés ont été atteints;
- C. les méthodes de documentation des résultats liés aux objectifs du programme;
- D. les méthodes permettant d'évaluer l'utilisation du personnel et des ressources pour atteindre les objectifs;
- E. en plus de préparer un plan d'amélioration de la performance et d'évaluation du programme, l'équipe de TCD doit avoir un système d'examen régulier lui permettant d'évaluer le bien-fondé des admissions au programme, les plans de traitement ou de service, les pratiques de mise en congé, et d'autres facteurs qui peuvent contribuer à l'utilisation judicieuse des ressources du programme;
- F. l'équipe de TCD est soumise à une surveillance centrale et aux procédures d'évaluation établies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le maintien du financement de l'équipe dépendra de sa conformité à l'accord de paiement de transfert.

Exigence en matière de politiques et de procédures : L'équipe de TCD doit avoir des politiques et procédures en matière d'amélioration de la performance et d'évaluation du programme.

XII. Organismes consultatifs communautaires

Chaque programme de TCD est lié à un organisme consultatif communautaire qui encadre et appuie la mise en place et le fonctionnement normal de l'équipe de TCD. L'organisme peut appuyer d'autres services de santé mentale et équipes de TCD. Ce groupe joue un rôle essentiel dans la promotion de services de qualité axés sur le rétablissement des clients du programme de TCD.

- A. L'équipe de TCD doit être liée à un organisme consultatif communautaire qui appuie et encadre sa mise en place et son fonctionnement. Cet organisme peut appuyer d'autres services de santé mentale et équipes de TCD. L'organisme consultatif communautaire est directement responsable devant le conseil d'administration de l'organisme parrain. Les membres sont choisis en fonction de leur expertise dans les services de santé mentale ou de traitement de la toxicomanie, de leurs liens avec d'autres services communautaires pertinents, de leur capacité de représenter les intérêts des clients, des familles et de la communauté, et de toute autre expertise nécessaire pour diriger un service de santé mentale. Les membres doivent comprendre des consommateurs de la santé mentale et des intervenants communautaires qui ont affaire aux personnes atteintes de troubles mentaux graves (p. ex., services aux sans abri, banques d'alimentation, organismes confessionnels, système de justice pénale, fournisseurs de logement avec services de soutien, propriétaires, employeurs et collègues communautaires). Si un membre a un conflit d'intérêts, il doit le déclarer, ne pas participer aux discussions ni au vote, s'il est en conflit d'intérêts direct, ou se retirer de l'organisme consultatif. Si l'organisme consultatif appuie d'autres services de santé mentale en plus du programme de TCD, il est impératif qu'au moins certains de ses membres connaissent le modèle TCD. Les membres de l'organisme consultatif doivent être représentatifs de la diversité de la population locale.
- B. Le rôle des organismes consultatifs⁴ tel que décrit dans le *Manuel de fonctionnement pour les services de santé mentale et de toxicomanie (abus de substances et jeu compulsif) subventionnés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée* est de :
1. conseiller le conseil d'administration sur les politiques/orientations pour les services de santé mentale ou de traitement de la toxicomanie;
 2. représenter les intérêts des clients et des familles, des organismes de recommandation et de la communauté locale;
 3. développer et entretenir une bonne communication avec la communauté et offrir aux représentants de la communauté la possibilité d'avoir une voix dans la planification de services locaux de santé mentale ou de traitement de la toxicomanie;
 4. promouvoir les partenariats, la sensibilisation de la communauté et la compréhension des questions de santé mentale et de traitement de la toxicomanie;
 5. examiner le plan et le budget de fonctionnement annuels de l'organisme et faire des recommandations, déterminer les possibilités d'amélioration de la rentabilité en collaborant avec d'autres organismes et rapporter au conseil d'administration tout écart important par rapport au plan et au budget durant l'exercice.

