

## Santé mentale au Québec

# Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire : contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec

Lourdes Rodriguez del Barrio

---

Le traitement dans la communauté  
Volume 36, numéro 1, printemps 2011

URI : [id.erudit.org/iderudit/1005813ar](http://id.erudit.org/iderudit/1005813ar)

DOI : [10.7202/1005813ar](https://doi.org/10.7202/1005813ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

---

Éditeur(s)

Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

ISSN 0383-6320 (imprimé)  
1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

---

Citer cet article

Rodriguez del Barrio, L. (2011). Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire : contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 35-56.  
doi:[10.7202/1005813ar](https://doi.org/10.7202/1005813ar)

---

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2011

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]

---



Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. [www.erudit.org](http://www.erudit.org)



## Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire : contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec

---

Lourdes Rodriguez del Barrio\*

Cet article examine l'origine et le contexte du projet d'implantation du suivi dans la communauté selon la perspective des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale au Québec. L'auteure présente les résultats d'une recherche sur les pratiques de ces organismes qui ont développé un dispositif spécifique qui intègre les composantes essentielles du modèle de suivi communautaire. L'auteure examine six paramètres qui permettent de caractériser les dispositifs, les approches et les pratiques : 1) l'approche dans l'accompagnement ; 2) le rapport volontaire à l'organisme ; 3) la place du traitement biomédicale ; 4) la flexibilité dans la durée et l'intensité ; 5) la dimension individuelle et collective de l'accompagnement ; 6) et, la participation citoyenne.

La désinstitutionnalisation qui a conduit à une réduction radicale de lits et à la fermeture d'hôpitaux psychiatriques dans les pays occidentaux, s'est fait parallèlement à la mise en place des services dans la communauté. Dans ce contexte, le *Plan d'action 2005-2010. La force des liens* a mis plus particulièrement sur les services de suivi communautaire (MSSS, 2005), selon les orientations élaborées sur plusieurs décennies (MSSS, 1998). Ce choix semble s'appuyer sur les courants actuels en réadaptation psychiatrique (notamment, les concepts de rétablissement et d'appropriation du pouvoir) et sur les recherches qui visent les « meilleures pratiques », ou les « pratiques efficaces ». Ces concepts véhiculent cependant l'impression d'un faux consensus sur les finalités, les moyens et les conceptions des traitements et des personnes avec des problèmes de santé mentale. La communautarisation implique nécessairement un changement dans l'organisation et la structure des services. Cependant, il y a lieu de s'interroger dans quelle mesure ce processus amènera une transformation des pratiques qui permettrait aux personnes avec des troubles mentaux graves de trouver leur place, de créer des liens satisfaisants et de réaliser leurs projets.

\* Ph.D., professeure agrégée, École de service social, Université de Montréal.

Cet article vise à contribuer à la réflexion sur les enjeux de cette réforme, notamment en ce qui concerne l'implantation du suivi communautaire. Nous présentons les résultats partiels d'une recherche sur l'importante contribution des organismes communautaires et alternatifs, un aspect peu étudié à ce jour<sup>1</sup>. Nous tentons de saisir leur dynamique propre, de ne pas les réduire trop rapidement au « déjà vu » et de les distinguer des modèles existants dans le but : 1) de reconnaître la contribution des acteurs impliqués dans leur développement ; 2) de favoriser une réflexion critique des modèles proposés pour assurer leur adaptation aux nouveaux contextes et garantir une meilleure mobilisation des ressources existantes ; et 3) de mieux identifier les pratiques qui ont une influence significative sur les parcours et la vie quotidienne des personnes vivant avec de graves problèmes de santé mentale. Les dispositifs, les approches et les pratiques des organismes communautaires, permettent-ils de questionner et d'enrichir les modèles contemporains de suivi communautaire ?

Nous présentons dans un premier temps, l'origine, le contexte et les tensions qui traversent le projet d'implantation du suivi dans la communauté, les recherches qui ont conduit à l'élaboration de ces modèles, leur expansion, leurs limites et leurs contradictions. Nous présentons ensuite six paramètres qui permettent de caractériser les dispositifs, les approches et les pratiques du suivi dans la communauté des organismes communautaires et alternatifs au Québec.

### **Le suivi et le soutien communautaire : étapes, acteurs et enjeux de l'implantation**

La préférence gouvernementale pour les modèles de suivi communautaire s'est inscrite dans un contexte où des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique ont été développées autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système public. Ce processus a engendré des modalités de soutien communautaire qui ont varié selon l'histoire et les caractéristiques des communautés : centres de crise, milieux de jour, maisons d'hébergement, centres de traitement psychothérapeutique, communautés thérapeutiques, groupes d'entraide, centres de thérapie par l'art, etc. Le suivi communautaire, présent dans les organismes communautaires et alternatifs depuis de nombreuses années (Gélinas, 2009 ; Pigeon et Fortin, 2005), s'est inspiré d'approches diverses tout en se développant de façon relativement indépendante.

Dans une première période, les milieux institutionnels se réfèrent au case management qui semble dépasser la simple coordination et la gestion de services, de même que la psychiatrie de secteur telle

qu'implantée en France (MSSS, 2002). L'arrimage à une approche médicale semble généralement assez fort. Le milieu communautaire fait référence à certains aspects du *case management* mis en tension avec d'autres philosophies qui lui sont propres, de même que l'expérience du travail de rue et l'approche structurelle. Les organismes communautaires qui développent une pratique de soutien/suivi communautaire vont d'emblée revendiquer leur spécificité (Lalonde, 1989; Lalonde et al., 1994). Plusieurs préfèrent le terme « accompagnement », et ceux qui utilisent le terme de « suivi », le justifient de la manière suivante : « si l'on suit quelqu'un, c'est parce qu'il nous devance, qu'il décide de la direction » (Lalonde, 1989, 2). Lors du premier colloque sur le « suivi communautaire » au Québec (Lalonde et al., 1994), on s'est attardé à définir cette pratique pour la distinguer du *case management*, qui ne propose pas de plan d'intervention constitué d'étapes et de fonctions précises : « Ce sont des intervenants « itinérants » qui aident la personne dans toutes les sphères de sa vie. [...] il est « un accompagnateur pour la personne dans l'autogestion de sa vie ». Le suivi communautaire est défini comme un processus au cours duquel la personne est amenée à prendre du pouvoir sur sa vie dans un travail de collaboration avec l'intervenant.

