

Les programmes de « case management » : une description sommaire

André Brunelle

Volume 13, Number 2, November 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031470ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031470ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Brunelle, A. (1988). Les programmes de « case management » : une description sommaire. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 157–161.
<https://doi.org/10.7202/031470ar>

Les programmes de « case management » : une description sommaire¹

Depuis quelques années, tous conviennent de la priorité à accorder au développement de structure d'accueil et d'encadrement communautaire pour la population psychiatrique. Avec plus ou moins de difficultés, des initiatives ont été prises dans les différentes régions du Québec pour favoriser l'implantation de telles structures : foyers de groupe, centres de jour, groupes d'entraide, parmi d'autres. Bien sûr, les besoins demeurent sans commune mesure avec la réalité ; d'autre part, nous pouvons tous constater que le paysage a déjà changé depuis cinq ans et que, malgré la fragilité de ces nouveaux programmes, leur éclosion et leur enracinement dans la communauté encouragent bien des espérances.

Récemment, le Rapport Harnois suggérait la consolidation de ce réseau communautaire et intermédiaire, et favorisait le développement d'une pratique différente, axée non pas sur les structures mais plutôt sur les services à rendre ; cette orientation rejoint la réflexion de nombreux intervenants aux prises avec la problématique de l'intégration sociale et le maintien dans la communauté de la population psychiatrique lourde, qu'on qualifie parfois de « noyau dur ». Ce défi posé aux intervenants les entraîne à constater la nécessité de disposer, d'une part, de ressources diverses qui soient adaptées aux handicaps fonctionnels de cette clientèle, mais aussi à se doter d'un modèle qui assure l'intégration, la cohésion et la continuité d'un plan d'intervention

ouvert à la multiplication des intervenants formels et informels.

Dans ce débat, on a fait une large place à la nécessité du plan de services individualisé ; en parallèle, à la suite d'expériences observées ailleurs, s'amorçaient discrètement un peu partout sur le territoire diverses expériences de « case management » avec cette clientèle.

Nous tenterons ici d'esquisser une description du concept, de ses objectifs d'intervention et des conditions qui en sous-tendent la pratique.

Brève présentation historique

Bernard Nadeau, dans une récente présentation, soulignait la difficulté qu'il avait eue avec son équipe à trouver des équivalents français, à la fois élégants et simples, aux termes américains « case manager » et « case management ». Je reprendrai cet aveu à mon compte, et j'utiliserai ici ces termes tout autant que leurs équivalents français.

Le concept du « case management » a d'abord été élaboré et mis en pratique aux États-Unis. McLaughlin (1987) souligne que ses principes de base épousent étroitement les paramètres originaux de la pratique du travail social, tels qu'ils étaient à la fin du siècle dernier. D'autres rappellent que la première forme moderne de « case management » est issue de la « guerre à la pauvreté » entreprise aux États-Unis

durant les années soixante, alors que les travailleurs communautaires devaient agir à partir de nombreux programmes complexes, mal coordonnés entre eux et administrés par de lourdes bureaucraties. Repris ensuite par certains organismes communautaires en santé mentale, le modèle fut développé d'abord sur le terrain par des intervenants préoccupés d'obtenir pour et avec leurs clients des résultats tangibles et concrets face à des problématiques multidimensionnelles, et sur la base des besoins vécus par la personne considérée globalement. On admettait d'emblée que le problème de santé mentale était indissociable de l'insalubrité du logis, par exemple, ou des carences en éducation : la réponse ne pouvait donc être que systémique et multidimensionnelle. Ce qui est à l'origine une pratique empirique s'est structuré au fil des ans, attirant des chercheurs et des observateurs qui, avec les praticiens, ont enrichi ces concepts, de sorte qu'on peut maintenant affirmer que le « case management » s'articule sur un corpus de connaissances éprouvé.

Au Québec, plus récemment, quelques équipes ont essayé ce modèle d'intervention avec les clientèles psychiatriques : mentionnons, entre autres, l'expérience du Centre hospitalier de Maria en Gaspésie et aussi, dans un milieu urbain, le Projet de suivi communautaire ou le projet A.R.C. à Montréal. Quant à nous, à l'Institut Pinel, nous expérimentons un programme de « case management » avec 70 bénéficiaires depuis plus de deux ans maintenant. Toutes ces expériences sont trop récentes pour en tirer des conclusions détaillées, mais elles s'inscrivent dans la ligne des résultats obtenus par nos collègues américains.

