

L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) : au-delà du « Case Management » et de la réhabilitation psychosociale

Social reinsertion: Beyond case management and psychosocial rehabilitation

José P. C. de Cangas

Volume 19, numéro 1, printemps 1994

Aspects de la réadaptation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032294ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032294ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

de Cangas, J. P. C. (1994). 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. <https://doi.org/10.7202/032294ar>

Résumé de l'article

Depuis quelque temps en Occident, le "case management" est adopté, lentement mais sûrement, comme système de dispensation des services. Pourtant, il reste encore mal défini et piètrement décrit. Peu de chercheurs en ont exploré les caractéristiques. L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) est une approche globale. Elle intègre les stratégies de livraison de services en vue de résoudre les problèmes rencontrés par le "case management" dans le maintien et l'accroissement de la qualité de vie et du fonctionnement social des clients. L'AIRS s'intéresse de plus à l'acceptation sociale par la collectivité et explore à fond la question des coûts et de la collaboration entre les institutions.



L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS): au-delà du «Case Management» et de la réhabilitation psychosociale

José P. C. de Cangas*

Depuis quelque temps en Occident, le «case management» est adopté, lentement mais sûrement, comme système de dispensation des services. Pourtant, il reste encore mal défini et piètrement décrit. Peu de chercheurs en ont exploré les caractéristiques. L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) est une approche globale. Elle intègre les stratégies de livraison de services en vue de résoudre les problèmes rencontrés par le «case management» dans le maintien et l'accroissement de la qualité de vie et du fonctionnement social des clients. L'AIRS s'intéresse de plus à l'acceptation sociale par la collectivité et explore à fond la question des coûts et de la collaboration entre les institutions.

Le «case management» s'est popularisé au cours des trente dernières années. Les législateurs, les partisans des libertés civiles et les familles des personnes ayant des troubles mentaux ont dû s'entendre, pour diverses raisons et non sans difficulté, sur la nécessité d'adopter des systèmes de dispensation de services communautaires et d'éviter l'institutionnalisation des personnes ayant des troubles mentaux (Bachrach, 1988, 1989; Bachrach et Harris, 1988). Dans la foulée de ce mouvement, de nouvelles approches ont vu le jour en matière de dispensation des services. L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) compte parmi ces nouvelles approches. Ce système de dispensation des services aux personnes ayant des troubles mentaux s'est largement répandu en Occident. Selon les tenants de l'AIRS, cette dernière est avantageuse au plan de l'efficacité et d'une plus grande qualité de vie. Un grand nombre de chercheurs se sont penchés sur l'efficacité du «case management». Leurs résultats varient et se contredisent parfois. La conception même de l'étude a comme

* L'auteur, RN., MN., est professeur associé à l'École de Nursing de l'Université Lakehead à Thunder Bay.

lacune flagrante de ne définir ni les comportements des coordonnateurs du «case management», ni leurs interventions, en des termes objectifs, mesurables et opérationnels. Olfson (1990) et par la suite Maurin (1990), après avoir analysé les résultats de 55 études, résument le travail de quelques investigateurs qui ont cherché à mesurer les résultats du «case management». Les auteurs concluent que la recherche présente des résultats non concluants. Pour Borland et son équipe (1989), le problème est lié aux difficultés rencontrées dans la comparaison des résultats de ces études. Et, à ces difficultés-là, s'ajoutent celles des définitions et de la comparabilité des échantillons (Weisbrod et al., 1980).

La comparaison des modèles et programmes de «case management»

La coordination *centralisée* des plans de services a été bien documentée (Taube et al., 1990). Dans cette approche, une même personne assure les fonctions cliniques et de coordination. Dans les centres communautaires de santé mentale et les services de consultation externe, au contraire, ces fonctions sont divisées entre le personnel. Les services s'y trouvent donc fragmentés. En outre, les programmes en consultation externe n'entretiennent pour la plupart aucun lien direct avec la collectivité, à moins que les patients n'en fassent la demande expresse. Par contre, dans l'AIRS, le personnel contribue en tout temps à faire progresser les questions de santé mentale avec et pour la collectivité. Cela favorise l'acceptation par la collectivité, ainsi que l'intégration des patients.

L'AIRS diffère des autres approches sur huit points majeurs: 1) elle organise la livraison des services de manière à maximiser la continuité des soins à tous les niveaux du fonctionnement, sans limite de temps et avec une instance responsable précise; 2) les services ne sont pas soumis à des contraintes de temps; 3) pour les thérapies, les ratios sont peu élevés (1: 10); 4) les services sont fournis *in vivo*, là où le patient en a besoin et où il apprendra le plus; 5) les traitements sont personnalisés et faits sur mesure; 6) c'est le patient qui mène le programme, et non le contraire; 7) l'appui est continu et dicté par les besoins du patient; 8) tous les systèmes de soutien sont incorporés, comme des partenaires, aux soins donnés au patient.

