

Le Community Resources Consultants de Toronto : deux programmes de case management
The Community Resources Consultants of Toronto (CRCT): Two Case Management Programs
El Community Ressources Consultants de Toronto : dos programas de case management

Jennifer Pyke, Louise Nimigon et Vaughn Robertson

Volume 23, numéro 2, automne 1998

Le suivi communautaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032454ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032454ar>

[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

Pyke, J., Nimigon, L. & Robertson, V. (1998). Le Community Resources Consultants de Toronto : deux programmes de case management. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 70–92. <https://doi.org/10.7202/032454ar>

Résumé de l'article

Cet article décrit deux programmes bien établis de case management qui ont été développés en réponse aux lacunes identifiées au sein du système de soins de santé mentale à Toronto. Le case management y est défini ainsi que la place qu'il occupe au sein du système de soins en santé mentale. On y décrit aussi la philosophie des programmes, comment elle est appliquée au niveau organisationnel et dans la dispensation des services. Des vignettes illustrent ensuite le travail quotidien des case managers et soulignent l'importance de la relation de partenariat avec l'utilisateur.



Le *Community Resources Consultants* de Toronto : deux programmes de case management

Jennifer Pyke*

Louise Nimigon**

Vaughn Robertson***

Cet article décrit deux programmes bien établis de case management qui ont été développés en réponse aux lacunes identifiées au sein du système de soins de santé mentale à Toronto. Le case management y est défini ainsi que la place qu'il occupe au sein du système de soins en santé mentale. On y décrit aussi la philosophie des programmes, comment elle est appliquée au niveau organisationnel et dans la dispensation des services. Des vignettes illustrent ensuite le travail quotidien des case managers et soulignent l'importance de la relation de partenariat avec l'utilisateur.

Cet article décrit le développement, l'évolution et le fonctionnement de deux programmes communautaires de case management gérés par le Community Resources Consultants of Toronto (CRCT). (« Case management », qui sous-entend un contrôle sur la dispensation des services, n'est pas le terme le plus approprié pour décrire nos services, mais comme il est très répandu, nous l'employons ici). Nous porterons une attention particulière aux domaines que nous estimons cruciaux pour la pertinence et l'efficacité de nos services — la relation entre le client et le case manager, l'implication active des usagers, ainsi que la mise en application des valeurs organisationnelles et l'énoncé de la mission.

Le Community Resources Consultants de Toronto (CRCT) est une agence communautaire de santé mentale. Tous ses services sont financés par les programmes de santé mentale du ministère de la Santé de l'On-

* R.N., M.H.Sc., responsable de la gestion au Community Support Services du Community Resources Consultants de Toronto (CRCT). En 1981, elle était parmi les premières *case managers* du Community Rehabilitation Services.

** B.A., (psychologie). Elle travaille au Hostel Outreach Program du CRCT depuis 1988.

*** B.S.W., intervenante au Community Rehabilitation Services du CRCT depuis 1985.

Remerciements

Nous remercions Shawn C., Susan Harris, Élise Parent et Julie Valenti pour leur précieuse collaboration.

tario. Le CRCT a été créé en 1974 dans le but de répondre aux besoins d'un service centralisé à Toronto et chargé de développer des services spécifiques (en particulier le logement, les services récréatifs et le suivi post-hospitalisation), la coordination, l'information et la continuité des soins (Fischer et Freeman, 1976). Le service de base du CRCT, soit son service de consultation, a évolué depuis son tout début, et son mandat original, celui de « service pour les services » (servant de ressource aux dispensateurs de services), s'est transformé en ressource pour tous, particulièrement les usagers en santé mentale. Le CRCT a depuis identifié d'autres lacunes du système et les a comblées.

En 1981, le financement a permis de développer l'un des premiers programmes de case management en Ontario, les Services communautaires de réadaptation (CRS, Community Rehabilitation Services). Les besoins en ont été clairement démontrés dans une étude des pratiques de congé dans quatre milieux psychiatriques du Toronto métropolitain, effectuée conjointement par le Clarke Institute of Psychiatry et le CRCT. Les lacunes identifiées entre la référence, les besoins et l'achalandage ou l'utilisation des services communautaires ont fait ressortir la nécessité d'une meilleure planification du congé et du suivi communautaire (Wasylenki et al., 1981). La nature même de son travail (réduire les symptômes) et son site (l'institution) limitent les capacités du personnel hospitalier de comprendre et de traiter les difficultés quotidiennes éprouvées dans la communauté par les personnes souffrant de maladie mentale grave. Les CRS ont été mis sur pied pour intégrer un service communautaire à l'hôpital, y travailler avec le personnel à soutenir le retour des patients dans la communauté, et leur dispenser dans ce milieu un soutien continu.

En 1987, le CRCT a participé aux discussions avec le personnel des refuges, les professionnels en santé mentale et les planificateurs sur la façon de répondre aux besoins des sans-abri souffrant de troubles graves qui demeuraient dans des refuges. Un concours de circonstances — sondage révélant qu'une proportion élevée de personnes vivant dans les refuges avaient de graves troubles mentaux, cas fort médiatisé d'une itinérante ayant des problèmes de santé mentale et d'abus de substances trouvée morte gelée, et tenue en 1987 de l'année internationale des sans-abri — a provoqué la mise sur pied du Hostel Outreach Program (HOP) en 1988. Le mandat du HOP est d'identifier et de rejoindre les itinérantes sans-abri souffrant de troubles graves et de les aider à trouver les services et le soutien dont elles ont besoin. À l'instar des services communautaires de réadaptation, ce service est mobile (le travailleur social reste en contact avec le client où qu'il soit dans la zone métropolitaine) et disponible aussi longtemps que nécessaire.

Puis, en 1996, en réponse à une conscience accrue du grand nombre de personnes souffrant de troubles graves qui avaient des problèmes avec la justice, le CRCT obtenait de quoi financer deux postes qui puissent fournir sur place un appui en santé mentale et une liaison dans deux cours criminelles à Toronto — le service juridique d'appui en santé mentale (Mental Health Court Support Services).

Cet article met l'accent sur les services communautaires de réadaptation (SCR) et sur HOP (Hostel Outreach Program) — deux programmes de case management qui utilisent la recherche active de la clientèle sur le terrain (Assertive outreach) afin d'identifier les personnes souffrant de troubles graves qui éprouvent des difficultés dans la communauté, de s'engager auprès elles, et de maintenir une implication par après.

