

Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?

Daniel Gélinas, M.Sc. (¹)

Résumé

S'appuyant sur la littérature psychiatrique et psychosociale, l'auteur démontre que le modèle PACT intègre les valeurs, les principes et la pratique de la réadaptation psychosociale bien que l'emphase soit mise sur le traitement. Pour y arriver, l'auteur brosse un tableau succinct de l'histoire de la réadaptation psychosociale pour ensuite identifier les interactions et les tensions existant dans ce vaste mouvement. Enfin, à partir d'une vision globale, l'auteur propose des avenues de solutions pour rassembler tous les acteurs de ce mouvement à s'unir pour réclamer une harmonisation des politiques sociales dans le but d'atteindre les objectifs de la réadaptation psychosociale.

Remerciements

Nous tenons à remercier M. Pierre Senécal, assistant de recherche au sein de l'Axe de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Université de Montréal pour son aide dans la gestion de notre centre de documentation de même que M. George Bastien, Directeur du Projet ARC à Montréal pour son soutien indéfectible dans la recherche de sa mise à jour. Ensuite, nous exprimons toute notre gratitude à l'égard des Docteurs Raymond Morissette, Chef de service de psychiatrie et Alain D. Lesage, Directeur et chercheur, qui m'ont permis de développer mes activités de recherche au sein du Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

*"Knowing is not enough; we must apply.
Willing is not enough; we must do."*

___ **Goethe**

¹ Psycho-éducateur et travailleur social, l'auteur détient un diplôme de premier cycle en psycho-éducation et des diplômes de deuxième cycle en administration sociale et en service social. Il est à l'emploi de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine depuis 1976 où il a occupé diverses fonctions dont celles de chef d'unités de réadaptation de 1987 à 1989 et d'agent de coordination de plans de services individualisés de 1989 à 1993. Depuis 1996, il occupe une fonction d'agent de recherche au sein de l'Axe de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal. Membre actif de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale depuis 1992, il a siégé sur le conseil d'administration de cette association de 1993 à 1995, et de 1997 à 1999, pour ensuite participer au comité de rédaction du bulletin *Le Partenaire* jusqu'en 2001.

Plan

1. À première vue, pas toujours!
2. Du recoupement de quelques définitions
3. Manger, se vêtir, se loger, travailler et se divertir
4. De l'entraide mutuelle aux entreprises gérées par les usagers
5. De la désinstitutionnalisation jusqu'au déploiement de la réadaptation psychosociale à une large échelle
6. De l'interaction entre les approches et de l'apport du modèle PACT au développement de la réadaptation psychosociale
 - Au niveau du Case Management
 - Au niveau du soutien à l'emploi
 - Au niveau de l'embauche de travailleurs pairs aidants
7. Du caractère "distinct" et des contradictions qui surgissent au sein du mouvement de la réadaptation psychosociale
 - Au niveau des frontières entre la psychiatrie et la réadaptation psychosociale
 - Au niveau des tensions qui existent entre les approches et des critiques formulées à l'égard du modèle PACT
8. De la nécessité d'harmoniser nos politiques sociales pour repousser la discrimination et la stigmatisation
 - Dans le respect de la diversité et de la créativité
 - En bonifiant la rampe d'accès sociale
9. Pour conclure : soyons solidaires sur la base des valeurs et des principes de la réadaptation psychosociale
10. Références

1. À première vue, pas toujours!

Dans le sens où nous sommes confrontés régulièrement à des frictions qui émergent entre les différentes approches qui se sont développées au cours des cinquante dernières années au sein de ce vaste mouvement de la réadaptation psychosociale ou de la réhabilitation psychiatrique en Amérique du Nord. Pour capter votre attention ce matin, je dirais que le modèle PACT est l'approche "distincte" au sein de la famille des approches de ce mouvement car elle intègre simultanément la pratique de la réadaptation et du traitement psychiatrique dispensé dans le milieu de vie des personnes plutôt qu'au sein de l'hôpital. Non seulement son déploiement apporte une contribution majeure à ce mouvement mais il bénéficie constamment de l'apport des autres approches pour se développer. Autrement dit, j'aimerais mettre en évidence ce matin que les contradictions qui émergent de ce champ de l'activité humaine agissent comme un moteur permettant à tous de progresser. Loin d'étouffer le moteur, il faut plutôt intégrer les différences dans une perspective de dépassement, une optique de compréhension du point de vue de l'autre, une attitude d'ouverture et d'humilité devant la complexité de la maladie mentale et une foi inébranlable dans notre capacité collective de soutenir les usagers⁽²⁾ qui luttent pour se rétablir.

Pour répondre à la question, je vais d'abord définir le concept du traitement associé à la réadaptation psychosociale et brosser un tableau succinct de l'histoire de la réadaptation psychosociale aux États-Unis pour illustrer que c'est l'interaction entre les différentes approches qui se sont déployées progressivement qui est à la source des progrès réalisés dans le soutien apporté aux personnes aux prises avec le défi de retrouver une citoyenneté pleine et entière. A l'instar de la sociologue américaine Leona L. Bachrach (1992, 1996), je vais reprendre son cadre d'analyse pour illustrer que le modèle PACT est une bonne pratique de réadaptation psychosociale en soi mais que le déploiement d'une équipe selon les règles de l'art est influencé par la configuration d'un système social qui peut l'orienter dans une perspective de survie ou de croissance (Gélinas, 1997, 1998). Caractère distinct oblige, je vais mettre en lumière les flammèches émergeant du moteur de la réadaptation psychosociale, proposer une mise au point pour le rendre plus performant plutôt que de l'étouffer et enfin suggérer l'emploi de quelques additifs de réflexion pour permettre à nos hôpitaux de rencontrer leur mission d'offrir des soins psychiatriques de qualité au Québec.

