

## Article

---

« Au-delà des assises conceptuelles : Illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe »

Catherine Vallée, Natacha Courtemanche et Thierry Boyer

*Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, 1998, p. 48-69.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032453ar>

DOI: 10.7202/032453ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## *Au-delà des assises conceptuelles*

### **Illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe**

Catherine Vallée\*

Natacha Courtemanche\*\*

Thierry Boyer\*\*\*

Les auteurs proposent un survol de la pratique du suivi communautaire, à partir de ses valeurs, de ses fonctions inhérentes, de façon générique. Allant au-delà des différents modèles de pratique, ils cherchent à illustrer ce qui distingue ce suivi des autres services externes ou dans la communauté. Ils en présentent ensuite l'actualisation au Service d'Accompagnement et de Soutien Communautaire (SASC) du Centre hospitalier Pierre-Janet. Une vignette, écrite avec une usagère, illustre les aspects quotidiens et cliniques, tandis que les aspects structuraux et organisationnels sont discutés en lien avec l'organisation régionale des services de santé mentale.

**A**u moment de l'élaboration de la Politique de santé mentale, beaucoup d'espoirs ont été fondés sur le « plan de services individualisé », conçu afin de mieux intégrer les services au sein du réseau de santé. Malheureusement, dans la pratique, cet outil fut souvent utilisé à mauvais escient, c'est-à-dire pour mieux circonscrire et limiter les services davantage que dans une volonté réelle d'une intégration ayant pour centre la personne. Les limites de cet outil sont maintenant connues et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997) reconnaît dans ses récentes orientations la nécessité de diversifier et d'intensifier les mesures d'action. Le ministère privilégie le recours à des services intégrés dans la communauté qui visent à accentuer la qualité, la continuité et la coordination des services offerts aux personnes aux

\* Conseillère en réadaptation au sein du Service d'accompagnement et suivi communautaire du Centre Hospitalier Pierre-Janet.

\*\* Pseudonyme, par choix, d'une usagère qui a collaboré activement à cet article.

\*\*\* Coordonnateur des services de longue durée dont le SASC du Centre hospitalier Pierre-Janet, et qui assume également la direction des services hospitaliers et administratifs de l'établissement.

prises avec des troubles mentaux sévères et persistants. Ces mesures correspondent à des services de suivi communautaire, plus particulièrement au modèle ACT (*Assertive Community Treatment*), connu au Québec sous le vocable de *suivi intensif dans le milieu*.

Cependant, au Québec, le suivi communautaire demeure une pratique encore peu répandue et peu systématisée malgré l'existence de certains programmes bien enracinés. Dans un contexte de transformation où des enveloppes budgétaires leur sont allouées, plusieurs sont tentés de mettre en œuvre des programmes de suivi communautaire sans voir d'autres enjeux que des déplacements de services et des façons de faire dans la communauté. Pourtant, ce suivi ne se réduit pas à un simple déplacement de structures mais constitue un champ distinct de pratique, avec ses modèles, ses valeurs et ses principes.

Contrairement à un mythe fort répandu, les services de suivi communautaire n'ont pas pour mission de s'assurer de la stabilité clinique des personnes aux prises avec des troubles mentaux ou de leur maintien dans la communauté. C'est là une vision réductionniste de la chose. Le suivi ne s'attarde pas qu'à cette perspective, mais aux besoins de l'individu : soutien en période de crise, enrichissement de la personne ou de sa qualité de vie, réadaptation, défense de ses droits, entraide; et plus encore, à des besoins de base : nourriture, logement, assistance financière, vêtements, etc. (Bachrach, 1993; Nadeau, 1989; Stroul, 1989; Cohen et al., 1988).

La mission des programmes de suivi communautaire est surtout centrée sur la nécessité d'assurer une continuité de services dans un réseau de santé fragmenté, d'en améliorer l'accessibilité pour les personnes les plus vulnérables mais aussi les plus évincées, de garantir l'imputabilité des services et d'améliorer l'efficacité du réseau (Intagliata, 1982). Trop souvent, la mise en œuvre de programmes de suivi a été tributaire d'objectifs systémiques (réduction des coûts, utilisation optimale des services). Cohen et al. (1988) insistent sur le fait que les buts et les aspirations des usagers (p. ex. vivre dans un endroit décent et abordable) doivent être la raison d'être d'un tel programme. Anthony et al. (1993) précisent que les intervenants en suivi communautaire doivent mettre en œuvre les mesures qui assurent à leurs clients des milieux de vie salubres et sécuritaires. L'imputabilité des services de suivi passe d'abord et avant tout par une réponse adaptée aux besoins de l'utilisateur.

Pour éviter des applications tronquées et vidées de leur essence (comme pour les plans de services individualisés), de larges efforts de

sensibilisation et de formation s'avèrent nécessaires. Notre revue de la littérature sur les différents modèles de suivi communautaire et sur ce que la recherche évaluative nous apprend à leur sujet n'est pas exhaustive. Nous ne voulons pas non plus décrire spécifiquement un programme de suivi, son histoire, son fonctionnement et les enjeux organisationnels auxquels il est confronté : ce sera l'objet d'une publication ultérieure (Boyer, sous-presse). Nous nous concentrerons plutôt sur les processus inhérents à cette pratique. En effet, la plupart des descriptions de programmes de suivi communautaire qu'offre la littérature portent sur l'organisation et les aspects structureaux des services plutôt que sur les aspects liés aux processus de l'intervention (Williams et al., 1994). Pour ce faire, nous définirons ce suivi, à partir de ses valeurs, et les fonctions inhérentes à sa pratique, sans égard aux modèles de pratique ou d'organisation de services. Nous discuterons ensuite d'une implantation hybride de suivi, celle du Service d'Accompagnement et de Soutien Communautaire (SASC) du Centre hospitalier Pierre-Janet. Les aspects structureaux et organisationnels seront abordés et illustrés par le biais d'une vignette clinique. Enfin, nous présenterons un portrait de l'organisation régionale des services afin de situer le SASC dans son contexte, et tirerons des leçons de nos efforts d'implantation.