Les objectifs du « case management »

De toutes ces expériences, on peut déduire que les objectifs spécifiques de tout programme de « case management » sont les suivants :

1) en concertation étroite avec la personne aidée, identifier ses besoins d'adaptation et lui faciliter l'accès aux services requis dans les sphères significatives de sa vie ;

2) favoriser la coordination et la cohérence des différents intervenants, formels et informels, qui sont appelés à jouer un rôle dans la situation globale du bénéficiaire ;

3) favoriser la continuité de l'intervention globale, au-delà des situations de crise, par un accompagnement personnalisé, pro-actif et continu dans le temps ;

4) stimuler l'acquisition des diverses compétences sociales et adaptatives, l'émergence d'une meilleure confiance en soi et, éventuellement, d'un rôle social satisfaisant en utilisant les différentes possibilités qu'offre l'environnement de la personne aidée et des supports adaptés à ses handicaps fonctionnels.

On a donc affaire ici à un modèle d'intervention psychosociale, qui propose l'établissement d'un lien thérapeutique étroit entre l'aidant et l'aidé. Il repose sur une conception de l'intervention qui, sans nier la pathologie psychiatrique dans ses aspects débilitants, cherche à en limiter les effets en renforçant et maintenant des capacités adaptatives résiduelles. On cherche à bâtir autour du noyau pathologique des mécanismes, des moyens qui vont permettre à la personne aidée de vivre avec son handicap.

Bien sûr, une telle vision holistique oblige à une coordination des objectifs et des activités cliniques ; mais tous les projets de « case management » qui ont fonctionné ont démontré qu'avant le mécanisme, c'est d'abord l'établissement d'une relation d'assistance étroite, claire, continue et indépendante des contenus entre le bénéficiaire et le « case manager » qui a permis d'atteindre les objectifs précités.

Lorsqu'on interroge les praticiens sur les conditions de leur succès, ils nous parleront vite de l'alliance avec la personne aidée, de l'importance de l'intervention dans le milieu avec toutes les composantes de ce milieu, de l'importance de reconnaître l'appréciation que le sujet a de ses propres besoins. Ils soulignent l'importance qu'il faut accorder aux petites choses du quotidien, aux difficultés rencontrées dans tous les domaines autres que celui de la santé mentale et qui se répercutent sur l'adaptation globale. La personne souffrant d'un problème psychiatrique persistant doute, et souvent à juste titre, de ses capacités réelles de s'en sortir face aux nombreuses exigences de la vie, alors même que sa condition l'entraîne et la maintient dans la solitude ; la présence continue et intensive d'un aidant qui la stimule, la reconforte, la rassure, l'éduque et l'aide à affronter les exigences de la réalité, constitue une présence, une sorte d'« ange gardien » auquel s'accrocher. Certains « case managers » nous ont confié qu'ils avaient parfois l'impression qu'un client avait progressé, bien plus à cause de la confiance manifestée envers lui par son « case manager » que parce qu'il y croyait vraiment lui-même.

C'est d'abord l'établissement de cette relation d'aide et de confiance et l'engagement intense du

« case manager » dans l'adaptation globale de son client qui garantit le succès de l'intervention.

Rôle et fonctions du « case manager »

Nous avons dit qu'il s'agit d'une pratique spécifique. Voyons donc quelques-uns des rôles et fonctions du « case manager ».

Il est d'abord un agent de réadaptation, en ce sens qu'il veille à évaluer avec le client le degré d'autonomie de son fonctionnement psychosocial, c'est-à-dire tout ce qui a trait au logement, à la budgétisation, à l'alimentation, à l'hygiène, aux soins médicaux, aux besoins éducationnels et occupationnels, à la vie sociale et affective ; il s'agit d'évaluer jusqu'à quel point la personne nécessite une assistance éducative ou un support technique dans chacun de ces domaines. Il faut négocier cette appréciation avec le client, car il ne s'agit pas de lui imposer nos vues.

Ensuite, le « case manager » aidera concrètement le client à identifier et acquérir les moyens nécessaires à son intégration sociale et à son maintien dans la communauté. Donc trouver des ressources, bien sûr, mais bien au-delà du gîte et du couvert : il faut parfois l'accompagner à l'aide sociale, négocier une entente avec la tenancière méfiante d'une maison de chambres, dénicher le support du C.L.S.C. du coin. Lorsque la ressource n'existe pas, il faut alors l'inventer ou la remplacer par sa propre implication dans des activités éducatives ou réadaptatives. Voilà pour la fonction que j'appelle courtier de services. C'est à partir de ces données et avec les autres intervenants au dossier que s'élabore le plan de services individualisé.

