

Case management : Le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal
Case management: Montreal's west end model
Case management : El modelo del Oeste de la isla de Montreal

Mario Poirier, Birgit Ritzhaupt, Suzanne Larose and Diane Chartrand

Volume 23, Number 2, Fall 1998

Le suivi communautaire

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032455ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032455ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Poirier, M., Ritzhaupt, B., Larose, S. & Chartrand, D. (1998). Case management : Le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 93-118. <https://doi.org/10.7202/032455ar>

Article abstract

Socio-economic imperatives as well as the necessity to return a clientele in the past institutionalized for long periods of time in their own milieu have contributed to the emergence of new practices. Case management allows to intervene by involving natural and professional networks of support. Various models of case management exist but are often difficult to implement or manage. The model developed in Montreal's west end proposes a flexible, open and decentralized management, gives an important place to the client, and is characterized by the collaboration of all partners.



Case management

Le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal

Mario Poirier*

Birgit Ritzhaupt*

Suzanne Larose*

Diane Chartrand*

Des impératifs socio-économiques et la nécessité de retourner dans leur milieu des clientèles autrefois longuement hospitalisées ont contribué à l'émergence de nouvelles pratiques. Le *Case Management* permet d'intervenir en impliquant les réseaux naturels et professionnels d'aide. Plusieurs variantes de ce modèle existent mais elles sont souvent difficiles à implanter ou à gérer. Le modèle développé dans l'Ouest de l'île de Montréal propose une gestion souple, ouverte et décentralisée, fait une place importante à l'apport du client, et il a la particularité de privilégier la concertation entre tous les partenaires.

Depuis quelques années, le *Case Management* a le vent dans les voiles. Plusieurs facteurs ont contribué à cet engouement. L'évolution des services a permis la désinstitutionnalisation de clientèles autrefois confinées aux grands centres asilaires. Cette désinstitutionnalisation ne s'est pas faite sans heurts : les clientèles qui éprouvent des difficultés sévères et persistantes de santé mentale ne reçoivent pas toujours l'aide que nécessite leur état.

* M. Poirier est psychologue clinicien et professeur de psychologie à la Télé-Université (Université du Québec).

* B. Ritzhaupt est directrice de Perspective Communautaire (PCSM); S. Larose est coordonnatrice clinique du Service d'intervention psychosociale (Pierrefonds); D. Chartrand est infirmière de liaison à l'Hôpital Lakeshore. Ces trois intervenantes sont membres du Sous-comité de Case Management du Comité de continuité des soins (CCC) de l'Ouest de l'île de Montréal.

Les auteurs remercient la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal pour son soutien financier dans le cadre de ce projet.

État d'une pratique, pratique de l'État

Les ressources institutionnelles éprouvent parfois des difficultés à effectuer un virage dans leurs pratiques traditionnelles et n'ont pas toujours le réflexe de s'intéresser suffisamment au client retourné à son milieu de vie. Les ressources communautaires n'ont pas toujours obtenu le financement et la reconnaissance nécessaires à leur éclosion. Les familles, souvent laissées à elles-mêmes, n'ont que rarement leur mot à dire dans les soins et services reçus par leurs membres, même si l'État a de plus en plus tendance à se délester de certaines responsabilités en retournant aux familles leurs membres en difficulté (Baillargeon, 1996). Les clients sont ballottés de service en service, d'intervenant en intervenant, devant sans cesse décliner leur histoire de vie, établir de nouveaux liens thérapeutiques, et chercher dans le foisonnement de conseils qu'on leur prodigue une certaine cohérence et un certain suivi. Sans prétendre résoudre toutes les difficultés inhérentes à l'éclatement du système d'aide, le Case Management constitue un intéressant outil cherchant à surmonter quelques inconvénients.

D'autres facteurs, économiques et technocratiques, contribuent également à la vogue du Case Management. L'État cherche à réduire ses coûts de santé et de services sociaux. Les gestionnaires doivent rationaliser et rentabiliser les services ; on désire toujours offrir des services de qualité mais à moindre coût. Comment y parvenir ? En comptant davantage sur la responsabilisation du client, sur le soutien de son milieu naturel, sur l'apport des ressources communautaires, et en réduisant au maximum la durée des hospitalisations. Nous sommes à l'heure du virage ambulatoire, du virage milieu, de la réduction du temps d'hospitalisation, de la réduction du nombre de lits, du recours à la famille et aux proches. Les orientations du Ministre de la santé et des services sociaux donnent clairement le ton (Cabinet du Ministre, 1997). Cette évolution des soins se présente dans la plupart des pays occidentaux depuis une vingtaine d'années et la popularité du Case Management provient en bonne partie de cette restructuration (Bachrach, 1988, 1989 ; De Cangas, 1994a ; Maurin, 1990).

Si le terme et le concept sont populaires, la pratique est encore au stade des explorations et des nouveaux développements. Le concept de Case Management est intégré à des pratiques et à des programmes très différents les uns des autres (Bachrach, 1991 ; Kanter, 1989 ; Maurin, 1990 ; Stein, 1990 ; Tessier et Clément, 1992, chap. 2 et 3). Il y aurait en fait plus de 250 modalités connues de Case Management (Paradis et Gagnon, 1998, p. 235). Les objectifs intègrent toutefois généralement les éléments suivants : maintenir dans la communauté les personnes

éprouvant des problèmes importants de santé mentale, offrir une meilleure continuité des soins, favoriser la congruence dans les interventions, prévenir les rechutes et les hospitalisations, améliorer l'accès aux services, assurer le suivi des traitements, obtenir le soutien du milieu, accroître la participation du client (Austin, 1993; Brunelle, 1988; Marshall et al, 1995; Paradis et Gagnon, 1998).

Certains types de Case Management sont verticaux (hiérarchisés) et très structurés; d'autres sont plus horizontaux (axés sur la concertation libre) et plus souples. Quelques modèles privilégient une coordination centralisée des plans de services, une personne assurant l'essentiel des fonctions cliniques et de coordination (De Cangas, 1994b; Malone, 1989; Olfson, 1990; Taube et al., 1990). Certains auteurs estiment que la coordination doit être assumée par des professionnels hautement qualifiés (Kanter, 1989). D'autres privilégient plutôt une coordination moins centralisée, moins clinique, et qui peut même être effectuée par une autre personne qu'un intervenant professionnel (p. ex., par un ami du client). Certains modèles émergent surtout des milieux hospitaliers et ne font qu'une place modeste aux milieux communautaires; d'autres privilégient l'insertion communautaire, parfois en isolant le Case Management des services hospitaliers. Par ailleurs, les avantages de certaines modalités de Case Management ne sont pas toujours évidents, notamment pour les usagers les plus difficiles, en particulier si on compare leur efficacité à celle du suivi intensif dans le milieu (ACT) (Bond et al., 1995; Olfson, 1990; Scott et Dixon, 1995; Stein, 1992).