Le tableau 1 résume les différences entre la réinsertion sociale et les autres approches:

Tableau 1
Comparaison entre quatre approches

| Caractéristiques | Coordination centralisée des plans de services | Clinique ou centre communautaire de santé mentale | Service de consultation externe | Approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) |
|---|---|---|---|---|
| Lieu du traitement | Environnement communautaire | Bureau | Hôpital | Collectivité |
| Ratio du personnel | 1: 10 | 1: 30 | 1: 60 R | 1 CPS:10 clients et 1 TCSM par quartier |
| Visée du personnel | Éclectique / réhabilitation | Médicale / symptomatique | Médicale / symptomatique | Éclectique / collectivité entièrement indépendante |
| Fréquence des contacts | Sur demande | Aux deux semaines | Une fois par mois | Chaque jour ou sur demande |
| Fréquence des contacts avec la famille ou la structure de soutien | Sur demande | Peu fréquent, voire même inexistant | Peu fréquent, voire même inexistant | Au moins une fois par semaine |
| Traitement clinique | L'emphase multi-disciplinaire sur la qualité de vie et le fonctionnement indépendant | Soulagement des symptômes médicaux et psychologiques | Soulagement des symptômes médicaux | L'emphase multi-disciplinaire sur l'indépendance complète et la qualité de vie |
| Médication | Responsabilité du personnel: administré chaque jour si nécessaire | Responsabilité du patient ou de la famille | Responsabilité du patient ou de la famille | Responsabilité du coordonnateur des plans et de l'agent de développement communautaire |
| Santé physique | Responsabilité du personnel | Responsabilité du patient ou de la famille | Responsabilité du patient ou de la famille | Responsabilité du coordonnateur des plans et de l'agent de développement communautaire |
| Services hors de l'horaire; 24 heures / j. et 365 jours et Réhabilitation au travail | Responsabilité du personnel — insistance sur le placement d'emploi et un revenu indépendant | «Programmes», quelques fois de l'ergothérapie en atelier protégé | «Programmes», quelques fois de l'ergothérapie en atelier protégé | Le coordonnateur des plans a la responsabilité de juger et de placer: l'agent de développement communautaire a la responsabilité de rencontrer et de convaincre la collectivité: insistance sur le placement d'emploi et un revenu indépendant |
| Logement | Responsabilité du personnel: insistance sur un logis indépendant contre le «placement» | Varie; d'habitude la responsabilité du patient ou de la famille: placement dans des lieux quasi institutionnels: foyer nourricier, de transition, abri, hébergement, ghetto | Varie; d'habitude la responsabilité du patient ou de la famille: placement dans des lieux quasi institutionnels: foyer nourricier, de transition, abri, hébergement, ghetto | Responsabilité: du coordonnateur des plans qui tente de convaincre le personnel de l'importance d'un logis indépendant: et de l'agent de développement communautaire qui cherche des logis adéquats, valables, «normalisants» sur le plan social et soutenant pour les patients |

Tableau 1
Comparaison entre quatre approches (suite)

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Continuité des soins | Patient jamais renvoyé; l'équipe assure toujours un suivi avec tous les contacts | Responsabilité divisée entre différents «thérapeutes» | Responsabilité divisée entre différents «thérapeutes» | Patient jamais renvoyé; l'équipe assure toujours un suivi avec tous les contacts et le soutien au développement communautaire; le but: l'acceptation |
| Structure du personnel | Structurée sur le modèle des pairs, l'équipe intègre tous les rôles: clinique, d'intermédiaire, de réhabilitation psychosociale, de soutien, etc. | Hierarchie des individus, modèle bureaucratique, «patrons» de programme et de discipline, thérapie divisée en fonction des «symptômes» | Hierarchie des individus, modèle bureaucratique, «patrons» de programme et de discipline, thérapie divisée en fonction des «symptômes» | Structurée sur le modèle des pairs, l'équipe intègre tous les rôles: clinique, d'intermédiaire, de réhabilitation psychosociale, de soutien, etc.; centrée sur l'acceptation et le soutien par la collectivité |
| Critères de qualité fondés sur: | Résultats sur le patient, sa qualité de vie | Papiers en règle | Papiers en règle | Résultats sur le patient; facteurs multiples, dont: engagement, soutien et acceptation par la collectivité qui comprend le fardeau que cela représente et qui participe activement à la réhabilitation |
| Engagement, soutien et acceptation par la collectivité | Le patient mène; le coordonnateur des plans travaille avec la collectivité en fonction des besoins du patient | Présentation d'une lecture «d'égal à égal» genre «éducation communautaire» et orientée sur la médicalisation; <i>éducation</i> communautaire au lieu d' <i>éducateurs</i> communautaires | Présentation d'une lecture «d'égal à égal» genre «éducation communautaire» et orientée sur la médicalisation; <i>éducation</i> communautaire au lieu d' <i>éducateurs</i> communautaires | Éducateurs communautaires; but: engagement et soutien et participation entiers de la collectivité. Patients au C.A. et engagés avec la collectivité dans leur propre réhabilitation. «La collectivité prend la relève des professionnels» |