Il faut ensuite assurer la coordination nécessaire : le médecin, le thérapeute, l'ergothérapeute, l'animateur du foyer et l'infirmière ont tous un rôle à jouer, et le « case manager » verra à ce que tout le monde pousse dans la même direction. D'autres intervenants informels jouent aussi un rôle : le propriétaire, l'entourage immédiat, la famille, le conjoint ont une influence importante sur le bien-être du client, aussi le « case manager » doit-il s'assurer que les objectifs cliniques sont clairs aussi pour eux et que leur action s'accorde pour le mieux avec celle des intervenants formels. Ce rôle en est donc un d'agent de liaison, d'agent de coordination. De fait, il s'agit de bien comprendre la place et les préoccupations de chacun, de rassembler leurs apports dans une démarche cohérente, de négocier les conflits potentiels et d'accompagner le client dans cette démarche.

Enfin, et c'est peut-être l'aspect le plus important, le « case manager » accompagne le client à travers les méandres de son adaptation quotidienne ; il doit maintenir sa relation d'assistance à travers les petites et les grandes difficultés rencontrées. *Ce rôle d'accompagnement, d'ange gardien et d'« ombuds-person »* se concrétise par une présence physique dans le milieu de vie du client, en relation avec son entourage, qui permet d'agir directement avec lui sur les difficultés rencontrées, de façon à prévenir et désamorcer toute crise potentielle. Cette présence dans le milieu permet aussi d'évaluer avec beaucoup plus de justesse l'état de la personne aidée ; enfin, l'existence de rapports harmonieux avec l'entourage stimule et facilite le maintien de l'aide naturelle.

C'est à cause de cette présence dans le milieu que le « case manager » peut en outre se faire l'agent de promotion des droits de son client, tant auprès de son milieu de vie que des différents prestataires de services.

Les conditions essentielles à la pratique du « case management »

Tous les patients psychiatriques en intégration sociale ou vivant dans la communauté n'ont pas besoin de cette forme intensive et globale d'encadrement ; l'objectif ultime du « case manager » est d'ailleurs de se retirer graduellement à mesure que la personne aidée peut assumer elle-même sa situation. Cette forme d'assistance est cependant souhaitable pour la majorité des personnes qui sont « désinstitutionnalisées », et elle s'avère essentielle si on veut sortir des asiles et maintenir dans la communauté ce noyau dur dont on parle souvent.

Mais pour y arriver, il faut respecter un certain nombre de conditions. Pour remplir son mandat, le « case manager » doit d'abord être disponible : cette disponibilité signifie d'une part une large autonomie professionnelle dans le temps (horaires très élastiques), dans l'espace (les déplacements sont la règle) ou dans les moyens d'action. Pour être disponible, il ne faut pas par ailleurs réagir seulement aux situations d'urgence, et le « case-load » doit se limiter à 20 ou 25 clients au maximum ; chez certaines clientèles particulièrement démunies et dépendantes, ce nombre doit même être restreint encore. Au-delà de ces limites, le « case manager » ne pourra pas répondre de ses engagements face au client.

Deuxièmement, le « case manager », de par la globalité de sa fonction, doit se sentir imputable de toute

forme de difficulté d'adaptation vécue par son client. Quelle que soit la difficulté rencontrée, qu'elle apparaisse futile, primaire ou en dehors de son champ de compétence, elle doit être affrontée avec le bénéficiaire parce qu'elle constitue un danger potentiel à son équilibre précaire et le « case manager » ne peut alors se réfugier derrière une spécificité professionnelle. Il doit aider son client à trouver une solution efficace.

Évidemment, la fonction de « case manager » exige des connaissances spécifiques qui font que ce rôle avec une clientèle lourde ne peut être joué par n'importe qui. À des connaissances pratiques éprouvées en psychiatrie, le « case manager » doit allier des compétences en intervention communautaire ainsi que dans un domaine qui en est chez nous à ses premiers balbutiements, celui de la réadaptation psychiatrique.