### **Le suivi communautaire**

Par « suivi communautaire », nous désignons ce qui est connu en littérature américaine comme le « case management ». Il existe une confusion croissante dans les écrits sur le suivi communautaire, le suivi intensif dans le milieu et la gestion de cas. Nous ne considérons pas comme du suivi communautaire ces services qui reposent uniquement sur des modalités de courtage (appelé par certains la gestion de cas). Fortement critiqués, les courtiers de services tendent à adopter un rôle administratif et à solliciter, de façon partielle, l'implication des usagers dans le choix des services et dans les activités de liaison, alors que les intervenants offrant des services de suivi communautaire doivent, eux, individualiser leurs interventions et asseoir leur pratique sur la perspective des usagers (Nemec et Furlong-Norman, 1989). Le modèle clinique, le modèle de réadaptation et le modèle axé sur les forces de la personne sont des modèles de suivi communautaire qui reposent sur un seul intervenant plutôt que sur une équipe. Quant au suivi intensif dans le milieu, il se caractérise par des interventions *in vivo*, une prise en charge d'équipe généralement multidisciplinaire, et un engagement clair à prévenir des réhospitalisations et de l'itinérance. Le modèle le

plus représentatif de ce mouvement est le « Assertive Community Treatment » (ACT). Toutefois, il existe d'autres applications de suivi intensif dans le milieu qui ont conservé des caractéristiques organisationnelles du ACT, mais qui y ont introduit des éléments cliniques d'autres écoles. Il nous apparaît crucial de reconnaître que ce champ de pratique, malgré ses contradictions et ses nuances, possède, tout comme le champ de la psychothérapie, une base de valeurs, de modalités et d'activités qui lui sont propres, mais qui s'exprimeront à des degrés divers, selon les écoles. C'est sur cette base commune que nous désirons d'abord nous attarder.

### Les valeurs du suivi communautaire

L'intervention en suivi communautaire, tous modèles confondus, semble reposer sur neuf valeurs qui s'exprimeront à des degrés divers selon les écoles, mais y resteront présentes. Selon ces valeurs, l'intervention doit être :

- 1) *Centrée sur la personne.* Les rapports avec l'utilisateur sont marqués par une approche humaniste, la personne et ses forces étant au premier plan, plutôt que ses symptômes et ses incapacités (Gowdy et Rapp, 1994 ; Kisthard et Rapp, 1992 ; Rapp et Wintersteen, 1989 ; Cohen et al., 1988). Certains revendiquent même que ces rapports soient dirigés par l'utilisateur en fonction de son autodétermination (Gowdy et Rapp, 1994 ; Surber, 1994a ; Kisthardt et Rapp, 1992, Rapp et Wintersteen, 1989 ; Cohen et al., 1988).
- 2) *Redevable et sensible aux besoins de l'utilisateur.* L'imputabilité des services doit passer par une réponse adéquate à ses besoins. L'impact des interventions doit se refléter dans le quotidien de l'utilisateur (Gowdy et Rapp, 1994 ; Cohen et al., 1988 ; Intagliata, 1982).
- 3) *Holistique.* L'évaluation des besoins et les interventions en découlant ne s'élaborent pas qu'à partir des difficultés de l'individu. L'intervenant doit également considérer tous les aspects de l'environnement de la personne (résidentiel, professionnel, éducatif et social). La finalité des interventions étant souvent dévolue à la consolidation et au développement de réseaux de soutien plus efficaces, les besoins de proximité de l'individu, qu'ils soient de nature physique, émotive, intellectuelle ou spirituelle, doivent être rigoureusement explorés (Nadeau, 1989 ; Cohen et al., 1988 ; Intagliata, 1982).

- 4) *Individualisée*. Les méthodes de travail et les interventions doivent être taillées sur mesure selon les expériences, les préférences ou les obstacles que rencontre chaque usager (Surber, 1994a; Bachrach, 1993; Intagliata, 1992; Harris et Bergman, 1992; Witheridge, 1992; Taube et al., 1990; Nadeau, 1989; Cohen et al., 1988).
- 5) *Pro-active*. L'intervenant doit jeter un regard critique sur les services et promouvoir des améliorations, sans se reposer sur le statu quo (Morales, 1994; DeFries, 1993; Nadeau, 1989; Cohen et al., 1988). De plus, il cherche à prévenir les situations de crise, qu'elles soient de nature psychiatrique ou autre, et à élargir les options possibles de soutien (Witheridge, 1992; Nadeau, 1989).
- 6) *Flexible et souple*. Les services et le degré de soutien offerts doivent être modifiés constamment afin de respecter l'évolution de la personne et de ses besoins. Ce soutien peut être tantôt relativement léger, tantôt fort intensif. Ceci exige des intervenants qu'ils puissent se mobiliser rapidement et laisser aller tout aussi aisément. De plus, cette valeur sous-entend que l'intervention ne doit pas devenir conditionnelle à l'acceptation d'une kyrielle de services (Surber, 1994a; Intagliata, 1982; Kanter, 1989; Stroul, 1989).
- 7) *Accessible et continue*. Le soutien doit être offert tant que cela s'avère nécessaire, sans être limité dans le temps. Les services doivent être coordonnés et accessibles en tout temps (Surber, 1994a; Stroul, 1989; Intagliata, 1982).
- 8) *Normalisante*. La « normalisation » a connu de nombreux travers et ce courant est perçu par plusieurs de façon péjorative. Par normalisante, nous entendons ici le souci de recourir d'abord aux ressources disponibles à tous citoyens, de mettre en œuvre des mécanismes de soutien plus naturels et plus valorisants socialement au lieu de sans cesse chercher des réponses au sein des services de santé mentale. Les usagers doivent être encouragés à faire appel aux ressources non spécifiques de la communauté, aux groupes d'entraide et au soutien naturel de leur milieu (Stroul, 1989). Ceux-ci doivent être mobilisés mais également soutenus. La communauté est ici perçue comme une ressource plutôt qu'un obstacle (Kisthard et Rapp, 1992; Rapp et Wintersteen, 1989).

- 9) *Porteuse d'espoir*. Une conviction ferme doit exister au sein des services de suivi communautaire que les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves peuvent continuer à apprendre, à changer et à croître et peuvent être aidées en ce sens (Kisthard et Rapp, 1992 ; Rapp et Wintersteen, 1989).

### **Plus que du suivi en communauté : une façon de faire**

Le suivi communautaire doit s'effectuer *in vivo*, dans le milieu de vie des personnes, et aussi souvent que cela est nécessaire (Rapp et Wintersteen, 1989 ; Witheridge, 1990 ; Witheridge, 1992). Ce milieu n'est pas circonscrit au domicile des personnes. Il est courant d'intervenir dans les salles d'attentes, les ressources d'hébergement vouées à l'itinérance, les banques d'alimentation, la rue, les postes de police, les maisons de chambres, etc. En général, les visites ont lieu là où se trouve l'utilisateur, là où il veut être, et non pas là où l'intervenant préfère être (Witheridge, 1992). Doit transparaître chez ce dernier une volonté de s'engager sur le terrain et dans la réalité de l'utilisateur (Witheridge et al., 1994 ; Witheridge, 1992). Ces auteurs précisent qu'aucune tâche n'est trop banale ou simpliste pour être exclue de l'accompagnement : l'intervenant sera confronté à un volume important de tâches connexes, hétéroclites, peu liées à une quelconque spécificité « professionnelle ». Ce travail exige de lui une grande ouverture d'esprit, beaucoup d'humilité et de créativité, puisqu'il évolue dans un univers sans certitude ni recette (Gowdy et Rapp, 1994).