2. Du recoupement de quelques définitions

Dans un document relatif à la transformation de nos services psychiatriques à l'hôpital Louis-H. Lafontaine publié en 1997, le Docteur Raymond Morissette a proposé les définitions suivantes :

- Le **traitement** s'attaque aux causes de la maladie mentale et des souffrances de la personne, vise à réduire l'impact des symptômes sur sa vie et permet de réadapter et de réhabiliter.
- La **réadaptation** redonne à celle-ci les moyens d'agir compte tenu des séquelles laissées par la maladie dans l'optique d'une restauration de ses capacités par un entraînement.
- La **réhabilitation** vise la reprise du pouvoir d'agir et de la dignité de la personne pour repousser la stigmatisation et l'exclusion sociale.

Vous comprendrez que le but ultime de ce processus vise à donner des moyens variés à une personne pour qu'elle retrouve au plus profond de son être la voie unique et personnelle qu'elle entend suivre pour se rétablir et reprendre sa place dans la société. Avec beaucoup de respect, j'aimerais évoquer la tragédie personnelle de l'un de nos premiers ministres, l'Honorable Lucien Bouchard, qui a traversé une douloureuse épreuve inscrite dans notre mémoire collective comme peuple. Tous les citoyens du Québec se souviennent des étapes successives de son cheminement et je n'ai pas besoin de l'explicitier davantage pour mettre en lumière un seul fait. À la fin du processus de réhabilitation, tout le monde avait oublié l'handicap et cela ne l'a pas empêché malgré qu'il avait à composer avec les séquelles d'une terrible

² Tout au long de cet article, nous allons employer ce terme pour désigner les personnes utilisatrices de services de santé mentale. Le lecteur est invité à prendre note que des auteurs tels que Solomon et Draine (1998) réservent ce terme (*Consumers*) pour les personnes qui jouent un rôle actif dans la planification, la gestion ou à titre de dispensateur de services.

maladie, de conserver son statut d'homme public. Cet homme s'est rétabli, mais surtout par son courage et sa détermination, il a repoussé la stigmatisation avec l'aide de tous les citoyens du Québec qui ont voté pour lui ou contre lui. Car tous sans exception voyaient en lui un citoyen à part entière.

Dans cette optique, vous comprenez pourquoi le professeur William A. Anthony (1982) de l'Université de Boston a d'abord défini la réhabilitation psychiatrique par analogie avec la réhabilitation physique. Ainsi, le but de la réadaptation psychosociale est de permettre à des personnes qui composent avec la maladie mentale de compenser ou d'éliminer les déficits fonctionnels, de surmonter les barrières interpersonnelles et environnementales associées à la présence de l'handicap et de restaurer leur capacité de vivre d'une façon autonome en repoussant les désavantages sociaux tels que le chômage et l'exclusion (Anthony et Liberman, 1986, 1992). Ainsi, ce large mouvement est constitué de plusieurs approches qui sont toutes reliées entre elles par le but commun de permettre à des personnes aux prises avec des troubles mentaux de se rétablir et de développer au maximum leurs capacités (Lamb, 1994).

En parcourant la littérature psychiatrique et psychosociale, vous retrouvez de nombreuses définitions dont celle-ci proposée par Mme Martha Greene, une intervenante d'un service de Case Management au Connecticut suite à un concours lancé dans le but de capturer la meilleure définition (Rutman, 1993, Pratt et Al., 1999, Weinstein et Hughes, 2000).

"La réadaptation psychosociale signifie qu'une personne autrefois effrayée à l'idée d'entrer dans un Dairy Queen pour commander une crème glacée peut maintenant devenir le gérant d'un Dairy Queen."

Pour atteindre ce but, deux ingrédients essentiels et une condition sociale sont nécessaires pour activer le moteur de la réadaptation psychosociale ; l'espoir et la capacité de choisir librement sa destinée qui s'activent pleinement dans la mesure où des politiques sociales sont mises en place pour repousser la stigmatisation et la discrimination dont font l'objet les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Si vous me permettez de poursuivre avec mon euphémisme mécanique, la bougie de l'espoir est fondée sur l'idée que la maladie peut être surmontée et que le concept de maladie chronique est désuet (Lesage et Morissette, 2002); alors que la bougie de la liberté est fondée sur l'idée que la possibilité de faire des choix est au cœur du processus de rétablissement et qu'il s'agit de la première habileté sociale devant faire l'objet d'un entraînement (Gélinas, 1996b). Par conséquent, s'il l'on veut que le courant passe pour démarrer le moteur de la réadaptation psychosociale, il faut que la batterie de l'accès à toutes les ressources sociales soit ajustée de façon à permettre aux personnes aux prises avec des troubles mentaux de reprendre leur place dans la société au même titre que les personnes ayant repoussé la stigmatisation d'un handicap physique.