Ainsi, la coordination des plans de services s'est largement répandue en Occident pour dispenser les services aux personnes ayant des troubles mentaux (de Cangas, 1991). Les récentes revues de la littérature qui évalue l'efficacité des programmes de coordination des plans de services (Malone, 1989; Maurin, 1990; Olafson, 1990) s'entendent sur la difficulté de formuler des conclusions fermes sur la nature et l'efficacité de ces programmes. Cela s'explique facilement. Seules deux études (faites à partir du patient subjectif et des rapports des gens qui dispensent les soins) ont rapporté que les patients étaient plus satisfaits de leur qualité de vie (de Cangas, 1989; Stein et Test, 1980). Par contre, aux États-Unis, au Canada, en Grande-Bretagne, à Cuba, en Espagne, en Allemagne, en Hongrie et en Australie (de Cangas, 1991), la coordination des plans de services s'est avérée efficace pour promouvoir l'emploi, renforcer l'adaptation et le fonctionnement sociaux et contrôler les symptômes cliniques. En outre,

on recourt moins à l'hôpital; voilà peut-être la conclusion la plus évidente et la plus ferme de ces études d'évaluation (Olfson, 1990). Cependant, ces conclusions peuvent être trompeuses dans la mesure où il y a augmentation simultanée d'autres formes de supervision ou d'encadrement institutionnel. Et, pour compliquer encore le tableau, plusieurs études n'ont trouvé aucune différence significative entre les clients, que leurs cas aient été traités par coordination des plans de services ou par une autre approche institutionnelle ou traitement communautaire (Franklin et al., 1987; Häfner et an der Heiden, 1989; Jerrell et Hu, 1989). De plus, il y a des manques flagrants dans la conception de ces études. Les caractéristiques des clients et des programmes n'y sont pas définies en des termes mesurables et opérationnels. Il y manque aussi une description de la collectivité et du milieu social dans lesquels évoluent les clients et les coordonnateurs des plans de services (ou coordonnateurs) et où se déploie le programme. Ces manques rendent difficile la généralisation des résultats, font naître le scepticisme quant à la valeur des programmes et compliquent d'autant l'analyse ou la possibilité d'aboutir à des conclusions raisonnables quant à la comparabilité des résultats. Maurin (1990), dans une critique approfondie de la littérature portant sur la coordination des plans de services, concluait à l'impossibilité de présumer de l'homogénéité et même de la comparabilité des programmes de coordination des plans de services. En réalité, la coordination des plans de services varie souvent dans sa nature, dans son déroulement et dans son fonctionnement (Kanter, 1989). La plupart des auteurs s'entendent sur l'absence d'un consensus quant à la façon dont la coordination des plans de services devrait être conceptualisée et définie (Bachrach, 1980, 1991, 1992; Stein, 1990). Maurin (1990) partage ce point de vue. Il conclut que les résultats de la recherche portant sur l'efficacité de la coordination des plans de services présentent des conclusions diversifiées, peu concluantes et difficiles à comparer, parce que les systèmes de coordination des plans de services n'ont pas été définis de manière opérationnelle. L'auteur demande donc que toute recherche ultérieure réponde à la question suivante: «Quelle méthode de coordination des plans de services, livrée par qui, a quels résultats pour quels patients?» (Maurin, 1990, 11).

Plus important encore, on ne connaît à peu près rien sur les effets des différentes approches (pas seulement de l'AIRS) quant à: a) la qualité de vie; b) la satisfaction de vivre; et c) les coûts. Une discussion sur les questions liées au traitement et aux soins donnés

aux personnes ayant des troubles mentaux est donc nécessaire, dans un cadre conceptuel qui prenne en compte ces mêmes questions. Un tel cadre contribuera à la compréhension de la relation existant entre, d'une part: la méthodologie, la conception de la recherche et les méthodes de collecte de données, et, d'autre part, les variables socio-psychologiques telles que la qualité de vie, la satisfaction de vivre du patient, l'allocation des ressources, le type et l'intensité de la formation professionnelle, ainsi que l'évolution d'un corpus de données scientifiques. Il semble donc évident qu'il faut un modèle intégré capable de tenir compte de toutes ces questions. C'est en réponse à cette évidence qu'un modèle de réinsertion sociale est proposé.