Une deuxième période est marquée par : 1) la reconnaissance publique de cette modalité de pratique ; 2) la multiplication du nombre de milieux de pratique et d'organismes qui propose du soutien/suivi dans la communauté ; 3) une tendance à l'importation de modèles expérimentés ailleurs. Il semble y avoir actuellement une tendance à la standardisation de cette modalité. Du côté communautaire, il existe une certaine résistance aux modèles extérieurs et aux cadres normatifs qui entrent en conflit avec l'expérience et les projets communs élaborés par ces organismes. Il semble y avoir aussi un désir d'accroître la visibilité de ces expériences, de démontrer leur efficacité fondée sur leur propre philosophie d'intervention. Peu de recherches ont examiné ces questions jusqu'à présent.

C'est dans cette perspective que plusieurs cadres de référence ont été élaborés par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ, 2006), par l'Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (AASMM, 2006), et par le Regroupement des organismes offrant du suivi alternatif communautaire (ROSAC).

### **Le suivi communautaire selon le Plan d'action 2005-2010 : standardisation ou uniformisation ?**

Le plan d'action est caractérisé par deux éléments : une référence aux concepts mobilisateurs de *rétablissement* et d'*appropriation* du

*pouvoir*, et une approche organisationnelle de santé publique populationnelle qui vise l'accessibilité d'une gamme complète de services sur l'ensemble du territoire du Québec.

Dans l'offre de services, le suivi dans la communauté prend diverses formes « en fonction de l'intensité des besoins » (MSSS, 2005, 51). Le suivi intensif (SI) vise les personnes dont « la condition est instable et fragile » et compte sur une équipe interdisciplinaire, qui inclut la participation obligatoire d'un médecin. Le soutien d'intensité variable (SIV), qualifié de « type case management », s'adresse « aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres » (MSSS, 2005, 51). Le SIV vise « surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement » et l'établissement d'un « lien basé sur la confiance et le respect » entre l'intervenant et la personne accompagnée (MSSS, 2005, 51). La coordination du SIV est assurée par un « intervenant pivot » des équipes de première ligne en santé mentale du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de chaque localité.

Le suivi intensif (SI) est réservé aux intervenants du réseau public tandis que le soutien à intensité variable (SIV) peut être pratiqué par les intervenants des deux milieux.

Le plan d'action donne peu de détails sur les modèles de pratique et n'a pas imposé de normes homogènes pour l'implantation des modèles SI et SIV, comme l'Ontario (MHLTC Ontario, 2004, 2005), les États-Unis et le Royaume-Uni (DH 2001). Le MSSS a délégué cette responsabilité aux Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et aux Centres de santé et des services sociaux (CSSS).

Certains chercheurs estiment que cette décision rend l'implantation d'un modèle fidèle<sup>2</sup> aux normes validées, plus difficile et plus lente (Fleury et Latimer, 2004). Selon cette perspective, l'établissement de normes claires permettrait d'assurer des ressources financières suffisantes, l'accès à une formation « de haut calibre et une veille continue à la fidélité provenant de l'extérieur de l'équipe » (Fleury et Latimer, 2004, 366). C'est dans cette optique que le Centre National d'excellence en santé mentale (CNESM) a vu le jour. Le centre a le mandat de définir les standards, de promouvoir l'implantation par la formation, le soutien et l'évaluation des services.

Du point de vue du développement des services publics, la standardisation vise à assurer l'accessibilité, l'équité et l'universalité des services, des programmes et des pratiques de qualité pour l'ensemble de la population. L'application de ces principes a pour effet de mettre en

tension les processus d'uniformisation afin d'éviter une distribution inégale des ressources (en termes économiques, humain ou de savoir), et de maintenir la flexibilité indispensable à l'adaptation des services aux dynamiques locales. Quel poids auront ces tendances dans l'implantation des services en santé mentale dans la communauté ? La spécificité et la richesse des dispositifs, les approches et les pratiques des secteurs publics et communautaires seront-elles prises en compte ?

### **Le suivi dans la communauté : pluralité des modèles, efficacité et fondements**

Définir ce qui s'inscrit sous le vocable de suivi communautaire n'est pas un exercice facile compte tenu de la diversité de sens de ces termes et la pluralité des acteurs qui s'y réfèrent. Les pratiques de suivi communautaire ont été développées aux États-Unis dans les années 1970, par des intervenants des services psychiatriques pour tenter de répondre aux défis que posait le retour des patients dans leur milieu de vie. Le suivi communautaire peut être défini comme une pratique d'accompagnement où l'intervenant va là où vit la personne, développe un lien avec celle-ci et agit auprès des ressources du milieu de cette dernière (proches, professionnels, employeurs, propriétaires, etc.)<sup>3</sup>. L'extension de ces pratiques a donné lieu à une pluralité de modèles<sup>4</sup> qui se distinguent selon plusieurs dimensions, notamment : les finalités, les caractéristiques des patients et des intervenants, les approches dans la relation d'aide, le niveau d'implication des intervenants dans la dispensation des services directs, l'intensité et la durée du suivi.

Parmi ces modèles, l'*Assertive Community Treatment*<sup>5</sup> (ACT) a fait l'objet du plus grand nombre d'études expérimentales et quasi expérimentales qui ont démontré son efficacité dans la réduction des ré-hospitalisations. À la fin des années 1990, la dissémination à grande échelle de l'ACT a entraîné sa standardisation<sup>6</sup> par l'élaboration de cadres de référence, de normes précises et d'instruments d'évaluation de la fidélité<sup>7</sup>. Son implantation répond principalement aux besoins et aux objectifs des services psychiatriques dans le contexte de la désinstitutionalisation. En effet, l'ACT, traduit au Québec par suivi intensif, se conçoit d'abord comme la « dispensation intégrée de traitements psychiatriques, de services de réadaptation et de soutien, dans le milieu de vie des clients » (Fleury et Latimer, 2004 ; Gélinas, 2009).

Plusieurs recherches ont tenté d'identifier les composantes « actives » ou « efficaces » des modèles, particulièrement celles auxquelles on peut attribuer les résultats<sup>8</sup>. On vise aussi à élaborer d'autres modèles moins coûteux pour des groupes ciblés qui ont besoin d'une intensité de

soins psychiatriques moindre. Ces modèles permettraient aussi de répondre aux exigences de l'implantation à grande échelle, et de s'adapter aux réalités des localités qui ne peuvent pas développer une multiplicité des services spécialisés. On voit alors s'instituer des distinctions entre le suivi intensif (SI) et le soutien à intensité variable (SIV).