En plus du rôle ci-dessus lié à tous les services communautaires de santé mentale/de traitement de la toxicomanie, l'organisme consultatif communautaire doit aussi :

1. promouvoir la conformité aux normes du programme de TCD;
2. résoudre les problèmes et intervenir pour réduire les obstacles systémiques à la mise en oeuvre du programme de TCD.

Exigence en matière de politiques et de procédures : L'organisme consultatif communautaire doit avoir un mandat écrit qui comprend les exigences énoncées dans cette section.

⁴ Voir aussi le *Manuel de fonctionnement pour les services de santé mentale et de toxicomanie (abus de substances et jeu compulsif) subventionnés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, décembre 2003, pages 8 à 10.

XIII. Responsabilité

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fixe les exigences en matière de responsabilité des équipes de TCD de l'Ontario. Les équipes de TCD doivent se conformer à ces normes. Les organismes parrainant des équipes de TCD doivent signer un accord de paiement de transfert avec le ministère et soumettre des plans et budgets de fonctionnement annuels, ainsi que des rapports annuels contenant des données démographiques et cliniques sur le programme de TCD et les résultats enregistrés. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée peut, dans certains cas, dispenser les équipes de TCD des exigences figurant dans les normes du programme de TCD.

- A. Les organismes parrainant des équipes de TCD doivent signer un accord de paiement de transfert avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et soumettre des plans et budgets de fonctionnement annuels conformément aux exigences du ministère pour les programmes communautaires de santé mentale. Les équipes de TCD qui ont de la difficulté à mettre en place les normes doivent l'indiquer dans leur plan de fonctionnement annuel.
- B. L'équipe de TCD peut demander au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de la dispenser de certaines normes si cela ne risque pas de compromettre l'efficacité du modèle TCD, l'objectif du programme, ni la santé et le bien-être des clients. On n'accordera aucune dispense qui remet en question les droits des clients, ou contrevient à des lois ou règlements provinciaux, fédéraux ou locaux. Les dispenses doivent être accordées par écrit.
- C. Les équipes de TCD doivent soumettre des rapports annuels détaillés conformément aux exigences du ministère.

Annexe

Définitions

On trouvera ci-dessous la définition des mots ou expressions qui sont essentiels pour bien interpréter les normes. On a relevé les mots et expressions qui sont utilisés exclusivement dans le programme de TCD ou qui ont un sens différent dans le contexte du TCD ou celui des programmes de santé mentale traditionnels.

Calendrier des tâches quotidiennes du personnel – le calendrier des tâches quotidiennes où sont consignés tous les contacts aux fins de traitement et de service à répartir entre les membres du personnel en poste ce jour-là. Le calendrier des tâches quotidiennes du personnel sera préparé à partir d'un dossier central regroupant les calendriers hebdomadaires de tous les clients.

Calendrier hebdomadaire du client – un calendrier écrit contenant les interventions ou contacts aux fins de service (c.-à-d., par qui, quand, pendant combien de temps, et où) qui permettent d'atteindre les objectifs du plan de traitement/service d'un client. L'équipe de traitement/service personnalisé (ÉTSP) doit tenir un calendrier hebdomadaire à jour de ses contacts avec chaque client conformément au plan de traitement/service personnalisé.

Client – une personne qui a accepté de recevoir des services et reçoit des services de traitement, de réadaptation et de soutien personnalisés de l'équipe de TCD.

Coordination des services de TCD – processus qui consiste à organiser et coordonner le travail de l'équipe multidisciplinaire pour l'aider à offrir la vaste gamme de services de traitement, de réadaptation et de soutien que chaque client souhaite recevoir conformément à son plan de traitement/service personnalisé, et qui respecte les désirs du client. La coordination des services comprend aussi la coordination avec les ressources communautaires, notamment les organismes d'entraide et de défense qui privilégient le rétablissement.