La nature du problème

Dans la littérature, il y a consensus sur les caractéristiques communes aux personnes ayant des troubles mentaux chroniques (Bachrach, 1989, 1991). Néanmoins, il y a au moins deux composantes nécessaires pour qu'on dise d'une personne qu'elle a des troubles mentaux chroniques: a) le temps passé dans un système de soins et b) une détérioration grave du fonctionnement social et psychologique comme résultat d'une maladie identifiable. Même quand des personnes souffrant d'incapacité mentale grave ont des comportements sociaux similaires, ou une réaction similaire à leur incapacité, elles sont loin de constituer un groupe homogène sur le plan de leurs intérêts et de leurs capacités. En fait, les gens souffrant d'incapacité mentale grave semblent répondre moins que nous aux normes de la collectivité. Chaque client semble avoir son propre schéma de non-réponse qui se traduit par des formes d'attention, de motivation et d'intérêt hautement personnelles.

Il ressort de la littérature que les personnes souffrant d'incapacité mentale grave éprouvent de grandes difficultés à vivre. Aussi, le niveau, la nature et les caractéristiques du soutien social qui leur permet à la longue de garder contact déterminent-ils de façon importante leur qualité de vie.

Une des critiques majeures faites aux programmes de coordination des plans de services touche la question de la qualité de vie. Les milieux médicaux ont en effet accusé les tenants de la coordination des plans de services d'accorder trop peu d'attention à la qualité de vie des patients renvoyés. Les programmes qui répondent aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux en matière d'apprentissage social réussissent à faire naître chez ces personnes des comportements que l'on considère comme nécessaires pour jouir d'une qualité

de vie élevée. Ces programmes parviennent également à réduire les coûts de la dispensation des services. Il semblerait logique que la réinsertion sociale intégrée soit au cœur de tout effort visant à dispenser des services aux personnes ayant des troubles mentaux, et qu'elle cherche en même temps à améliorer leur qualité de vie.

Vers une approche efficace de livraison des services en maladie mentale: l'approche intégrée (AIRS). Au delà de la coordination des plans de services et de la réhabilitation psychosociale

L'AIRS est un système de dispensation de services qui a pour particularité d'insérer le patient dans le système social. Dans cette approche, non seulement le client, mais aussi le milieu, constituent les plaques tournantes du traitement. L'intervention, proactive, facilite donc l'insertion du client dans la vie du milieu. Cette dernière apprend de plus à intervenir de différentes manières, aidant ainsi ses membres à soutenir les clients pour qu'ils participent, se responsabilisent et renforcent à leur tour la vie de la collectivité. Grâce à l'aide du milieu, le client s'adapte, augmente ou diminue son contrôle, améliore ou découvre les comportements qui suscitent la participation au sein de la collectivité. Celle-ci, à son tour, contribue directement à une meilleure compréhension des personnes souffrant de troubles mentaux et à la responsabilité de ses propres membres au moment de faciliter la réhabilitation et d'améliorer la qualité de vie de tout le milieu, y compris des personnes souffrant de manques ou de handicaps.

L'AIRS repose sur l'hypothèse que les programmes existants, qu'ils soient institutionnels ou communautaires, n'ont pas réussi à dispenser des services psychiatriques d'une manière coordonnée et globale. Ils répondent aux besoins de façon réactive plutôt que proactive. Des services cliniques proactifs sont des services communautaires qui sont offerts à un moment où les compétences et les comportements d'adaptation de la personne ayant des troubles mentaux sont suffisamment intacts pour que les ressources de son réseau social soient encore mobilisables en vue d'éviter la détérioration ou le déclin de sa compétence sociale, ou la diminution de sa qualité de vie. Les interventions proactives sont possibles si les professionnels de la santé sont déployés de manière à rejoindre toute la collectivité dans laquelle se situe le milieu de vie quotidien du client. L'AIRS a deux composantes: la coordination *centralisée* des plans de services et le développement de la collectivité.

L'AIRS identifie la population qui a besoin de services, facilite la formulation des demandes d'aide, défend les droits des patients, fournit des services de crise de 24 heures, des services de réhabilitation psychosociale et de soutien, des soins de santé médicaux, dentaires, infantiles et de santé mentale; elle promeut l'engagement des membres de la collectivité, protège les droits des clients et fournit des services cliniques et de gestion de la maladie.