Bref historique du case management

L'introduction des neuroleptiques et d'autres médicaments psychiatriques dans les années 60 et 70 ont, jusqu'à un certain point, allégé pour un grand nombre de personnes, plusieurs des symptômes les plus débilissants de la maladie mentale grave. En même temps que l'accent mis sur les droits civils, la préoccupation née des effets négatifs d'une longue institutionnalisation, et la réduction des coûts engendrée par la fermeture de lits, cette médication a dépeuplé nos hôpitaux psychiatriques au cours des dernières décennies. Bien que les hôpitaux provinciaux n'étaient et ne sont pas l'endroit approprié pour la plupart des personnes souffrant de troubles pour de longues durées, au moins elles y étaient nourries, vêtues et logées et on y pourvoyait à leurs besoins médicaux. Comme nous le savons, la planification inadéquate de la désinstitutionnalisation et le transfert insuffisant des fonds des institutions à la communauté ont tourné à la tragédie pour nombre de personnes qui se retrouvèrent à la rue, dans des refuges, en prison ou dans des logis insalubres.

Une des premières tentatives de redressement de ce manque de services et de soutien pour les personnes désinstitutionnalisées est venue du Wisconsin au cours des années 1970. Le programme de suivi intensif dans le milieu (Program for Assertive Community Treatment, ou PACT) fournissait essentiellement une ressource communautaire alternative à l'hôpital (Stein et Test, 1980). Le case management, qui venait de la pratique du travail social, arriva peu après. Toutefois, contrairement au modèle PACT, le case management n'était pas conçu à l'origine comme un service direct mais plutôt comme un moyen d'acquérir des services pour le client, un courtage en quelque sorte.

Les fonctions du case management furent d'abord l'appréciation, la planification, la liaison, le monitoring et l'évaluation (Intagliata, 1982). Avec l'avènement de la défense des droits des usagers, ces fonctions sont maintenant tenues pour minimales. Au cours des vingt dernières années, le case management a connu des transformations significatives, et plusieurs nouveaux modèles ont émergé et intégré d'autres fonctions, notamment les modèles de la réadaptation, de celui centré sur les forces du client et du soutien complet (Rehabilitation, Personal Strengths and Full Support Models). Ces fonctions supplémentaires incluent l'identification du client, la recherche active de la clientèle, le développement de relations thérapeutiques en contexte du case management, la défense des droits et le développement de ressources, l'entraînement des habiletés, la prévention et l'intervention de crise, l'assistance dans la gestion des symptômes et du comportement, le counseling, le soutien familial, et l'éducation des professionnels et du public. Contrairement au modèle PACT (qui prévoit clairement quel personnel et quelles activités doivent être disponibles) la plupart des programmes de case management adoptent un modèle philosophique particulier et en ajustent le fonctionnement aux besoins particuliers de leur communauté. (Pour plus d'informations sur les modèles de case management, voire Pyke, sous presse, 1998.)

L'importance de plus en plus reconnue d'une relation continue avec le client, et le fait que le case management s'avère souvent le seul service disponible ou acceptable pour l'utilisateur, sont deux des facteurs qui ont fait évoluer le case management de sa visée première comme modèle de courtage de services vers un modèle global et complexe de services directs.

Le débat sur les mérites des différents modèles de soutien communautaire se poursuit toujours. Une récente revue de littérature portant sur les différentes approches a conclu « qu'au lieu de réduire la recherche à une course de chevaux entre des modèles rivaux, il serait plus fructueux de tenter de prévoir qui répondra le mieux à tel modèle ou à telle composante d'un modèle donné » (Mueser et al., 1998, 66).

Pourquoi le case management ?

En Ontario, le case management a été décrit comme « un service qui comprend un continuum d'interventions flexibles et globales afin de coordonner pour les personnes malades un système fragmenté. La relation entre le professionnel et l'utilisateur est au cœur du case management. Cette relation met l'accent sur un partenariat avec l'utilisateur qui est maintenu au fil du temps afin de fournir une continuité des soins »

(Gehrs, 1993, 4). Le case management vient en aide aux personnes aux prises avec des besoins qui sont complexes et à long terme. Ces personnes doivent repérer, atteindre et utiliser des services et des appuis qui leur permettront d'avoir une meilleure qualité de vie. Pour y arriver, le case manager doit aider les usagers à surmonter leurs obstacles personnels et ceux des ressources, et doit systématiquement exiger le retrait des obstacles au niveau des ressources. Les case managers réduisent leurs propres obstacles en maintenant à jour leurs habiletés et leurs connaissances et en adoptant les valeurs d'une pratique centrée sur les besoins de l'utilisateur. Tel qu'indiqué, les obstacles peuvent se situer au niveau des ressources, du professionnel ou de l'utilisateur.

Les obstacles au niveau des **ressources** comprennent :

- le manque d'accessibilité : par exemple, les services peuvent être difficiles à obtenir ou dépasser les moyens financiers de l'utilisateur ;
- l'inflexibilité : par exemple, l'utilisateur doit accepter un « package » de services même si seules certaines parties du service lui sont nécessaires ou il doit y participer à des moments précis ou un minimum de fois dans une période donnée ;
- de longues périodes d'attentes ;
- un manque de ressources.

Les obstacles au niveau de l'**usager** :

- un malaise à cause des symptômes ;
- des habiletés insuffisantes pour avoir accès à une ressource ou en profiter ;
- une faible estime de soi, souvent liée au rejet ou à des échecs répétés ;
- un manque de support ;
- une incapacité à payer les frais associés à l'accès ou à l'utilisation des services.

Les obstacles au niveau du **professionnel** :

- un manque d'habiletés pour faciliter l'accès ou l'utilisation d'un service par l'utilisateur ;
- un manque de capacités pour évaluer adéquatement les besoins de l'utilisateur ;

- un manque de connaissance de la variété des ressources ;
- une incapacité d'impliquer activement l'utilisateur dans la prise des décisions.

Le case management est une composante importante d'un système de santé mentale bien pourvu en ressources et reposant sur un esprit de collaboration. Toutefois, il ne peut remplacer le logement, ni fonctionner comme un hôpital, ni fournir des emplois, ni non plus agir comme centre de jour ou programme récréatif — autant de ressources d'un système adéquat. Le case management peut tendre la main aux gens qui ont besoin d'un appui à long terme ; il peut aider les gens à obtenir les services de base ; à envisager une vie meilleure ; à obtenir et à utiliser les services et les appuis requis. Le case management est souvent qualifié de ciment qui tient ensemble les diverses composantes du système afin de répondre aux besoins complexes et changeants des personnes.

Le Community Resources Consultants (CRCT)

Le Case management

Alors que les services communautaires de réadaptation (CRS) et le programme HOP présentent plusieurs similitudes, ils sont aussi très différents selon leur mission et leur localisation. Par exemple, les premiers liens du CRS étaient établis avec les services psychiatriques pour desservir les hommes et les femmes déjà hospitalisés. Pour cette raison, le CRS a encore des liens étroits avec les services psychiatriques, et la majorité des personnes référées proviennent des hôpitaux psychiatriques. Au contraire, le programme HOP, qui met l'accent sur les femmes itinérantes, a développé et maintenu ses relations les plus étroites avec les refuges, les centres de jour et les autres ressources destinées aux sans-abri. Dans un bref aperçu historique, chaque programme est décrit avec certaines différences, puis suivent des éléments communs.