Au Québec, la Politique de santé mentale (MSSS, 1989, 1990) a favorisé l'implantation du Plan de services individualisé (PSI). Dans sa version la plus élaborée, il s'agit d'une démarche clinico-administrative assez lourde, une série de plans d'interventions s'intégrant à un plan de services plus global, avec des objectifs précis, des échéanciers précis, des seuils de réussite précis (Andele, 1990; Boisvert et al., 1990; Côté et al., 1989; Tremblay, 1996). Le PSI, fort populaire dans le milieu de l'intervention auprès de personnes déficientes intellectuellement, est en fait très difficile à implanter en santé mentale. Dans la pratique, il est souvent très centralisé et sa gestion est surtout institutionnelle, ce qui fait qu'il est souvent perçu comme constituant une prescription, une « liste d'épicerie », rédigée par le soignant institutionnel à l'intention des partenaires extérieurs (famille, amis, milieu communautaire). La concertation et la collaboration sont faibles. Le PSI est vécu comme étant une initiative venant « d'en haut », peu en contact avec les préoccupations et les réalités du terrain, et répondant à une logique plus administrative (et politique) que clinique. Enfin, la place laissée à l'usager

dans la dynamique conduisant à l'élaboration d'un PSI est souvent plus symbolique que réelle.

Comme le souligne fort bien Tremblay (1996, p. 228) : « Après quelques années, on constate que cet outil est encore très peu utilisé ; on rencontre de nombreuses difficultés à le mettre en application. Son caractère obligatoire a été contesté par des usagers et par des associations de défense des droits ; l'absence de mécanismes de collaboration et de coordination a également nui à l'implantation du PSI dans plusieurs milieux ». Suite à de tels constats, le Comité de santé mentale du Québec (1994) et l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (1995), ont proposé que l'obligation d'élaborer un PSI ne soit dorénavant imposée aux intervenants que dans les cas où l'utilisateur ou son représentant en requière un (Tremblay, 1996, p. 228). L'AQRP propose d'adopter une approche davantage éthique, centrée sur le droit et le désir de l'utilisateur de se prévaloir ou non d'un tel service, et centrée également sur la place à accorder à l'utilisateur dans le PSI (choix du coordonnateur, participation à l'élaboration du plan, etc.).

La difficulté d'implanter le PSI (et, à un moindre degré, plusieurs modalités de Case Management) réside surtout dans le manque apparent de respect et d'écoute envers le client ou les aidants naturels (famille, amis), et pour l'expertise provenant des milieux communautaires, alors que paradoxalement on considère essentiel à l'efficacité du traitement que le client soit motivé, que sa famille s'implique positivement (voir, par exemple, Agnetti et Barbato, 1994), et qu'un partenariat nouveau s'établisse entre le réseau institutionnel et la communauté (Robert, 1989). C'est aux niveaux de la concertation entre les intervenants, de la collaboration de tous les acteurs, de la culture d'échange entre les ressources, que ces modèles rencontrent souvent leurs principaux écueils.

Ces difficultés sont d'ailleurs déjà bien connues des décideurs. Ainsi, un Bilan des activités de sensibilisation au PSI réalisé pour la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal (1993) précise, par exemple, qu'un bon nombre de milieux sont de plus en plus sensibilisés à l'importance de la concertation et du respect des clients. « Au Nord et au Sud-Ouest, l'accent sur la primauté de l'utilisateur, l'importance des droits des usagers et la participation active de ceux-ci à toutes les étapes du processus d'implantation du PSI sont considérés comme des conditions essentielles à une implantation du PSI qui respecte la personne ». Ce même Bilan constate aussi la difficulté de former les intervenants aux complexités du PSI : « [...] les formateurs sont unanimes sur leur expérience : celle-ci s'est avérée beaucoup plus onéreuse en termes de temps, d'énergie et de stress. Certains formateurs

remettent en question la faisabilité et l'application pratique de la démarche de PSI. »

Une intéressante expérience d'amalgamer le Case Management et le PSI a été effectuée de 1992 à 1996 auprès de 28 personnes vivant des difficultés importantes de santé mentale (Paradis et Gagnon, 1998). Plusieurs constats importants sont relevés dans cette étude, dont la tendance naturelle des intervenants à se dégager de la démarche formaliste du PSI pour appliquer des modalités plus souples de Case Management. « Malgré le caractère hybride du modèle qui jumelle une approche de Case Management à des objectifs de plans de services individualisés, le Case Management a occupé une place plus grande que celle des PSI. (...) En effet, il n'y a eu que très peu de coordination de PSI, dans le sens où le MSSS le définit (1989). La coordination réalisée dans ce projet a plutôt été informelle et la transmission des informations concernant un usager s'est en général faite verbalement. (...) Plusieurs raisons concourent à expliquer l'importance accordée à l'approche de Case Management au détriment du PSI. Mentionnons d'abord une certaine crainte de l'équipe de projet que le caractère administratif du PSI, par la formalisation de plans et de formulaires, ne prenne le pas sur les valeurs sous-jacentes de la démarche. » (Paradis et Gagnon, 1998, pp. 244-245).

Il est donc important de concevoir des modalités souples, ouvertes, conviviales de Case Management. La diffusion d'un modèle ne dépend pas que de sa valeur théorique ; elle dépend de la facilité qu'on aura à l'implanter, à l'enseigner, à l'utiliser, à l'insérer dans l'ensemble des tâches des intervenants. Par ailleurs, il faut mettre à l'avant-plan le but premier d'accroître la qualité subjective de vie du client, cet objectif devant prendre le pas sur les conceptualisations cliniques théoriques et les préoccupations purement économiques dans l'élaboration de services utiles de réadaptation (Corten, 1993). Il faut aussi préciser les moyens d'accroître l'autonomie fonctionnelle du client non seulement en travaillant « sur » le client par les divers outils thérapeutiques mais « avec » le client, en lui laissant une plus grande place comme coexpert de ses difficultés, c'est-à-dire comme acteur positif et compétent dans le choix des outils pertinents d'aide et dans l'exercice de son pouvoir personnel face à sa vie (Hugman, 1994 ; O.M.S, 1995). Selon l'O.M.S (1995), « l'empowerment des usagers est à la fois une composante et un objectif de la réadaptation psychosociale. Les usagers doivent participer activement à la planification, à la distribution et à l'évaluation des programmes de réadaptation psychosociale. Cet *empowerment* non seulement représente l'exercice d'un droit mais il constitue aussi une meilleure accessibilité aux ressources communautaires pour les patients

et leurs familles ». Il faut, enfin, préciser les moyens de promouvoir une approche davantage proactive, en concevant l'aide comme un processus qui doit s'étendre sur une période prolongée (plutôt que dans la seule crise), cette continuité de l'aide permettant de miser sur les forces du client à un moment où son fonctionnement social et les ressources de son réseau naturel sont en meilleur état (Guay, 1991).

En bout de ligne, seule la recherche comparative permettra graduellement de mieux saisir les éléments à privilégier pour obtenir les résultats escomptés. Or, la principale difficulté pour réaliser de bonnes études comparatives entre les divers modèles réside souvent dans l'absence de définitions opérationnelles claires des diverses variantes du Case Management, et donc dans le peu de détails que donnent les auteurs pour décrire la spécificité de leur modèle. C'est pourquoi De Cangas (1994b, p. 63) propose que tout nouvel effort de diffusion spécifique clairement la méthode de Case Management proposée, les clientèles visées et les aidants impliqués. Il faut prendre soin de décrire avec précision le modèle proposé, le milieu et le contexte de pratique.