Actuellement, deux programmes pilotes de ce genre sont mis en place au Canada, l'un dans la ville de Québec, au Québec, et l'autre à Thunder Bay, en Ontario. Bien qu'il soit encore trop tôt pour tirer des conclusions fermes sur leur efficacité, l'analyse préliminaire des résultats de la recherche est encourageante (de Cangas, 1991; Guay, 1991). Alors que le programme au Québec dessert une région urbaine, celui de Thunder Bay rejoint à la fois la ville et la campagne. L'étendue de la région rurale est d'environ 400 km² (environ la taille du nord du Québec). La zone est peu densément peuplée (quelque 500 000 personnes vivent dans la circonscription visée, c'est-à-dire 10,5 personnes par km²). Quelque 125 000 personnes vivent dans une ville industrielle qui sert de centre médical pour la région. Aux plans ethnique et culturel, la zone ressemble à de nombreux états américains, avec une genèse culturelle mixte composée de descendants d'Européens et d'autochtones.

La première composante de l'AIRS: la coordination centralisée des plans de services

La description du programme

La coordination centralisée des plans de services assure aux personnes ayant des troubles mentaux chroniques graves, et vivant dans la zone définie, un soutien social *in vivo* ainsi que l'enseignement des habiletés nécessaires pour faire face aux nécessités de la vie en collectivité. Les trois éléments clés de cette composante sont:

- I. les services individualisés
- II. la coordination à long terme des traitements médicaux et psychiatriques en vue de la prévention
- III. un soutien global et holistique

Dans la coordination centralisée des plans de services, le traitement est donné au client selon une approche positive; on n'attend pas qu'il soit motivé à participer au processus de sa réhabilitation. Des équipes mobiles de travailleurs vont donc activement chercher les clients pour les engager dans le traitement. Les équipes travaillent

avec les clients sur le terrain, dans le milieu, plutôt que dans une clinique, un bureau ou un hôpital psychiatrique. Elles les encouragent fortement à participer à une foule de modalités thérapeutiques et les soutiennent dans ce processus.

Parmi les habiletés enseignées au client et qui lui permettent de faire face aux exigences de son milieu, figurent les habiletés liées: a) à la vie quotidienne; b) au travail; c) à la survie psychologique et médicale; d) à la socialisation et à la capacité de se récréer. L'apprentissage des activités de la vie quotidienne se fait dans le milieu qui est significatif pour le client. Par exemple, des infirmières lui enseigneront à faire sa lessive en l'accompagnant à la buanderie la plus proche de son domicile. Au niveau de la réhabilitation au travail, le coordonnateur aide le patient à chercher un emploi, à bien travailler et à développer les habitudes personnelles qui lui permettront de conserver son emploi. Le coordonnateur devra parfois rester avec le client sur le lieu de travail jusqu'à ce que le client ait suffisamment intégré les habiletés pour être en mesure de continuer seul. La recherche d'emploi se fait davantage dans les milieux concurrentiels que dans les milieux protégés, car ces derniers favorisent la dépendance. Quant aux besoins récréatifs et sociaux des clients, on favorise les activités qui exigent de l'interaction sociale et de l'indépendance. On accompagnera ainsi le client aux danses, aux clubs communautaires, ou à toute autre activité qui profite de l'environnement naturel, grâce aux ressources communautaires disponibles qui rendent les temps libres à la fois satisfaisants et aptes à faciliter l'adaptation sociale.

Au cœur de la philosophie qui sous-tend la coordination centralisée des plans de services se trouve le postulat selon lequel les clients sont tenus responsables de leur comportement, dans la mesure la plus réaliste possible pour chacun d'eux. Cela implique que lorsqu'ils ont des comportements inappropriés, ils sont exposés aux mêmes conséquences que les autres membres de la société. Cette approche a amené les coordonnateurs à travailler en étroite collaboration avec toutes les agences communautaires, y compris les instances légales.

On n'achemine jamais un patient dans un programme de façon automatique. On cherche plutôt un programme particulier, ou on en crée un s'il le faut et si cela s'avère nécessaire à sa réhabilitation. On prescrit également des antidépresseurs et des antipsychotiques. Dans le modèle clinique de coordination des plans de services, la plupart des patients sont sous médication. Celle-ci est considérée comme un élément crucial du traitement. La plupart des clients reçoivent des médicaments, soit lorsqu'ils sont dans un état grave de maladie, soit

par mesure préventive, soit les deux. Les soins médicaux, dentaires ou infantiles sont fournis directement aux clients ou obtenus à leur intention. Lorsque ces derniers ont besoin de soins médicaux, de soutien psychologique ou de réseaux sociaux plus élaborés et spécialisés, les coordonnateurs les aident activement à les trouver.

Comme les traitements sont faits sur mesure en fonction des besoins de chaque client, la fréquence des contacts entre le coordonnateur et le client varie énormément. Cependant, les contacts quotidiens, et même de quatre à six fois par jour, sont courants durant le premier mois qui suit l'adhésion du patient au programme. Plus tard, au cours des trois à six mois qui suivent, la fréquence pourra baisser à une visite aux deux jours. Par la suite, elle s'ajustera aux besoins des clients. Toutefois, beaucoup parmi eux seront vus chaque jour à cause du caractère cyclique des moments d'exacerbation, qui est typique des troubles mentaux chroniques. Un grand nombre de clients auront indéfiniment une rencontre par jour. La durée des traitements se fondera sur les besoins des patients, la plupart se prolongeant sur de nombreuses années. Ainsi, pour s'assurer que les clients reçoivent des services adéquats, il n'y a jamais plus de dix clients par coordonnateur.