**Tableau I**

<b>S.I. (Type ACT)</b>	<b>S.I.V (Type case management)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe interdisciplinaire avec psychiatre/infirmiers</li> <li>• Caseload partagé</li> <li>• Traitement, réadaptation et soutien</li> <li>• Ratio bas (1-8, 1-10)</li> <li>• Services disponibles 24/7</li> <li>• Recherche active de la clientèle (<i>assertive outreach</i>)</li> <li>• Clientèle ayant besoin d'un suivi intensif (traitement, réadaptation et soutien)</li> <li>• Fréquence de contacts élevée de 2 à 15 fois par semaine</li> <li>• Plan d'intervention interdisciplinaire avec implication du client</li> <li>• Offre tous les services ou la grande majorité</li> <li>• Services offerts in vivo dans le milieu de vie du client</li> <li>• Focus sur la gestion des symptômes et les problèmes au quotidien</li> <li>• Expertise de toxicomanie dans l'équipe</li> <li>• Expertise socioprofessionnel dans l'équipe</li> <li>• Services non limités dans le temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration avec plusieurs équipes de soins</li> <li>• Intervenant principal</li> <li>• Réadaptation et soutien</li> <li>• Ratio bas (1-18, 1-25)</li> <li>• Services disponibles 5 jours</li> <li>• Collaboration avec les centres de crises</li> <li>• Clientèle ayant besoin d'un suivi moins intensif</li> <li>• Fréquence de contacts moins élevée de 2 à 8 contacts par mois</li> <li>• Plan d'intervention avec implication de l'équipe multidisciplinaire et le client</li> <li>• Offre les services en collaboration avec d'autres partenaires</li> <li>• Services offerts in vivo dans le milieu de vie du client</li> <li>• Focus sur la réadaptation et le soutien au quotidien</li> <li>• Référence aux ressources disponibles</li> <li>• Accompagnement et soutien</li> <li>• Services limités dans le temps</li> </ul>

***L'évaluation de l'efficacité du suivi communautaire : pratiques efficaces axées sur le rétablissement***

Le modèle ACT favorise le contact des patients avec les services, et réduit le nombre d'hospitalisations (Rapp et al., 2004 ; Marshall et Lockwood, 2000). Sur le plan de l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie, les résultats sont moins concluants (Bond et al., 2010). Plus récemment, l'association du modèle ACT avec l'approche centrée sur les forces<sup>9</sup> (Rapp et al., 2004) a connu un intérêt croissant, et plus particulièrement, les pratiques orientées vers le rétablissement qui favorisent l'auto-détermination, le libre choix et l'appropriation du pouvoir (Salyers et Tsemberis, 2007 ; Davidson et al., 2009). Dans cette perspective, il s'agit d'arrimer les orientations du rétablissement aux exigences des transformations des soins, et les recherches fondées sur les données probantes aux études qualitatives, basées sur la perspective des acteurs, notamment sur celle des usagers des services.

Sans nier leur contribution à la transformation des services et à la consolidation des pratiques plus proches des milieux de vie, ce modèle et les recherches qui le soutiennent, présentent plusieurs limites et contradictions dont il est important de prendre la mesure.

Sur le plan des approches privilégiées en recherche, les résultats considérés correspondent davantage aux préoccupations organisationnelles du système public qu'à celles des usagers et de leur rétablissement (Rapp et al., 2004). On souligne aussi la quasi absence de recherches qui tiennent compte des enjeux cliniques associés aux diverses approches du traitement (Burns, 2008). Pour combler ces lacunes, des études plus récentes abordent les enjeux éthiques des interventions (Szmukler, 1999), par exemple : le partage de l'information et la confidentialité (Chen, 2008), la coercition dans le suivi (Appelbaum et Le Melle, 2008 ; McGrew et al., 2002 ; Molodynski, 2010 ; Rosen et al., 2007), le rapport à la médication (Tam, 2007), l'alliance thérapeutique (Howgego et al., 2003), le rapport aux proches et la confidentialité ainsi que la diversité de finalités associées à la notion d'intégration sociale selon les acteurs (Ware, 2007).

Ainsi, un certain consensus semble se dégager sur la nécessité d'inclure la perspective des différents acteurs (McGrew et al., 2003 ; Watts et Priebe, 2002), et de tenir compte d'autres critères significatifs pour le rétablissement des personnes, mais qui demeurent peu étudiés dans les recherches fondées sur les données probantes (Rapp et al., 2004 ; Davidson et al., 2009 ; Burns, 2008).

Il apparaît aussi nécessaire d'évaluer plus précisément la contribution de chaque dimension des pratiques dans l'obtention des



résultats souhaités. Il en va de même pour la pertinence des recherches qualitatives sur les pratiques, qui tiennent compte des diverses conceptions des résultats et de l'efficacité selon la perspective des intervenants, des gestionnaires, des proches et des personnes utilisatrices.

### ***Limites et contradictions du modèle ACT***

Par ailleurs, les recherches montrent les limites et les contradictions de l'ACT. D'abord, ce modèle semble véhiculer l'idée que l'adhésion aux prescriptions pharmacologiques constitue l'une des finalités principales du suivi communautaire. Une étude sur 120 équipes ACT aux États-Unis révèle que la majorité des intervenants soutiennent cette idée. Cependant, des recherches fondées sur les données probantes démontrent les effets limités des traitements pharmacologiques dans la réduction ou l'élimination des symptômes sur le rétablissement selon les usagers (Davidson et al., 2009). On peut se demander quelles modalités de traitement complémentaires et alternatives pourraient contribuer davantage au mieux-être des personnes, et comment les intégrer dans le système de soins et le suivi communautaire.

D'autre part, la coercition et les interventions intensives sont souvent perçues comme intrusives et allant à l'encontre des principes de libre choix et d'appropriation du pouvoir. Elles peuvent aussi contribuer à la stigmatisation.