L'OUEST DE L'ÎLE DE MONTRÉAL

La description du milieu

L'Ouest de l'île (ou *West Island*) regroupe plusieurs municipalités qui ont des caractéristiques très variées mais qui, dans leur ensemble, se distinguent des autres sous-régions de Montréal par des facteurs historiques, politiques, linguistiques (pourcentage élevé d'anglophones), et socio-économiques (sous-région favorisée dans l'ensemble mais qui intègre des municipalités et des quartiers défavorisés). De ces caractéristiques globales se dégage une identité collective à laquelle s'identifie une bonne partie de ses résidents.

Cette communauté est constituée de 12 municipalités, de Dorval à Senneville, regroupant environ 140 000 résidents. Il faut d'une heure trente à deux heures en autobus pour la traverser. Les cultures anglophone et francophone sont toutes deux présentes mais dans une proportion et un maillage qui n'ont leur équivalent dans aucune autre sous-région. Dans le champ sociosanitaire, le sentiment d'unité lié à l'identité collective *West Island* joue un rôle quant au désir de tisser des liens plus serrés entre les organismes. Là comme ailleurs, il y a certes des enjeux de modèle de pratique, de territoire professionnel, mais l'équilibre global des pouvoirs et des responsabilités semble s'être mieux établi qu'en d'autres milieux, ce qui rend la dynamique propice à la concertation.

En santé mentale, la sous-région a la particularité d'avoir établi une meilleure communication entre les ressources que dans d'autres sous-régions, peut-être en partie parce que le centre hospitalier y est d'une dimension plus modeste qu'ailleurs et n'est pas consacré à la psychiatrie (contrairement au Douglas ou à Louis-H. Lafontaine). L'Hôpital du Lakeshore compte une trentaine de lits en psychiatrie. La plupart des organismes communautaires en santé mentale ont déjà une dizaine d'années d'existence et sont donc assez bien engagés dans la phase de consolidation et de développement de leurs services.

En résumé, les principales ressources jouant un rôle en santé mentale sont : a) l'Hôpital du Lakeshore ; b) les CLSC de Pierrefonds, de Lac St-Louis, et du Vieux-Lachine ; et c) les ressources communautaires. De ce dernier groupe, il faut particulièrement noter les organismes suivants : a) Perspective Communautaire (PCSM), chargé du programme de suivi communautaire pour la sous-région ; b) le Service d'intervention psychosociale, centre de crise de la sous-région ; c) les Amis de la santé mentale (sur le modèle des « Parents et amis ») ; d) le Centre Bienvenue (un centre de jour) ; e) le Citizen Advocacy (défense des droits et appartements supervisés) ; f) Oméga (centre de jour et foyer de groupe) ; g) Entreprise (insertion au travail) ; et h) le Projet Ensemble (résultant d'un partenariat entre le Lakeshore, le CLSC Lac St-Louis, PCSM et le Centre Bienvenue).

L'émergence d'une réelle concertation

En 1988, le Comité pour la continuité des soins, ou « Continuity of Care Committee » (CCC), est créé avec l'objectif d'assurer une meilleure concertation entre les ressources et un meilleur suivi dans la communauté pour les personnes éprouvant des difficultés sévères et persistantes de santé mentale. Le CCC regroupe des intervenants en santé mentale provenant de l'Hôpital Lakeshore (psychiatres, travailleurs sociaux, infirmières), des CLSC, du centre de crise de Pierrefonds, et des organismes communautaires, y compris des organismes de défense et de promotion des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Le CCC tient des réunions régulières où les représentants des divers partenaires sont invités.

Un objectif particulièrement important du CCC à ses débuts était d'assurer une meilleure coordination entre les ressources de l'hôpital et les ressources communautaires. Des problèmes dans les relations entre ces deux milieux d'intervention avaient été identifiés, les milieux communautaires se sentant négligés ou incompris par la ressource hospitalière, et cette dernière ayant parfois le sentiment que le travail

thérapeutique effectué à l'intérieur de ses unités était mal soutenu par les intervenants du milieu communautaire.

Selon Ritzhaupt et al. (1997), le CCC traversa diverses crises internes, semblables en quelque sorte aux crises humaines de croissance. Elles subdivisent cette croissance en trois phases. La première fut celle de la petite enfance, caractérisée par le fait que chaque milieu d'intervention voulait conserver « tous ses jouets » et ne voyait pas la nécessité d'échanger avec l'extérieur. La possessivité (« c'est à moi de faire cela ») était généralisée et rendait difficile de s'entendre sur les outils communs et les services nécessaires.

La seconde phase, l'adolescence, fut caractérisée par le désir de se faire reconnaître et accepter par les autres partenaires du milieu, à la fois dans son utilité et son autonomie, en affirmant son identité et ses particularités. La collaboration était désormais perçue comme nécessaire mais très difficile à actualiser. L'une des caractéristiques importantes de cette phase fut de réaliser qu'il n'était pas suffisant de discuter des difficultés des clients lors des réunions du CCC (qui regroupent souvent plus de quinze participants), mais qu'il fallait aussi parler de soi, de ses valeurs, de ses objectifs, des difficultés de sa pratique. Chacun sentait qu'il avait une place pour s'exprimer mais en pratique cela ne conduisait pas nécessairement à un travail actif de partenariat sur le terrain, chaque milieu acceptant mieux les autres, mais continuant à fonctionner d'une manière quelque peu autarcique. C'est pourquoi le parallèle avec l'adolescent et sa quête d'identité et d'affirmation est particulièrement bien choisi.

La troisième phase, la maturité de l'âge adulte, fut graduellement atteinte à partir de 1994-95, avec des efforts très concrets de concertation sur le terrain. C'est ici que s'insèrent les efforts pour introduire des expériences de Case Management dans le respect des particularités et des forces tant du client que de chaque milieu d'aide. Cette phase se caractérise par une meilleure communication entre les intervenants, une meilleure coordination des services, la négociation dans les plans d'intervention, et une attitude plus proactive dans l'intervention avec les clients (prévenir les détériorations, etc.).

Bien sûr, comme pour la croissance humaine, des régressions sont possibles et rendent fluides les acquis de la période « adulte ». Mais peu à peu une véritable « tradition » s'est développée au CCC. Les intervenants se connaissent bien entre eux, communiquent les uns avec les autres, connaissent les ressources disponibles dans leur communauté, et désirent collectivement faire primer le bien-être du client sur les considérations de territoire. Ce sont des acquis toujours fragiles, une

expérience de concertation dépendant toujours de l'évolution des relations entre les personnes, mais ce sont des résultats très encourageants.

Quelques facteurs objectifs de changement ont particulièrement contribué à cette croissance vers le « stade adulte » (Ritzhaupt et al., 1997) : a) la stabilisation financière des ressources communautaires et une plus grande reconnaissance de leur apport ; b) un changement de direction à Lakeshore et l'ouverture subséquente des responsables à une plus grande concertation avec le milieu ; c) le développement des pratiques communautaires et l'émergence d'une attitude plus grande d'ouverture face aux pratiques hospitalières ; d) l'expérience des diverses instances successives de concertation et la participation des intervenants du terrain (plutôt que des seuls gestionnaires) à ces instances (comité adviseur, etc.) ; et e) le fait qu'à travers tous ces échanges les intervenants commençaient à se connaître vraiment les uns les autres, à élaborer des liens personnalisés plutôt qu'institutionnalisés, ce qui renforçait la confiance mutuelle et le désir d'une plus grande concertation.