La deuxième composante de l'AIRS: le développement communautaire

Le développement communautaire est la principale composante de l'AIRS, celle qui fait que l'AIRS est différente et qu'elle est, à notre avis, plus efficace que les autres approches de coordination des plans de services.

Le but de cette composante est de renforcer les systèmes d'aide naturels de la collectivité. Les travailleurs communautaires en santé mentale (TCSM) sont ainsi amenés à susciter l'engagement des milieux pour qu'ils prennent part activement et directement à la réhabilitation psychosociale des personnes ex-psychiatisées dans leur entourage.

Chaque quartier se voit assigner un TCSM qui vise à participer aux activités et à la vie du quartier. Ce qu'il cherche vraiment, c'est renforcer la qualité de vie du milieu par l'intensification de la participation et des comportements aidants chez les résidents du quartier. Avec le milieu, le TCSM œuvre à l'élaboration de stratégies en vue de trouver, d'accroître et d'incorporer, dans la vie de la collectivité, des mécanismes de la vie quotidienne qui amélioreront la qualité de vie du milieu. Le TCSM favorise également, et recherche, les soutiens économiques. De concert avec les résidents, il tente d'obtenir

toute l'aide possible auprès des autorités municipales, provinciales ou fédérales, à l'intention des différents projets de quartier ou de la collectivité. La visibilité du TCSM est élevée, il est bien connu des résidents et des entreprises et commerces de son quartier. Pour arriver à s'insérer à ce point dans son quartier, le TCSM marche beaucoup, il passe beaucoup de temps dans les lieux publics tels que les cafés, les centres communautaires, les brasseries, etc. Il accompagne sans condition son quartier lorsque les gens ont besoin d'aide, de conseils, ou de toute autre chose. Pour établir et maintenir leur crédibilité, les TCSM ne doivent pas seulement connaître parfaitement leurs quartiers; ils doivent également aider de façon inconditionnelle les gens du milieu pour une foule de choses telles que préparer un rapport d'impôt, obtenir un permis de construction, mettre sur pied un projet individuel ou communautaire, etc. Grâce à la crédibilité ainsi acquise, les TCSM influent peu à peu sur le milieu, l'amenant à se responsabiliser et à soutenir l'amélioration de la qualité de vie des personnes du quartier qui souffrent de désordres mentaux chroniques.

Le développement communautaire a comme caractéristiques:

1. une approche centralisée, une approche proactive qui insère le client dans la vie et les activités du milieu;
2. l'utilisation d'une grande variété de ressources communautaires;
3. l'apport d'un soutien et d'une éducation aux gens du milieu, aux familles, aux propriétaires, aux commerçants, et à toutes les personnes qui entreront en contact avec le client;
4. la responsabilité pour le soin du client; un seul coordonnateur assure la coordination et la continuité;
5. le travail auprès de la famille; les familles portent trop longtemps un lourd fardeau. Il est donc essentiel de soutenir les clients et leurs familles. Les coordonnateurs viseront d'abord à faire baisser la culpabilité dans la famille et à comprendre ses problèmes.

Pour le développement communautaire, sept stratégies sont mises en branle.

1. Les tournées quotidiennes

Les travailleurs en développement communautaire (TDC) se rendent visibles et accessibles en visitant tous les lieux de rassemblement du quartier (épiceries, bars, restaurants, cafés, etc.).

2. La détection et la référence des cas

Le coordonnateur s'assure ainsi que les clients ex-psychiatisés seront référés aux services appropriés.

3. L'établissement de ponts

Les TDC agissent en conciliateurs et en conseillers auprès du voisinage et des clients ex-psychiatisés. D'une part, ils font prendre conscience, aux personnes ayant des troubles mentaux, de l'impact de leurs comportements sur les gens du milieu en général. D'autre part, ils présentent au milieu les ex-psychiatisés sous un jour positif et normalisant, dans le but de réduire les attitudes négatives des citoyens et citoyennes et d'amoindrir les stéréotypes qu'ils véhiculent.

4. Le rôle de porte-parole

Les TDC se font les porte-parole des ex-psychiatisés auprès de la collectivité dans son ensemble. Ils entrent en contact avec elle l'impact de la réalité des ex-psychiatisés et éduquent les citoyens en matière de troubles mentaux.