Un autre aspect remis en question par les recherches qualitatives est la prédominance des approches psycho-éducatives qui mettent l'accent sur l'atteinte d'objectifs précis en termes d'apprentissage et d'acquisition d'habiletés. Le rapport à soi, aux autres et au monde est bouleversé par les situations de crise et les symptômes. Les approches psycho-éducatives et psychopharmacologiques qui prédominent dans les services psychiatriques et de suivi communautaire, contribuent à réduire les espaces pour nommer les expériences, les élaborer et leur donner sens (Rodriguez et al., 2001 ; Corin, 2000). L'accent sur les forces peut parfois réduire au silence des aspects plus troublants des expériences de la souffrance (Floerch, 2002). L'élaboration des plans d'intervention axés sur des objectifs précis risque ainsi d'écarter le projet d'autonomie de la personne. Le système peut ainsi provoquer l'exclusion des usagers qui n'arrivent pas à articuler leurs propres expériences et désirs en termes d'objectifs de changement comportementaux.

Ces aspects plus subtils et informels, s'avèrent essentiels pour mieux comprendre les interventions et leurs impacts sur les parcours des personnes, mais ils sont accessibles seulement par des méthodes qualitatives.

## **Paramètres du suivi communautaire**

Notre recherche a permis de décrire les caractéristiques des dispositifs, des approches et des pratiques de suivi communautaire des organismes communautaires et alternatifs. Pour cet article, nous avons retenu la présentation de six paramètres<sup>10</sup> principaux qui permettent d'identifier les points en commun et de divergence.

## **L'accompagnement de la personne**

La dimension relationnelle, les liens de confiance qui se créent entre l'intervenant et la personne accompagnée constituent une composante fondamentale de la pratique. L'écoute représente aussi un élément essentiel de la relation : « Ça permet [...] de faire baisser la tension, de prévenir ou de désamorcer des crises ou même d'éviter l'hospitalisation » (E).

La recherche souligne l'importance d'une pratique qui mise sur le potentiel de la personne « centrée sur les forces, sur le désir et les rêves [...], sur le global, pas juste sur les limites, la maladie, les déficits » (S). Le principe d'appropriation du pouvoir est plus présent dans les discours des participants. Il s'agit d'amener la personne à « reprendre du pouvoir sur toutes les facettes de sa vie » (E). L'autonomie qui prend différentes significations et compréhensions, occupe aussi une place importante. D'un côté, on réitère l'importance de l'écoute et du respect du rythme de la personne, de l'autre, l'autonomie apparaît comme une sorte d'impératif normatif : « Il faut que ça mène à plus d'autonomie, à quelques niveaux » (E).

Ainsi, les pratiques de certains organismes ne se résument pas à un accompagnement au développement d'habiletés concrètes, à la stabilisation d'un état et d'une situation ; elles soutiennent souvent deux projets : celui d'une plus grande autonomie et de réappropriation d'un pouvoir d'agir, et un autre qui touche le rapport à la vie et les aspirations de la personne : « [...] C'est bien d'avoir de la discipline, mais il faut bien qu'il y ait une capacité de plaisir » (S). Face au constat d'une perte ou d'une absence de plaisir, il faudra peut-être réinvestir et ré-habiter son quotidien, ou se décentrer de la santé mentale, « leur donner le goût à la vie en faisant autre chose » (S). Il s'agira peut-être de mobiliser ou de remobiliser la personne afin qu'elle puisse (re) découvrir ses intérêts et ses désirs.

## **Rapport volontaire à l'organisme : contrainte et flexibilité**

Les discours des participants reflètent des conceptions différentes et des tensions dans l'actualisation du principe de libre choix et du

rapport volontaire. Une conception plus contraignante de l'intervention cherche sa légitimité dans la place occupée dans le réseau des services ou dans la référence à la situation des personnes. Ainsi, certains organismes n'acceptent que des références des professionnels du secteur public et optent pour une adhésion au traitement médical. D'autres mentionnent les contraintes externes qui pèsent sur les situations des personnes : « Parfois, c'est une condition de libération. Volontaire par manque de choix : la prison ou la maison de transition. » (S). « Dans le cas de la supervision de la médication, [...] les gens se soumettent à cause de l'hôpital » (S).

Une autre forme de contrainte s'exprime dans une conception de l'implication de la personne dans l'organisme : « Le degré de motivation, ça fait partie des critères de sélection » (E). On parle d'une volonté de « changer » : « Il y a des situations où la personne ne veut pas changer, [...] elle n'est pas prête pour le plan d'intervention » (S). « Il faut que la personne veuille s'impliquer. On fait signer un contrat d'engagement » (E).

Dans d'autres organismes, l'actualisation du principe du libre choix se présente davantage comme une tension entre le respect du désir et des projets de la personne et la nécessité d'agir pour venir en aide. Ainsi, les récits des participants montrent cette tension qui cherche à être résolue par des pratiques nuancées où le maintien du lien devient la référence principale : « Quand une dame a été évincée à plusieurs reprises, elle n'a plus le choix. C'est la famille d'accueil ou l'organisme. Nous on n'oblige à rien. La démarche, c'est un lien à créer » (S). D'autres participants parlent de la nécessité d'accorder du temps pour travailler la motivation et le désir qui ne sont pas nécessairement présents.

### **La place du traitement biomédical**

La place accordée à l'approche biomédicale, du diagnostic et de la médication psychiatrique, diffère d'un organisme à un autre.

La majorité des organismes se réfère peu ou pas aux diagnostics psychiatriques ; pour certains organismes, le diagnostic est une condition d'acceptation. D'autres optent pour une analyse critique du rôle du diagnostic et refusent d'orienter l'intervention à partir de celui-ci : « On ne travaille pas avec le diagnostic, mais avec une personne » (S).

Des participants soulignent l'importance de favoriser des représentations de soi, des manières de nommer les expériences par un travail sur l'identité personnelle : « je ne parle pas beaucoup de maladie mentale. J'aime beaucoup mieux qu'ils posent un regard sur eux-mêmes comme étant différents et qu'ils ont le droit de l'être » (S). D'autres réfèrent au

diagnostic sans en faire une condition du suivi: « on n'en tient compte que dans la mesure où c'est important pour la personne » (S).

Parfois, il s'agit de mieux connaître la situation de la personne et son rapport à d'autres services.

Le rapport à l'accompagnement de la médication varie en significations et en modalités selon les organismes. Deux positions se dégagent. Dans un premier temps, la pratique semble se situer en continuité avec les recommandations médicales. « On vérifie qu'ils prennent bien leur médication », « on garde parfois les dosettes ».