Ainsi, le modèle PACT est un véhicule parmi d'autres au sein du parc automobile de la réadaptation psychosociale pour atteindre cet objectif. Tout dernièrement, le professeur Mary Ann Test écrivait dans un manuel de travail social et je cite:

« L'approche ACT est basée sur le fait que tous les citoyens incluant ceux qui sont touchés par les maladies mentales les plus graves et persistantes ont le droit de vivre une vie décente et satisfaisante dans la communauté. La pierre angulaire sur laquelle est basée l'ACT, maintenant validée par de nombreuses études, est que si les usagers en santé mentale reçoivent assez d'assistance et de soutien dans la communauté, l'hospitalisation et l'itinérance peuvent être prévenues ou presque éliminées et que ces personnes peuvent vivre librement dans la communauté une vie décente et avoir une qualité de vie satisfaisante. L'ACT travaille de façon respectueuse et collabore avec les usagers de façon à les aider à atteindre leurs buts dans les sphères du logement, du maintien dans la communauté, des relations sociales, du travail et de l'éducation, de la gestion des symptômes, des éléments stressants de la vie, de l'intégration dans la communauté, de la reprise du pouvoir et du rétablissement. L'ensemble des buts d'un programme ACT est de venir en aide aux usagers de façon qu'ils puissent vivre une vie satisfaisante, espérer et contribuer à la communauté » (Test, 2002a, p. 511).

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

Mais avant de brosser un tableau succinct de l'histoire du développement de la réadaptation psychosociale en Amérique du Nord, j'aimerais que l'on se souvienne collectivement de notre propre histoire.

3. Manger, se vêtir, se loger, travailler et se divertir

Jusqu'à la révolution tranquille, c'est principalement l'Église qui a construit nos hôpitaux, nos services sociaux et nos écoles et c'est à partir de la gestion de cet héritage que l'État du Québec a consolidé ses assises depuis quarante ans puisque les missions de la santé et de l'éducation constituent près des deux tiers des dépenses, tel qu'illustré sur la première page du formulaire pour compléter nos rapports d'impôt provincial. Quand j'ai l'occasion de donner des séances de formation sur le PACT ou sur d'autres approches de réadaptation psychosociale, je rappelle toujours à mes interlocuteurs que l'asile au Québec de la fin du dix-neuvième jusqu'au milieu du vingtième siècle relevait d'abord d'une mission sociale avant de devenir psychiatrique. Durant un siècle, la mission première de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu a été de répondre à cinq grands besoins de base exprimés par des personnes qui étaient exclues de la société parce qu'elles souffraient de troubles mentaux jugés incurables à l'époque. **Manger, se vêtir, se loger, travailler et se divertir.** Le même phénomène s'est produit aux États-Unis à la différence que la majorité des hôpitaux psychiatriques ont été gérés dès le départ par les États. (Grob, 1991). Au Québec, la communauté religieuse des Sœurs Grises a développé la municipalité de Gamelin sur laquelle il y avait des champs où les patients allaient labourer et des ateliers de travail manuel pour les occuper. C'était l'époque du "traitement moral" (Lamb, 1994). Avant de se transformer progressivement en institut psychiatrique, l'hôpital St-Jean-de-Dieu (HSJD, 1973) intégrait *de facto* au début du 20^{ième} siècle certaines caractéristiques d'un club psychosocial puisque les religieuses tentaient de recréer une communauté d'appartenance sur la base de la satisfaction des cinq besoins sociaux ⁽³⁾ énoncés précédemment; à la différence toutefois que les personnes aux prises avec des troubles mentaux avaient un statut de patients sans pouvoir et qu'elles étaient complètement exclues de la société pour ne pas dire emprisonnées. Avec la découverte de la médication psychiatrique au tournant des années 50, les patients ont progressivement quitté l'Hôpital et la mise en place subséquente de toutes les ressources d'hébergement et de travail adapté dans l'Est de l'île de Montréal s'explique par le besoin de faire en sorte que la réponse aux cinq besoins sociaux suive le patient qui franchissait les limites de la municipalité de Gamelin qui perdra son statut et fusionnera à la ville de Montréal en 1976.

4. De l'entraide mutuelle aux entreprises gérées par les usagers

La reprise du pouvoir par les usagers (*empowerment*) est à la source de la transition entre le traitement moral pratiqué au sein des hôpitaux psychiatriques et sa transformation dans un mouvement de réadaptation psychosociale dans la communauté. Sous l'impulsion du Docteur Hiram Johnson qui était médecin au *Rockland State Hospital* près de New-York en 1943 est né un groupe d'entraide mutuelle nommé WANA (pour *We Are Not Alone*) dont l'action allait conduire assez rapidement à la fondation de *Fountain House* (Anderson, 1998, Aquila et Al., 1999). La démarche de ce club psychosocial visait à recréer une communauté d'appartenance pour des personnes qui se retrouvaient seules et totalement exclues de la société suite à la sortie de l'hôpital sur la base de la résolution des problèmes liés à la satisfaction des cinq besoins sociaux énoncés précédemment (Angers, 1992). C'est pourquoi, la réponse tangible aux besoins de base exprimés par les personnes aux prises avec des troubles mentaux est toujours la première préoccupation des praticiens de la réadaptation psychosociale (Glasseco et Al., 1971, Rutman, 1987). Avec l'embauche du travailleur social John Beard en 1955, *Fountain House* en arrivera à consolider une gamme complète de services d'alimentation, de logement, de travail et de socialisation et à donner naissance à la première approche contemporaine de la réadaptation psychosociale (Beard et Al., 1982, Anderson, 1998).