Coordonnateur des services de TCD (travailleur principal) – le membre de l'équipe qui doit établir et maintenir une relation thérapeutique avec le client de manière continue, que le client soit à l'hôpital, dans la communauté ou relève d'autres organismes. Le coordonnateur des services dirige et coordonne aussi les activités de l'équipe de traitement/service personnalisé (ÉTSP). Il est, parmi les membres de l'équipe, celui qui connaît le mieux le client, ses antécédents, ses objectifs et ses désirs. Il travaille avec le client à l'élaboration et à la rédaction du plan de traitement/service, il lui offre des choix en matière de plan de traitement/service, il s'assure que le plan est immédiatement modifié lorsque les besoins du client changent, et défend ses désirs, droits et préférences. Le coordonnateur des services travaille aussi avec les ressources communautaires, notamment les services organisés par les consommateurs, pour coordonner et intégrer ces activités dans le plan de service global du client. Le coordonnateur des services offre une thérapie de soutien individuelle et, s'il est disponible, est le premier membre de l'ÉTSP à intervenir en situation de crise. Il est le principal soutien et éducateur de la famille, du réseau de soutien et/ou des autres proches. Le coordonnateur des services partage ces tâches avec les autres membres de l'ÉTSP qui prennent la relève en son absence.

Counseling par les pairs – le counseling et le soutien offerts par les membres de l'équipe qui ont déjà reçu des services de santé mentale pour troubles mentaux graves. S'inspirant d'expériences communes et utilisant et partageant l'expérience pratique et les connaissances acquises en tant que clients, le counseling par les pairs est un counseling par encouragement qui valide les expériences des clients et les aide à se prendre en charge et à participer activement à leur rétablissement.

Équipe de traitement/service personnalisé (ÉTSP) – elle est formée de trois à cinq membres de l'équipe de TCD qui, ensemble, possèdent une vaste gamme de compétences et d'expertise dans le domaine des soins cliniques et de la réadaptation. Les membres de l'ÉTSP sont affectés à un client en particulier par le coordonnateur de l'équipe et le psychiatre lors de la première réunion de planification du traitement/service ou dans les trente jours suivant l'admission du client. Les principaux membres de l'équipe sont le coordonnateur des services, le psychiatre, et un membre du personnel clinique ou de réadaptation qui partage les tâches de coordination des cas et remplace le coordonnateur des services lorsqu'il est absent. L'équipe de traitement/service personnalisé a une responsabilité permanente : 1) bien connaître le client, ses antécédents, ses objectifs et ses désirs; 2) collaborer avec le client à l'élaboration et à la rédaction du plan de traitement/service; 3) offrir des choix en matière de plan de traitement/service; 4) s'assurer que le plan est immédiatement modifié lorsque les besoins du client changent; et 5) défendre les désirs, droits et préférences du client. L'ÉTSP doit dispenser la plupart des services de traitement, de réadaptation et de soutien. Chaque membre de l'équipe de traitement/service personnalisé a un rôle distinct conformément aux instructions du client et de l'ÉTSP énoncées dans le plan de traitement/service.

Équipes rurales/de petite taille – elles servent un plus petit nombre de clients que les équipes urbaines/ complètes. Les équipes ne sont pas appelées urbaines ou rurales parce qu'elles se trouvent dans un secteur urbain ou une région rurale, mais parce qu'en milieu rural il peut y avoir moins de personnes atteintes de troubles mentaux graves qui pourraient tirer parti du programme. Il n'est donc pas nécessaire d'avoir une équipe complète. Par contre, si le nombre de clients dans la région rurale le justifie, le programme de TCD devra fonctionner à pleine capacité.

Équipes urbaines/complètes – elles servent un nombre de clients justifiant un effectif complet. Les équipes ne sont pas appelées urbaines ou rurales parce qu'elles se trouvent dans un secteur urbain ou une région rurale, mais parce qu'en milieu rural il peut y avoir moins de personnes atteintes de troubles mentaux graves qui pourraient tirer parti du programme. Il n'est donc pas nécessaire d'avoir une équipe complète. Par contre, si le nombre de clients dans la région rurale le justifie, le programme de TCD devra fonctionner à pleine capacité.