### **Au quotidien : le lien comme levier**

La qualité du lien entre l'utilisateur et l'intervenant constitue la pierre angulaire de l'intervention (Bachrach, 1993 ; Rapp et Wintersteen, 1989). La présence d'une personne (ou d'une équipe) dont le mandat est de s'assurer que l'utilisateur obtienne l'assistance et le soutien nécessaires est essentielle. L'objectif n'est pas ici d'établir une alliance strictement thérapeutique mais de créer une conviction intime chez l'utilisateur que l'intervenant (ou l'équipe) se préoccupe réellement de son bien-être et sera là pour lui. Ce lien doit répondre, en partie, au besoin de la personne de se sentir physiquement, émotionnellement, intellectuellement ou spirituellement près de quelqu'un. Ceci exige une certaine ouverture où le partage des expériences est possible pour l'intervenant. Celui-ci doit reconnaître la valeur de la personne qu'il dessert et son caractère unique, au-delà de son expérience de la maladie (Gowdy et Rapp, 1994 ; Kisthardt et Rapp, 1992 ; Nemeč et Furlong-Norman, 1989 ; Rapp et Chamberlain, 1985).

## Vers la définition d'une pratique

Outre l'établissement d'un lien, les principales fonctions de l'intervenant œuvrant au sein d'un programme de suivi communautaire sont l'évaluation des besoins, la planification des services, la mise en œuvre de soutien et d'activités de liaison, le suivi de l'adéquation et la qualité des mesures de soutien, les activités de représentation et le repérage actif (« assertive outreach »).

### *L'évaluation des besoins*

L'intervenant procède à l'évaluation des types de soutien qui sont nécessaires et désirés par l'utilisateur en explorant avec lui ses insatisfactions, ses vœux, ses difficultés et le soutien dont il dispose (Cohen et al., 1988; Kanter, 1989). Anthony et al. (1993) insistent sur la nécessité d'évaluer le degré de succès de la personne dans les environnements où elle évolue. Le succès est défini ici comme étant le respect des exigences minimales du milieu envers toute autre personne plutôt qu'une réponse aux attentes spécifiques que le milieu entretient face à l'utilisateur. L'intervenant établit alors des contacts avec le milieu, évalue les besoins de l'environnement en termes de soutien et peut prévenir des échecs ou des réhospitalisations.

Nemec et Furlong-Norman (1989) définissent les réseaux sociaux comme des patrons d'interactions continus et organisés qui sont perçus par la personne comme étant positifs. Ils peuvent être informels, amis, proches, voisins, commerçants, avec qui l'utilisateur a des contacts réguliers. Mais ils peuvent aussi être formels, comme au sein d'un club psychosocial, d'un groupe d'entraide, ou de tout autre groupe d'appartenance. Cependant, pour ces auteurs, la notion de soutien doit être élargie : on doit également considérer les activités, les lieux et les choses, si matérielles soient-elles, qui contribuent au succès et à la satisfaction de l'individu dans son environnement.

### *La planification des services*

L'intervenant, par la suite, aide la personne à choisir un dispensateur de services (formel ou informel) et développe des plans de services (Rubin, 1992; Cohen et al., 1988). Afin que la personne puisse exercer un choix réel, plusieurs options doivent lui être présentées. L'intervenant devra donc s'ancrer sur son territoire d'action, s'impliquer dans la communauté et demeurer sans cesse à l'affût de nouvelles ressources, souvent non traditionnelles, pouvant répondre aux besoins de ses clients. Il devra surtout savoir ce que ceux-ci désirent et ce qui constitue pour eux des exigences raisonnables (Surber, 1994b).



### *Mise en œuvre de soutien et d'activités de liaison*

Bien que certains services peuvent être offerts par l'équipe, celle-ci ne peut répondre à l'ensemble des besoins des usagers. Les activités de liaison effectuées dans ce cadre dépassent la simple notion de référence. En effet, une référence n'assure pas à l'individu l'accès aux services dont il a besoin. Il est important ici de considérer que les obstacles qui réduisent l'accessibilité aux services ne dépendent pas seulement des limites de l'individu mais proviennent des modes de fonctionnement et d'exclusion des ressources et de la communauté. Tant que ces obstacles ne seront pas reconnus et surmontés, les activités de référence et de liaison connaîtront peu de succès (Surber, 1994b).

Afin de faciliter l'implication d'une ressource résistante à s'engager, Surber (1994b) suggère de mobiliser d'autres acteurs dans les activités de liaison afin qu'elles aient plus de valeur. Il mentionne la pertinence de sensibiliser les dispensateurs de services aux besoins et capacités des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Il souligne avec justesse la crainte de plusieurs ressources de devoir assumer seules, à la suite d'une référence, des défis difficiles : l'intervenant doit les soutenir et engager son programme en ce sens. D'autres auteurs suggèrent de présenter les forces du client qui répondent aux critères d'admissibilité et de surmonter les objections de la ressource (Rubin, 1992; Intagliata, 1992; Cohen et al., 1988). Beaucoup d'activités de représentation individuelle et de négociation sont inhérentes à cette fonction. C'est ce que Cohen et al. (1988) appellent le « marketing » du client. Un travail de clarification des attentes et des engagements des parties doit aussi être effectué, afin de formaliser les ententes et s'assurer que ce qui est critique pour l'utilisateur comme pour la ressource ait été explicité au départ.

### *Le suivi de l'adéquation et de la qualité des mesures de soutien*

Par la suite, l'intervenant doit effectuer un suivi des services offerts et tenter de réduire tout obstacle qui en diminue l'accessibilité ou la qualité (Rubin, 1992; Intagliata, 1992; Cohen et al., 1988). Il fait appel, avec l'utilisateur, à des stratégies de résolution de problèmes afin de s'assurer du succès et de la satisfaction de ce dernier de même que de l'adéquation des mesures. Il peut alors s'avérer nécessaire de négocier des adaptations, d'outiller l'utilisateur ou la ressource en conséquence (Cohen et al., 1988). Bien que la qualité du lien avec l'utilisateur soit cruciale, l'intervenant doit également préserver et consolider les liens avec les dispensateurs de services, qu'ils soient formels ou informels, afin de pouvoir négocier avec eux et les soutenir de façon efficace.