Les services communautaires de réadaptation (CRS)

En 1981, huit postes étaient comblés au sein des CRS (professionnels de la réadaptation) et ce personnel assumait un rôle de liaison avec les quatre hôpitaux psychiatriques participant à l'étude sur les services de suivi après l'hospitalisation effectuée par Wasylenki et al. (1981). Le personnel du CRS travaillait en collaboration avec le personnel hospitalier afin d'identifier les patients présentant au moins

deux des facteurs de risques associés à une réadmission : logement instable, chômage, isolement social, et plus de deux admissions psychiatriques. Avec le patient et le personnel hospitalier, le personnel du CRS élaborait un plan de congé, et au moment où le patient obtenait son départ, il lui donnait l'appui nécessaire dans la communauté (Goering et al., 1988 ; Pyke et al., 1993). À partir de 1988, avec des fonds périodiques additionnels, le CRS avait étendu ce service à 10 hôpitaux, y compris les deux hôpitaux psychiatriques provinciaux desservant la région métropolitaine de Toronto.

En 1990, le CRS s'associa au partenariat Dundas-Osler, un projet conjoint du Community Occupational Therapists and Associates (COTA), de l'hôpital psychiatrique du Queen Street Mental Health Centre (QSMHC) et de la coalition pour le logement (Supportive Housing Coalition, SHC) afin de fournir un appui flexible dans des logements permanents à des personnes qui avaient été hospitalisées au cours de longues périodes. Le CRS dispense des programmes de case management à chaque locataire, le COTA offre des activités de groupe plusieurs heures par semaine dans les deux unités de logement et le SHC assume toutes les fonctions de conciergerie tandis que le QSMHC dispense les services médicaux et thérapeutiques et assume la coordination du partenariat (Boydell, 1993).

Le CRS compte deux superviseurs et l'équivalent de plus de 15 case managers permanents (travailleurs sociaux) qui desservent approximativement 230 personnes en même temps. Le programme est divisé en deux équipes géographiques, dont chacune a développé des liens appropriés aux besoins et à la population de sa communauté. Par exemple, celle de l'ouest dessert les usagers vivant au cœur du centre-ville et celle de l'est dessert une région plus vaste en banlieue torontoise. L'équipe de l'ouest a plus de liens avec le QSMHC et avec le secteur du logement, celle de l'est travaille en collaboration avec les unités psychiatriques des hôpitaux généraux et les agences travaillant auprès des nouveaux immigrants s'installant dans cette région.

Le CRS a toujours desservi des personnes âgées de 16 ans et plus aux prises avec des problèmes de maladie mentale grave qui éprouvent de sérieuses difficultés dans la communauté et manquent de soutien. Les difficultés de vie peuvent inclure le logement inadéquat ou instable, le manque d'activités régulières significatives, l'isolement social, l'incapacité de répondre à ses besoins de base, et des hospitalisations fréquentes. Après avoir évalué comment mieux utiliser les ressources en place, le CRCT s'est engagé à dispenser des soins aux gens les « plus en besoin ». On a défini ces derniers comme étant les personnes sans abri

ou très isolées. Le CRS accorde maintenant priorité aux personnes qui présentent l'un ou l'autre de ces facteurs de risque et celles qui éprouvent des difficultés à obtenir des services à cause de leur race ou de leur ethnie. Priorité est aussi donnée aux personnes qui ont des démêlés avec la justice, un autre groupe qui rencontre des obstacles au niveau des services. En plus des services de première ligne, le personnel travaille systématiquement à pallier les autres failles et problèmes du système.

En 1996, le CRS reconnaissait le besoin de rendre ses services complètement disponibles, et depuis octobre 1996, il s'est ouvert à toutes les sources de références, incluant l'auto-référence. Les références sont faites par téléphone et les messages sont laissés dans une boîte vocale : un travailleur du CRS retourne les appels dans les cinq jours et toutes les informations sont transmises par téléphone. Essentiellement, le travailleur social a besoin des informations suivantes : 1) Est-ce que la personne répond à nos critères ? 2) Existe-t-il un potentiel de danger pour le travailleur ? 3) L'utilisateur a-t-il un soutien quelconque ? 4) Pourquoi a-t-il besoin d'un haut niveau de services comme celui du case management ? Si, en plus, l'utilisateur présente un des critères « du plus en besoin », il sera placé en priorité sur la liste d'attente. Les usagers sont avertis de la liste d'attente et sont avisés des ressources temporaires ou alternatives.

Le Hostel Outreach Program

Le Hostel Outreach Program (HOP) mis sur pied en 1988 est le premier programme de case management en Ontario destiné aux seules personnes qui souffrent de maladie mentale grave et sont sans abri. Deux agences, le CRCT et le COTA, dispensent un programme global et à long terme de soutien et de services à cette population. Le CRCT met l'accent sur la clientèle féminine et le COTA dessert les hommes. Cet article décrit seulement le programme HOP du CRCT.

Initialement, le personnel du HOP travaillait de concert avec quatre refuges temporaires pour femmes afin d'identifier les personnes ayant besoin de services. Le personnel des refuges identifiait les clientes potentielles à partir d'une liste qui décrivait les comportements et le fonctionnement démontrant qu'elles éprouvaient probablement de graves problèmes de santé mentale. Alors que le personnel de HOP maintient toujours des contacts avec ces refuges, les points de référence se sont étendus pour inclure les femmes qui fréquentent les centres de jour et celles qui vivent dans la rue. Le personnel de ces refuges est maintenant bien informé du travail de HOP et avise les travailleurs sociaux du HOP quand une personne répond aux critères. Bien que le

HOP soit destiné aux gens les « plus en besoin », davantage d'importance est accordé aux femmes itinérantes qui n'utilisent pas les refuges.

Le personnel de HOP travaille en étroite collaboration avec d'autres agences desservant les sans-abri, y compris des centres de jour, des refuges, des services de santé et des organismes de logement. De fortes habiletés de revendication sont nécessaires pour faciliter à cette population l'accès aux ressources, souvent réticentes à la desservir ou présentant des obstacles. Un exemple de cette situation : le personnel de HOP a revendiqué l'abolition d'un critère d'une agence de logement qui imposait aux requérants une entrevue de pré-admission. Deuxième exemple, ces travailleurs sociaux ont réussi à mettre sur pied une maison de chambres pour femmes seulement. Les bonnes relations avec un hôpital psychiatrique provincial (QSMHC) et un hôpital général du centre-ville ont fait en sorte que les médecins psychiatres résidents visitent les clients dans les refuges, aux centres de jour et aux bureaux de HOP au centre-ville. Une initiative inter-agence particulièrement réussie a été la création d'un refuge de haut soutien et de faible demande (high-support low-demand) pour les femmes confrontées à des obstacles dans l'utilisation des refuges et qui vivent dans la rue. Le personnel de HOP a été très actif à mettre sur pied ce modèle de logement, qui s'inspire d'un service offert à Philadelphie (Culhane, 1992), et il lui fournit continuellement son soutien.