Erreur médicale – une erreur dans la prescription ou l'administration d'un médicament, ou encore dans la consignation ou la transcription de l'ordonnance, dans l'obtention et l'administration du médicament approprié, dans le dosage, la forme ou l'heure d'administration.

Évaluation exhaustive – le processus organisé permettant de réunir et d'analyser les données actuelles et passées avec le client et sa famille, le réseau de soutien et/ou les autres proches pour évaluer : 1) l'état mental et fonctionnel; 2) l'efficacité des traitements/services offerts dans le passé; et 3) les besoins actuels en matière de traitement, de réadaptation et de soutien pour permettre au client d'atteindre ses objectifs personnels et faciliter son rétablissement. Les résultats de la collecte et de l'analyse des données permettent de déterminer, en collaboration avec le client, les besoins en services immédiats et à long terme, de fixer les objectifs et d'élaborer le premier plan de traitement/service personnalisé.

Évaluation initiale et amorce du service – l'évaluation initiale : 1) de l'état mental et fonctionnel du client; 2) de l'efficacité des traitements/services offerts dans le passé; et 3) des besoins actuels en services de traitement, de réadaptation et de soutien. L'évaluation initiale a lieu le jour de l'admission.

Examen du plan de traitement/service – un résumé écrit détaillé de l'évaluation faite par le client et l'équipe de traitement/service personnalisé sur les progrès réalisés/les objectifs atteints, l'efficacité des interventions, et le degré de satisfaction à l'égard des services depuis le dernier plan de traitement/service.

Gestion des médicaments – elle est assurée par le client et le psychiatre en collaboration avec l'équipe de traitement/service personnalisé (ÉTSP) afin : 1) d'évaluer avec soin comment le client a réagi dans le passé aux psychotropes et à leurs effets secondaires; 2) de discuter des bienfaits et risques associés aux psychotropes et à d'autres médicaments; 3) de choisir un traitement médicamenteux; et 4) d'établir une méthode de prescription et d'évaluation des médicaments selon les normes de pratiques fondée sur des données probantes. L'objectif de la gestion des médicaments est de promouvoir l'automédication du client.

Organisateur des quarts – le membre de l'équipe de TCD chargé d'établir et d'appliquer le calendrier des tâches quotidiennes du personnel; de choisir les tâches quotidiennes; de s'assurer qu'elles sont menées à bien ou reportées à une date ultérieure; et de gérer toutes les situations de crise pendant la journée. Il travaille en collaboration avec le coordonnateur de l'équipe et le psychiatre.

Organismes consultatifs communautaires – ils appuient et encadrent la mise en place et le fonctionnement de l'équipe de TCD. Chaque équipe de TCD doit être liée à un organisme consultatif communautaire. L'organisme peut appuyer d'autres services de santé mentale et équipes de TCD. L'organisme consultatif communautaire est directement responsable devant le conseil d'administration de l'organisme parrain. Les membres sont choisis en fonction de leur expertise dans les services de santé mentale ou de traitement de la toxicomanie, de leurs liens avec d'autres services communautaires pertinents, de leur capacité à représenter les intérêts des clients, des familles et de la communauté, et de toute autre expertise nécessaire pour diriger un service de santé mentale. Les membres doivent comprendre des consommateurs de la santé mentale et des intervenants communautaires qui ont affaire aux personnes atteintes de troubles mentaux graves (p. ex., services aux sans abri, banques d'alimentation, organismes confessionnels, système de justice pénale, fournisseurs de logement avec services de soutien, propriétaires, employeurs et collègues communautaires). Si l'organisme consultatif appuie d'autres services de santé mentale en plus du programme de TCD, il est essentiel qu'au moins certains de ses membres connaissent le modèle TCD. Les membres de l'organisme consultatif doivent être représentatifs de la diversité de la population locale.