Au fil des ans, le CCC s'intéressa de plus en plus aux possibilités offertes par le Case Management et décida qu'il fallait développer en priorité ce volet. Quelques modèles de pratiques furent examinés, dont le PSI. Après étude, le modèle du PSI fut jugé trop complexe, trop fastidieux à utiliser. Un projet-pilote effectué dans le sud-ouest révélait toutefois que la principale difficulté ne résidait pas dans l'accord et la participation du client, mais bien dans la réussite de la concertation entre les ressources. Le CCC réalisa que la concertation était donc la clef de la réussite du Case Management. Il prit également conscience que la communauté pouvait fort bien développer, à partir du terrain, sa propre variante de Case Management.

Le CCC mit sur pied en 1992 un Sous-comité de Case Management, chargé d'établir les balises et le suivi pour favoriser ce type de pratique. Diverses initiatives pour sensibiliser la communauté à la concertation et au Case Management eurent lieu ; des journées d'échange entre les ressources furent réalisées en 1993 et 1994. Ces rencontres ont permis de constater que l'intervention était encore trop centrée sur les ressources hospitalières et que les références entre les ressources se faisaient trop souvent sur le mode directif (« dispatching »). Ces échanges ont également permis de constater la nécessité de préciser les modalités de pratique de Case Management.

Un certain nombre d'éléments prioritaires furent identifiés : la nécessité de planifier et de coordonner les services à travers le temps (continuité) ; d'agencer et d'assurer la complémentarité des interven-

tions ; d'avoir une approche proactive de la crise ; d'améliorer la circulation de l'information entre les ressources ; de favoriser la concertation entre les intervenants du terrain ; d'impliquer et de responsabiliser positivement le client ; et la nécessité de soutenir le client dans ses démarches (*advocacy*) et dans sa reprise de pouvoir (*empowerment*). Avec l'aide de la Régie régionale, les principaux éléments du modèles furent conceptualisés et le travail effectué fit ensuite l'objet d'échanges et d'activités de formation au CCC en 1997.

LA CONCEPTUALISATION THÉORIQUE DU MODÈLE

1. Définition

Le CCC propose une définition de son modèle de Case Management. Cette définition met particulièrement l'accent sur les fondements d'une communication enrichissante et respectueuse entre tous les acteurs :

« Le Case Management est un outil visant à offrir un plan d'intervention coordonné et continu, adapté aux besoins du client et de son réseau naturel d'aide (famille, amis). C'est un processus axé sur le respect, la collaboration et la concertation de tous les partenaires ; et sur l'intégration des expertises et des contributions des professionnels, du réseau naturel d'aide et du client. Le Case Management résulte d'un effort constant de discussion et de négociation ayant pour but d'aider le client à cheminer et à se réapproprier un pouvoir positif dans sa vie. »

2. Les principes généraux du modèle

Le modèle élaboré propose cinq principes généraux pour guider les divers acteurs dans le choix et la réalisation d'un suivi de Case Management. Ces principes visent à bien situer la démarche dans une optique à la fois éthique et pragmatique, en priorisant des valeurs fondamentales nécessaires pour faire du Case Management une expérience satisfaisante tant pour le milieu d'aide que pour le client.

En premier lieu, le modèle insiste sur la nécessité d'un triple respect : le respect des clients, vus comme agents actifs et co-responsables de l'évolution de l'intervention ; le respect des aidants naturels jouant un rôle important dans la vie du client (famille, amis) ; et le respect des intervenants des autres ressources, vus comme partenaires impliqués et compétents dans l'aide au client. Quoiqu'il puisse sembler évident que le respect est au cœur de toute concertation, la pratique révèle à quel

point il est difficile dans la vie de tous les jours d'accorder à des personnes oeuvrant (ou vivant) dans un contexte très différent, avec une culture et des habitudes différentes, tout le respect que les efforts qu'elles font chaque jour méritent.

En deuxième lieu, le modèle est fondé sur la nécessité constante de vérifier le consentement volontaire et éclairé des divers partenaires. L'échange entre tous les participants impliqués dans l'aide au client nécessite le partage d'informations pertinentes. Le client doit être clairement informé de ces échanges et y consentir tout au long de la démarche pour que le Case Management fonctionne adéquatement. Encore ici, les habitudes des intervenants doivent souvent être revues : partager les « secrets » ou échanger sur les difficultés concrètes rencontrées dans la pratique n'est pas toujours spontanément facile, même quand le client et le milieu consentent clairement à ce que de tels échanges aient lieu.

En troisième lieu, il est crucial que les partenaires acceptent le principe du partage des pouvoirs et des responsabilités face au client (y compris le client et ses proches). Par définition, les aidants veulent tous bien faire et aider le client. Il est quelquefois difficile de partager avec les autres partenaires le sentiment de responsabilité qui découle du rôle d'intervenant. Le modèle repose sur un partage raisonné des responsabilités et du pouvoir d'intervention. Il peut certes y avoir un « meneur » de jeu, qui variera selon les préférences du client ou les situations d'aide, mais le principe de base est la nécessité de reléguer aux oubliettes toute volonté d'hégémonie dans la gestion de l'aide.

En quatrième lieu, le modèle repose sur la nécessité de faire primer la fluidité du processus d'aide. Il faut faire preuve de dynamisme et d'adaptation, d'ouverture au changement, de flexibilité et de créativité. Le Case Management — tel que conçu ici — n'est pas un outil statique qu'on peut appliquer uniformément à tous les clients. Le client évolue, mais aussi les services disponibles, les intervenants impliqués, et la dynamique de concertation entre tous les acteurs. Il faut faire une évaluation constante de ce processus, bien identifier les nouveaux besoins du client, et maintenir la communication entre les partenaires.

Enfin, le modèle proposé, fruit de plusieurs années de concertation et d'innovation du CCC, résulte d'un travail collectif prolongé et de ce qui en découle au plan de la création d'une culture de concertation. C'est pourquoi, en cinquième lieu, le modèle met l'accent sur le principe de favoriser l'évolution des pratiques, d'accepter une certaine incertitude liée à l'exploration plutôt que d'adhérer définitivement à

une « technique » ou à une « forme » trop spécifique d'intervention. Le modèle cherche, avec tous les partenaires, à ouvrir de nouveaux horizons. Cette évolution nécessite sans cesse des ajustements et c'est cette ouverture au changement qui en facilite l'implantation et le dynamisme.

3. Les objectifs d'intervention

Le modèle propose six principaux objectifs. L'atteinte de ces objectifs dépend de la qualité de la concertation mise en place et des efforts réalisés pour poursuivre la démarche malgré les moments possibles de crise ou de désengagement chez le client, ses proches et même chez les intervenants.

Le premier objectif est la complémentarité des interventions et des services. En effet, chaque milieu a ses limites dans l'intervention — ce qui semble facile à constater mais n'est pas toujours pleinement réalisé par les intervenants, surtout s'ils sont habitués à prendre en charge le client. La reconnaissance des limites intrinsèques à son propre milieu, et même des effets iatrogéniques de son propre contexte d'aide, ouvre la porte au désir de travailler de concert avec d'autres intervenants. C'est cette prise de conscience qui conduit à la volonté d'établir une véritable concertation. La complémentarité est aussi un objectif nécessaire du fait que les services disponibles sont souvent dispersés dans la communauté et que le client doit, de toute façon, avoir recours à plus d'un milieu d'aide.