### *Les activités de représentation*

Bien que les activités de représentation semblent souvent liées à la promotion et à la défense des droits, bon nombre d'entre elles sont nécessaires pour assurer l'accessibilité aux ressources disponibles ou pour modifier le réseau de santé mentale de façon à améliorer l'adéquation des services et élargir la gamme d'options possibles. L'intervenant joue le rôle d'un promoteur des intérêts de l'utilisateur ou d'une clientèle. Pensons, par exemple, aux démarches à effectuer auprès d'un propriétaire, d'un employeur, d'un agent d'aide sociale ou d'un autre intervenant afin d'adapter les services, dans le respect de ce que peut faire l'utilisateur et de ce qu'il veut. Ceci exige d'importantes habiletés de négociation et de résolution de problèmes. C'est souvent par le biais d'activités de représentation que les programmes de suivi communautaire introduisent au sein des réseaux de services une cohérence, une continuité et une réelle imputabilité. Il s'agit d'un travail délicat, puisqu'il confronte souvent le système à ses inconsistances et à sa rigidité. Cependant, de façon générale, les activités de représentation individuelle connaîtront plus de succès si l'utilisateur peut parler en son nom. Plutôt que de le représenter, l'intervenant outillera l'utilisateur pour qu'il porte une partie, sinon la totalité de la démarche. Il s'agit d'un élément critique, trop souvent négligé, de l'intervention (DeFries, 1993; Nemeč et Furlong-Norman, 1989). Les efforts de représentation plus systémiques visent, pour leur part, à réduire les iniquités et les obstacles auxquels se confronte une vaste portion de la clientèle (mise en œuvre de services inexistantes, accès à des mesures de réinsertion et de formation professionnelle, adéquation de mesures de protection sociale). Cela exige un important travail de documentation et de représentation politique où la participation de tous les interlocuteurs doit être mobilisée, soutenue et organisée. Le suivi communautaire sans engagement ni action sociale reste sans âme et ne peut se prétendre pro-actif.

### *Le repérage actif (Assertive Outreach)*

Plusieurs considèrent que le repérage actif doit être le mode privilégié d'intervention (Rapp et Wintersteen, 1989). Cette fonction consiste à identifier les personnes aux prises avec des troubles mentaux parmi les plus vulnérables et les moins desservis, et à établir avec elles et à tisser un lien afin de les encourager à accéder aux ressources qui sont critiques pour elles (Rubin, 1992; Stroul, 1989). Généralement, ce travail s'effectue dans les milieux fréquentés par les plus marginaux et les plus ostracisés de notre société, dans la rue comme dans les refuges. Nul ne peut nier qu'il existe une part d'utilisateurs aux prises avec des

troubles mentaux graves qui non seulement sont en situation de rupture sociale, mais se situent aussi en marge des services de santé mentale. Il s'agit d'une ultime tentative afin de trouver avec eux une réponse adaptée, à partir de leurs perspectives et de façon non coercitive. Ce travail ressemble essentiellement à celui des travailleurs de rue : créer un solide lien de confiance, s'assurer que l'individu puisse répondre à ses besoins de survie, de sécurité et de santé et l'accompagner dans son cheminement tout en respectant son autonomie.

### **Le Service d'Accompagnement et de Soutien Communautaire (SASC)**

En 1985, un des choix majeurs de la planification régionale consistait à développer toutes les formes de services aux personnes nécessitant une aide de longue durée dans la communauté (il n'y a aucun « lit » de longue durée en milieu hospitalier). Cette exigence a entraîné le développement d'une gamme de services de soutien et de réinsertion dans tout l'Outaouais. Pour sa part, le Centre hospitalier Pierre-Janet s'est engagé à développer des services résidentiels dans la communauté et un noyau de services de suivi communautaire. Malgré l'adoption d'une orientation basée sur le modèle de réadaptation psychiatrique, les changements de valeurs ne se firent pas sans heurts ; ils permirent néanmoins de démontrer, tant pour le personnel du centre hospitalier que pour ses partenaires, qu'il existe d'autres moyens d'intervenir.

En 1993, le Centre hospitalier Pierre-Janet précisait avec ses partenaires la place et les moyens spécifiques qu'il devait prendre, compte tenu du développement des ressources. Ainsi, le SASC n'est qu'un des éléments d'une planification intégrée de services s'adressant à cette clientèle : services résidentiels dans la communauté (18 places) ; services d'hébergement en ressources de type familial (150 places) ; services d'appui et de soutien au logement (50 places) ; soutien aux familles et aux proches ; accès à une hospitalisation de courte ou de moyenne durée (14 places) ; soutien aux partenaires ; activités de consultation et formation. D'autres services de soutien sont dispensés en milieu urbain par des partenaires communautaires comme la Maison-Réalité, le Centre d'aide 24/7, le Centre InterSection, le Gîte-Ami et les Habitations Nouveau-Départ. En 1994, dans une programmation plus large et de manière plus intensive et pro-active, les équipes se sont enrichies de nouvelles expertises et se sont vouées au suivi intensif dans le milieu, en accordant une attention accrue aux individus qui vivaient en milieu naturel ou de façon indépendante ou encore en situation de rupture sociale.

Pour sa part, le SASC intervient principalement sur les deux territoires urbains de l'Outaouais, Gatineau et Hull-Aylmer. Chacun de ces territoires compte environ 100 000 habitants. Si les caractéristiques individuelles de la clientèle se ressemblent, les caractéristiques environnementales diffèrent sensiblement. Bien que les deux équipes partagent la même mission, la même philosophie d'intervention et les mêmes expertises, elles font face à des réalités sociales différentes. Nous aborderons cependant des aspects cliniques spécifiques au territoire de Hull-Aylmer, celui-ci ayant fait l'objet d'une collecte de données systématique pour une étude du Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé en 1997 (Latimer et Nadeau, sous-presse) portant sur des questions d'utilisation des ressources, de coûts et d'efficacité. Il importe de souligner que l'intensité accordée à certaines mesures de soutien et de repérage actif dans ce territoire dépendent largement de déterminants historiques et sociaux. Le SASC y dessert maintenant davantage de personnes vivant seules, en chambre ou en appartement, que d'individus profitant d'une forme d'encadrement ou d'appui. De plus en plus d'usagers proviennent de milieux marginaux, par suite d'efforts soutenus de repérage actif.