Dans d'autres organismes, on fait une distinction entre le rôle des services psychiatriques et des organismes communautaires qui privilégient plutôt une approche globale non centrée sur la maladie et sur le diagnostic: « la médication est un traitement médical, institutionnel. On traite la maladie. Nous on rencontre la personne, c'est elle qui nous intéresse qu'elle prenne des médicaments ou pas. [...] On peut avoir un pouvoir sur les symptômes, c'est notre couleur. On travaille avec une personne souffrante » (S).

Le quart des organismes privilégient l'approche de Gestion autonome de la médication (GAM)<sup>11</sup>. Plusieurs commentaires font écho à cette approche qui favorise l'information sur la médication dans une démarche d'appropriation du pouvoir. Elle implique le dialogue avec les professionnels de la santé, notamment le médecin pour prendre en compte la perspective de la personne et mettre la médication au service de la qualité de vie. La personne est aussi accompagnée si elle souhaite diminuer la prise de médicaments ou trouver d'autres formes de traitement.

### **Flexibilité dans la durée et l'intensité**

Plusieurs organismes ne fixent pas de limite au soutien communautaire: 60 % des organismes offrent du suivi avec durée illimitée ou sans limite préétablie; 22 % posent une limite comme point de repère; et 18 % fixent une durée limitée de un à cinq ans. La grande majorité offre une grande flexibilité dans la durée du soutien. Selon les participants, cette flexibilité favorise la qualité du lien et le respect de leur rythme personnel, réduit les hospitalisations et contribue au maintien dans la communauté.

Dans la plupart des cas, les organismes n'établissent pas de repères fixes en ce qui concerne l'intensité du suivi. Ainsi, la pratique semble modulable en fonction des différentes situations des personnes accompagnées: intensif (une fois par semaine ou plus), périodique (une fois par quinzaine ou par mois), ou ponctuel (à la demande). La flexibilité va

jusqu'à la possibilité d'«avoir accès à leur intervenant en dehors des moments prévus de rencontres, sans attendre».

### **Les dimensions individuelles et collectives**

Deux caractéristiques se dégagent : la pluralité de pratiques et de dispositifs de soutien communautaire et un souci d'intrication entre vie collective et accompagnement individuel.

Ainsi, les pratiques de suivi communautaire s'inscrivent dans un ensemble où coexiste une grande diversité de dispositifs autres que le soutien individuel : hébergement, milieux de jour, programmes d'employabilité, d'entraide, des centres de crise, de défense de droits et de travail de rue.

Les personnes ont la possibilité de participer à une gamme d'activités : activités «récréatives», «ludiques», «éducatives», ateliers de «croissance», ateliers d'art, art-thérapie, ateliers d'écriture, musique, relaxation, repas communautaires, etc.

Des activités organisées par des personnes usagères sont aussi une pratique courante dans certains organismes. D'autres (une douzaine d'organismes) mentionnent le bénévolat et, dans certains cas, un travail rémunéré afin de mettre en valeur le potentiel et les «forces» des personnes. Dans ce sens, des ateliers animés par des intervenants et des membres permettent une inversion de rôles, expérience qui s'avère très riche. Du point de vue des organismes, ces activités «permettent à la personne d'acquérir plus d'autonomie, de développer des habiletés personnelles, de socialiser tout simplement pour le plaisir», ou encore contribuent à «briser l'isolement». Elles peuvent aussi permettre à la personne «de venir expérimenter ce qu'elle apprend [...] avec les intervenants et avec les pairs».

### **La participation citoyenne**

Certains organismes situent la pratique de soutien dans un processus d'implication ou d'enracinement des personnes dans la communauté à travers la participation citoyenne, que ce soit au sein d'organismes ou de mouvements de défense des droits : «La vie associative est un beau milieu d'expérimentation de ce que peut être la vie en société, c'est un modèle positif. L'objectif n'est pas de rendre les gens dépendants de leur café-rencontre. Ça permet de vivre une expérience de vie en commun positive, un apprentissage à prendre sa place comme citoyen» (S). Les deux tiers des organismes comptent sur la participation des personnes usagères dans leurs conseils d'administration.

## **Conclusion**

Notre analyse permet de conclure que les organismes communautaires et alternatifs ont développé un dispositif spécifique qui intègre les composantes essentielles du modèle de suivi communautaire. Par ailleurs, on constate aussi l'existence d'une diversité de perspectives et de pratiques. Afin de mieux cerner les similitudes et les différences, de même que les tensions et les dilemmes associés au type de relation avec les usagers, nous examinerons deux courants qui influencent la configuration des paramètres. Il ne semble pas y avoir d'organismes qui reflètent complètement l'un ou l'autre des courants, mais leur caractérisation permet de situer les tendances principales.

Un premier courant oriente les composantes de façon à assurer la continuité des services. Il imprime aux pratiques, les finalités de promotion de l'autonomie et d'intégration sociale dans les milieux normalisés. Les organismes qui se définissent en fonction de leur rôle dans le système des services publics, se consacrent principalement au suivi communautaire. Dans certains cas, il y a absence de local, de lieu de référence pour les personnes recevant un suivi dans la communauté, ou encore, il existe une séparation claire et quasi étanche entre les personnes qui reçoivent d'autres services ou qui participent à la vie de l'organisme et celles qui ont un suivi communautaire. Ce courant se caractérise aussi par une approche dans l'accompagnement qui impose le respect du traitement pharmacologique et qui privilégie les références du secteur public au rapport volontaire à la ressource.

Pour le deuxième courant, la continuité est définie davantage en fonction de l'expérience, des conditions d'existence, de la situation des personnes, de leurs projets et de leurs désirs. On privilégie l'appropriation du pouvoir et la relation d'aide et d'autres formes d'écoute et de soutien pour accompagner la personne dans un travail sur soi qui vise à dépasser la simple acquisition de nouvelles habiletés sociales. Cette perspective favorise une approche globale, métissée, où l'on travaille de manière à ce que la personne accède à une position de sujet face au traitement. La continuité avec les services publics se module à partir du sens que revêt cette continuité dans le parcours des personnes et non pas à partir d'un rôle préétabli de l'organisme dans l'organisation des services. Cet ancrage tend à déterminer la manière d'envisager l'intégration sociale et le rapport à la communauté dans l'intervention. Les personnes peuvent participer à d'autres activités et recevoir d'autres services de l'organisme. La ressource devient souvent un espace privilégié d'appartenance et de socialisation. Ces dispositifs permettent aux usagers de participer à la définition des orientations des organismes,

par leur présence au CA, aux assemblées et dans diverses instances décisionnelles, et encouragent leur participation citoyenne. L'organisme est ainsi porteur d'un projet de changement qui vise à promouvoir la place des personnes avec des problèmes de santé mentale, au sein de la société.

