

Conférence pour le troisième colloque sur le suivi communautaire tenu les 12 et 13 novembre 1998 au 7400 rue St-Laurent à Montréal.

"Portrait du suivi communautaire au Québec"

Daniel Gélinas*

Au cours des vingt dernières années, le suivi dans le milieu de vie des personnes aux prises avec des troubles mentaux s'est graduellement imposé comme une modalité nécessaire pour rejoindre ces personnes qui sont souvent isolées socialement, marginalisées par la maladie et confrontées à des difficultés multiples pour s'épanouir dans la société. La référence au vocable de suivi communautaire est généralement utilisée pour décrire cette pratique d'intervention qui consiste à accompagner la personne dans son milieu de vie, à lui proposer une relation d'aide pour surmonter les difficultés qui surgissent dans son quotidien et à restreindre les barrières internes et externes qui l'empêchent d'utiliser les multiples ressources sociales nécessaires à son intégration sociale. Dans cette optique, la référence à la notion de communauté cristallise ce désir de tout mettre en œuvre pour sortir les personnes de l'exclusion institutionnelle ou sociale et de les intégrer pleinement aux processus sociaux normaux pour qu'elles retrouvent un sentiment d'appartenance, une maîtrise de leur existence par une reprise du pouvoir d'agir (*empowerment*) et un rôle significatif au sein d'une société qui devrait normalement faciliter l'intégration de tous ces membres pour mériter l'emploi du vocable de communauté pour la désigner.

* L'auteur, M.Sc., est psycho-éducateur et travailleur social et il travaille à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal au sein du Centre de recherche Fernand-Seguin.
Gélinas, D., 1998, *Portrait du suivi communautaire au Québec*, Allocution prononcée le 12 novembre 1998 lors du troisième colloque sur le suivi communautaire qui s'est tenu au 7400 rue St-Laurent à Montréal. 1

Or cette finalité de réhabilitation sociale poursuivie par la pratique du suivi communautaire est loin d'être achevée pour une tranche importante de la population frappée par l'émergence de la maladie mentale et qui se traduit souvent par la perte de l'emploi, l'interruption des rôles sociaux de conjoint ou de parent et l'enlèvement dans la pauvreté. Dans la mesure où une interaction sournoise s'élabore entre ces conséquences sociales et les symptômes débilissants de maladies qui laissent souvent des séquelles ou des incapacités fonctionnelles, l'action de la recherche active de ces personnes sur le terrain pour leur apporter une aide tangible dans leur quotidien et leur milieu de vie (*Assertive Outreach*) se présente comme un levier important pour leur permettre de reprendre le contrôle sur leurs vies.

Dans le cadre de ce troisième colloque sur le suivi communautaire, le comité organisateur m'a demandé de vous brosser un tableau succinct de l'évolution de cette pratique au Québec, de cerner l'origine des différents courants théoriques et idéologiques qui influencent la pratique de cette intervention et finalement d'identifier les principales dimensions cliniques qui surgissent de son application. *A priori*, il n'est pas facile de retracer avec précision les apports de tous les groupes, ni de mesurer avec exactitude le nombre de groupes, d'intervenants et de personnes rejointes par cette approche au Québec puisqu'il y a peu d'écrits sur l'expérience québécoise et que les gens dans ce milieu sont plutôt préoccupés par l'action et non par l'écriture. Néanmoins, à partir des actes des deux colloques antérieurs et de la recension de quelques écrits, il est possible d'identifier quelques points de repères.

La petite histoire du suivi communautaire

Le groupe le plus ancien est sans doute ***Foward House/Maison Les étapes*** fondé en 1957 à Montréal et identifié dans la littérature américaine comme un groupe qui s'inscrit dans la tradition des clubs psychosociaux (*Clubhouse*) (Glasscote et al., 1971). Dans le compte-rendu du premier colloque tenu au Centre St-Pierre à Montréal en 1994, Chris MacFadden expliquait que le suivi communautaire a pris naissance au début des années 80 pour offrir un suivi à long terme aux personnes qui avaient cheminé au sein d'une ressource résidentielle mise en place au milieu des années 70 pour les aider à maintenir leur indépendance dans la communauté (MacFadden, 1997). Fait intéressant, MacFadden soulignait que l'on parlait surtout à cette époque de *Follow-up* ou d'*Aftercare* pour identifier cette nouvelle pratique et non de *Case Management* (Geoffroy et al., 1994).