Comme Williams et al. (1994) en soulignaient l'importance, les équipes sont constituées d'une gamme d'intervenants qui possèdent des expertises, des styles d'intervention et des approches variés. Toutefois, au-delà de leurs expertises respectives, ces intervenants doivent d'abord posséder des qualités personnelles, des attitudes et des valeurs propices à l'exercice de leurs fonctions. Les équipes sont constituées de 7 à 8 membres : des infirmiers, des travailleurs sociaux, des éducateurs et des conseillers en réadaptation. S'ajoute une expertise médicale, reposant sur des omnipraticiens spécialisés en psychiatrie, et qui offre une couverture d'environ 25 heures par semaine. Une consultation psychiatrique ou toute autre expertise est disponible au besoin. Chaque membre de l'équipe s'implique différemment, selon les situations, et de façon variable dans le temps. Bien que certains rôles soient clairement identifiés (par ex., le travailleur social est davantage appelé à intervenir auprès des proches de l'usager, l'infirmier s'assure de la cohérence et de la continuité des soins), l'expertise des professionnels n'est plus circonscrite à un champ d'action défini. C'est l'équipe, et non un professionnel en particulier, qui demeure imputable des services offerts et qui doit coordonner les efforts. Pour en arriver là, elle a d'abord vécu une période où les rôles étaient clairement explicités.

Les descriptions de tâche des différents professionnels sont identiques, bien qu'elles reconnaissent les expertises et les moyens spéci-

fiques qu'ils mettent à contribution dans leur travail. Comme pour d'autres programmes axés sur les forces de l'individu (Rapp et Wintertein, 1989), les tâches sont peu liées aux processus intrapsychiques, mais plutôt dirigées vers la gestion du quotidien. Les objectifs émanent des besoins, des buts et des aspirations des usagers. La gestion budgétaire, le soutien au logement, la gestion des symptômes et de la médication, l'accès à des activités productives ou significatives, le soutien lors de comparutions judiciaires, l'achat de vêtements, de denrées ou de meubles, les liens avec les proches, l'accompagnement aux rendez-vous, la recherche d'un logis et les déménagements sont autant d'illustrations du travail quotidien des intervenants. Ces occupations dépassent largement le spectre des tâches cliniques habituelles et sont partagées au sein de l'équipe.

Le SASC a développé une façon d'organiser ses services de façon pragmatique et a défini ainsi sa mission : offrir des services d'accompagnement et de suivi communautaire où l'on **assure et s'assure** d'un continuum d'interventions souples et intégrées et où on coordonne de façon cohérente et continue le soutien nécessaire et désiré par la personne aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants. La qualité des rapports entre l'utilisateur et l'intervenant est au cœur des interventions et elle doit être marquée par un partenariat dirigé par l'utilisateur et maintenu dans le temps afin d'assurer la continuité des services.

La clientèle ciblée se définit comme étant aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants, vulnérable et souvent en besoin de protection, généralement très handicapée par la maladie pour exercer des rôles sociaux, peu mobilisée au changement, et dont les réseaux naturels de soutien sont épuisés ou inexistantes. Ce sont généralement des personnes qui ont été hospitalisées de manière fréquente et durant de longues périodes. Le degré de vulnérabilité des personnes et des milieux qui les soutiennent constitue le cœur des critères d'identification et de priorisation de clientèle (Boyer, sous presse). Le travail en équipe permet aux membres de se soutenir plus efficacement, en particulier lorsque les personnes exigent plusieurs heures de services par semaine. Ceci assure aussi une plus grande disponibilité des services aux usagers.

### **Vignette clinique**

Afin d'illustrer le travail effectué au sein du SASC, de refléter les valeurs et les fonctions spécifiques du suivi communautaire, nous avons sollicité la participation active d'une usagère à notre travail. Nous avons choisi de décrire *avec elle* son parcours et les services qui lui furent offerts. Ceci est donc une illustration partielle de l'implication de

l'équipe. Natacha a tenu à préserver son identité et son intimité : en plus de faire appel à un pseudonyme, d'un commun accord, nous taisons ce qui concerne sa vie affective, ses relations avec ses proches, ou certains faits marquants de sa vie. De larges pans d'interventions passeront ainsi sous silence.

*Natacha est âgée de 38 ans. Elle est suivie en psychiatrie depuis 1983 et par notre centre hospitalier depuis 1987. Elle souffre de schizophrénie. Avant sa prise en charge au programme, de 1987 à 1991, Natacha est hospitalisée à trois reprises, pour une durée moyenne de séjour de 124 jours. Dans les trois premières années qui ont suivi sa prise en charge, Natacha a été hospitalisée deux fois pour une durée moyenne de 43,5 jours et ne l'a plus été depuis 1994. Elle garde encore aujourd'hui un souvenir traumatisant de ces hospitalisations. Elle redoute d'être contrainte d'y retourner, cette crainte se manifestant avec une intensité peu commune dès qu'elle fait face à des difficultés. Les voix qu'elle entend, les complots qu'elle redoute sont souvent liés à cette hantise. Elle appelle compulsivement un peu partout afin de s'assurer qu'elle ne sera pas hospitalisée, ce qui suscite plus de rejet que d'appui. Malgré des pertes et un degré élevé de vulnérabilité, elle développe des outils qui l'aident à exercer davantage de contrôle sur sa vie et surtout, sur elle-même. Elle réussit à maîtriser son quotidien et développe des projets d'avenir.*

Très rapidement, Natacha demande de l'aide pour se trouver un travail. L'éducatrice explore alors avec elle ses intérêts professionnels, ensemble elles identifient ensuite les conditions critiques à son succès. L'employabilité de Natacha demeure cependant limitée. Elle répond difficilement à un horaire structuré et a besoin de pauses fréquentes. Ceci exige beaucoup de la ressource de réinsertion ciblée qui devient vite dépassée par les difficultés de Natacha. L'éducatrice et la travailleuse sociale cherchent alors avec la ressource comment elles peuvent la soutenir. La perspective de Natacha est aussi explorée afin d'identifier les irritants et d'éventuelles pistes d'action. Plusieurs modalités ont été mises en œuvre : rencontres avec l'intervenant assurant le soutien, résolution de problèmes, enseignement sur des modalités de soutien, négociations d'adaptations nécessaires, prise en charge de l'accompagnement lors des périodes de travail. Natacha est néanmoins confrontée à l'impuissance des intervenants de la ressource qui ne peuvent plus la soutenir : pour ceux-ci, l'enjeu réside surtout dans la difficulté d'encadrer le travail de Natacha et non d'abord dans le soutien qu'ils s'étaient engagés à lui offrir. Natacha développe alors un rapport de méfiance et la situation dégénère rapidement, malgré le soutien de