³ Sociaux dans le sens où la satisfaction et la rencontre de ces besoins fondamentaux sont exprimés par tous les êtres humains qui vivent en société et que l'expression de ces besoins n'a rien à voir avec l'intervention psychiatrique mais relève plutôt de l'organisation sociale.

Ayant retrouvé leur liberté, ces usagers ont laissé derrière eux leur statut de patient pour adopter celui de membre à part entière d'un club psychosocial qui permettait de développer au maximum le potentiel d'adaptation de chacun par le contrôle et la mise en place d'un environnement adapté à leurs besoins. Ce dernier point est particulièrement important dans le sens où un programme de réadaptation psychosociale cherche toujours à réduire la distance entre la personne handicapée et l'intervenant qu'il soit professionnel ou pas. La raison en est bien simple. La réadaptation est fondée sur une démarche de résolution de problèmes concrets sur la base d'une mise en valeur des forces de la personne aidée pour retrouver sa citoyenneté à part entière.

Pour y arriver, les clubs psychosociaux proposent un cadre permettant d'engager les membres comme participant actif ayant un rôle à jouer dans la planification et le développement, la politique et la réglementation, l'implantation et l'évaluation de ses programmes (Tanaka, 1983). C'est pourquoi les clubs psychosociaux valorisent l'égalité, la fraternité et l'espoir pour permettre aux membres de repousser la stigmatisation, de se rétablir et de jouer à nouveau des rôles sociaux significatifs. C'est ce qui explique d'ailleurs que le nom de ces organisations fait toujours référence à des thèmes positifs de croissance et d'espoir comme *Horizon House* de Philadelphie, *Fountain House* de New-York, *Thresholds* de Chicago ou *Foward House/Maison Les Étapes* de Montréal. Ces "maisons" si vous permettez l'expression passent généralement inaperçues dans le quartier et elles ont pignon sur rue dans un cadre normal (Rutman, 1987, 1994). Tel qu'exprimé par Paul J. Carling (1995), le meilleur système de soutien est invisible pour diminuer la stigmatisation et favoriser la réintégration sociale.

M. Irvin D. Rutman, Ph.D., de Victoria en Colombie-Britannique, ancien directeur de *Horizon House* à Philadelphie, membre fondateur de *l'International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (IAPSRS) en 1975 en compagnie de M. Jerry Dincin, directeur de *Thresholds* de Chicago et de M. Christopher MacFadden, directeur de la *Maison Les Étapes Foward House* de Montréal pour ne nommer que ces pionniers de la réadaptation psychosociale (Weinstein et Hughes, 2000) ; co-éditeur de la revue *Psychiatric Rehabilitation Journal* avec le professeur William A. Anthony de l'Université de Boston; identifie quatre grandes approches ou orientations ayant émergé du mouvement de la réadaptation psychosociale entre les années 40 et la fin des années 70.

La première est celle dont je viens de vous décrire les grandes lignes, soit le club psychosocial (*Clubhouse Model*) qui permet à un membre de participer à ses activités tant et aussi longtemps qu'il le désire. Typiquement, les agences qui suivent ce modèle offrent des services alimentaires, d'éducation et de loisirs sur place ainsi que de l'aide pour favoriser le retour à l'école ou au travail. Des appartements situés non loin du club sont loués pour permettre à des membres d'accéder à un logis et d'y recevoir du soutien de la part du personnel et des membres du club. En 2001, il y avait 287 clubs psychosociaux accrédités à travers le monde entier auprès d'une association fondée en 1994, *l'International Center for Clubhouse Development* pour consolider les standards de pratique de ce modèle (Anderson, 1998).

La deuxième approche est celle développée par *Thresholds* à Chicago qui est devenue au fil des ans une agence privée à but non lucratif de réadaptation psychosociale d'envergure dirigée par Jerry Dincin (1995) offrant une variété de programmes professionnels structurés dans l'optique de permettre à ses membres de "graduer" d'une étape d'apprentissage à l'autre. Rutman (1987) qualifie cette approche de "modèle aux attentes élevées" (*The High-Expectancy Model*) dans le sens où l'accès à différents programmes gradués permet au membre de choisir un parcours individualisé vers une réinsertion sociale complète ou d'utiliser seulement certains programmes indéfiniment selon ses choix et ses capacités. Avec un budget estimé à plus de \$19 millions de dollars US en 1994, *Thresholds* offre des programmes de suivi intensif dans le milieu pour prévenir l'hospitalisation, de travail adapté et de soutien à l'emploi, de foyers de groupe, d'appartements supervisés et de soutien au logement, d'éducation, de socialisation et de récréation ainsi que des programmes de promotion et de suivi de santé physique. *Thresholds* dispose également de l'un des plus prestigieux programmes de recherche en réadaptation psychosociale aux États-Unis, d'où émerge en particulier l'un des chercheurs le plus respecté dans ce champ, M. Gary R. Bond qui a commencé sa carrière en évaluant l'efficacité de l'ensemble des programmes offerts par cette agence (Bond et Al., 1984). Enfin, bien que cette deuxième approche tire ses origines de l'expérience de *Fountain House* en intégrant plusieurs

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

éléments du club psychosocial traditionnel, « *le modèle aux attentes élevées n'a pas développé un réseau formel d'organismes à travers le pays. Par contre, différents aspects de cette approche sont utilisés par un nombre de ressources qui ont adapté ces méthodes selon leur propre style de programmes* » (Rutman, 1987, p. 210).