Les cinq travailleurs du Hostel Outreach Workers (HOW) se rapportent à un superviseur et desservent environ 70 femmes en même temps. Le CRCT et le COTA partagent un bureau au centre-ville, offrent conjointement un centre social hebdomadaire et se réunissent à chaque mois avec un consultant en psychiatrie. Bien qu'on ne tienne aucune liste d'attente formelle, un sondage récent a estimé qu'environ 200 autres femmes sont en situation de besoin.

Les éléments communs du CRS et du HOP

Les différences de programmes influencent aussi les éléments communs de chaque programme. C'est-à-dire que bien que les attentes ou les politiques soient les mêmes, leur approche ou leur mise en place est façonnée par chaque population ciblée et par le lieu de travail.

Tous les membres du personnel sont responsables de l'identification de clients potentiels (case finding) et de l'utilisation de leur connaissance, habiletés, et expérience pour engager avec le client une relation de travail. On tente de répondre à la complexité des besoins des usagers par du soutien direct et par la référence ou la liaison à un réseau

de logement et de ressources (médicale, psychiatrique, financière, juridique, sociale, ergothérapeutique, éducative et autre). Le personnel agit comme défenseur quand se présentent des obstacles, il assiste l'utilisateur pour régler des inconvénients de tous les jours, et le guide dans le dédale bureaucratique. L'intervenant et l'utilisateur développent un plan individualisé pour gérer les situations de crise. Selon la situation, le personnel est appelé à s'impliquer auprès de la famille ou d'autres proches de l'utilisateur. Le personnel du CRS et du HOP rencontre les usagers dans leur milieu, par exemple, à la maison, dans les refuges, les centres de jour, la rue, les centres communautaires, les hôpitaux, etc. Le service est disponible du lundi au vendredi. Bien que la plupart des contacts se fassent le jour, des rencontres en soirée s'organisent au besoin.

Chaque membre du personnel a une charge de travail spécifique d'utilisateurs avec qui il interagit sur une base individuelle. Chaque employé du CRS est responsable de 15 à 20 utilisateurs et le personnel de HOP, de 12 à 15. En tout temps, les intervenants peuvent aussi tenter d'engager un lien avec un nouvel utilisateur qui éprouve des difficultés mais demeure réticent à accepter de l'aide. L'intervenant l'inscrit comme client lorsqu'il juge que la relation qu'il a développée avec lui est dans une bonne voie. Chaque superviseur dispense aussi des services de première ligne à un petit nombre d'utilisateurs; cette pratique est encouragée car elle permet au superviseur d'être au fait des problèmes liés à la dispensation de services directes, et accroît ses habiletés de superviseur et sa crédibilité.

Les services sont disponibles aussi longtemps que le client le veut ou en a besoin. Une fermeture de dossier peut se produire quand, après plusieurs tentatives de relance, la personne refuse systématiquement les services, ou qu'il existe d'autres ressources pour soutenir sa stabilité et qu'elle n'a plus besoin du niveau d'intensité du CRS ou de HOP; ou qu'elle déménage hors de la région de Toronto; ou encore parce qu'elle sera probablement institutionnalisée pour plus d'un an. Tous les utilisateurs peuvent réintégrer le programme dans tous ces cas.

Le personnel permanent reçoit environ deux heures de supervision individuelle par mois. Une réunion d'équipe mensuelle permet un échange d'information et du soutien, et les réunions de programme, aussi mensuelles, abordent les questions administratives et de gestion. Les intervenants des programmes se réunissent une fois par mois avec le psychiatre pour discuter des utilisateurs.

Une superviseuse du CRS coordonne la formation du nouveau personnel du case management. Elle dispense de la formation elle-même, implique du personnel expérimenté dans le développement et l'enseignement

d'autres aspects. Une composante de la formation est assumée par les usagers. Tous les nouveaux intervenants en case management reçoivent jusqu'à 46 heures de formation théorique dans les premiers six mois d'embauche. Les étudiants en nursing, en travail social et en ergothérapie qui sont en stage au CRS ou au HOP sont invités à assister à ces séminaires. (Les modules d'enseignement pour chaque activité de case management, rendus récemment disponibles par le biais du Mental Health Case Management Association of Ontario, constituent une nouvelle ressource de formation). La formation continue est disponible à tout le personnel par le biais de séminaires sur place, de conférences et d'ateliers.

Notre expérience en case management nous a fait prendre conscience de l'importance d'accorder du temps, de faire preuve de patience et de créativité afin d'établir une relation solide avec l'usager. Les phases de cette relation ci-après décrites constituent seulement des lignes directrices. Nous savons que les gens ne vont pas dans la vie de manière aussi ordonnée; que le changement est un processus qui est lent, rarement linéaire et qui est influencé par le système, les limites et les forces des praticiens ainsi que des usagers.

La première phase comprend le développement de la relation intervenant-usager. Le programme reconnaît le processus d'engagement comme étant potentiellement long et accorde ainsi aux intervenants le temps nécessaire d'établir le rapport. À cette étape, le case manager prend le temps d'établir la relation avec l'usager et tente de bien saisir sa problématique; il lui offre de l'aide afin de répondre aux besoins de base et décrit d'autres moyens par lesquels il peut lui venir en aide (Pyke et al., 1993; Goering et al., 1997). La gestion de crise, qui est abordée dans toutes les phases, peut être plus fréquente au cours de la première phase. Les gens sont souvent référés parce que leur situation est instable et complexe.

Au cours de la deuxième phase, l'on s'assure que les besoins de base de l'usager sont comblés. On tente aussi d'entamer avec lui un processus dans lequel il puisse entrevoir une meilleure vie. Les besoins de base incluent le logement, la nourriture, le vêtement, les soins de santé et le revenu. Les objectifs de vie peuvent inclure de se préparer au marché du travail ou d'obtenir un emploi, avoir un meilleur logement, poursuivre des études, se faire des amis et les garder, rétablir ou améliorer les relations familiales et participer à la vie communautaire.

La troisième phase inclut le développement et la mise en place d'objectifs à long terme, la dispensation d'un soutien continu, la coordination de services, le monitoring et l'évaluation continue. Toutefois, tel

que mentionné, la vie ne se déroule pas aussi clairement, ces phases ne sont donc pas mutuellement exclusives.

Les vignettes qui suivent illustrent les diverses composantes des différentes phases avec un accent particulier sur la première.