*l'équipe. Natacha se sent jugée, surveillée, non respectée et, par crainte de représailles, développe des rapports peu transparents avec ses supérieurs. Elle quitte donc son travail mais l'équipe a beaucoup insisté pour qu'un retour soit fait afin de dégager les aspects positifs et de rendre constructive une expérience jugée pénible pour les deux parties.*

*Peu de temps après, Natacha dit être préoccupée par une dette à la bibliothèque pour la perte de trois livres, empruntés depuis longtemps. Natacha et sa travailleuse sociale ont négocié avec la bibliothèque pour que la dette soit remboursée par des travaux compensatoires, ce qui avait un impact moins dévastateur sur son budget et correspondait à son besoin de s'investir dans une activité productive. La négociation a porté sur l'élaboration d'un horaire respectant les désirs et besoins de Natacha et les attentes respectives de l'équipe et de la bibliothèque. Les tâches, bien que simples, ont été morcelées et enseignées à Natacha. Elle était accompagnée par un éducateur à la demande du milieu pour superviser le travail. En fait, l'encadrement à donner fut minimal et discret, Natacha s'acquittant fort bien du mandat confié. À son départ, elle a reçu des éloges des employés qui lui ont exprimé spontanément leur appréciation de son travail.*

*Par la suite, Natacha énonçait le projet de vivre en appartement. Elle vivait à l'époque dans une résidence de type familial et elle avait un bon lien de complicité avec sa responsable. Natacha et sa travailleuse sociale ont alors examiné ce qui facilitait ce changement et ce que pourraient être les difficultés. L'appui de la responsable de la famille d'accueil, Brigitte, s'avérait souhaitable au dire de Natacha. La travailleuse sociale et Natacha ont sollicité la participation de celle-ci. Natacha a donc recommencé à faire dans son milieu de vie des tâches comme planifier et préparer des repas. L'équipe a facilité la participation de Natacha à des activités de cuisine collective. La travailleuse sociale a vérifié avec Natacha ce dont elle avait besoin pour vivre en appartement et a planifié avec elle comment se les procurer. Elles ont exploré ses préférences et cherché ensemble un appartement. La travailleuse sociale a mis en œuvre, en collaboration avec des partenaires communautaires et Brigitte, des modalités de soutien : services à domicile, visites amicales, activités de jour et services d'appui. Natacha pouvait alors compter sur deux appels quotidiens de soutien et deux visites par semaine de Brigitte qui veillait à régler certains problèmes techniques liés à son installation.*

*Natacha a emménagé dans son appartement en octobre 1997 et s'y maintient, malgré les difficultés. Un éducateur a été assigné afin de l'assister dans son quotidien : il va la voir régulièrement pour faire et suivre*

*son budget, l'accompagne lors de son épicerie ou quand elle va payer ses factures, et l'aide à gérer sa consommation de tabac. De l'aide matérielle a fréquemment été apportée. La travailleuse sociale coordonne les services et s'assure du respect des règles de fonctionnement que s'est données Natacha. En effet, plusieurs interventions de protection sociale ont été nécessaires car Natacha a souvent été abusée socialement. Plusieurs connaissent sa vulnérabilité et tentent de lui soutirer de l'argent, des cigarettes ou même son appartement pour quelques heures en échange d'une visite. L'infirmière continue de voir Natacha à domicile, de l'accompagner dans ses rendez-vous médicaux et à la pharmacie. Beaucoup de ces interventions ont pour but de faciliter le rétablissement de Natacha et la sensibiliser aux signes précurseurs d'une rechute, calmer les états de crise, l'aider à reconnaître chez elle des sentiments qui sont tout à fait légitimes et qu'elle tend à associer à sa maladie. Enfin, la conseillère en réadaptation cherche à développer les habiletés intrapersonnelles de Natacha afin qu'elle puisse mieux endiguer son angoisse lorsqu'elle se sent vulnérable, et valider ses perceptions quand elle se sent menacée. Elle est vue presque à tous les jours et reçoit du soutien au téléphone plusieurs fois quotidiennement.*

### **Fonctionnement du SASC**

Le SASC offre ses services principalement les jours ouvrables, aux heures habituelles de bureau. Néanmoins, certaines activités peuvent avoir lieu le soir ou en fin de semaine lorsque c'est nécessaire. Les services ne sont donc pas directement accessibles 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Une réponse adéquate aux besoins est cependant fournie, soit par l'aménagement du temps de travail, la planification de l'utilisation de ressources avec l'utilisateur, ou des mesures d'appui au milieu de vie, soit par le biais d'ententes préalables avec un centre de crise ou le service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux.

Les équipes se réunissent formellement une fois par semaine ; toutefois, des rencontres ponctuelles ont lieu régulièrement afin de concerter les efforts lors de situations difficiles ou urgentes. Le ratio intervenant/client se situe depuis peu à 1 : 18 et des mesures de développement sont prévues pour remédier à la situation et retrouver un ratio de 1 : 15. Néanmoins, le tiers des usagers du territoire de Hull (soit près de 120 personnes) sont rencontrés en moyenne plus de deux fois par semaine. Ces interventions ont lieu presque toujours dans le milieu de vie des personnes ou dans des milieux significatifs pour elles (sauf la plupart des visites médicales qui ont lieu dans les locaux du programme, à l'extérieur du centre hospitalier). Les intervenants cherchent à rejoindre



les usagers là où ils sont, de manière pro-active si nécessaire, afin d'éviter que les individus les plus vulnérables ou les moins mobilisés demeurent sans soutien. Les interventions visent, outre la coordination des services, à accompagner les usagers dans leur quotidien, à partir de leur perspective de ce que sont leurs besoins.

Aucun dossier n'est officiellement fermé dans le programme. Même quand la personne refuse les services, elle est informée de leur disponibilité et du fait qu'elle peut toujours faire appel au SASC, peu importe la nature de ses demandes. Ceci exige qu'au cours de toute prise en charge il soit entendu avec l'utilisateur que l'implication des intervenants n'est pas conditionnelle à la prise de médicament ou à toute autre obligation de se soumettre à un traitement ou à une orientation de l'équipe. En contrepartie, l'intervenant devra expliciter les limites de ses interventions.