La troisième approche est celle qui fait l'objet de notre colloque aujourd'hui, soit celle développée en 1972 par les Docteurs feu Arnold J. Marx, Leonard I. Stein et le professeur Mary Ann Test à partir du *Mendota State Hospital* de Madison au Wisconsin. Rutman (1987) qualifie cette approche de "modèle de *Case Management* intensif" (*Intensive Case Management Model*) parce qu'elle implique que les intervenants vont à la rencontre des personnes à domicile sur une base individuelle plutôt que de les inviter à intégrer un groupe au sein d'un club psychosocial pour leur offrir un accompagnement soutenu et personnalisé leur permettant d'utiliser toutes les ressources sociales au sein de la communauté pour rencontrer leurs cinq grands besoins sociaux et d'obtenir les éléments essentiels à la poursuite du traitement dans leur milieu de vie. Cette approche "distincte" étant donné qu'elle combine simultanément le traitement et la réadaptation est présentée par Rutman (1987) comme suit et je cite :

« Cette approche a été décrite par l'un de ses protagonistes comme étant une « réhabilitation psychosociale sans murs » (communication personnelle). Les clients qui sont typiquement desservis par ce modèle sont parmi les plus démunis de toutes les personnes qui utilisent les programmes de réadaptation psychosociale. Le premier objectif est de maintenir ces hommes et ces femmes dans la communauté et d'utiliser des efforts héroïques tels que décrits ci-haut afin de prévenir la régression ou le retour à l'hôpital. Lorsqu'un niveau raisonnable de stabilité est atteint, l'équipe essaie de jumeler le client avec les agences de services appropriées en santé mentale tels que les programmes de formation en réhabilitation ou les centres de jour, tout en diminuant graduellement les contacts » (Rutman, 1987, p. 211).

Rutman (1987) précise que le modèle de Madison connu au départ sous le nom de "*Training in Community Living*" a fait l'objet d'une subvention du gouvernement américain dans le but de mettre en place un projet pilote et une recherche élaborée soigneusement sur le plan expérimental auprès des patients de l'hôpital pour tester la possibilité de dégager une solution de rechange à l'hospitalisation. C'est ainsi qu'est né le modèle PACT qui s'est généralisé lentement et progressivement par la suite, tout en intégrant des modifications liées en dernière analyse aux caractéristiques des systèmes locaux lors de son implantation en dehors de l'environnement propre à Madison (Gélinas, 1997, 1998, Bond et Al., 2001). Une recension récente des équipes ACT⁴ sur le territoire américain indique qu'il existe 299 équipes éligibles au remboursement des frais médicaux aux États-Unis dont plus de 50% d'entre elles se retrouvent dans le Michigan et le Wisconsin (BCMHL, 1999).

Enfin, la quatrième approche qui émerge progressivement depuis une trentaine d'années sont les programmes gérés par les usagers eux-mêmes (*The Consumer-Guided Models*). Rutman (1987) indique que cette approche tire ses racines du mouvement de défense des droits des usagers. Dans un ouvrage que je recommande à tous, Hatfield et Lefley (1993) expliquent et je cite :

« Les stratégies des personnes pour gérer la maladie, la schizophrénie et d'autres désordres majeurs, peuvent varier du déni à l'acceptation, de l'expression d'émotions et de colère diffuse envers le système à de l'organisation bien ciblée, la défense des droits et le développement de services alternatifs. Nous suggérons que la gestion optimale est illustrée par les personnes qui connaissent leur handicap psychiatrique et qui font tous les efforts pour surmonter ses effets. Ce sont des personnes qui profitent de leur traitement et qui tirent des intuitions profondes de ces expériences. Les stratégies efficaces de gestion comportent aussi des efforts de défense des droits pour surmonter les préjugés et la discrimination envers les personnes ayant une maladie mentale » (Hatfield et Lefley, 1993, 25-26).

⁴ En tenant compte du fait que ces auteurs ont assimilé les équipes PACT aux équipes de Case Management Intensif tout comme le font Mueser et Al., (1998) dans leur recension des écrits et des recherches sur le sujet.