Par la suite les années 85/86 sont marquées par l'éclosion du *Case Management* à plusieurs endroits au Québec à partir d'établissements publics. D'abord au centre hospitalier de Maria en Gaspésie (Nadeau 1989), à l'Hôpital Douglas à Verdun avec le programme *New Direction* (Thomson 1992), à l'Institut Philippe Pinel (Brunelle 1988) et à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal suite à la première tutelle (Aucoin 1985, Gélinas et Righi 1991). D'emblée, je tiens à souligner les similitudes entre la naissance de cette pratique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et les premières expériences de suivi réalisées à *Foward House/Maison Les Étapes*. En effet, le premier programme de suivi communautaire à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine se voulait un programme de suivi

aux appartements pour les personnes qui avaient fait un séjour à la Maison de transition de cet établissement et qui s'est par la suite transformé en programme de *Case Management*. Autrement dit, sans référence explicite à l'expérience réalisée quelques années auparavant dans l'Ouest de Montréal par le groupe *Foward House/Maison Les Étapes*, un établissement public prenait l'initiative d'affecter du personnel à cette tâche de suivre des personnes dans leur milieu de vie suite à un processus de traitement résidentiel si vous me permettez l'expression. En fait, le premier point à retenir concerne le fait qu'au point de départ la pratique du suivi communautaire émerge autant de différents groupes communautaires que d'établissements publics, à la différence que ces derniers ont cru bon à tort ou à raison de se référer explicitement à un concept pour décrire leur nouvelle pratique qui était jugée passablement audacieuse à l'époque.

La première conceptualisation cette nouvelle approche dans les écrits provient de l'expérience du groupe du Centre hospitalier de Maria en Gaspésie (Nadeau 1989). Ce dernier auteur a introduit la notion de "*Case Management*" pour décrire une pratique de réinsertion sociale qui combinait l'accompagnement de la personne pour l'aider à résoudre les problèmes de la vie quotidienne et une démarche pour lui faciliter l'accès à des ressources par le biais de la coordination des services. Or l'influence de cette approche américaine est loin d'être négligeable car, soit qu'elle transcende les débats rapportés par les actes du premier colloque ou soit que le concept de *Case Management* est pour plusieurs une traduction ou un synonyme du concept de "suivi communautaire" (Jobidon

dans Rapp, 1994, Vallée et al, 1998). Par contre pour d'autres, le suivi communautaire est une pratique distincte du "*Case Management*" qui s'oppose fermement à l'application technocratique du courtier de services et qui s'inscrit plutôt dans la perspective d'une pratique alternative fortement centrée sur l'accompagnement dans le milieu de vie et fondée sur l'autodétermination de la personne autant au niveau des objectifs fixés que des moyens employés pour actualiser le soutien dispensé (Lalonde, 1989) Ainsi, la naissance du Projet Suivi Communautaire à Ville LaSalle (Lalonde, 1994), du groupe Perspectives Communautaires à Pointe-Claire (Poirier et al., 1998), du Projet ARC et du groupe Diogène à Montréal la fin des années 80 témoigne de l'initiative prise par des intervenants qui émergent de groupes communautaires et refusent de se laisser enfermer dans des catégories rigides et qui tiennent à une identité propre tirée de leur expérience spécifique de suivi. En fait, ces groupes communautaires rejoignent une clientèle hétérogène dans des milieux variés. Par exemple, le Projet ARC offre un service de répit pour les familles alors que le groupe Diogène se préoccupe d'abord de rejoindre les personnes ayant sombré dans l'itinérance et qui présentent souvent des problématiques de toxicomanie associées à des problèmes de santé mentale (Geoffroy et al., 1994). Bref, le deuxième point à retenir est le fait que les écrits au Québec ne rendent pas justice de la richesse des apports apportés par ces groupes à la pratique du suivi communautaire au Québec et qu'il y aurait peut-être lieu de demander à des étudiants ou à des professeurs de différentes écoles de travail social préoccupés par les questions reliées à l'organisation communautaire de se pencher sur la

question parce qu'en fait une large tranche de cette histoire leur appartient. Enfin, au cours des années 90, des établissements publics tels que les centres hospitaliers du Centre-de-la-Mauricie à Shawinigan et Pierre-Janet à Hull ont mis en place respectivement les Centres d'intégration communautaire et le Service d'accompagnement et de soutien communautaire qui s'inscrivent dans cette large perspective du suivi communautaire (Gervais et al., 1997, Vallée et al., 1998).