Au-delà de la complémentarité, le second objectif est d'instaurer une plus grande congruence dans l'intervention. En effet, le client éprouve de l'anxiété et de la confusion quand il reçoit plusieurs services différents sans qu'il y ait véritablement coordination entre les milieux d'aide. Chaque milieu offrira au client non seulement des services différents mais aussi une idéologie différente justifiant une panoplie précise d'objectifs et d'outils thérapeutiques. Ces outils peuvent être incompatibles ou du moins être difficiles à utiliser simultanément pour le client. C'est pourquoi la congruence doit être améliorée pour que le Case Management soit efficace et satisfaisant.

Le troisième objectif est d'accroître la continuité des soins. Le Case Management doit permettre de simplifier les démarches du client et de mieux prévoir les suivis pertinents en assurant la continuité des soins en concertation avec tous les partenaires. Cette continuité des soins s'inscrit dans une philosophie pro-active de l'intervention (Guay, 1991), c'est-à-dire la mise en place d'un soutien naturel et profes-

sionnel à long terme permettant d'une part d'assurer un suivi adéquat post-hospitalisation au client et, d'autre part, de prévenir le plus possible les crises ou du moins d'intervenir rapidement dès que le besoin s'en fait sentir.

Le quatrième objectif est de faciliter la démarche personnelle de croissance du client tout en favorisant une meilleure réinsertion sociale. En effet, le Case Management doit viser à accroître les capacités relationnelles et l'autonomie réelle du client, mais aussi à faire le pont avec le milieu naturel d'aide. Il doit aider la personne à cheminer dans ses objectifs, dans une perspective à long terme, en intégrant même les éléments d'apprentissage liés à une période de crise. Il doit aussi aider le milieu à mieux comprendre et soutenir le client et à lui offrir des mécanismes appropriés de soutien.

Le cinquième objectif est d'accroître l'*empowerment* du client. Le Case Management doit permettre de responsabiliser positivement le client et son réseau naturel de soutien (famille, amis) en les reconnaissant pleinement comme acteurs nécessaires dans le choix, la préparation et le suivi des interventions. En bout de ligne, l'intervention vise à accroître non seulement le bien-être subjectif ou même l'autonomie fonctionnelle du client mais aussi la pleine expression de ses choix propres, l'affirmation de ses besoins, de ses droits, de son indépendance personnelle.

Le sixième objectif est d'optimiser la communication entre les intervenants. D'une part, les rencontres de Case Management sont pour eux un excellent lieu de ressourcement. Il permet aux intervenants des diverses ressources de mieux se connaître, d'échanger sur leurs valeurs et leurs pratiques, et de s'entraider dans les moments difficiles de l'intervention. D'autre part, avec le consentement éclairé du client, le Case Management permet de faire circuler rapidement l'information pertinente dans les milieux d'aide, ce qui facilite l'ajustement à l'évolution des besoins du client et permet d'intervenir rapidement dans les situations de crise.

4. Le rôle du Case Manager

La fonction de Case Manager est particulièrement importante pour la réussite de ce mode d'intervention. Toutefois, dans le modèle proposé, ce rôle n'est pas réservé aux seuls spécialistes d'une telle pratique (Case Managers professionnels). En fait, tout aidant naturel (famille, ami) ou professionnel (dans l'une ou l'autre ressource) peut faire fonction de Case Manager. Le Case Manager n'est pas non plus nécessairement l'intervenant principal du client (*primary worker*).

L'expérience révèle que ce qui compte le plus, c'est la préférence du client et la disponibilité (ou l'intérêt) du Case Manager. Celui-ci doit exercer sa fonction en étroite collaboration avec le client et tous les aidants pertinents. Le modèle de l'Ouest de l'île propose cinq principales fonctions et étapes du rôle de Case Manager.

– *Rencontrer le client*

Le Case Manager est désigné lors de la rencontre avec les partenaires impliqués, après des démarches ayant conduit à demander une telle rencontre (voir en annexe le *Guide de pratique*). Suite à cette rencontre, que le client ait ou non été présent, le Case Manager communique dès que possible avec lui et fait le point sur la rencontre. Il rediscute avec le client du plan élaboré avec tous les partenaires, et clarifie la relation qu'il aura, comme Case Manager, avec lui.

– *S'assurer de la participation du client*

Lors de cette rencontre, et à tout autre moment utile, le Case Manager s'assure de l'intérêt et du consentement éclairé du client. Il discute des façons d'accroître le plus possible sa participation active à la démarche. Le consentement n'est pas vu comme une simple formalité administrative et déontologique mais bien comme le moteur d'une démarche se fondant sur l'implication à long terme du client (et si possible de son milieu). Autrement dit, la motivation prend sa source dans le consentement.

– *Inscrire l'information au Registre*

Avec l'accord du client, le Case Manager dépose au Registre central de Case Management les informations nécessaires : le nom du client, le nom du Case Manager, les dates des rencontres (effectuées et prévues) avec les partenaires, le procès-verbal des rencontres effectuées (qui peut comporter quelques objectifs d'aide et une proposition concertée de services). Il faut noter que ce Registre ne constitue pas un « dossier » au sens clinique habituel : chaque milieu peut avoir son propre dossier d'intervention, selon ses propres modalités. Ce n'est pas non plus un PSI au sens traditionnel. Le Registre sert plutôt de trace au processus commun entrepris par les partenaires. C'est la flexibilité et la simplicité de cet outil qui en assure l'utilité.

– *Coordonner les services et assurer la continuité*

Le Case Manager reste en lien avec les partenaires impliqués dans le suivi de Case Management. Il fait circuler les informations pertinentes, et contribue à aplanir les difficultés qui peuvent se présenter

dans la coordination et la continuité des services entre les divers organismes (et avec le réseau naturel du client).

– *Évaluer le processus et organiser les réunions*

Le Case Manager rencontre régulièrement le client pour colliger les informations utiles, discuter avec lui de l'évolution du processus et l'aider à identifier les nouveaux besoins. Il organise et prépare les réunions de suivi avec les partenaires.

LA PRATIQUE DE L'OUEST DE L'ÎLE

1. Les clients référés au Case Management

Le Case Management est un outil d'intervention qui, comme les autres, peut ou non s'appliquer aux besoins rencontrés par un client. La pratique de l'Ouest de l'île de Montréal fait ressortir six profils de clients ou de situations où le Case Management était particulièrement indiqué, sans toutefois exclure la possibilité que d'autres types de clients puissent recourir à cette modalité d'intervention.

– *Le client est réfractaire*

La personne refuse le traitement offert par l'organisme, ou est réfractaire aux interventions tout en voulant utiliser les services.

– *Les limites sont atteintes*

La demande d'aide dépasse les limites de l'organisme, au niveau soit des services (nature ou accessibilité), soit même du plan d'intervention.

– *La demande est complexe*

Le client utilise déjà plusieurs ressources, ou a besoin d'une variété de services qui sont disponibles dans la communauté mais pas au sein d'un seul organisme.

– *Le réseau est en crise*

Les difficultés du client ont épuisé les capacités de soutien de son réseau naturel d'aide (famille, amis) ou du réseau professionnel.

– *La récurrence s'installe*

Le client a recours de façon cyclique et chronique à un organisme d'aide, sans qu'on puisse déceler dans cette récurrence une quelconque utilité réelle à long terme.