Autrement dit, loin d'être une menace, la voie choisie par des usagers qui ressentent de la colère ou de la déception à l'égard du système en canalisant cette énergie pour construire de nouveaux services est une entreprise noble qui témoigne d'une adaptation positive. Bien que les auteurs actuellement engagés dans la recherche dans ce champ identifient le groupe d'entraide mutuelle WANA qui fut à l'origine de *Fountain House* comme étant les racines lointaines de cette nouvelle approche (Moxley et Mowbray, 1997); Rutman (1987) indique que les racines des programmes gérés par les usagers sont à rechercher dans les "*Lodge Society*" animés par George Fairweather au début des années 60 en Californie. Pour l'essentiel, disons tout simplement que Fairweather et ses collègues qui travaillaient dans un hôpital pour vétérans formaient des groupes de patients appelés à se préparer pour quitter l'hôpital ensemble pour devenir un groupe de soutien autogéré dans la communauté. Lorsqu'ils obtenaient leur congé de l'hôpital, les patients abandonnaient leur statut social de patient pour adopter celui de membre actif ayant un rôle de gestion à jouer dans la bonne marche d'abord d'un foyer de groupe et ensuite d'une petite entreprise qui permettait à tous de travailler et de se rendre autosuffisant (Tessier et Al., 1992). Ainsi, le personnel de l'hôpital jouait d'abord un rôle d'animateur pour enclencher le processus, adoptait ensuite un rôle de consultant pour les dépanner pour finalement laisser tout le pouvoir de gestion aux usagers dans la conduite de leurs propres affaires.

5. De la désinstitutionnalisation jusqu'au déploiement de la réadaptation psychosociale à une large échelle

Jusqu'au milieu des années 70, le mouvement de la réadaptation psychosociale aux États-Unis qui tentait de répondre aux cinq besoins sociaux dans la communauté est demeuré en marge du système de santé mentale (Rutman, 1987, Weinstein et Hughes, 2000). Entre 1955 et 1985, quatre-vingts pour cent des lits des hôpitaux psychiatriques publics qui assumaient tant bien que mal la réponse aux cinq besoins sociaux identifiés précédemment ont été fermés aux États-Unis (Bachrach, 1987, Mechanic et Aiken, 1987)⁵. À l'exception du Vermont qui a entrepris une démarche de désinstitutionnalisation orientée dans une perspective de réhabilitation dès le milieu des années 50 (Eldred et Al., 1962, Huessy, 1984, Torrey, 1986, Gélinas, 1996a) ; les soins psychiatriques ont été progressivement assumés dans la plupart des États dans une perspective à court terme par les hôpitaux généraux de sorte qu'ils ont été confrontés au phénomène de la réadmission continuelle d'une part (Bachrach, 1987). D'autre part, les centres communautaires de santé mentale (*Community Mental Health Centers*) mis en place progressivement à partir de 1963 par le gouvernement fédéral américain, en ayant pour mandat de prendre la relève des hôpitaux psychiatriques dans chacun des États, ont été incapables d'offrir des traitements psychiatriques à domicile et des services appropriés de réadaptation psychosociale dans la communauté (Mechanic et Aiken, 1987, Rutman, 1987, Weinstein et Hughes, 2000).

En fait, les CMHC ont éprouvé dès le début des difficultés importantes à coordonner leur action avec les anciennes structures asilaires et les services offerts étaient surtout axés sur la prévention, les traitements à court terme et la psychothérapie auprès des personnes éprouvant des difficultés psychologiques ; de sorte qu'ils ont été incapables de contrer le phénomène grandissant de l'itinérance et de l'abandon des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves à leur propre sort dans la communauté (Torrey, 1988). Non seulement, ces nouvelles structures ont été incapables de répondre aux cinq besoins sociaux de ces personnes mais surtout et je cite : "*le mouvement de désinstitutionnalisation, désigné à l'origine pour procurer aux malades mentaux la possibilité de se libérer des conditions inhumaines des institutions a débouché ironiquement sur le fait que plusieurs de ces patients sont tombés entre les mailles du système*" (Bachrach et Lamb, 1989, p. 14).

C'est dans ce contexte qu'est né le modèle de Madison au début des années 70 à partir du déplacement d'une équipe d'une unité de soins hospitaliers dans la communauté pour traiter, réadapter et réhabiliter des personnes qui n'avaient pas accès à des services médicaux à domicile et de réadaptation psychosociale tel que décrit précédemment (Thompson et Al., 1990). Comme la démonstration de Marx,

⁵ Mechanic et Aiken (1987) estiment que le nombre des patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques publics est passé de 560,000 en 1955 à 116,000 en 1987.

Stein et Test s'appuyait sur une démarche scientifique rigoureuse, ils ont pu illustrer que leur modèle constituait une solution de rechange à l'hospitalisation de longue durée, qu'il permettait de mettre un terme au phénomène des hospitalisations répétitives et qu'il contribuait à améliorer la qualité de vie des personnes en leur apportant un soutien direct pour se maintenir dans un logis ou occuper un emploi (Stein et Test, 1978). C'est pourquoi leurs travaux ont eu un effet majeur sur l'élaboration des programmes de santé mentale au Wisconsin, dans d'autres États américains et un peu partout dans le monde (Tessier et Al., 1992).