Notre étude montre que ce dernier courant prédomine dans les organismes communautaires et alternatifs au Québec. On peut se demander quels seront les effets et la contribution de ces deux courants sur le mieux-être des usagers et sur l'implantation du plan d'action.

En s'adressant directement aux individus et en favorisant principalement leur autonomie par l'intégration sociale, les pratiques de suivi communautaire se rallient aux grandes tendances sociétales contractoires. Tout en encourageant la liberté personnelle, et la création de nouvelles formes de solidarité, ces modèles peuvent toutefois contribuer à l'individualisation des problèmes sociaux, à l'isolement des personnes en situation de vulnérabilité occultant les processus d'exclusion sociale.

Notre analyse des pratiques des organismes communautaires et alternatifs met en lumière ces tendances de même que les tentatives d'y résister et de trouver de nouvelles réponses. Elle souligne l'importance de l'accueil et de l'écoute dans une approche globale de la personne, les distinctions subtiles entre les manières d'interpréter l'autonomie et l'appropriation du pouvoir, la souplesse et la flexibilité des rythmes et des intensités dans le suivi, la promotion d'espaces d'appartenance communautaires et enfin, la participation citoyenne.

La réforme actuelle des services en santé mentale s'oriente vers des formes de standardisation qui visent un accès équitable à des pratiques « efficaces » à l'ensemble de la population. Il est fort souhaitable que le système de soins demeure attentif aux effets d'exclusion qu'il risque d'engendrer par l'uniformisation des services, que ses orientations tiennent compte de la spécificité et de la richesse des expériences des personnes dans le respect de leurs parcours et de leurs projets.

## Notes

1. Hormis une étude qui porte strictement sur l'expérience d'un groupe de huit organismes tous situés sur le territoire de Montréal (Pigeon et Fortin, 2005). Gélinas (2009) aborde aussi la question de l'émergence des pratiques de suivi dans la communauté. On retrouve par ailleurs la description de diverses expériences dans *Santé mentale au Québec* (XXI, 1996; XXIII, 1998).
2. Il existe des échelles pour évaluer la fidélité des programmes au modèle PACT, notamment celle de Darmouth (Teague et al., 1998). Au Québec,

on peut se référer au Cadre de référence de l'Association des hôpitaux du Québec, (2000).

3. Dans cet article, le terme suivi communautaire renvoie aux caractéristiques spécifiques communes aux divers modèles.
4. Mueser et ses collaborateurs (1998) distinguent cinq principaux modèles : modèle de gestion de services (*broker service model*) ; modèle de case management clinique ; modèle de suivi intensif (*Assertive Community Treatment*, ACT) ; modèle de soutien axé sur les forces (*Strengths model*) ; et modèle de réadaptation.
5. Le modèle ACT découle du modèle PACT, plus rigoureux : les services sont dispensés par une équipe dans la communauté, mais l'ACT assouplit certaines composantes du modèle PACT pour s'adapter aux milieux, où pour des raisons budgétaires ou organisationnelles, il n'est pas possible d'offrir toute la gamme des services PACT (Gélinas, 2009 ; Hodge et Draine, 1993).
6. Le souci de modélisation apparaît beaucoup moins présent ailleurs, notamment dans les pays européens de langue latine (Burns et al., 2001).
7. Le système américain permet aux organisations publiques, privées et à but non lucratif de recevoir un remboursement par l'État pour la mise en place des équipes PACT, si elles répondent aux critères du modèle original (NAMI en ligne ; Phillips et al., 2001 cités par Gélinas, 2009).
8. De manière générale, on identifie 10 composantes essentielles : 1) Les intervenants impliqués doivent aider la personne directement plutôt que de la référer ailleurs ; 2) Les ressources « naturelles » de la communauté sont les partenaires principaux ; 3) Le travail se réalise dans la communauté ; 4) Le suivi peut être fait en équipe ou par un intervenant pivot ; 5) Le suivi communautaire est considéré comme étant le premier responsable dans la dispensation des services ; 6) Les intervenants qui réalisent le suivi n'ont pas besoin d'une formation professionnelle spécifique (diplômés de diverses disciplines du niveau baccalauréat, pairs aidants, etc.), mais la supervision doit être réalisée par des professionnels accrédités et expérimentés qui ont accès à des médecins, et à d'autres experts ; 7) Le nombre de personnes suivies doit être suffisamment restreint pour permettre une fréquence de contacts relativement élevée ; 8) Le suivi ne doit pas avoir une limite dans le temps, si la situation de la personne le justifie ; 9) Les personnes doivent avoir accès à un intervenant qu'elles connaissent, 24 heures par jour, 7 jours sur 7 ; 10) Les intervenants doivent encourager la prise de décisions et le libre choix des personnes accompagnées. Cette dernière composante a été retenue à partir des recherches sur le rétablissement.
9. Pour sa part, le modèle axé sur les forces (*Strengths model of case management*) s'articule autour des principes suivants : 1) L'accent est mis