– *La détérioration se prolonge*

Le client est en perte graduelle d'équilibre personnel et d'autonomie, et le recours à un nouveau modèle d'aide pourrait contribuer à améliorer sa qualité de vie et à lui redonner de l'espoir.

2. La réaction des clients

Dans la pratique de l'Ouest de l'île, on observe que la réaction des clients est généralement positive. Leur intérêt pour le Case Management dépend particulièrement de la qualité de la relation qu'ils ont avec le Case Manager et avec les principaux intervenants.

Comme façon différente d'aborder l'intervention, et comme lieu d'échange et de concertation, le Case Management contribue souvent à faire renaître l'espoir chez le client, ce qui aide à prévenir la détérioration de son état et lui permet de se sentir plus soutenu, mieux encadré. Le client a le sentiment qu'on fait un véritable effort pour « s'entendre » dans l'intervention, que toutes les personnes qui l'aident se réunissent dans ce but, et que tout le monde dit en bout de ligne la même chose. Ce message de congruence est déjà en lui-même d'une aide considérable.

Au début toutefois, le client risque de ne pas trop bien comprendre les principes et le fonctionnement du Case Management. Il aura tendance à suivre plus ou moins passivement les consignes. Il faut donc prendre le temps et faire l'effort de bien l'informer, d'encourager le plus possible sa participation, de le responsabiliser positivement, et d'investir dans le suivi. Il s'agit d'un investissement qui peut être exigeant à court terme mais qui peut générer de grandes retombées positives à long terme.

Il est particulièrement important de s'adapter au langage du client en lui présentant concrètement et positivement le Case Management et en faisant ressortir l'appropriation que permet la démarche. On peut par exemple lui souligner que « c'est un nouvel outil qui pourrait peut-être l'aider à atteindre ses propres objectifs ». L'approche doit être empathique, respectueuse, soutenante et proactive. L'intervenant doit être réceptif aux craintes du client, en discuter avec lui, et en tenir compte dans les démarches.

Ainsi, la réunion de Case Management est quelquefois intimidante pour le client. Il peut avoir le sentiment d'être l'objet d'une trop grande attention. C'est pourquoi il n'est pas toujours nécessaire ou préférable que tout le monde se rencontre en même temps. Il faut respecter les réticences du client et son choix d'être présent ou absent à une réunion. Le Case Manager peut servir là aussi de courroie de transmission

en rencontrant seul le client, ou possiblement en présence d'un autre intervenant, et en faisant circuler l'information pertinente (toujours avec le consentement du client).

3. Les difficultés dans la pratique du modèle

L'expérience du terrain a permis de soulever quelques difficultés qui peuvent survenir, tout particulièrement quand les repères sont trop flous ou que le modèle est utilisé sans en intégrer les principaux éléments. Ces difficultés peuvent bien sûr être liées à des limites inhérentes au modèle même, mais elles semblent le plus souvent consécutives de l'inexpérience relative des partenaires avec une pratique nouvelle.

– Le refus du client

Le client peut refuser le Case Management, ce qui rend très difficile la poursuite d'une intervention aidante, d'autant plus que le Case Management est déjà trop souvent considéré comme une intervention de dernier recours. Dans le cas d'un refus, il faut tout de même tenter de proposer d'autres mesures d'encadrement et de soutien.

– Les réticences des intervenants

Les intervenants, s'ils sont encore peu formés ou informés, auront d'abord tendance à être réticents au Case Management. Ils peuvent avoir l'impression que ce sera pour eux une surcharge de travail, une autre tâche qui s'ajoutera à toutes les autres. Ils adoptent plus facilement le modèle si une formation adéquate leur est offerte et si sa pratique ne semble pas inutilement complexe. C'est pourquoi les modalités de Case Management doivent être d'une facture simple et souple, éviter le plus possible les formalités administratives, le cumul des procédures et les plans de services individualisés trop ambitieux.

– L'appropriation du client

Les intervenants peuvent avoir tendance à voir le client comme étant *leur* client (ou le client de *leur* ressource) et donc à se l'approprier. Il en découle qu'ils voudront régler eux-mêmes *toutes* les difficultés rencontrées dans l'intervention. Pour réussir, le Case Management requiert de « partager » le client avec d'autres intervenants, et aussi de « partager » l'intervention avec le client, ce qui demande un changement dans la pratique traditionnelle de la prise en charge.

– *La crainte de l'imputabilité*

Dans les situations les plus difficiles (clients suicidaires, violents, psychotiques), les intervenants hésitent à être nommés Case Manager, craignant de devenir « responsables » de l'état du client. La notion de plus en plus véhiculée de l'imputabilité — en principe une idée qui semble très raisonnable — peut avoir comme effet secondaire que personne ne veuille se retrouver dans un rôle de coordination. C'est pourquoi il faut constamment clarifier dans la pratique, auprès de tous les partenaires, les limites du rôle et de la responsabilité du Case Manager.

– *Le recours tardif et le faible suivi*

Le Case Management est parfois utilisé trop tardivement (post-crise) ou seulement tant que les choses « n'iront pas mieux ». L'approche proactive (et préventive) fait parfois défaut. Ainsi, auprès d'une famille ayant plusieurs personnes avec des problèmes sévères, un excellent travail de concertation a pu se faire entre les diverses ressources et le milieu familial durant toute une année, mais le processus n'a pas été poursuivi puisque « tout allait bien ». Après quelque temps, le cycle des hospitalisations a repris. C'est pourquoi la notion de la continuité des soins doit être au cœur du processus de réflexion dans cette pratique.

– *La culture d'intervention des professionnels*

Le Case Management étant lié à la notion d'*empowerment* du client, son développement est lié à une évolution dans la culture de l'intervention. Les intervenants peuvent avoir de la difficulté à concevoir l'élaboration d'un plan de traitement, ou le choix d'un Case Manager comme pouvant résulter d'un processus de consultation active avec le client. La façon de percevoir le client est au cœur de ce débat : doit-on voir le client comme une personne plus ou moins passive à traiter et à protéger, ou comme une personne active, capable d'initiative, qu'il faut outiller davantage ?

– *Les questions d'éthique*

Les questions d'éthique liées au Case Management sont parfois complexes à résoudre. Comment et quand obtenir le consentement du client ? Quelle information donner à la famille, au réseau d'aidants naturels ? Que faire avec les dossiers du client ? Qu'en est-il de la question de la confidentialité à l'intérieur des ressources et entre elles ? Ces difficultés ont conduit le Sous-comité à proposer un Guide de pratique clair et précis qui puisse servir éventuellement de repère pour les intervenants

(voir en annexe). Toutefois, les questions d'éthique ne doivent pas que faire l'objet de procédures : elles doivent être au fur et à mesure où elles se posent discutées entre tous les partenaires impliqués.

4. Les qualités des intervenants

La plupart des intervenants n'ont pas été spécifiquement formés à l'utilisation du Case Management dans le cadre de leurs études. En fait, les professionnels sont souvent formés à faire un excellent travail individuel, ou en petite équipe interne, mais rarement initiés spécifiquement au travail de concertation et de partenariat entre ressources ou avec le milieu naturel d'aide. Or, ils doivent développer des valeurs et des habiletés particulières pour bien utiliser le Case Management. La pratique de l'Ouest de l'île permet d'identifier un certain nombre de caractéristiques et d'habiletés favorables à la réussite subséquente du Case Management.