Cela étant précisé, j'aimerais revenir sur la question du "*Case Management*" pour tenter d'éclaircir quelques points puisque vous me demandez ce matin de cerner les influences théoriques et idéologiques qui ont et qui continuent d'influencer la pratique du suivi communautaire. Je n'aborderais pas en détail les éléments de réflexions que je propose dans l'article que je viens de déposer pour la revue Santé mentale au Québec (Gélinas, 1998) mais je vais plutôt partir de ma propre expérience comme *Case Manager* à la fin des années 80. À cette époque, j'étais un agent de coordination de plan de services individualisés qui avait comme mandat d'offrir un suivi personnalisé à une quinzaine de clients et dont le lieu principal d'intervention était constitué par le milieu de vie de ces personnes. J'avais reçu une formation spécifique sur le *Case Management* et comme mon titre d'emploi l'indiquait, j'étais appelé à conduire des plans de services. Or en quatre ans, je n'ai jamais animé une réunion formelle de plan des services pour mes clients.

En fait, mon travail consistait surtout à assister mes clients dans leur cheminement et je suis devenu leur principal fournisseur de services

d'accompagnement et de résolution des problèmes de la vie quotidienne. Loin de coordonner des services, j'avais plutôt à me coordonner moi-même puisque j'étais confronté à une multitude de tâches concrètes et disparates pour répondre aux besoins spécifiques de mes clients. Certes, j'accompagnais mes clients lorsque ceux-ci avaient besoin d'intégrer une nouvelle ressource d'hébergement ou d'accéder à des services d'aide à l'emploi. Souvent, je me suis retrouvé à l'aide sociale ou à l'assurance-chômage pour aider des clients à obtenir les subsides auxquels ils avaient droit, à la pharmacie du coin ou auprès de différents concierges pour dénicher un logis abordable, et même à la cour pour aider l'un de mes clients à faire face à la justice. Par contre, pour d'autres clients, leurs besoins se situaient au niveau d'une aide tangible pour faire leur budget, superviser la prise de leur médication et les accompagner lors de leurs rendez-vous médicaux, utiliser ma voiture pour les nombreux déménagements ou déplacements requis, les aider à faire l'épicerie ou les habituer à fréquenter un petit restaurant pour qu'ils puissent s'alimenter convenablement. Pour d'autres enfin, j'étais le seul contact qui leur restait avec le médecin et j'ai dû retracer dans le centre-ville quelque uns de mes clients qui s'étaient enlisés dans l'itinérance parfois par choix. Bref, pour reprendre une analogie formulée par un *Case Manager* américain au début des années 80, personne ne peut coordonner la survie et finalement j'étais plus un compagnon de voyage qu'un agent de voyage pour mes clients (Deitchman 1980 cité par Rapp, 1994). Loin d'être un agent de coordination, j'étais plutôt un intervenant disponible, facilement accessible et dont la marque de commerce était l'adaptation aux particularités de

ma clientèle qui exigeait qu'on aille vers elle dans son milieu de vie et non l'inverse. Et c'est probablement le même genre de travail que font la plupart des travailleurs communautaires lorsqu'ils font du suivi.

Or cette idée de se déplacer pour rejoindre les personnes dans leurs milieux de vie pour les aider à faire face aux réalités immédiates de la vie quotidienne et leur faciliter l'accès à des ressources par un accompagnement personnalisé ne provient pas du *Case Management* mais plutôt de l'expérience réalisée par Stein et Test à Madison au Wisconsin au début des années 70 et qui a précédé l'engouement généralisé pour le *Case Management* dans les années 80. Avec le recul, l'on s'aperçoit à l'instar des écrits américains que ces deux courants s'entremêlaient dans les écrits québécois et qu'en fait sans le savoir nous avons suivi la même trajectoire que nos voisins américains, c'est-à-dire de miser sur les épaules d'un seul intervenant aux tâches multiples et parfois contradictoires qui devait simultanément dispenser de l'aide tangible et concrète sur-le-champ et accompagner la personne pour qu'elle accède à une multitude de ressources formelles et informelles. Bref, un intervenant généraliste complet aux tâches multiples dont la seule présence devait résoudre tous les problèmes liés à l'éclatement des services et à l'isolement des personnes.