En plus du rôle décrit dans le *Manuel de fonctionnement pour les services de santé mentale et de toxicomanie (abus de substances et jeu compulsif) subventionnés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, l'organisme doit encourager la conformité aux normes du programme de TCD, résoudre les problèmes et intervenir pour réduire les obstacles systémiques à la mise en œuvre du programme de TCD.

Plan de traitement/service personnalisé – l'aboutissement d'un processus permanent dans lequel sont engagés le client, sa famille et l'équipe de TCD, qui consiste à personnaliser les services et leur intensité pour répondre aux besoins particuliers du client en matière de traitement, de réadaptation et de soutien. Le plan de traitement/service écrit contient les objectifs que s'est fixés le client et les services dont il aura besoin pour les atteindre. Le plan décrit aussi les rôles et responsabilités des membres de l'équipe qui dispenseront les services. (Nota : l'expression « planification du traitement/service » renforce l'idée que les équipes de TCD offrent des services de traitement, de réadaptation et de soutien. Certaines équipes peuvent utiliser une terminologie différente telle que planification du « rétablissement » ou « planification des soins ».)

Plan initial de traitement/service – élaboré sur la base des résultats de l'analyse des données tirées de l'évaluation initiale pour aider le client à atteindre ses objectifs personnels. Le plan initial de traitement/service est dressé le jour de l'admission et décrit les services qu'offrira l'équipe jusqu'à ce que l'évaluation exhaustive et le plan de traitement/service soient mis au point. Le service commence le jour de l'admission. (Nota : l'expression « planification du traitement/service » renforce l'idée que les équipes de TCD offrent des services de traitement, de réadaptation et de soutien. Certaines équipes peuvent utiliser une terminologie différente telle que planification du « rétablissement » ou « planification des soins ».)

Program of Assertive Community Treatment (PACT) – le nom du programme original lancé au Mendota Mental Health Institute, à Madison, au Wisconsin, où le modèle TCD a été élaboré. L'Institut a effectué deux études de recherche contrôlées qui ont confirmé l'efficacité du modèle TCD chez les adultes atteints de troubles mentaux très graves par rapport aux services traditionnels de santé mentale. Le PACT continue d'être offert, le modèle TCD est actuellement appliqué à des adolescents ayant des troubles mentaux graves.

Psychotropes – les médicaments utilisés pour traiter, gérer ou maîtriser les symptômes psychiatriques ou comportements liés à des troubles psychiques, notamment les antipsychotiques, les anti-dépressifs, les psychorégulateurs ou les agents anxiolytiques.

Registre quotidien – le dossier que tient quotidiennement l'équipe de TCD et qui contient : 1) la liste des clients servis par le programme; et 2) pour chaque client, une brève description des contacts aux fins de traitement ou de service ayant eu lieu au cours des dernières 24 heures, ainsi qu'une brève description du comportement et autres besoins.

Rétablissement – ce terme a plusieurs définitions, mais « *le message fondamental est qu'il est possible d'espérer et de retrouver une vie gratifiante, en dépit des troubles mentaux graves. Au lieu de se concentrer sur le soulagement des symptômes, comme le préconise le modèle médical, le rétablissement cherche à restaurer l'estime de soi et son identité propre, et encourage la participation active à la vie de la société.* » (traduction libre) (*Mental Health: A Report of the Surgeon General (U.S.)*, 1999, p. 97)

Réunion de planification du traitement/service – une réunion tenue à intervalles réguliers sous la supervision du coordonnateur de l'équipe et du psychiatre. L'objet de ce type de réunions est d'aider le personnel, en tant qu'équipe, à bien se préparer à son travail avec chaque client. L'équipe se réunit pour présenter et intégrer les renseignements tirés de l'évaluation et connaître le mieux possible le client, son expérience des troubles mentaux, et le type et l'efficacité des traitements/services offerts dans le passé. Les présentations et discussions qui ont lieu lors de ces réunions permettent au personnel de se familiariser avec chaque client, ses objectifs et ses aspirations; de participer à l'évaluation continue et à la reformulation des problèmes; d'échafauder des stratégies de traitement et de réadaptation mieux adaptées; et de bien comprendre la raison d'être de chaque plan de traitement/service pour pouvoir l'exécuter comme il faut.