De façon à faciliter l'accès au programme, il existe de multiples points d'entrée, en plus de la référence médicale. La référence peut en effet provenir de la personne elle-même, d'un proche, d'un centre hospitalier de soins généraux, d'un organisme communautaire ou d'un centre de détention. Des activités de repérage actif sont également effectuées au sein et en collaboration avec les organismes communautaires impliqués auprès de personnes en situation de rupture sociale, d'exclusion ou d'itinérance. Ces efforts en vue d'établir un lien là où se trouvent les personnes ont été récemment illustrés par des ententes avec les forces policières. Depuis 1997, à la lumière de ce que font d'autres programmes de suivi communautaire, le SASC établit des rapports plus systématiques de partenariat avec les policiers, afin d'éviter que l'absence ou l'inadéquation des mesures de soutien ne soit à l'origine d'un processus de judiciarisation.

Cette collaboration étroite doit aussi transparaître dans les relations qu'entretient le SASC avec ses partenaires. Compte tenu de la pauvreté des ressources disponibles dans la région, les améliorations ou la mise sur pied de services n'est possible que par des partenariats avec d'autres organismes interpellés par la question. Aucune ressource du réseau ne peut porter seule la création de nouveaux services. Les programmes de suivi communautaire doivent rester sensibles aux améliorations à apporter au réseau de services et le SASC n'y fait pas exception. Il s'est engagé avec différents partenaires à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme autogéré d'information aux familles, d'activités préparatoires à l'emploi et d'hébergement social, tout en laissant le leadership aux organismes communautaires impliqués. En conséquence, le rythme d'implantation et les modalités privilégiées ne sont pas toujours

conformes aux souhaits du programme, mais présentent comme avantage une plus grande ouverture à la clientèle desservie et un développement plus harmonieux de la gamme de services, dans le respect des identités et des expertises. Ce contexte est précieux pour le programme, plus que ce qu'on y préconise comme façon de faire.

Le soutien aux partenaires est une composante critique du SASC. Comme le reflètent plusieurs auteurs (Surber, 1994b; Anthony et al., 1993; Nemeč et Furlong-Norman, 1989), ce soutien est souvent nécessaire afin de faciliter le succès de l'usager dans son milieu et de soutenir également les individus ainsi que les groupes qui l'aident, l'accueillent ou l'accompagnent. Les efforts de « marketing » des usagers sont plus fructueux dans ce contexte puisque les partenaires sont conscients de l'engagement du SASC à leur offrir du soutien, voire de l'aide concrète, quand ils acceptent de s'engager auprès d'usagers qui leur posent d'importants défis.

Farkas et Anthony (1993) soulignent l'importance du contexte systémique dans lequel s'inscrit un programme de suivi communautaire. Le rattachement du service à un centre hospitalier de courte durée pose des défis d'ordre culturel : comment offrir un accompagnement qui s'étale dans le temps au sein d'une structure où le reste des activités sont, elles, limitées dans le temps ? D'autre part, pour le SASC, la multidisciplinarité constitue la clé et la garantie de succès alors que pour le reste de l'établissement les rapports professionnels demeurent traditionnellement hiérarchisés. Compte tenu du fait que la clientèle du SASC est peu ou pas desservie dans les autres établissements, ce rattachement a permis d'enraciner un sentiment d'imputabilité vis-à-vis d'une clientèle plutôt qu'un simple engagement envers un mode de services. Cette démarche a permis des changements positifs en ce qui concernent la qualité de vie des usagers et leur fréquentation des services (Boyer, sous presse; Latimer et Nadeau, sous-*presse*). En effet, on note une réduction significative des jours d'hospitalisation (près de 80 %) et une amélioration sensible de leur degré de qualité de vie et de leur pouvoir d'agir (« empowerment »).

## Conclusion

Le SASC s'est développé sans avoir la prétention de reproduire un modèle d'organisation de services, ni d'adopter un modèle de pratique pré-déterminé. Le suivi communautaire constitue une forme d'intervention permettant d'offrir des services de réadaptation plus larges, plus adaptés et dégagés d'un milieu de réinsertion spécifique. Il est devenu un moyen permettant de soutenir le parcours de l'individu, et n'est pas

une fin en soi. Ceci dit, nous constatons aujourd'hui que sans vouloir copier un modèle ACT, nous en avons plusieurs des éléments critiques car ils se sont révélés être des conditions de succès. Parmi les caractéristiques identifiées par Witheridge (1990) comme essentielles à tout programme de suivi intensif dans le milieu, le SASC présente les suivantes : une clientèle exposée à de forts risques de réhospitalisations fréquentes ou d'itinérance ; un engagement à s'assurer du bien-être des usagers et à en garantir l'imputabilité ; un engagement également à revendiquer au nom des usagers des améliorations de services et la mise en œuvre d'une vaste gamme de services sociaux et de santé ; des services *in vivo*, centrés sur le quotidien des personnes ; le recours à une prise en charge d'équipe plutôt qu'individuelle ; une approche proactive et préventive face aux situations de crise ; un engagement illimité dans le temps, aussi longtemps que l'utilisateur le désire.

Pendant, la mission explicite du service ne se limite pas à la prévention des hospitalisations et de l'itinérance. Les services, faute de ressources et pour des raisons stratégiques, ne sont pas accessibles en tout temps, mais une réponse est planifiée avec l'utilisateur. Un ratio intervenant/utilisateur de 1 : 15 est visé, tel que préconisé par Witheridge, 1990 ; Taube et al., 1990. Une autre condition cruciale de succès pour le SASC consiste à solliciter une participation active des usagers à l'intervention, plutôt que celle-ci se fasse « pour » ou « sur » eux. Ceci est également confirmé dans la littérature (Williams et al., 1994 ; Bachrach, 1993).