Bien qu'utile pour rejoindre une tranche importante de la population affligée par des problèmes de santé mentale, l'intervention que je viens de décrire ne permet pas de rejoindre toutes les personnes. En effet, si les besoins de la clientèle sont complexes et très importants aux niveaux du traitement et de la réadaptation au point de nécessiter une présence quotidienne, cet intervenant

imputable risque de sombrer rapidement dans l'épuisement professionnel et d'être heurté de plein fouet par les contradictions entre les exigences du quotidien, la complexité des traitements requis sur les plans médical et de la réadaptation et l'accès à des ressources qui peuvent être inexistantes ou caractérisées par une liste d'attente ou des critères d'exclusion. C'est pourquoi les tenants du modèle PACT ont toujours insisté sur la nécessité de s'organiser sur la base d'une équipe qui offrirait le maximum de services directs de traitement, de réadaptation et de suivi psychosocial pour répondre aux demandes complexes des personnes qui ont des besoins importants d'encadrement pour accéder eux aussi à une vie satisfaisante dans la communauté (Test, 1998).

Or, il est intéressant de constater que nous assistons présentement à un retour du balancier, à savoir que des pionniers du suivi communautaire s'engagent présentement dans cette voie pour offrir des services de suivi plus intensif. Je pense entre autres au nouveau programme de suivi intensif dans le milieu mis en place par *Foward House/Maison Les étapes*, du nouveau programme PACT de l'Hôpital Douglas à Verdun qui résulte d'une mutation de *New Direction* par l'ajout de personnel infirmier et professionnel pour rejoindre une clientèle extrêmement difficile dont la moitié présente des problèmes d'abus de substances et doivent recevoir à domicile une livraison quotidienne de la médication requise et enfin du nouveau programme de suivi intensif dans le milieu mis en place à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine dans le cadre de son projet de transformation et qui compte déjà une trentaine d'intervenants de terrain

rattachés aux cliniques externes de cet établissement dans une perspective de continuité des soins et déployés sur l'ensemble du secteur de l'est de l'île de Montréal (LHL, 1997). À mon avis, de plus en plus d'intervenants s'inspirent de la pratique du programme *Bridge* connu au Québec sous le vocable de suivi intensif dans le milieu grâce au travail de traduction de Mme Vesta Jobidon de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (Engstrom et al., 1995, Gélinas, 1997)

De quelques dimensions cliniques

Cette évolution récente ne rend pas caduque les autres formes de suivi communautaire. Bien au contraire, la pire chose à faire serait de tomber dans le dogmatisme alors que les gens présents dans cette salle aujourd'hui s'inscrivent dans plusieurs horizons idéologiques et s'entendent malgré tout sur les paramètres d'une pratique concrète dont la caractéristique majeure est d'offrir une relation d'aide à des personnes marginalisées par la maladie et l'exclusion sociale dans son milieu de vie. D'ailleurs une recherche récente effectuée au sein de six programmes PACT aux Etats-Unis a démontré que l'élément le plus important rapporté par la clientèle elle-même, au-delà de toutes les composantes de ces programmes, était justement la relation de confiance forgée avec les intervenants pour résoudre des problèmes concrets de la vie quotidienne. (McGrew et al., 1997). Avec raison, ces derniers auteurs affirment que ce constat vaut également pour les programmes de *Case Management* centrés sur les besoins des usagers et n'ayant pas sombré dans la technocratie du courtage de services. En effet, dans une autre recherche effectuée à Toronto auprès du

Community Ressources Consultants, Durbin et al., (1997) ont rapporté que les clients recevaient en moyenne 5.7 heures de services réparties sur 9.2 contacts par mois alors que le critère idéal de fidélité au modèle PACT rapporté par ces auteurs s'établit à une moyenne de 18.5 contacts par mois. Mais surtout, ces auteurs rapportent que près de 50% des contacts avaient pour but d'apporter du support émotionnel à la clientèle. Bien qu'il soit difficile de dissocier cette dimension de d'autres types d'activités, tels que de l'aide pour faire un budget ou pour transiger avec l'agent de l'aide sociale, ce constat illustre néanmoins que la dimension relationnelle est d'une importance capitale dans toute pratique de suivi communautaire. Dans leur dernier article, Vallée et al. (1998) témoignent de ce fait pour cerner la pierre angulaire de leur programme de suivi communautaire:

"La qualité du lien entre l'utilisateur et l'intervenant constitue la pierre angulaire de l'intervention (...). La présence d'une personne (ou d'une équipe) dont le mandat est de s'assurer que l'utilisateur obtienne l'assistance ou 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 (...) (p. 131)

Pour ne pas surcharger mon exposé, j'ai omis de citer les auteurs sur lesquels s'appuyaient Vallée et al. (1998) pour étayer leur point de vue. Il s'agit principalement de Charles A. Rapp de l'école de service social de l'université de Kansas au Missouri qui a conceptualisé le modèle de *Case Management* centré sur les forces du client (*Personal Strengths Model*) (Rapp, 1994). Si je ramène cette information, c'est tout simplement pour souligner les apports positifs qui émergent aussi de ce courant et pour dire que tant que nous ferons du suivi communautaire, et j'espère bien que nous en ferons longtemps, nous aurons besoin de nous référer au *Case Management* et ce pour une raison bien simple, parce que c'est fondamentalement du travail social. Je m'explique.

Dans le compte rendu du deuxième colloque, Lalonde (1995) explique que le processus d'intervention du suivi communautaire passe par trois phases: la prise de contact ou le début; le suivi, jusqu'où va-t-on? ou le milieu; et la fermeture du dossier, quand et comment?, la fin. En fait, cette démarche est identique à la démarche du *Casework* en travail social et qui implique une phase initiale, une phase centrale et une phase terminale (Germain et Gitterman, 1980). Autrement dit, une phase de prise de contact, de sensibilisation, d'observation, voire d'évaluation des problèmes et de l'identification du type d'aide que l'intervenant peut apporter. Une phase de travail et d'accompagnement généralement guidée par une entente contractuelle formelle ou informelle où l'intervenant joue des rôles multiples pour faciliter la référence ou l'accès à des

ressources sociales les plus diverses dans la communauté et qui ont souvent rien à voir avec le monde médical, de négociateur, de médiateur ou d'accompagnateur dans de multiples transactions sociales soit avec les agences gouvernementales, des services génériques ou des propriétaires, de confident auprès d'une personne seule qui demande tout simplement du soutien émotif pour briser l'isolement. Et enfin, d'une phase terminale qui prend des formes diverses selon les situations mais qui se traduit par le ressenti mutuel d'une diminution du besoin d'aide, et encore, puisque des intervenants maintiendront longtemps le lien avec une personne aidée et ce durant plusieurs années au cas où?

Et si le suivi communautaire avait quelque chose de spécifique me direz-vous? Eh bien oui, vous avez raison. Le point commun de la clientèle rejointe autant par des programmes PACT, de *Case Management* ou de suivi communautaire sans étiquette réside dans le fait que celle-ci ne se présente pas d'elle-même à une clinique ou à une agence sociale pour recevoir des services. Elle a généralement horreur des formalités et surtout elle exige que les services soient délivrés à domicile et qu'ils soient hautement individualisés. Qui plus est, plusieurs personnes rejettent systématiquement tout lien formel avec les services psychiatriques et c'est pour eux un mécanisme d'adaptation et leur façon de surmonter la maladie (Hatfield et Lefley, 1993). D'autres dérivent dans l'itinérance et cela peut prendre beaucoup de temps, d'énergie, de persévérance, de présence dans la rue et les lieux qu'ils fréquentent, d'approche graduelle, d'apprivoisement sans gestes brusques pour finalement tisser patiemment une

relation de confiance et les amener progressivement à reprendre un début de contrôle sur leur vie (Pike et al., 1998). Enfin, tel que le soulignait Morin (1992) en se référant à l'approche du soutien au logement, la majorité des personnes aux prises avec des troubles mentaux désirent vivre chez elles et accéder à un logement convenable à prix abordable. Cela implique d'abord et avant tout l'accès à du logement social parce que les usagers ont d'abord besoin de rehausser leur condition d'existence, mais aussi de la présence d'intervenants polyvalents qui vont jouer *de facto* un rôle éducatif et d'entraînement aux habiletés sociales, bref de recevoir un soutien personnalisé pour se maintenir dans un logis de leur choix (Curtis et al., 1996).