C'est dans ce contexte également que Stein et Test ont été les hôtes d'une importante conférence tenue à Madison de praticiens œuvrant dans le champ de la réadaptation psychosociale aux États-Unis en 1975. Non seulement il en ont profité pour présenter les résultats de leurs propres expériences, mais également pour faire le point sur l'expérience de George Fairweather avec les "*Lodge Society*", sur les résultats de la pratique du club psychosocial *Fountain House* et de l'expérience de la Grande-Bretagne notamment. Leur ouvrage "*Alternatives to Mental Hospital Treatment*" édité en 1978 est un manuscrit dactylographié rendant compte des actes de cette conférence. En fait, Stein et Test ont toujours situé leurs travaux au sein de la réadaptation psychosociale, dans la perspective d'identifier toutes les approches exemplaires qui permettaient de combler les écarts pour rencontrer les besoins complexes et variés des usagers (Stein, 1991, Test, 1998).⁽⁶⁾

Cela étant précisé, il faut comprendre que le système de soins de santé et de services sociaux aux États-Unis est gouverné par la loi du marché qui favorise la fragmentation, le morcellement et la spécialisation des services (Bachrach 1978). Il s'élabore à partir de transactions complexes s'effectuant entre des entreprises privées et des organisations publiques ou sans but lucratif, les programmes sociaux sont fondés sur le principe de l'assurance et non de l'universalité, et plusieurs paliers de gouvernements interviennent dans le champ des politiques sociales, créant ainsi des chevauchements administratifs qui diluent la responsabilité sociale et politique à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. Le Docteur E. Fuller Torrey (1997) illustre à l'aide d'exemples percutants que, de façon générale, le système hospitalier américain est restrictif et que les programmes de réadaptation psychosociale ne sont pas toujours éligibles au remboursement par les différents programmes fédéraux d'assurance qui assument les frais de santé pour les personnes démunies, de sorte que des milliers de personnes atteintes de troubles mentaux s'enlisent dans la maladie et l'itinérance sans recevoir les soins et les services appropriés.

C'est dans ce contexte que l'agence du gouvernement fédéral américain (*National Institute of Mental Health*) qui avait proposé la création des CMHC en 1963 lançait quinze ans plus tard une nouvelle politique, le système de soutien communautaire (*Community Support System*) qui mettait de l'avant un "*étalage complet de traitements, de supports sociaux et de services de réadaptation requis pour permettre aux personnes présentant des troubles mentaux de fonctionner à un niveau optimal dans la société*" (Stroul, 1989, p. 5). Cette politique qui est toujours en vigueur identifie les services requis pour répondre aux besoins des personnes tels que l'entraide mutuelle et la défense des droits, le soutien au logement, au travail, à la famille, l'accès à des sources de revenus et de soins médicaux et psychiatriques, la clé pour obtenir tous ces services reposant sur le *Case Management* (Clark-Turner et Shifren, 1979, Baker et Intagliata, 1992). Dans cette optique, les systèmes de soutien communautaire "*devaient obligatoirement avoir une composante relative à la coordination des services pour être financés*" (Tessier et Al., 1992, p. 73) et les différents services spécialisés requis devaient s'inscrire dans une perspective de réadaptation psychosociale (Stroul, 1989). C'est ainsi que durant les années 80, cette politique a permis de financer de nombreux projets pilotes (*Demonstration Projects*) et de soutenir une augmentation fulgurante de services de réadaptation psychosociale. En 1971, il y avait seulement 13 agences offrant des services de réadaptation psychosociale en Amérique du Nord alors que leur nombre était estimé par l'IAPSRS en 1990 à 1,334

⁶ Le texte du professeur Mary Ann Test publié simultanément en anglais aux États-Unis et en français au Québec en 1998 se veut en fait une mise à jour de l'ouvrage de 1978 puisqu'il reprend la description des acquis et de la pratique des quatre grandes approches de réadaptation psychosociale identifiées plus haut au cours des vingt dernières années.

programmes aux États-Unis ayant la capacité de rejoindre 121,000 personnes sur une base quotidienne (Weinstein et Hughes 2000) ⁽⁷⁾.

Dans la mesure où la mise en place du système de soutien communautaire interpellait toutes les professions et services œuvrant dans le champ de la santé mentale, le besoin de former les praticiens et d'évaluer les résultats sur une large échelle aux États-Unis a permis à une école en particulier de prendre le leadership dans le déploiement de la réadaptation psychosociale. Depuis la fin des années 70, le *Center for Psychiatric Rehabilitation* affilié à l'Université de Boston et dirigé par le professeur William A. Anthony a extirpé le mouvement de la réadaptation psychosociale de sa marginalité première pour en faire une discipline scientifique ayant sa propre technologie humaine au sens noble du terme, apportant ainsi une contribution majeure à son développement et sa diffusion en Amérique du Nord et dans le monde entier (Anthony et Al., 1987, Anthony et Liberman, 1992, Anthony, 1998). La deuxième école de pensée qui a permis de conceptualiser un cadre théorique de référence en psychiatrie pour reconnaître l'apport de la réadaptation psychosociale est celle du Docteur Robert Paul Liberman de l'Université de la Californie à Los Angeles. Ces auteurs se réfèrent au courant de pensée behavioriste et mettent l'accent sur la nécessité de consolider l'entraînement aux habiletés sociales sur des bases scientifiques et de recourir à une méthodologie rigoureuse dans la poursuite de la réadaptation et de la réhabilitation. Sur la base des travaux du Docteur Robert Paul Liberman (1982, 1991), Anthony et Liberman, ont proposé en 1986 et en 1992 le modèle théorique de la vulnérabilité au stress pour concevoir la pratique de la réadaptation psychosociale. Ce modèle illustre que l'interaction dynamique entre les vulnérabilités psychologiques et biologiques d'une part et les stress sociaux et environnementaux d'autre part agissent sur la configuration que prendront la manifestation des symptômes de la maladie, les séquelles laissées par l'handicap et les désavantages sociaux qui en résultent. Ainsi, la pratique de la réadaptation psychosociale consiste à repousser les facteurs dégradants et à rehausser les facteurs de protection tels que la médication, l'entraînement des habiletés sociales, la réintégration sociale et l'accès à toutes les ressources susceptibles de rehausser la qualité de vie. Par conséquent, les résultats du processus de traitement, de réadaptation et de réhabilitation sont à rechercher dans l'équilibre entre toutes ses dimensions (Anthony et Liberman, 1986, 1992).