Réunion quotidienne du personnel – une réunion qui a lieu tous les jours selon un horaire régulier sous la direction du coordonnateur de l'équipe (ou de son remplaçant) pour : 1) passer rapidement en revue les contacts aux fins de service qui ont eu lieu le jour précédent et l'état de tous les clients du programme; 2) passer en revue les contacts aux fins de service qui doivent avoir lieu ce jour-là et les modifier au besoin; 3) affecter le personnel aux diverses activités de la journée; et 4) revoir les plans de traitement/service et les plans en cas d'intervention d'urgence et de crise, s'il y a lieu. On se sert du registre quotidien et du calendrier des tâches quotidiennes du personnel pendant la réunion pour faciliter l'exécution de ses tâches.

Schéma chronologique des antécédents sociopsychiatriques – un format ou système qui aide le personnel du TCD à classer chronologiquement les événements importants de la vie d'un client, ses troubles mentaux, et ses antécédents en matière de traitement/service. Ce format permet au personnel d'analyser et d'évaluer de façon plus systématique les données, d'envisager des possibilités de traitement, et de choisir les méthodes et interventions de traitement et réadaptation appropriées. Toutes ces activités se font avec la collaboration du client.

Supervision clinique – un processus systématique qui vise à examiner l'état clinique de chaque client et à s'assurer que les services et interventions personnalisés dispensés par les membres de l'équipe (notamment le spécialiste survivant) sont efficaces et planifiés comme il faut et à la satisfaction du client. Le coordonnateur de l'équipe et le psychiatre dirigent la supervision clinique lors des réunions quotidiennes du personnel, des réunions de planification du traitement/service, et des réunions individuelles avec les membres de l'équipe. La supervision clinique comporte aussi l'examen de la documentation écrite (p. ex., évaluations, plans de traitement/service, notes d'évolution, correspondance).

Thérapie de soutien et psychothérapie individuelles – des thérapies verbales qui aident les clients à adapter leurs sentiments, façons de penser et comportement afin de se rétablir, de cerner leurs objectifs et de faire face aux stigmates qu'ils s'imposent. La thérapie de soutien et la psychothérapie permettent aux clients d'identifier et d'atteindre leurs objectifs personnels; de comprendre et d'identifier leurs symptômes pour trouver des stratégies qui leur permettront de soulager leur angoisse et d'atténuer leurs symptômes; d'améliorer le jeu de rôles; et d'évaluer les services de traitement et de réadaptation. Les méthodes actuelles de psychothérapie comprennent la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie personnelle et la thérapie psychopédagogique.

Traitement communautaire dynamique (TCD) – un programme autonome de services de santé mentale faisant appel à une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé mentale (dont un spécialiste survivant) qui offre la plupart des services de traitement, de réadaptation et de soutien dont on besoin les clients pour atteindre leurs objectifs. Les services de TCD sont adaptés à chaque client et repose sur l'établissement de liens, une évaluation et une planification personnalisée, et la participation active des clients pour les aider à trouver un logement où vivre de façon autonome, à trouver et garder un emploi dans la communauté, à mieux gérer leurs symptômes, à atteindre leurs objectifs, à rester optimistes et à se rétablir. L'équipe de TCD est mobile et dispense ses services à divers endroits de la communauté au lieu d'attendre que les clients fassent appel au programme. Soixante-quinze pour cent des services ou plus sont offerts hors des locaux du programme dans des endroits confortables et pratiques. La clientèle servie présente des troubles mentaux graves, dont le traitement est complexe, et d'importantes déficiences fonctionnelles, et, du fait des limites du système de santé mentale traditionnel, n'a pas toujours reçu les services appropriés.

août 2005