Toutes ces dimensions s'entrecroisent et conduisent objectivement à réinventer le travail social de rue, le travail social de départ qui n'est pas un acte réservé et qui se recrée de lui-même à chaque tentative pour le bureaucratiser. "*Soft versus Hard Social Work*" (Davis 1988) pour reprendre une expression d'un travailleur social de la Colombie Britannique pour décrire le travail des travailleurs du programme *Bridge* dont j'ai parlé précédemment et qui sont flexibles, disponibles et présents sur le terrain pour résoudre les problèmes concrets tels que l'accès à de la nourriture, des vêtements, des soins médicaux, des revenus, des loisirs, des relations sociales, un logis et une occupation significative ou valorisante le cas échéant (Wetheridge, 1989, 1991).

Je vais conclure en essayant de me projeter dans l'avenir pour identifier trois tendances qui pointent à l'horizon à mon avis. La première concerne la diversité des programmes de suivi communautaire qui sont appelés à surgir dans

les prochaines années. D'une part la configuration des services varie d'une région à l'autre et les besoins de la clientèle sont également variés et hétérogènes. Dans cette optique, il ne faudra pas se surprendre d'observer l'évolution de différentes combinaisons entre des groupes communautaires et des établissements publics pour offrir des formes multiples de suivi communautaire à géométrie variable. D'autre part, il n'existe pas d'applications qui s'ajustent parfaitement aux modèles théoriques, de sorte que nous verrons des programmes qui s'inspirent soit du *Case Management* ou du modèle PACT, ou peut-être un mélange des deux fortement teinté par l'expérience concrète de la pratique de suivi des groupes ou des établissements. Je tiens à préciser qu'à mon avis, le penchant pour l'un ou pour l'autre sera fonction de l'intensité et de la nature des services requis par la clientèle et non par des choix idéologiques. Ce que je veux dire, c'est que les besoins de suivi relativement moins intensifs en termes de présence quotidienne et d'encadrement dans le milieu sont aussi importants parce qu'ils sont différents. Le plus bel exemple qui me vient à l'esprit concerne le dur travail de terrain pour rejoindre les itinérants et qui ne peuvent ou ne veulent pas du jour au lendemain intégrer une programmation intensive de suivi. C'est un respect pur et simple du rythme et de la situation dans laquelle les personnes se trouvent à un moment donné de leurs vies. Ainsi, toute la dimension de l'accompagnement pour permettre à des gens d'avoir accès à des ressources va demeurer une dimension cruciale du suivi communautaire même si une partie de ses effectifs s'oriente vers une prise en charge globale qui s'inspire soit du modèle PACT original ou de l'adaptation du modèle *Bridge*.

La deuxième tendance concerne l'implication de plus en plus grande des usagers qui sont appelés un jour à se donner eux-mêmes des services de suivi communautaire (Jobidon, 1998). L'aboutissement logique du mouvement de défense des droits en santé mentale devrait normalement conduire à cette forme de reprise du pouvoir (*Empowerment*). Déjà des usagers siègent sur des conseils d'administration de certains groupes communautaires et cette idée commence à circuler. Enfin, je voudrais terminer par une anecdote tirée d'un article paru dans La Presse en février dernier et qui montrait le Docteur Paul Saba qui a conduit sa patiente à l'urgence de l'Hôpital Royal Victoria pour être hospitalisée. Pour faire une histoire courte, cette personne recevait 670\$ d'aide sociale par mois, payait un logement de \$340 et elle n'avait pas pris ses médicaments depuis une semaine faute d'argent pour payer sa franchise de \$16.67 à la pharmacie. Cette hospitalisation " *au tarif de 560\$ par jour pendant 14 jours a coûté 7840\$ à l'État (...) De quoi payer sa franchise pendant 39 ans*" (Roy, 1998)⁽¹⁾. Certes, la présence d'un intervenant communautaire aurait peut-être fait la différence en lui aidant à trouver un moyen pour boucler son budget. Mais à bien y penser, ne s'agit-il pas plutôt d'une sérieuse embûche sociale mise en place par un État incohérent qui limite *de facto* l'accès à une ressource sociale tout en prêchant par moment les vertus du suivi communautaires tous modèles confondus. Ce que je veux dire, c'est qu'il faudra un jour unir nos voix

¹ Je tiens à souligner que cette référence à un fait divers publié dans le journal La Presse du 7 février dernier se retrouve au cœur de l'actualité avec la publication ce matin d'une manchette qui fait la une du journal La Presse et qui dévoile les résultats d'une étude sur les effets pervers de la nouvelle loi sur l'assurance-médicaments depuis son entrée en vigueur en août 1996 (Bégin, 1998).