5. L'intervention de crise

Les TDC encouragent les citoyens à faire appel à eux pour intervenir lorsque les personnes ayant des troubles mentaux se comportent de manière bizarre ou lorsqu'elles dérangent. Ils sont toujours prêts à intervenir et à agir rapidement pour réduire les tensions et apporter leur soutien.

6. Le recrutement des aidants naturels

À partir des contacts qu'ils ont déjà, les TDC cherchent des personnes disposées à s'engager de manière active auprès des ex-psychiatisés, afin de les aider à apprendre comment vivre de façon satisfaisante dans leur milieu.

7. La mise sur pied de projets

Finalement, les TDC facilitent la mise sur pied, par les ex-psychiatisés et les autres citoyens, de projets conjoints tels que l'acquisition d'unités de logements abordables, la création de petites entreprises, ou tout autre projet susceptible de favoriser la réhabilitation et la qualité de vie des clients.

La troisième composante de l'AIRS: le suivi et l'évaluation

Le suivi, et l'évaluation des résultats obtenus par le client, sont deux composantes essentielles du travail du coordonnateur. Il serait toutefois trop long de décrire ici l'ensemble du processus d'évaluation utilisé par l'AIRS. Une description sommaire suffira donc. Trois instruments servent à évaluer le travail des coordonnateurs:

1. La liste des activités du client. Cet instrument, dressé chaque jour par le travailleur, fait état de toutes les activités reliées à un client telles que: voyage, intervention thérapeutique, notes sur le client, etc.
2. Le rapport des activités quotidiennes du coordonnateur. Ce rapport fait état des activités administratives et professionnelles du coordonnateur, qui n'ont pas trait directement aux clients.
3. Le journal de bord. Il indique toutes les activités, administratives et autres, réalisées au nom de confrères et consœurs de travail ou d'autres clients dont le coordonnateur n'a pas la charge directe.

Les résultats du client sont mesurés par:

1. Le «Independent Living Skills», un questionnaire qui permet de mesurer le fonctionnement social;
2. Le «Oregon Quality of Life Inventory (OQULI) (Lehman et al., 1982), un instrument qui mesure la qualité de vie;
3. Les taux de récidive et de recours à l'institution, mesurés grâce à un instrument qui retrace: a) le nombre d'admissions à l'hôpital (récidive); b) le nombre de jours passés à l'hôpital (durée du séjour); c) l'utilisation des agences et autres services;
4. L'échelle de fardeau familial, de Grad and Sainsbury (1968);
5. L'expression des émotions, en utilisant le «Five Minute Speech Sample» (Magaña et al., 1986);
6. Les coûts encourus par chaque client, moins les avantages apportés à la société par ce client (impôts, travail, etc.);
7. Les symptômes, en se servant du «Brief Psychiatric Rating Scale» (Lukoff et al., 1986).

Ces instruments sont utilisés à tous les six mois par des assistants de recherche spécialisés, indépendants et n'ayant aucun lien avec le programme.

Les conclusions

Il faut apporter un changement complet au système de dispensation de services destinés aux personnes ayant des troubles mentaux, si nous voulons que leur qualité de vie et leur fonctionnement social s'améliorent. L'AIRS semble en mesure d'atteindre ces objectifs. La pertinence de cette approche tant pour la ville que la campagne la rend encore plus intéressante. Le projet expérimental en cours, qui mesure l'efficacité, l'utilité et l'applicabilité de l'AIRS, fournira des données additionnelles sur le modèle.

Les praticiens de la santé ont un rôle important à jouer dans la dispensation des services de réinsertion sociale offerts aux personnes ayant des troubles mentaux. C'est ce qu'a démontré le projet de Thunder Bay, dans lequel la plupart des coordonnateurs et TCSM sont des infirmières. En général, cependant, les praticiens de la santé sont peu nombreux à participer à ce genre de programmes, malgré les connaissances et l'expérience qu'ils ont accumulées dans la promotion de la santé et la réhabilitation psychiatrique. Ainsi, aux États-Unis, moins de 15 % de tous les praticiens diplômés choisissent la psychiatrie comme spécialité. Et seulement 5 % choisissent la maladie mentale chronique comme champ de pratique. Au Canada, la situation semble encore plus décourageante. En effet, 1 % des praticiens seulement sont actuellement employés par les programmes communautaires de santé mentale (Statistiques Canada, 1990). Ce dernier pourcentage est semblable aux États-Unis (ANA, 1989). Ces chiffres parlent d'eux-mêmes.

Les personnes souffrant de troubles mentaux comptent parmi les groupes les plus mal desservis au Canada et aux États-Unis. Elles méritent pourtant que les professionnels de la santé s'intéressent à elles et fassent les efforts nécessaires pour attirer d'autres praticiens pour prendre soin d'elles.