- sur les forces de la personne plutôt que sur la pathologie ; 2) La relation entre l'intervenant et la personne est centrale et essentielle ; 3) Les interventions sont fondées sur l'autodétermination de la personne ; 4) La communauté représente un oasis de ressources et non un obstacle ; 5) Les rencontres se déroulent dans la communauté et non dans un bureau ; 6) Les personnes qui vivent des problèmes importants de santé mentale ont la capacité d'apprendre, de grandir et de changer.
10. Les données recueillies proviennent de deux sources : 1) Entre mars et avril 2009, nous avons réalisé une étude s'adressant aux organismes communautaires et alternatifs ayant une pratique de soutien communautaire. Un total de cinquante-huit (58) organismes communautaires ont été identifiés par leur ARSSS ou le CSSS comme faisant du suivi dans la communauté ou en s'étant auto-identifiés comme faisant du suivi dans la communauté à partir du cadre de référence du RRASMQ. Des cinquante-huit (58) organismes ainsi repérées, quarante-trois (43) ont répondu à une entrevue téléphonique (la personne responsable ou un intervenant), à une série de questions sur le sens, la place et les dispositifs du soutien communautaire dans l'organisme. La nature de l'entretien et l'analyse réalisée, ont été principalement qualitatifs. Les pourcentages indiqués ne permettent de dresser qu'un portrait approximatif. Signalons que dans une dizaine d'organismes supplémentaires, nous avons recueilli des informations à partir de leurs sites WEB. 2) Analyse de discours des intervenants, usagers et responsables d'organismes communautaires et alternatifs participants aux ateliers tenus dans le cadre du séminaire intitulé «Le soutien communautaire: des principes aux pratiques» organisé par le RRASMQ en collaboration avec le MSSS, en avril 2008. Ce séminaire a réuni cent dix-sept (117) participants provenant de trente-sept (37) organismes communautaires en santé mentale dont 15 ont une pratique de suivi communautaire. L'analyse a permis d'identifier les extraits sur le suivi communautaire et les principaux paramètres pour caractériser les pratiques utilisées pour l'élaboration du questionnaire de l'enquête téléphonique.
  11. La GAM est une approche développée par les ressources alternatives de santé mentale. La GAM vise à ce que les personnes acquièrent une position de sujet par rapport au traitement pharmacologique. Les ressources créent des espaces d'échange et de dialogue individuels et collectifs afin de soutenir : 1) une réflexion personnelle sur la qualité de vie, l'expérience de la souffrance et le rôle que joue la médication psychiatrique ; 2) la prise de décisions sur la prise de médicaments ; 3) le dialogue et la négociation avec les professionnels de la santé pour mettre la médication au service du mieux-être. La GAM propose aussi des formes d'accompagnement pour les personnes qui souhaitent chercher des alternatives à la médication psychiatrique pour faire face aux symptômes.

## Références

- APPELBAUM, P. S., LE MELLE, S., 2008, Techniques used by assertive community treatment (ACT) teams to encourage adherence : patient and staff perceptions, *Community Mental Health Journal*, 44, 6, 459-464.
- ASSOCIATION DES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DE LA MONTÉRÉGIE (AASMM), 2006, *Services de soutien dans la communauté en Montérégie : cadre de référence*. [En ligne]. <http://www.aasmm.com/main.asp?page=librairie & idliste45 = 9>
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (ASSSMCQ), 2007, *Soutien d'intensité variable (SIV) en santé mentale : Cadre de référence régional*, Québec.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, 2008, *Entente entre le Regroupement des organismes offrant du suivi alternatif communautaire (ROSAC) et l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (ASSSM)*, Québec.
- BOND, G. R., BECKER, D. R., DRAKE, R. E., 2010, *Measurement of Fidelity of Implementation of Evidence-Based Practices : Case Example of the IPS Fidelity Scale*, Dartmouth Psychiatric Research Center.
- BOND, G., DRAKE, R. E., MUESER, K. T., LATIMER, E., 2001, Assertive community treatment for people with severe mental illness, *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 3, 141-159.
- BURNS, T., 2008, Case management or assertive community treatment, What is the difference ? *Epidemiological Psychiatry Society*, 17, 2, 99-105.
- BURNS, T., FIOROTTI, A., HOLLOWAY, F., MALM, U., RÖSSLER, W., 2001, Case management and assertive community treatment in Europe, *Psychiatric Services*, 52, 631-636.
- CHEN, F. P., 2008, A fine line to walk : case managers perspectives on sharing information with families, *Qualitative Health Research*, 18, 1, 1556-1565.
- CENTRE NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ MENTALE (CNESM), 2008, Power Point présenté par Bouchard, S., Thomson, D., Hayes, M., [En ligne]. [www.douglas.qc.ca/act](http://www.douglas.qc.ca/act)
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 2006, *Repenser la qualité des services dans la communauté. Changer de perspectives*, Rapport du Comité de la santé mentale du Québec par Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Pinard, J. L., Guay, L., Presses de l'Université du Québec.
- CORIN, E., 2002, Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ? *Santé mentale au Québec*, 27, 1, 65-82.

- DAVIDSON, L., DRAKE, R. E., SCHMUTTE, T., DINZEO, T., ANDRES-HYMAN, R., 2009, Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery, *Community Mental Health Journal*, 45, 5, 323-332.
- D. H., 2001, *The mental health policy implementation guide*, London, Department of Health, [En ligne]. [[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4009350](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009350)]
- FLEURY, M.-J., LATIMER, E., 2004, Les enjeux systémiques qui sous-tendent les nouvelles interventions, in Lecomte, T., Leclerc, C., eds., *Intervention de pointe en réadaptation psychiatrique*, Presses de l'Université du Québec, 351-377.
- FLOERSCH, J., 2002, *Meds, Money and Manners: The Case Management of Severe Mental Illness*, Columbia University Press, New York.
- GÉLINAS, D., 2009, Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec, *Le partenaire*, 18, 3, 4-43.
- HODGE, M., DRAINE, J., 1993, Development of support through case management services in Flexer, R. W., Solomon, P. L., eds., *Psychiatric Rehabilitation in Practice*, Boston, Andover Medical Publishers, 155-169.
- HOWGEGO, I. M., YELLOWLEES, P., OWEN, C., MELDRUM, L., DARK, F., 2003, The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 2, 169-183.
- LALONDE, L., 1989, Le suivi communautaire, une nouvelle pratique?, *Nouvelles Pratiques sociales*, 2, 2, 179-183.
- LALONDE, L., 1994, *Le suivi communautaire: L'autre pratique d'intervention*, Projet Suivi Communautaire, Lasalle.
- MARSHALL, M., LOCWOOD, A., 2000, Assertive community treatment for people with severe mental disorders, *Cochrane Database System Review*, 2.
- MCGREW, J. H., PERCOSOLIDO, B., WRIGHT, E., 2003, Case managers' perspectives on critical ingredients of assertive community treatment and on its implementation, *Psychiatric Services*, 54, 370-376.
- MCGREW, J. H., WILSON, R. G., BOND, G. R., 2002, An exploratory study of what clients like least about assertive community treatment, *Psychiatric Services*, 53, 761-763.
- MHLTC ONTARIO, 2004, *Normes du programme ontarien à l'intention des équipes de traitement communautaire dynamique* (Ontario program

standards for ACT teams), Toronto, Ministry of Health and Long Term Care, [En ligne]. [[http://health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry\\_reportsf/psychosisf/act\\_standardsf.pdf](http://health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/psychosisf/act_standardsf.pdf)]

MHLTC ONTARIO, 2005, *Normes relatives aux services de gestion de cas pour les services de santé mentale et les services de soutien connexes* (Intensive case management services standards for mental health services and supports), Toronto, Ministry of Health and Long Term Care, [En ligne]. [[http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry\\_reportsf/psychosisf/intens\\_cmf.pdf](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/psychosisf/intens_cmf.pdf)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2002, *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2001, *Accentuer la transformation des services en santé mentale*, Gouvernement du Québec.