Gélinas, D., 1998, *Portrait du suivi communautaire au Québec*, Allocution prononcée le 12 novembre 1998 lors du troisième colloque sur le suivi communautaire qui s'est tenu au 7400 rue St-Laurent à Montréal.

avec celles des usagers pour réclamer l'accès libre et gratuit à la médication de pointe, au logement social et à des assouplissements au niveau de l'aide sociale pour réaliser le soutien à l'emploi (Gélinas, 1997). Autrement dit, le sens profond du mot communautaire dans le vocable suivi communautaire va impliquer de plus en plus dans l'avenir des actions collectives pour revendiquer non seulement une reconnaissance de ce travail social essentiel mais également une amélioration tangible des conditions d'existence des personnes suivies. Il y va de l'avenir de cette pratique qui est inévitablement confronté d'abord et avant tout à une lutte contre la pauvreté.

Références

- AUCOIN, L., 1985, *Orientation et amorce de plan d'action*, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- BÉGIN, J.-F., 1998, L'assurance-médicaments- Moins de consommation; plus d'hospitalisations, *La Presse*, jeudi le 12 novembre 1998, cahier A, page 1.
- BRUNELLE, A., 1988, Les programmes de Case Management:; une description sommaire, *Santé mentale au Québec*, 13 (2), 157-161.
- CURTIS, L. C., TANZMAN, B., McCABE, S., CARLING, P. j., 1996, *Le soutien au logement pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants*. Center for Community Change through Housing and Support. Burlington. Vermont. Traduit de l'américain par Catherine Vallée, A.Q.R.P. 62p.
- DAVIS, S., 1988, "Soft" versus "Hard" Social Work, *Social Work*, 33 (4), 373-374.
- DEITCHMAN, W. S., 1980, How many Case Managers does it take to screw in a light bulb?, *Hospital and Community Psychiatry*, 31(11), 788-789.
- DURBIN, J., GEORING, P., WASYLENKI, D., ROTH, J., 1997, Who Gets How Much of What : A Description of Intensive Case Management, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (3), 49-56.
- ENGSTROM, K, BROOKS, E. B, JONIKAS, J. A, COOK, J. A., WITHERIDGE, T. F., 1995, *Le suivi intensif dans le milieu auprès des personnes itinérantes et atteintes de troubles mentaux sévères et persistants: un guide pour intervenants*. Adaptation du manuel du programme *Bridge* traduit par Vesta Wagener-Jobidon assistée par Dominique Paquette et Marie-Carmen Plante, A.Q.R.P., Québec.
- Gélinas, D., 1998, *Portrait du suivi communautaire au Québec*, Allocution prononcée le 12 novembre 1998 lors du troisième colloque sur le suivi communautaire qui s'est tenu au 7400 rue St-Laurent à Montréal. 17