RÉFÉRENCES

- AIKEN, L.H., 1987, Unmet needs of the chronically mentally ill: will nursing respond?, *Image*, 19, 3, 121-125.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 1989, *Employment Statistics*, Kansas City, MO: Auteur
- BACHRACH, L.L., 1980, Overview: model programs for chronic mental patients, *American Journal of Psychiatry*, 137, 1023-1031.
- BACHRACH, L.L., 1989, The legacy of model programs, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 3, 234-235.

- BACHRACH, L.L., 1991, The chronic patient: The 13th principle, *Hospital and Community Psychiatry*, 402, 12, 1205-1206.
- BACHRACH, L.L., HARRIS, M., 1988, Editor's notes. Harris and L.L. in Bachrach, ed, Clinical case management, *New directions in mental health services*, 40, 1-3.
- DE CANGAS, J., 1992, *The Organization of Mental Health Delivery Systems to Ensure Accountability, Cost Effectiveness and Quality of Life*, Unpublished manuscript, Lakehead University, School of Nursing, Thunder Bay, Ontario.
- DE CANGAS, J., 1991, *Social Reinsertion: Beyond Case Management and Psychosocial Rehabilitation (Résumé)*, Proceedings of the Third Congress of the World Association for Psychosocial Rehabilitation, p. 94, Montréal, Québec, Canada: World Association for Psychosocial Rehabilitation.
- DE CANGAS, J., 1989, *A Study of a Comprehensive Community Living Treatment Program for the Chronically Mentally ill*, Unpublished master's thesis, University of Alberta, Edmonton, Alberta.
- FRANKLIN, J.L., SOLOVITZ, B., MASON, M., CLEMONS, J.R., MILLER, G.E., 1987, An evaluation of case management, *American Journal of Public Health*, 77, 6, 674-678.
- GRAD, J., SAINSBURY, R., 1968, The effects that patients have on their families in a community-care and a control psychiatric service: A two-year follow-up, *British Journal of Psychiatry*, 114, 265-278.
- GUAY, J., 1991, *L'entraide de quartier: un support dans la communauté pour la réinsertion des personnes en difficulté. (Résumé)*, Proceedings of the Third Congress of the World Association for Psychosocial Rehabilitation, Montréal, Québec, Canada: World Association for Psychosocial Rehabilitation, p. 51.
- HAFNER, H., AN DER HEIDEN, W., 1989, Effectiveness and costs of community care for schizophrenic patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1, 59-63.
- JERRELL, J.M., HU, T.W., 1989, Cost-effectiveness of intensive clinical and case management compared with existing system of care, *Inquiry*, 26, 224-234.
- KANTER, J., 1989, Clinical case management: Definition, principles, components, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 4, 361-368.
- LUKOFF, D., LIBERMAN, R.P., NUECHTERLEIN, K., VENTURA, J., 1986, Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 578-603.
- MAGANA, A.B., GOLDSSTEIN, M.J., KARNO, M., MIKLOWITZ, D.J., JENKINS, J., FALLOON, I.R.H., 1986, A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients, *Psychiatric Research*, 17, 203-212.

- 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.
- MAURIN, J.T., 1990, Case management: caring for psychiatric clients, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 28 7, 6-12.
- OLFSON, M., 1990, Assertive community treatment: An evaluation of experimental evidence, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 634-641.
- STATISTICS CANADA, Health Division, Careers Section, 1990, *Manpower-Health Statistics*, vol. VIII (Health professions), Ottawa, Approvisionnement et services, Canada.
- STEIN, L.I., 1990, Comment by Leonard Stein, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 649-651.
- STEIN, L.I., TEST, M.A., 1980, An alternative to hospital treatment. I: Conceptual Model, treatment program, and clinical evaluation, *Archives of General Psychiatry*, 37, 302-397.
- TAUBE, C.A., MORLOCK, L., BURNS, B.J., SANTOS, A.B., 1990, New directions in research on assertive community treatment, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 642-647.
- WALLACE, C.J., 1986, Functional assessment in rehabilitation. Independent living skills survey, *Schizophrenia Bulletin*, 12 4, 604-630.
- WEISBROD, B.A., TEST, M.A., STEIN, L.I., 1980, An alternative to hospital treatment. II: Economic benefit-cost analysis, *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.

ABSTRACT

Social reinsertion: Beyond case management and psychosocial rehabilitation

Recently in western countries mental health systems are, slowly but systematically, adopting case management (CM) as a system of service delivery. Nonetheless, case management remains undefined, poorly described and its characteristics uncharted and unresearched. Social reintegration is a comprehensive model that incorporates strategies of service delivery aimed at solving the problems encountered by CM in the maintenance, enhancement of clients quality of life and social functioning and, social and community acceptance are addressed and issues of costs and collaboration between institutions is explored in depth.