Vaughn, une intervenante du CRS, décrit sa façon de rejoindre un homme qui lui a été référé par un membre de sa famille et qui n'a aucun lien avec le système de soins de santé mentale.

Jake a été référé au CRS par sa mère, par téléphone, au début de l'été 1997. Mme Smith a raconté que son fils vivait dans le hangar du jardin et qu'il avait été verbalement agressif à son égard par le passé. Elle a aussi spécifié que Jake souffrait de maladie mentale « légère ». La mère avait fait transporter les effets personnels de Jake du sous-sol de sa maison, où il avait vécu en reclus pendant plusieurs années, au hangar du jardin dans une tentative de l'obliger à se trouver son propre logement. Mme Smith, qui est septuagénaire, voulait vendre sa maison et emménager dans un endroit plus petit.

Jake est âgé de 50 ans mais paraît plus vieux. Je l'ai rencontré la première fois, deux semaines après l'appel de Mme Smith, chez sa mère. Jake est venu dans le salon pour me rencontrer. Ses vêtements étaient vieux et froissés et il avait l'air d'avoir dormi tout habillé. Lors de la conversation, Jake est demeuré la plupart du temps recroquevillé sur lui-même. Il sentait l'alcool. Son élocution était parfois chancelante et ses paroles illogiques et je devais de temps en temps le ramener à notre conversation.

Je me suis présenté et lui ai parlé un peu de nos services. Jake était intéressé à trouver un endroit où vivre parce que sa mère lui avait demandé de quitter la maison. Apparemment, il avait vécu avec sa mère au cours des neuf dernières années. Ils avaient plusieurs conflits à cause de son refus de payer un loyer même s'il recevait une allocation d'invalidité. Mme Smith aimerait que Jake se trouve un emploi et un logement. Mme Smith était en arrière-plan alors que je parlais avec Jake, nous interrompant à certains moments par des commentaires sur sa situation d'inactivité et son alcoolisme. Jake semblait très en colère contre sa famille et niait en fait qu'ils étaient sa famille. Jake a un frère qui vit aussi à la maison. J'écoutais Jake et ne montrais aucune réaction à sa posture ou à ses propos. Nous avons continué de parler pendant un bon moment. Jake me parla des endroits qu'il avait visités, des livres qu'il avait lus et de ses écrits. Sa conversation était marquée par des périodes de lucidité. À la fin de notre rencontre, il accepta mon aide pour se trouver un logement.

Nous nous sommes rencontrés régulièrement, et nous avons convenu que ces rencontres auraient lieu dans la cour arrière. Le temps froid revenu, Jake redéménagea au sous-sol. Lorsque j'abordais le sujet du logement, il semblait plus intéressé d'avoir quelqu'un à qui parler que de se trouver un logis. J'ai décidé qu'il était important de développer notre relation tout en gardant la question du logement à l'ordre du jour. Nous nous sommes entendus pour examiner la possibilité d'un logement subventionné comme option à long terme puisque sa mère ne tenait plus autant qu'avant au départ de Jake.

Jake et moi avons développé un bon rapport. C'est un homme intelligent et à l'occasion je peux faire de l'humour avec lui. Bien qu'il se décrive comme un solitaire et dise ne vouloir parler à personne, il continue de participer à nos rencontres régulières. Jake est extrêmement isolé et n'a aucun contact avec sa famille ou quiconque autre que moi. Il refuse même de consulter un médecin pour ses problèmes respiratoires.

À deux occasions, il s'est fâché contre moi, et à l'une d'elles, je me suis sentie mal à l'aise. J'avais soulevé le fait qu'il consommait de l'alcool lorsque nous avions rendez-vous. Je lui ai dit que nos conversations étaient meilleures quand il ne buvait pas. Il s'est mis à crier et j'ai dû couper court à notre rencontre, tout en prévoyant une autre rencontre la semaine suivante. À un autre moment, je suis arrivée à l'entrée du sous-sol et il y avait des magazines un peu partout avec des photos de femmes nues. Je lui ai demandé de les mettre de côté pendant ma visite puisque je me sentais mal à l'aise. Encore une fois, il se mit à crier et fut verbalement agressif. Je lui ai dit que je partais et que je téléphonerais pour fixer une autre rencontre. Avant mon départ, il s'est excusé. À notre rencontre suivante, les magazines avaient été mis de côté et nous avons eu une autre discussion au sujet de mon rôle. Il s'est dit d'accord pour faire une demande de logement subventionné et remplit finalement le formulaire avec moi.

Dans une conversation avec la mère et le frère de Jake alors qu'il n'était pas à la maison pour notre rendez-vous, ils ont mentionné que Jake était mieux que par le passé et qu'ils étaient étonnés qu'il continuait de me voir. Je pense que Jake commence à me faire confiance et qu'il m'a mise à l'épreuve pour voir mes réactions face à ses comportements. Je continue de l'accepter tel qu'il est, tout en établissant des limites. Je suis consistante dans mes visites avec Jake.

Louise, une intervenante du programme HOP décrit son expérience pour tenter de rejoindre une femme itinérante.

La première fois que j'ai parlé à Annie, je lui ai dit mon nom et où je travaillais. Elle s'est mise à crier et m'a dit qu'elle n'avait pas besoin de programme de refuge et que Dieu prendrait soin d'elle. Elle était sur une rue achalandée du centre-ville de Toronto, assise par terre en face d'une banque. Elle avait une botte seulement dans un pied et semblait crier à l'autre botte, là, au milieu de la rue. Je décidai alors de laisser passer une semaine ou plus pour ensuite me rendre visible à elle. Peu de temps après, j'ai commencé à lui sourire, à la contacter du regard et à lui dire bonjour de temps à autre.

Annie demeurait quelquefois dans un refuge pour femmes. Toutefois, comme elle criait et avait des comportements agressifs envers les autres femmes ou le personnel, à peine deux semaines ou même deux heures après son arrivée on lui demandait de partir. Bien que Annie ne menaçait pas de faire du mal aux autres, ses paroles étaient très bouleversantes pour les autres femmes et inacceptables pour le personnel. Lorsqu'on lui demandait de quitter le refuge, elle ne se présentait pas à un autre, et alors demeurait plutôt dans la rue.