Par ailleurs, cette pratique individualisée a lieu loin du port d'attache professionnel et dans un contexte où les problèmes sont illimités, les solutions toujours à inventer et les victoires bien aléatoires. Pour prendre le recul nécessaire et de façon à partager avec d'autres un vécu très engagé, le « case manager » doit pouvoir compter sur une structure d'équipe solide qui lui assure, entre autres, un support clinique et la supervision professionnelle appropriés. Sinon, il verra rapidement s'effriter toute l'énergie qui le protégeait de l'invasion et du désespoir.

On comprendra enfin qu'une telle fonction fait appel à des qualités personnelles bien précises ; mentionnons, sans élaborer, une grande sécurité personnelle, une capacité relationnelle élevée, de la créativité, de l'imagination, du dévouement, de la combativité et une ténacité à toute épreuve.

C'est à partir de ces diverses conditions que s'établit graduellement la crédibilité du « case manager », cette qualité intangible, issue de sa compétence et de son engagement, qui fait que le client lui donne sa confiance autant qu'au médecin traitant. À la différence des autres conditions cependant, la crédibilité de l'intervenant ne peut jamais être posée au préalable ; elle se mérite et se développe dans la pratique quotidienne.

Il s'agit ici d'une description sommaire - qu'on pourrait facilement compléter et approfondir dans le cadre d'un texte plus élaboré - résultant de plusieurs expériences d'intégration et de maintien d'une clientèle psychiatrique lourde dans la communauté.

Cet intervenant différent, qui exerce son action dans et avec la communauté et qui se préoccupe des aspects les plus quotidiens de la vie de la personne aidée, joue un rôle reconnu de plus en plus comme fondamental par ceux qui observent les résultats de son action. Par son support approprié et constant, il prévient les situations de crise et s'avère ainsi le rempart le plus efficace contre toute désorganisation. Je ne crois pas que la meilleure articulation technique puisse être aussi efficace que l'engagement quotidien et constant d'une personne aidante. Il me semble qu'on oublie facilement à quel point les murs de l'institution protégeaient, abritaient et supportaient ceux qui y étaient hébergés ; nous ne pouvons nier que, pour plusieurs d'entre eux, il faut trouver d'autres moyens de protection et de support, et peu sont aussi efficaces qu'une présence et une relation stable et sécurisante.

Le développement de ressources communautaires, tout comme l'implantation des plans de services individualisés, est donc une nécessité. Pour la population psychiatrique lourde, il faut cependant considérer l'importance et la pertinence d'une pratique spécifique de « case management », sans quoi nous nous dirigeons inéluctablement vers un nouvel échec. Un échec que nous ferons vivre à des gens extraordinairement vulnérables et qui en ont déjà trop vécus.

Note

1. Cette communication est une version remaniée de la conférence « Le plan de services individualisés: la réponse attendue ou un formulaire de plus », donnée le 8 avril 1988, lors du colloque *Ailleurs et autrement ... mais comment ?*

Références

- Comité de la politique de santé mentale, 1987, *Pour un partenariat élargi*, Québec.
- Labrecque-Marceau, M.P., 1987, La coordination des plans de services, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 108-116.
- McLaughlin, P., 1987, Case-management : a short history and a case in point, *Tie-lines*, IV, no. 4, octobre.
- Nadeau, B., 1987, *Gestion de cas dans le processus de réinsertion sociale chez des personnes souffrant d'un désordre psychiatrique chronique: perspective et impact*, Conférence donnée au Colloque de l'A.C.S.M. (Q), novembre.
- O'Connor, J., 1987, Program connects community, chronically mentally ill, *Psychiatry News*, May 1.
- Primm, A.B., Houcke, J.M., 1987, *COSTAR: Flexibility in Urban Community Mobile Treatment*, John Hopkins University, Baltimore, Dept. of Psychiatry and Behavioral Sciences.

Stein, L.I., Test, M.A., 1980, Alternative to mental hospital treatment, *Archives of General Psychiatry*, 37, no. 4, 392-412.

Stein, L.I., Test, M.A., eds, 1985, The training of community living : a decade of experience, *New Directions for Mental Health Services*, no. 26.

Witheridge, T.F., 1987, *The Role of the Thresholds Bridge Outreach Worker*, Texte photocopié, 7 pages, Thresholds Bridge Program, Chicago.

André Brunelle, Ps. éd.
Directeur des programmes externes
Institut Philippe Pinel de Montréal