MOLODYSKI, A., RUGKASA, J., BURNS, T., 2010, Coercion and compulsion in community mental health care, *British Medical Bulletin*, 95, 105-119.

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.

NAMI, *Assertive community treatment*, *National Alliance on Mental Illness*, [En ligne]. [[http://www.nami.org/template.cfm?section=act-ta\\_center](http://www.nami.org/template.cfm?section=act-ta_center)]

PIGEON, M. E., FORTIN, D., 2005, *Le suivi alternatif communautaire en santé mentale: un portrait de la clientèle, de la pratique et du contexte organisationnel*, Rapport de recherche, Services aux collectivités de l'UQÀM, Montréal.

RAPP, C. A., GOSCHA, R. J., 2004, The principles of effective case management of mental health services, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 4, 319-333.

RODRIGUEZ, L., PERRON, N., OUELLETTE, J.-N., 2008, Psychotropes: réguler ou écouter la souffrance, in Blais, L. et al., éd., *Vivre à la marge: réflexions autour de la souffrance sociale*, Les Presses de l'Université de Laval.

- RODRIGUEZ, L., POIREL, M.-L., 2007, Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : la gestion autonome de médicaments de l'âme, *Nouvelles Pratiques sociales*, 19, 2.
- RODRIGUEZ, L., CORIN, E., GUAY, L., 2000, La thérapie alternative : se (re)mettre en mouvement in Lecomte, Y., Gagné, J., dir., *Les ressources alternatives de traitement*, RRASMQ, Revue Santé mentale au Québec.
- ROSEN, A., MUESER, K. T., TEESSON, M., 2007, Assertive community treatment — issues from scientific and clinical literature with implications for practice, *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44, 6, 813-825.
- ROSAC, 2008, Le suivi communautaire, Centre nationale d'excellence en santé mentale, Textes choisis pour alimenter la réflexion de toutes les personnes intéressées par la mise en place et le développement des équipes de suivi intensif en équipe et de suivi d'intensité variable au Québec, partie A.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ), 2006, *Balises pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mentale*. En ligne <http://www.rrasmq.com/publications.html>
- SALYERS, M. P., TSEMBERIS, S., 2007, ACT and recovery : Integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams, *Community Mental Health Journal, Online*, [En ligne]. [<http://www.pathwaystohousing.org/Articles/PTHPublications/SalyersTsemberis2007.pdf>]
- SZMUKLER, G., 1999, Ethics in community psychiatry, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 3, 328-338.
- TAM, C., LAW, S., 2007, Best practices : A systematic approach to management of patients who refuse medications in an assertive community treatment team setting, *Psychiatric Services*, 58, 4, 457-459.
- TEAGUE, G. B., BOND, G. R., DRAKE, R. E., 1998, Program fidelity in assertive community treatment : Development and use of a measure, *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 2, 216-232.
- WARE, N. C., HOPPER, K., TUGENBERG, T., DICKEY, B., FISHER, D., 2007, Connectedness and Citizenship : Redefining Social Integration, *Psychiatric Services*, 58, 4, 469-474.
- WATTS, J., PRIEBE, S., 2002, A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment, *Bioethics*, 16, 5, 439-454.

## **ABSTRACT**

### **New parameters in community treatment practices: The contribution of community and alternative mental health groups in Québec**

This article examines the origin and the context of the implementation project of community treatment according to the perspective of community and alternative mental health groups in Québec. The author presents results of a research on practices of these groups through a specific array that integrates the essential components of the community treatment model. The author examines six parameters characterizing devices, approaches and practices: 1) approach in supportive care and attention; 2) voluntary relation with the organization 3) the place of biomedical treatment; 4) flexibility in length and intensity of treatment; 5) the individual and collective dimension of supportive care; 6) and, participation as an active citizen.

## **RESUMEN**

### **Nuevos parámetros para la elaboración de prácticas de apoyo comunitario: contribución de los organismos comunitarios y alternativos en Quebec**

Este artículo examina el origen y contexto del proyecto de implantación del seguimiento en la comunidad conforme a la perspectiva de los organismos comunitarios y alternativos de salud mental en Quebec. La autora presenta los resultados de una investigación sobre las prácticas de estos organismos, los cuales han desarrollado un dispositivo específico que integra los componentes esenciales del modelo de seguimiento comunitario. La autora examina seis parámetros que permiten caracterizar los dispositivos, los enfoques y las prácticas: 1) el enfoque en el acompañamiento; 2) la relación voluntaria con el organismo; 3) el sitio del tratamiento biomédico; 4) la flexibilidad en la duración e intensidad; 5) la dimensión individual y colectiva del acompañamiento y 6) la participación ciudadana.

## **RESUMO**

### **Novos parâmetros para a elaboração das práticas de apoio comunitário: contribuição dos organismos comunitários e alternativos no Quebec**

Este artigo examina a origem e o contexto do projeto de implantação do acompanhamento na comunidade segundo a perspectiva dos

organismos comunitários e alternativos em saúde mental no Quebec. A autora apresenta os resultados de uma pesquisa sobre as práticas destes organismos que desenvolveram um dispositivo específico que integra os componentes essenciais do modelo de acompanhamento comunitário. A autora examina seis parâmetros que permitem caracterizar os dispositivos, as abordagens e as práticas: 1) a abordagem no acompanhamento; 2) a relação voluntária ao organismo; 3) a importância do tratamento biomédico; 4) a flexibilidade na duração e na intensidade; 5) a dimensão individual e coletiva do acompanhamento; 6) e a participação cívica.