Quelques semaines après, j'ai commencé à la saluer à chaque fois que je la rencontrais. Elle commença à me répondre pour ensuite vite se retourner et s'enfuir. Je l'approchais doucement pour ajouter un « comment ça va » ; et d'obtenir une réponse d'elle marqua un autre développement dans notre relation. Je me rendis compte à quel point ces rencontres étaient brèves, quelques secondes seulement. Je lui dis mon nom, mais ne mentionnai pas que j'étais intervenante au programme HOP. Je lui proposai de venir prendre un café. Elle refusa toujours, mais prenait la monnaie que je lui offrais. Parfois je l'apercevais au magasin du quartier. Cela continua quelques mois, la relation se construisant seconde par seconde, jusqu'à des échanges qui durèrent 20 minutes. Alors que je devenais plus avertie des signes fort subtils du « donner et du recevoir » de notre relation, je réalisai qu'aussi longtemps qu'on parlerait à l'extérieur (ce qui était toujours le cas), dans la rue ou dans un parc, j'étais celle qui l'approchais et dans un sens j'entraçais dans son territoire. À cette prise de conscience, je terminais toujours nos conversations et quittais au moment où je sentais qu'elle allait partir. Elle avait peu de place où aller pour se sentir en sécurité ou bienvenue et je ne voulais pas limiter ses options davantage.

Notre relation se poursuivait au cours de plusieurs mois, avec certaines interruptions quand elle s'installait dans une autre partie de la ville. Elle dormait dehors la plupart du temps sous toutes sortes de température. Il était évident qu'elle était débrouillarde, et en quelque sorte un peu chanceuse. Malgré ses capacités apparentes de pouvoir

s'occuper d'elle-même, plus je la connaissais plus il m'était difficile de la voir dans cette situation.

Nous avons un bureau au centre-ville et en période de grand froid, je l'encourageais à venir se réchauffer et boire un café. Après plusieurs invitations, elle est venue une fois à la porte d'entrée et accepta des vêtements chauds et des mitaines. Elle n'est jamais entrée à l'intérieur. Après un an de contact, Annie parlait beaucoup. Elle parlait du mal que la société lui infligeait et me demandait continuellement pourquoi il en était ainsi et est-ce que la même chose s'était produite pour moi ou pour d'autres personnes. Je tentai de la rassurer en lui disant qu'elle n'était pas seule à se sentir agressée par la société. Avec le temps, elle me parla davantage d'elle-même, où elle avait grandi, fréquenté l'école et travaillé. Il prit un bon moment avant de commencer à parler de logement. Elle décrit le genre d'endroit où elle aimerait vivre : cet endroit serait entouré d'une haute clôture de fer. À plusieurs égards, un logement permanent était loin des préoccupations d'Annie et tout cela demeurerait simplement à l'étape de discussion. Toutefois, le contact avec Annie était régulier et elle était toujours contente de me voir.

L'hiver suivant notre rencontre, elle commença à fréquenter occasionnellement un centre de jour pour femmes. Un jour où elle allait maifestement mal — et pour la sécurité de tous — on appela la police et elle fut emmenée à l'hôpital. Elle y séjourna pendant quatre mois. À son congé, elle se rendit à un refuge pour femmes. Annie était à ce moment sous médication et ses paroles envers les autres femmes n'étaient pas agressives. La médication avait des effets secondaires sur Annie et je travaillai avec elle et son médecin pour rendre sa médication acceptable et aidante le plus possible. Puis au cours de plusieurs mois Annie accepta l'idée de vivre dans un refuge sur une base régulière. Je demeurai disponible pour elle. Les changements manifestés par Annie et les changements de situation de logement étaient remarquables pour moi et pour les autres qui l'avaient connue au moment de son itinérance. Le plan à long terme prévoyait pour Annie un appartement partagé, géré par le refuge, dans une coopérative de logements du voisinage. Après six mois au refuge, Annie déménagea dans l'appartement qu'elle partage maintenant avec une autre femme. Au cours de l'année qu'elle y a résidé, elle a continué de stabiliser sa vie. Elle s'acharna à faire elle-même ses courses et ses repas. J'acceptai de l'accompagner pour ses courses et le personnel l'aïda à choisir des recettes et à faire ses repas. Elle tenta de trouver quelque chose à s'occuper et se mit à faire du tricot et de la lecture avec passion. Elle trouva que si elle était occupée, elle relaxait davantage. Elle est maintenant inscrite à des

cours par correspondance et en même temps elle prend des cours d'informatique pour pouvoir faire ses travaux.

Toutes ces décisions et activités ont demandé beaucoup de support et d'encouragement. Annie me demande mon avis, prend en considération mes conseils et ensuite fait ce qu'elle estime être le mieux pour elle. Notre relation est moins intense maintenant et le contact se fait environ aux trois semaines. Dans ce travail, les femmes avec lesquelles nous travaillons trouvent leur propre façon de définir la relation qu'elles ont avec nous. Annie dit que je la comprends et que je suis comme une soeur pour elle.

De mon point de vue, Annie continue de compter sur notre relation et de l'apprécier. Je demeure un soutien précieux en dehors des ressources du logement.

Dans d'autres situations, l'usager peut être très ouvert à l'implication de l'intervenant, comme l'illustre l'exemple de Shawn, qui partage son expérience comme usager du programme CRS.

Shawn se décrit comme « une personne dont la vie a pris un tournant tragique ». Il est maintenant âgé de 31 ans et a été diagnostiqué schizophrène quelques années auparavant. Il a tenté de mettre fin à ses jours à plusieurs reprises et se rétablit actuellement de blessures physiques graves qu'il s'est infligées lors d'une tentative de suicide pour laquelle il fut hospitalisé pendant plusieurs mois. Shawn décrit ses douleurs émotionnelles comme étant beaucoup plus insupportables que les douleurs physiques qu'il a éprouvées.

Shawn a été référé au CRS par un membre du personnel d'un hôpital provincial. À ce moment-là, Shawn dit qu'il n'était pas certain en quoi consistait cette référence. Julie (son intervenante au CRS) a rencontré Shawn pour la première fois dans la cuisine de la maison de chambres référée par l'hôpital. « Je détestais cet endroit. Donc, c'était bien lorsque Julie venait puisque ça me faisait quelqu'un à qui parler. Je pensais alors que ce serait seulement un travailleur social. Je ne savais pas qu'il s'agirait d'une personne du calibre de Julie. » Au cours des semaines suivantes, Shawn et Julie se rencontrèrent plusieurs fois. Deux mois après leur première rencontre, Shawn fit une autre tentative de suicide. Julie a maintenu le contact avec lui à l'hôpital et commença à le visiter à la maison après son congé de l'hôpital. Au cours de plusieurs visites, ils parlèrent de sa situation. « Seulement d'avoir à qui parler de ma situation m'aidait » Shawn discerna qu'il avait besoin de support pour l'aider à « s'organiser ». Julie l'aida à récupérer ses papiers d'identité personnelle (qu'il avait perdus) et à composer avec la confusion bureaucratique de son

dossier d'assistance sociale. Par l'intermédiaire d'amis, Shawn trouva un logement qu'il partage avec une autre personne, une étape qu'il considère très importante pour lui. Il considère les visites hebdomadaires de Julie comme une façon de « sortir de sa vie de fantasia » et considère Julie comme une personne « supportante, disponible et rassurante » et « qui me rentrerait à l'hôpital si nécessaire ». Il la considère comme une amie et une grande soeur.