Ainsi, l'intervenant doit se sentir à l'aise dans sa pratique habituelle et avoir déjà maîtrisé les principaux outils de son travail quotidien. En ce sens, le Case Management est mieux utilisé par les intervenants qui ont déjà un peu de métier et désirent innover ou explorer de nouvelles approches. L'intervenant doit également être plutôt polyvalent, diplomate, bon négociateur, puisque le Case Management repose sur la discussion avec les autres intervenants, avec le client, et avec son réseau naturel d'aide.

L'intervenant doit aimer le travail d'équipe et la concertation. Il doit aussi avoir une vision proactive de la crise et désirer oeuvrer dans un cadre de continuité des soins. Il doit être « en faveur du client » (*advocacy*), soutenir sa reprise de pouvoir (*empowerment*), l'aider à s'intégrer aux milieux d'aide, à puiser dans ses ressources, et à se responsabiliser positivement face à ses difficultés.

Enfin, l'intervenant doit être flexible et créateur face aux problèmes rencontrés dans l'intervention, puisqu'un « problème » résulte souvent du fait qu'on utilise sans cesse les mêmes « solutions » inefficaces. Le Case Management nécessite que les participants essaient individuellement et collectivement d'aborder le problème différemment.

Conclusion

Le Modèle de Case Management de l'Ouest de l'île de Montréal propose une approche qui met l'accent sur la concertation entre tous les partenaires, une participation active du client et de son réseau naturel d'aide, une coordination simple et souple, et la possibilité de choisir

librement un Case Manager provenant d'un milieu ou d'un autre (selon les préférences du client et la disponibilité des aidants).

C'est un modèle qui évolue rapidement mais qui se fonde sur un processus graduel de collaboration qui a poussé ses racines dans dix années de pratique et de représentation au sein de l'instance du Comité de coordination des soins (CCC). En ce sens, ce modèle n'est pas un outil qui fut imposé « d'en haut », ou une mode temporaire émergeant de l'initiative d'un seul partenaire : c'est le résultat tangible d'un long effort de travail en commun, sur le terrain, entre tous les milieux concernés. C'est aussi le reflet d'une nouvelle attitude d'ouverture et de partenariat dans la culture entre les organismes oeuvrant en santé mentale.

Le chemin parcouru pour élaborer cette pratique consensuelle a été semé d'embûches, mais la nécessité de briser l'isolement entre les intervenants et de s'adapter à de nouveaux contextes d'intervention ont permis de faire graduellement éclore une meilleure communication entre les ressources, marquée par le respect, l'écoute et le désir de collaborer pour offrir collectivement les meilleurs services possibles aux clients. En ce sens, les mandats des organismes ne doivent pas être une barrière à la continuité des services mais plutôt amener les intervenants à réfléchir sur les forces spécifiques de chaque ressource, et les façons de les rendre complémentaires pour le client.

La collaboration « organique » qui s'est développée dans l'Ouest de l'île s'est lentement installée grâce à un apprivoisement mutuel des partenaires. Le partage de valeurs communes, la tolérance envers les valeurs spécifiques de chaque organisation, le développement d'une confiance réciproque constituent les préalables déterminant la concertation réelle, telle que vécue sur le terrain. Cette concertation n'est jamais entièrement acquise : elle est à cultiver.

Ce modèle est appelé à évoluer selon les besoins, les apports des partenaires et les difficultés rencontrées. Toute nouvelle pratique génère ses interrogations propres. Au moins deux de ces difficultés sont bien identifiées et font l'objet d'une réflexion présentement : a) comment réussir à mieux rejoindre et à impliquer dans le Case Management les clientèles qui, sans être en crise active, ont un criant besoin de soutien et de suivi à long terme dans la communauté (*outreach*)? et b) comment bien tenir compte des préoccupations éthiques et juridiques liées à la confidentialité et au consentement dans le contexte d'une pratique qui mise beaucoup sur la circulation de l'information pertinente et la participation de plusieurs partenaires (aidants naturels et intervenants professionnels)?

Ces préoccupations font présentement l'objet de discussions mais ne sont pas exclusives à ce modèle ou à la pratique générale du Case Management. Elles reflètent plutôt l'évolution globale des modèles d'aide en santé mentale dans un double souci d'efficacité et de complémentarité : accroître la qualité des services en réduisant la récurrence, et accroître la coordination des services en favorisant la concertation entre les acteurs. Comme pratique d'avant-garde, le Case Management nous aide à poser des jalons vers le renouveau des pratiques professionnelles traditionnelles tout en soulevant des défis nouveaux qui n'étaient souvent pas prévus dans la formation initiale des intervenants. En bout de ligne, la valeur de ce modèle, comme de tout autre, sera déterminée par son succès à accroître l'autonomie et la qualité de vie des clients, dans le respect du client et de son milieu de vie.

ANNEXE

Guide de pratique

Le Guide de pratique propose une structure précise, étape par étape, d'élaboration d'un plan concerté de Case Management, de façon à permettre aux intervenants encore peu familiarisés avec cet outil d'avoir un tableau clair des démarches à effectuer, des autorisations à obtenir, et des suivis à faire. Le Guide propose neuf étapes spécifiques pour la réalisation d'un plan optimal de Case Management.

1. Évaluation de l'utilité

L'intervenant fait avec le client un survol des précédents recours à l'aide et une évaluation de la situation actuelle. La possibilité d'utiliser le Case Management est discutée avec lui. L'intervenant précise au client que le choix d'utiliser le Case Management dépend de son intérêt mais aussi de la disponibilité des divers aidants utiles, actuels ou potentiels.

2. Consentement à la discussion

Si le client est intéressé à la possibilité d'utiliser le Case Management, l'intervenant obtient son consentement (verbal ou écrit) pour que les aidants actuels ou potentiels puissent discuter ensemble de la pertinence du Case Management.

3. Discussion entre les intervenants

L'intervenant communique alors par téléphone avec les divers aidants actuels ou potentiels utiles, à l'interne et dans les autres ressources

du milieu, pour vérifier leur disponibilité dans la mise sur pied d'un plan de Case Management.

4. Consentement au Case Management

Si les aidants nécessaires sont prêts à aller de l'avant, l'intervenant rencontre à nouveau le client, lui explique les étapes de préparation au Case Management, et obtient son accord écrit pour poursuivre la démarche et élaborer un plan de Case Management (formulaire de consentement éclairé).

5. Planification de la réunion

Une réunion est planifiée avec l'ensemble des partenaires utiles, ou avec une partie de ces partenaires (si cette option est jugée préférable pour une première étape). Cette rencontre aura lieu en présence ou non du client, selon ses préférences et selon les modalités convenues. Si le client préfère être absent, on examine avec lui la possibilité qu'il soit représenté par une autre personne significative (parent, ami).

6. Réunion (s) de Case Management

Lors d'une ou de quelques réunions, les participants cherchent : a) à faire un bref retour sur la situation, les difficultés et les ressources du client ; b) à explorer avec créativité les objectifs de l'aide et les nouvelles possibilités de répondre à ses besoins ; c) à déterminer ce qu'on peut lui offrir tout en précisant les limites (conditions) de l'aide offerte ; d) à préciser si nécessaire la séquence possible d'utilisation des services ; et e) à choisir la personne qui fera fonction de Case Manager.