- GÉLINAS, D., RIGHI, N., 1991, *L'actualisation du plan de services individualisés à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Contexte théorique et analyse des données cliniques. Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- GÉLINAS, D., 1997, Travail social et suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, *Intervention*, no. 105, 8-17.
- GÉLINAS, D., 1998, Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), (sous presse).
- GERVAIS, M., GAUTHIER, L., GÉLINAS, L., 1997, La réhabilitation de l'hôpital psychiatrique, *Santé mentale au Québec*, 22 (2), 137-153.
- GEOFFROY, N., BEAULIEU, D., HÉBERT, F., LALONDE, L., LE MAY, J., MONGEON, M., 1994, *Le suivi, ça se réfléchit...* Actes du premier colloque sur le suivi communautaire en santé mentale des 17 et 18 mars 1995 tenu au Centre St-Pierre à Montréal, 95 pages.
- GERMAIN, C. B., GITTERMAN, A., 1980, *The Life Model of Social Work Practice*. Columbia University Press, New-York, 376p.
- GLASSCOTE, R. M., COMMING, E., RUTMAN, I. D., SUSSEX, J. N., GLASSMAN, S. M., 1971, "Fountain House, New-York" et "Thresholds, Chicago" in *Rehabilitating the Mentally Ill in the Community: A Study of Psychosocial Rehabilitation Centers*, A Publication of the Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health. Washington D.C., 41-63 et 118-140.
- HATFIELD, A. B., LEFLEY, H. P., 1993, *Surviving Mental Illness: Stress, Coping and Adaptation*. The Guilford Press, New-York, 206p.
- HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE, 1997, *Plan de transformation: les orientations et le modèle d'organisation des services en psychiatrie*. 11 février 1997. Montréal.
- JOBIDON, V., 1998, Les nouveaux programmes gérés par les usagers, numéro spécial du *Partenaire*, Vol. 6, No. 3 & 4, Automne 1997/Hiver 1998, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.
- LALONDE, L., 1989, Le suivi communautaire, une nouvelle pratique?, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 2 (2), 179-183.
- LALONDE, L., 1994, Me-suivez-vous? Entrevue avec Suzanne Lafontaine dans Regroupement des ressources alternatives en santé mentale (RRASMQ), *Quelques fenêtres percent le mur...plus de dix années d'alternatives en santé mentale: portraits et réflexions*, 19-21.
- LALONDE, L., 1995, *Le Suivi: Ça me questionne!*, Actes du deuxième colloque sur le suivi communautaire tenu les 16 et 17 mars 1995 à l'Hôpital Douglas à Verdun, 21 pages.
- MacFADDEN, C., 1997, *Le suivi communautaire: vingt ans plus tard...*, Maison Les Étapes Inc./Foward House Inc.
- McGREW, J. H., WILSON, R. G., BOND, G. R., 1996, Client Perspective on Helpful Ingredients of Assertive Community Treatment, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 13-21.
- Gélinas, D., 1998, *Portrait du suivi communautaire au Québec*, Allocution prononcée le 12 novembre 1998 lors du troisième colloque sur le suivi communautaire qui s'est tenu au 7400 rue St-Laurent à Montréal.

- MORIN, P., 1992, Être chez soi: désir des personnes psychiatisées et défi des intervenants, *Nouvelles pratiques sociales*, 5 (1), 47-61.
- NADEAU, B., 1989, Le Case Management: au carrefour de l'intervention clinique et communautaire, *Santé Mentale au Québec*, 14 (2), 51-59.
- POIRIER, M., RITZHAUPT, B., LAROSE, S., CHARTRAND, D., 1998, Case Management: le modèle de l'Ouest de Montréal, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), sous presse.
- PYKE, J., NIMIGON, L., ROBERTSON, V., 1998, Le *Community Ressources Consultants* de Toronto: deux programmes de Case Management, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), sous presse.
- RAPP, C. A., 1994, Une nouvelle perspective pour assurer le suivi communautaire auprès de personnes atteintes de troubles mentaux, Traduit de l'américain par Vesta Wagener-Jobidon, A.Q.R.P., *Le Partenaire*, 3 (1), 3-6.
- ROY, P., 1998, Il lui manquait \$16.67, *La Presse*, le 7 février 1998.
- TEST, M. A., 1998, Modèles de traitement dans la communauté pour les adultes ayant des maladies graves et persistantes, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), sous presse.
- THOMSON, D. A., 1992, New Direction, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15 (3), 105-109.
- VALLÉE, C., COURTEMANCHE, N., BOYER, T., 1998, Au-delà des assises conceptuelles: illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), sous presse.
- WITHERIDGE, T. F., 1989, The Assertive Community Treatment Worker: An Emerging Role and Its Implications for Professional Training, *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (6), 620-624 ou in ROSE, S. M., 1992, *Case Management & Social Work Practice*, Longman, New-York, 101-111.
- WITHERIDGE, T. F., 1991, The Active Ingredients of Assertive Outreach, in COHEN, N.L. (ed), *Psychiatric Outreach to the Mentally Ill*, *New Directions for Mental Health Services*, No. 52. Jossey-Bass, San Francisco, 47-64.