À un niveau systémique, Bachrach (1993) souligne avec justesse la nécessité de mettre en œuvre une large gamme de services, d'options et de moyens sans pour autant concentrer les ressources. L'auteure insiste sur la nécessité que le réseau soit souple et ouvert à s'adapter et que les programmes et les organisations qui le composent tissent entre eux des liens constructifs et de réels partenariats. Nous croyons que le réseau en Outaouais, pour des raisons de pauvreté de ressources, a su en arriver à ce niveau de maturité où les dialogues sont possibles. Si ce « partenariat » se réalise (Boyer, 1995), il sera devenu surtout une nécessité, au sens noble du terme, pour garantir aux personnes une imputabilité et trouver collectivement une réponse adaptée à leurs besoins. Recentrer l'organisation à chaque fois que c'est requis par l'évolution du contexte organisationnel et environnemental, est une incontournable nécessité pour répondre aux personnes. Il faut appliquer le même raisonnement, les mêmes règles et les mêmes valeurs en ce qui concerne l'organisation « administrative » des services. C'est là l'essence de ce qui a grandement contribué à la mise en œuvre de programmes de suivi communautaire en Outaouais, tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

## Références

- ANTHONY, W. A., FORBESS, R., COHEN, M. R., 1993, Rehabilitation-Oriented Case Management, in Harris, M., Bergman, H. C., éds, *Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice*, Harwood Academic publishers, Suisse, 99-118.
- BACHRACH, L., 1993, Continuity of care and approaches to Case Management for long-term mentally ill patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 5, 465-468.
- BOYER, T., sous-presse, L'approche par équipe de soutien communautaire : l'exemple du service d'accompagnement et de soutien communautaire du Centre Hospitalier Pierre-Janet, in Émard, R., Aubry, T., éds, *Le case management en santé mentale* (titre provisoire), les Presses de l'Université d'Ottawa, Ottawa.
- BOYER, T., 1995, Développer des services destinés aux personnes nécessitant une aide de longue durée, *Santé Mentale au Québec*, XX, 1, 31-47.
- COHEN, M., NEMEC, P., FARKAS, M., FORBESS, R., 1988, *Case Management: References Handbooks*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston.
- DEFRIES, Z., 1993, A call to advocacy, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 101.
- FARKAS, M., ANTHONY, W. A., 1993, Rehabilitation Case Management Research, in Harris, M., Bergman, H. C., éds, *Case management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice*, Harwood Academic publishers, Suisse, 119-139.
- GOWDY, E., RAPP, C. A., 1994, Managerial behavior: the common denominators of effective community-based programs, in International Association for Psychosocial Rehabilitation Services (IAPSRs), éd., *An Introduction to Psychiatric Rehabilitation*, IAPSRs, Columbia, 393-408.
- HARRIS, M., BERGMAN, H. C., 1992, Case management with the chronically mentally ill: a clinical perspective, in Rose, S. M., éd., *Case Management and Social Work Practice*, Longman, White Plains, 91-100.
- INTAGLIATA, J., 1982, Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of the case management, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 4, 655-674.
- KANTER, J., 1989, Clinical case management: definition, principles, components, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 4, 361-368.

- KISTHARDT, W. E., RAPP, C., 1992, Bridging the gap between principles and practice: implementing a strengths perspective in case management, in Rose, S. M., éd, *Case Management and Social Work Practice*, Longman, White Plains, 112-125.
- LATIMER, E., NADEAU, L., sous-presse, *Le modèle « Assertive Community Treatment » de suivi intensif dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction de la planification et de l'évaluation, 1997, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale : document de consultation*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MORALES, C.E., 1994, Advocacy and case management, in Surber, R. W., éd., *Clinical Case Management: A Guide to Comprehensive Treatment of Serious Mental Illness*, Sage Publications Inc, Thousand Oaks, 121-136.
- NADEAU, B., 1989, Le « case management » au carrefour de l'intervention clinique et communautaire, *Santé Mentale au Québec*, XIV, 2, 51-59.
- NEMEC, P. B., FURLONG-NORMAN, K., 1989, Supports for psychiatrically disabled persons, in Farkas, M. D., Anthony, W. A., éd., *Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into Practice*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston, 192-225.
- RAPP, C. A., Wintersteen, R., 1989, The strengths model of case management: results from twelve demonstrations, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 1, 22-32.
- RAPP, C. A., Chamberlain, R., 1985, Case management services for the chronically mentally ill, *Social work*, sept.-oct., 417-422.
- RUBIN, A., 1992, Case management, in Rose, S. M., éd, *Case Management and Social Work Practice*, Longman, White Plains, 5-20.
- STROUL, B. A., 1989, Community support systems for persons with long-term mental illness: a conceptual framework, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 3, 9-26.
- SURBER, R. W., 1994a, An approach to care, in Surber, R. W., éd., *Clinical Case Management: A guide to Comprehensive Treatment of Serious Mental Illness*, Sage Publications Inc, Thousand Oaks, 3-20.

- SURBER, R. W., 1994b, Linkage and monitoring, in Surber, R.W., éd, *Clinical Case Management: A Guide to Comprehensive Treatment of Serious Mental Illness*, Sage Publications Inc, Thousand Oaks, 101-120.
- TAUBE, C. A., MORLOCK, L., BURNS, B. J., SANTOS, A. B., 1990, New directions in research on assertive community treatment, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 642-647.
- WILLIAMS, M. L., FORSTERS, P., MCCARTHY, G. D., HARGREAVES, W. A., 1994, Managing Case Management: What Makes it works?, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 1, 49-59.
- WITHERIDGE, T. F., DINCIN, J., APPLEBY, L., 1994, Working with the most frequent recidivists: a total team approach to assertive resource management, in IASPRS, éd., *An Introduction to Psychiatric Rehabilitation*, IASPRS, Columbia, 183-186.
- WITHERIDGE, T. F., 1992, The assertive community treatment worker: An emerging role and its implications for professional training, in Rose, S. M., éd., *Case Management and Social Work Practice*, Longman, White Plains, 101-111.
- WITHERIDGE, T. F., 1990, Assertive Community Treatment as a supported housing approach, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 4, 69-75.

## ABSTRACT

### **Beyond conceptual foundations: Illustration of a team practice of assertive community treatment**

The authors propose an overview of the practice of assertive community treatment, from the perspective of its values, its inherent functioning as well as its generic way. Going beyond different models, the authors try to illustrate what distinguishes assertive community treatment from other external or community services. They then present its application with the Service d'accompagnement et de soutien communautaire (SASC) of Pierre-Janet hospital. A vignette written by a client, illustrates the daily and clinical aspects, while structural and organizational aspects are discussed in relation to the regional organization of mental health services.

## **RESUMEN**

### **Más allá de los cimientos conceptuales Ilustración de una práctica de seguimiento en equipo en la colectividad**

Los autores proponen un sobrevuelo de la práctica del seguimiento comunal, a partir de sus valores, de sus funciones inherentes, de forma genérica. Yendo más allá de los diferentes modelos de práctica, ellos quieren ilustrar lo que distingue ese seguimiento de los otros servicios externos o en la comunidad. Luego ellos presentan la actualización al Servicio de Acompañamiento y de Sostén Comunales (SASC) del centro hospitalario Pierre-Janet. Una viñeta, escrita con una usuaria, ilustra los aspectos diarios y clínicos, mientras que los aspectos estructurales y organizacionales son discutidos en relación con la organización regional de servicios de salud mental.