S'assurer que les services répondent aux besoins des usagers

Les programmes HOP et CRS ont deux façons d'accroître les probabilités de cohérence des services avec les besoins et les désirs des groupes d'usagers : l'implication des usagers et l'évaluation de programmes.

L'implication des usagers

Les valeurs organisationnelles, l'énoncé de la mission et les politiques de l'agence servent de lignes directrices à tous les programmes, activités et procédures du CRCT. L'énoncé de la mission précise que « les services que nous dispensons seront déterminés par les besoins et les préférences des clients, des usagers, ou des survivants, qui seront impliqués de façon significative aux niveaux individuel, organisationnel et administratif ». La participation des usagers dans la vie de l'organisation et des programmes a enrichi notre compréhension de la dispensation des services et de ce qui est important. Impliquer les usagers demande un engagement ferme de la part de l'organisation et un effort concerté afin de réduire les obstacles à leur participation (Pyke et al., 1991). Trois façons dont le CRS et le HOP les impliquent sont ici décrites :

- Pendant plusieurs années, le CRS a eu un comité consultatif composé essentiellement de dispensateurs de services et de membres du personnel, dont l'objectif était d'émettre des conseils en matière de programmes. En réalité, cet exercice consistait en quatre rencontres annuelles où les membres du personnel expliquaient au comité consultatif en quoi consistait leur travail. Les efforts pour aborder les questions importantes étaient infructueux et la fréquence inadéquate des rencontres nuisait à la continuité et à l'objectif. En 1995, avec un engagement ferme d'intégrer plus activement les usagers dans la vie du programme, le comité consultatif fut aboli et remplacé par le Consumer Reference Group. Ce groupe est composé de neuf membres, dont six doivent être des usagers, et trois, des membres du personnel du CRS. À travers ce groupe, les usagers et les autres clients sont

impliqués dans un nombre d'activités reliées au développement des programmes, à leur évaluation, et à la dispensation des services : ceci inclut une implication active dans l'embauche et la formation du personnel (Pyke et al., 1997).

- En 1996, les clients du CRCT, d'autres usagers, le personnel et les membres du conseil d'administration se sont rencontrés afin de développer une vision partagée du CRCT et d'articuler les valeurs de l'organisation. Le Consumer Reference Group du CRS, le personnel et les usagers du HOP se rencontrèrent plus tard afin de mettre en vigueur chacune des huit valeurs mises de l'avant pour le personnel de chacun des programmes respectifs. Par exemple, le Consumer Reference Group actualise la valeur de *l'autodétermination* (le droit de faire des choix et d'en assumer la responsabilité), dans le sens où l'intervenant du CRS « me permet de faire mes propres choix avec l'input nécessaire » et « me donne le temps et l'espace nécessaire pour faire mes propres choix ». Les usagers du HOP ont mis en vigueur la valeur de *respect* qui exige du personnel de ne « pas porter de jugement » et la valeur de *collaboration*, soit de « travailler ensemble comme des partenaires au lieu de percevoir le personnel comme étant à notre service ». Ces attentes au niveau des comportements ont été incorporées dans les descriptions de postes, l'évaluation du personnel, l'embauche, la formation et l'évaluation de programmes.
- Les évaluations internes de programmes effectuées en 1993 pour le CRS (Pyke et Apa, 1994) et en 1997 pour le HOP ont inclu les usagers à toutes les étapes du processus : préparation des questions, interviews, analyse des données et recommandations.

Évaluation de programmes

Comme le CRS et le HOP étaient des nouveaux modèles de services dans la province, chaque programme fut évalué par les chercheurs du Clarke Institute of Psychiatry avec un financement du ministère de la Santé (Wasylenki et al., 1985; Goering et al., 1988; Wasylenki et al., 1993; Goering et al., 1997). Le Dundas Osler Program (DOP) a été évalué au cours de ses premières années d'existence par le Community Support and Research Unit du Queen Street Mental Health Centre (Boydell, 1993) : le système de gestion d'information du CRCT démontrait pour cette période que le nombre moyen de jours d'hospitalisation par personne était de 267 avant l'admission au programme DOP; il avait baissé à 50 dans les deux ans suivant l'admission.

En 1995, le nouveau comité de recherche et d'évaluation du CRCT a développé un protocole pour l'évaluation globale de chaque programme du CRCT aux trois ans. Selon le sondage le plus récent, les résultats indiquent une amélioration significative dans les domaines de la croissance personnelle et l'« empowerment », le logement, les jours d'hospitalisation, le travail et la participation sociale. Les usagers ont souligné l'importance de la relation avec l'intervenant, et appréciaient le fait que les rencontres avaient lieu dans leur environnement. Les membres des familles rapportaient se sentir moins accaparés et mieux informés (Pyke et Apa, 1994). Le Consumer Reference Group a élaboré avec le personnel du CRS le processus et le contenu d'un autre sondage auprès des usagers (automne 1998).

Un sondage de HOP mené en 1997 incluait 35 % des usagers (26 personnes). Compte tenu de la situation souvent difficile des clients de HOP, ce degré de participation était satisfaisant. À la fin du sondage, les femmes y ayant participé ont été comparées à celles qui n'y avaient pas participé. Il n'y avait pas de différences statistiques significatives entre les deux groupes pour le temps passé comme usager de HOP, l'âge, le logement (14 femmes étaient sans abri), les diagnostics ou les problèmes d'abus de substances. Toutefois, les femmes y ayant participé allaient plus probablement fréquenter les activités hebdomadaires du centre de jour ainsi que d'autres activités sociales. Les thèmes-clés qui revenaient dans le sondage étaient liés à la relation avec l'intervenant de HOP, soit de se sentir traitée comme une autre personne et appuyée dans sa prise de décision, un sentiment d'être moins isolée et de mieux se sentir en général. Plus concrètement, les usagers ont noté des améliorations au niveau du logement, du travail, de l'éducation, et de l'assistance dans des activités comme l'hygiène, les soins de santé et les courses (Pyke et Lindsay, 1998).

Des informations supplémentaires au sujet des bénéfices des services du programme HOP ont aussi été fournies dans un vidéo produit grâce à des fonds de la Fondation Atkinson. « A Fine Line », produit en 1996, a été fait par et à propos des gens recevant les services de HOP. Dans ce documentaire, on voit les usagers, le personnel et les dispensateurs de services discuter du modèle de services et de ses avantages.

Notre système de gestion d'information nous permet de décrire les personnes que nous desservons et fournit de plus, de l'information en matière de logement, d'hospitalisation, d'éducation/formation, d'activités sociales, de revenu et de réseau social. Le sondage des usagers nous fournit des données qualitatives importantes étant donné que les

clients nous informent de leur perception de nos services, de ce qui est important pour eux, de quelle manière leur vie a changé depuis qu'ils ont accès aux programmes, et quels autres services pourraient leur venir en aide.