7. Suivi du Case Manager

Le Case Manager rencontre le client (qu'il ait été ou non présent à la réunion) pour faire le point et revoir les modalités convenues entre tous les participants. Il précise les démarches à effectuer, et vérifie l'intérêt et le maintien du consentement du client.

8. Inscription au Registre

Le Case Manager inscrit le client au Registre de Case Management, en y indiquant : le nom du client, le nom du Case Manager, les dates de réunion avec les participants, la date de toute autre réunion prévue. Il joint au Registre une copie du procès-verbal de ces réunions et le formulaire de consentement éclairé. (Le Registre est présentement tenu par le Service d'intervention psychosociale (SIP) situé à Pierrefonds.)

9. Recours au CCC

Si le client désire interrompre la démarche, ou si des difficultés majeures imprévues se présentent, le Case Manager peut en informer (avec le consentement du client) le Sous-comité de Case Management (du CCC), qui évalue avec les intervenants les autres démarches possibles pour aider le client. Le CCC est mandaté pour promouvoir l'évolution et l'évaluation du processus de Case Management.

RÉFÉRENCES

- ANDELE, K., 1990, *Le plan de service individualisé : un outil de gestion des services*, Montréal, CSSSRMM.
- AGNETTI, G., BARBATO, A., 1994, Travailler avec les familles dans le traitement à long terme des troubles schizophréniques, *Santé mentale au Québec*, 19, 1, 93-104.
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE (AQRP), 1995, *Le plan de services individualisés : état de la situation et recommandation*, Document adopté à l'AGA, le 11 mai 1995.
- AUSTIN, C. D., 1993, Case Management: A systems perspective, *The Journal of Contemporary Human Services*, 451-458.
- BACHRACH, L. L., 1988, Defining Chronic Mental Illness: a Concept Paper, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 4, 383-388.
- BACHRACH, L. L., 1989, The Chronic Patient: Case Management – Toward a Shared Definition, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 9, 883-884.
- BACHRACH, L. L., 1991, The Chronic Patient: The 13th Principle, *Hospital and Community Psychiatry*, 1205-1206.
- BAILLARGEON, D., 1996, Les politiques familiales au Québec. Une perspective historique, *Lien social et Politiques*, 36, 21-32.
- BOND, G.R., 1995, Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: A meta-analysis, *The Journal of Mental Health Administration*, 22, 1, 4-16.
- BOISVERT, D., 1990, *Le plan de services individualisés : Participation et animation*, Laval, Éditions Agence d'Arc.
- BRUNELLE, A., 1988, Les programmes de « case management » : une description sommaire, *Santé mentale au Québec*, 13, 2, 157-160.
- CABINET DU MINISTRE, 1997, Communiqué n° 1, 15 avril 1997.

- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1994, *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*, Publications du Québec, Sainte-Foy.
- CORTEN, P., 1993, Qualité subjective de la vie et réadaptation : émergence et évolution conceptuelle, *Santé mentale au Québec*, 18, 2, 33-48.
- CÔTÉ, R., 1989, *Guide d'élaboration des plans de services et d'interventions*, Québec, Éditions GREDD.
- DE CANGAS, J., 1994a, Le « Case Management » affirmatif : une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier, *Santé mentale au Québec*, 19, 1, 75-92.
- DE CANGAS, J., 1994b, L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) : au-delà du Case Management et de la réhabilitation psychosociale, *Santé mentale au Québec*, 19, 1, 59-74.
- GUAY, J., 1991, L'approche proactive et l'intervention de crise, *Santé mentale au Québec*, 16, 2, 139-154.
- HUGMAN, R., 1994, Le pouvoir des professionnels dans la réadaptation : exemple d'un groupe d'usagers du service social, *Santé mentale au Québec*, 19, 1, 47-58.
- MALONE, J., 1989, Concepts for the rehabilitation of the long term mentally ill in the community, *Issues in Mental Health Nursing*, 10, 2, 121-135.
- MARSHALL, M., LOCKWOOD, A., GATH, D., 1995, Social services case management for long-term mental disorders: A randomised controlled trial, *The Lancet*, 345, 409-412.
- MAURIN, J., 1990, Case Management: Caring for Psychiatric Clients, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 28, 7, 6-12.
- MSSS, Ministère de la santé et des services sociaux, 1989, *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS, Ministère de la santé et des services sociaux, 1990, *Plan de services individualisé en santé mentale*, Direction de la santé mentale, Québec, Gouvernement du Québec.
- OLFSON, M., 1990, Assertive Community Treatment: An Evaluation of Experimental Evidence, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 634-641.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (O.M.S.), 1995, *Consensus sur la réadaptation sociale : Énoncé de l'OMS*, Genève, 28 avril 1995, traduit par Vesta Jobidon.

- PARADIS, M., GAGNON, C., 1998, Bilan d'une réflexion sur le projet PSI-La Boussole, *Santé mentale au Québec*, 23, 1, 235-251.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, 1993, *Bilan des activités de sensibilisation au PSI dans le cadre de l'expérimentation en santé mentale*, mai 1993.
- RITZHAUPT, B., LAROSE, S., CHARTRAND, D., 1997, *Transformation des pratiques et des attitudes : l'expérience de la Banlieue Ouest de Montréal*, Atelier présenté au Colloque « Vivre en santé mentale dans la communauté : une responsabilité à partager », Association canadienne pour la santé mentale (Montréal), le 8 mai 1997.
- ROBERT, L., 1989, Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté : un paradigme à définir, *Nouvelles pratiques sociales*, 2, 1, 37-52.
- SCOTT, J. E., DIXON, L. B., 1995, Assertive community treatment and case management for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 21, 4, 657-668.
- STEIN, L. I., 1990, Comment by Leonard Stein, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 649-651.
- STEIN, L. I., 1992, On the abolishment of the Case Manager, *Health Affairs*, n° d'automne, 172-177.
- TAUBE, C. A., Morlock, L, Burns, B. J., Santos, A. B., 1990, New Directions in Research and Assertive Community Treatment, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 642-647.
- TESSIER, L., CLÉMENT, M., 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie*, Québec, Morin Éditeur.
- TREMBLAY, L., 1996, *La personne d'abord*, Montréal, Éd. St-Martin.

ABSTRACT

Case management: Montreal's west end model

Socio-economic imperatives as well as the necessity to return a clientele in the past institutionalized for long periods of time in their own milieu have contributed to the emergence of new practices. Case management allows to intervene by involving natural and professional networks of support. Various models of case management exist but are often difficult to implement or manage. The model developed in Montreal's west end proposes a flexible, open and decentralized management, gives an important place to the client, and is characterized by the collaboration of all partners.

RESUMEN***Case management*****El modelo del Oeste de la isla de Montreal**

Los imperativos socioeconómicos y la necesidad de regresar a su medio personas que antes eran hospitalizadas por largo tiempo, han contribuido a la emergencia de nuevas prácticas. El *Case management* permite de intervenir implicando las redes de ayuda naturales y profesionales. Existen varias variantes de este modelo pero a veces son difíciles de implantar o de administrar. El modelo desarrollado en el Oeste de la isla de Montreal propone una gestión flexible, abierta y descentralizada, acuerda un lugar importante a la participación del cliente, y tiene la particularidad de privilegiar la concertación entre todos los trabajadores implicados en el caso.