Des discussions régulières entre le personnel et les usagers aident le case manager à comprendre à quel point l'utilisateur se sent plus confortable en ayant davantage de pouvoir sur sa vie dans cette relation (Pyke et al., 1997). Le feedback du sondage auprès des usagers nous permet de savoir si le modèle de services répond à leurs besoins. De concert avec notre système de gestion d'information, nous pouvons ainsi nous assurer que nos services sont efficaces et pertinents.

Conclusion

Cet article a brossé un tableau de nos services de case management. En regardant en arrière après 18 ans, nous avons identifié plusieurs facteurs-clés qui ont influencé notre façon de dispenser des services aujourd'hui :

- Un accent grandissant sur le développement d'un partenariat axé sur l'utilisateur ;
- Un usage grandissant des ressources alternatives en santé mentale ;
- L'implication des usagers et des survivants dans l'organisation et le développement des programmes ;
- L'élaboration claire de valeurs organisationnelles et de l'énoncé de mission ;
- Un accent sur l'expérience, l'attitude et les valeurs personnelles dans l'embauche de notre personnel ;
- Notre implication avec les groupes provinciaux et locaux, particulièrement dans l'élaboration de l'éducation et de la formation au case management et dans les revendications pour des changements au système.

Nous travaillons actuellement à de nouvelles initiatives qui amélioreront la dispensation des services de case management. Elles incluent :

- Les changements organisationnels anti-racistes au CRCT : un de ses objectifs est que le personnel reflète davantage les diverses races et cultures du Toronto métropolitain ;

- Assister les autres agences dans l'élaboration des services de case management, particulièrement celles qui peuvent rejoindre les gens que nous ne pouvons desservir adéquatement, comme certains groupes ethno-culturels ;
- Consacrer plus de temps à la recherche active de la clientèle afin d'identifier les gens qui, à cause d'obstacles ou de leur manque de lien ou de visibilité, n'ont pas accès au support qui leur est nécessaire.

L'engagement et le travail acharné du personnel, l'implication des usagers et les relations étroites établies entre les programmes avec les hôpitaux et les agences communautaires sont la clé du succès durable des programmes du CRS et du HOP. Le Community Resources Consultants of Toronto continuera de répondre de façon créative et flexible aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale dans un environnement qui change au plan démographique, socio-économique et politique.

Références

- BOYDELL, K., 1993, The Dundas-Osler Project, A multi-support model of independent living for people with long-term psychiatric backgrounds, *National Mental Health Policy Reporter*, 5-6.
- CULHANE, D. P., 1992, Ending homelessness among women with severe mental illness: a model program from Philadelphia, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 1, 63-76.
- FISCHER, L., FREEMAN, S. J. J., 1976, Community Resources Consultants: an experimental approach to aftercare, *Canada's Mental Health*, 24, 33-37.
- GEHRS, M., éd., 1993, *Mental Health Case Management Training Resource Guide*, Mental Health Case Management Association of Ontario.
- GOERING, P. N., FARKAS, M., WASYLENKI, D. A., LANCEE, W. J., BALLANTYNE, R., 1988, Improved functioning for case management clients, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 1, 3-17.
- GOERING, P. N., WASYLENKI, D. A., LANCEE, W. J., FREEMAN, S. J. J., 1984, From hospital to community: six month and two-year outcomes for 505 patients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 11, 667-673.
- GOERING, P. N., WASYLENKI, D. A., FARKAS, M., LANCEE, W. J., BALLANTYNE, R., 1988, What difference does case management make?, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 3, 272-276.

- GOERING, P. N., WASYLENKI, D. A., LINDSAY, S., LEMIRE, D., RHODES, A., 1997, Process and outcome in a Hostel Outreach Program for homeless clients with severe mental illness, *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 4, 607-617.
- INTAGLIATA, J., 1982, Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 4, 655-674.
- MUESER, K. T., BOND, G. R., DRAKE, R. E., RESNICK, S. G., 1998, Models of community care for severe mental illness : a review of research on case management, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1, 37-74.
- PYKE, J., Community Support, in Clinton M., and Nelson, S., éd., *Advanced Clinical Practice in Mental Health Nursing*, Blackwell Science Ltd., Oxford, publication en 1998.
- PYKE, J., APA, J., 1994, Evaluating a case management service: a family perspective, *Journal of Case Management*, 3, 1, 21-26.
- PYKE, J., BEZZINA, A., ROBINSON, M., WAGNER, A., 1993, Reaching in, reaching out : making the connection, in Duplessis, G., McCrea, M., Viscoff, C., Doupe, S., éd., *"What Works!" Innovation in Community Mental Health and Addiction Treatment Programs*, Canadian Scholar's Press, Toronto, 121-128.
- PYKE, J., LANCASTER, J., PRITCHARD, J., 1997, Training for partnership, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 1, 64-66.
- PYKE, J., LINDSAY, S., 1998, "Stand by me. Support me" : *Feedback From Clients of a Case Management Service for Homeless Mentally Ill Women*, In review.
- PYKE, J., SAMUELSON, G., SHEPHERD, M., BROWN, M., 1991, Shaping mental health services, *The Canadian Nurse*, 87, 5, 17-19.
- STEIN, L. I., TEST, M. A., 1980, Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation, *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- WASYLENKI, D., A., GOERING, P. N., LANCEE, W. J., FISCHER, L., FREEMAN, S. J., 1981, Psychiatric aftercare : identified needs versus referral patterns, *American Journal of Psychiatry*, 138, 9, 1228-1231.
- WASYLENKI, D., A., GOERING, P. N., LANCEE, W. J., BALLANTYNE, R., FARKAS, M., 1985, Impact of a case manager program on psychiatric aftercare, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 5, 303-308.

ABSTRACT**The Community Resources Consultants of Toronto (CRCT):
Two Case Management Programs**

This article describes two well established case management services which were developed in response to clearly identified gaps in the mental health system in Toronto. The significance of case management and its place in the mental health system are addressed. CRCT's service philosophy and how that philosophy is put into operation at an organizational level and in the delivery of case management service is described. Client vignettes illustrate the day-to-day work of the case managers and the importance of a strong working alliance.

RESUMEN**El Community Ressources Consultants de Toronto :
dos programas de case management**

Este artículo describe dos programas de case management bien establecidos, que han sido desarrollados como respuesta a las lagunas identificadas al interior del sistema de asistencia de salud mental en Toronto. Una definición de case management así como el lugar que este ocupa al interior del sistema de asistencia en salud mental, son abordados. También se describe la filosofía de los programas, el cómo son aplicados de manera organizacional en el dispensario de servicios. En seguida, las viñetas ilustran el trabajo diario de los case manager y subrayan la importancia de la relación de partenariat con el usuario.