Le professeur Mary Ann Test expliquait en 1998 que le modèle PACT s'ajustait aisément avec la structure du modèle théorique de la vulnérabilité au stress et qu'à l'instar des quatre grandes approches de réadaptation psychosociale ayant émergé d'une pratique sur le terrain, et je cite : "*le modèle PACT initial a surgi de notre expérience clinique et de notre profonde connaissance de nos clients et de leur maladie, plutôt que de la pensée théorique*". Elle précisait par la suite que :

« *Spécifiquement, l'équipe de services essentiels d'un programme PACT fournit aux clients des interventions pour diminuer leur vulnérabilité biologique, elle les aide à apprendre des habiletés et leur apporte du soutien social pour renforcer les facteurs protecteurs. L'équipe met l'emphase sur l'aide tangible qu'il faut apporter aux clients pour qu'ils combent leurs besoins de base et obtiennent du soutien au travail. Elle s'assure que les clients vivent et travaillent dans des endroits appropriés pour diminuer l'impact des facteurs de stress liés à l'environnement. Bien que nous essayons constamment d'aider les clients à diminuer la gravité des symptômes de la maladie et d'améliorer leurs habiletés, nous mettons une emphase énorme sur l'aide à fournir aux clients pour trouver des environnements où ils peuvent fonctionner d'une façon optimale en dépit de la persistance épouvantable de leur maladie* » (Test, 1998, p.127).

6. De l'interaction entre les approches et de l'apport du modèle PACT au développement de la réadaptation psychosociale

La démonstration étant faite que le modèle PACT est une pratique de réadaptation psychosociale, il importe maintenant de faire le point sur les interactions qui se sont manifestées historiquement entre les

⁷ La dernière estimation suggérée par l'une de ces auteures fait état de 2000 programmes en 1994 (Hughes, 1994). Par ailleurs, la treizième agence identifiée en 1971 en dehors du territoire américain était *Foward House/Maison Les Étapes Inc.* fondée en 1957 à Montréal.

approches et les écoles de pensée ainsi que sur les apports de ce modèle au développement de la réadaptation psychosociale.

6.1 Au niveau du Case Management

L'apport le plus significatif du modèle PACT est sans contredit le déplacement du cadre de l'intervention de l'hôpital vers la communauté. À l'instar de l'expérience des "*Lodge Society*" conduite par George Fairweather fondée sur les théories d'apprentissage social (*Social Learning Theories*) (Weinstein et Hughes, 2000) et perfectionné par la suite par Anthony et Liberman des écoles de Boston et de Los Angeles (Pratt et Al., 1999), Stein et Test (1978) ont repris l'idée que l'entraînement aux habiletés sociales devait s'actualiser là où la personne les utilise, c'est-à-dire dans son environnement immédiat. Ainsi, les premiers agents de suivi intensif devaient employer la technique du *modeling* qui implique de "**faire avec**"⁽⁸⁾, soit de prodiguer un enseignement pratique et d'accomplir une tâche avec la personne suivie côte-à-côte et *in vivo* pour soutenir l'apprentissage d'un comportement adéquat et résoudre les problèmes concrets dans son milieu de vie (Gold Award, 1974, 1999, Test et Stein, 1976, 2000). Dans leur ouvrage que je recommande à tous pour nous outiller à repousser la discrimination et la stigmatisation, intitulé "*Don't Call Me Nuts!*", Corrigan et Lundin (2001) précisent qu'à l'époque de sa mise en place en 1972, le premier programme de suivi intensif dans le milieu (*Assertive Community Treatment*) a révolutionné la pratique de la réadaptation psychosociale qui était jusque-là basé sur le fait que les usagers devaient se présenter au club psychosocial par eux-mêmes ou intégrer un groupe comme les "*Lodge Society*" pour y recevoir des services alors que Stein et Test ont proposé d'inverser cette trajectoire en permettant à des intervenants d'aller à leur rencontre sur une base individuelle pour les accompagner et les amener à utiliser toutes les ressources sociales en fonction de leurs besoins uniques, renforçant du coup la reprise du pouvoir par les usagers (*empowerment*).

Cette technique propre au travail social américain (Toseland, 1981, Witheridge et Dincin, 1985) de rechercher activement la clientèle dans son milieu de vie pour lui apporter du soutien et lui faciliter l'accès aux multiples ressources sociales dont elle a besoin pour sortir de son isolement et reprendre sa place dans la société (*Assertive Outreach*) a été reprise largement par toutes les formes de *Case Management* intensif ou clinique au sens large qui ont vu le jour en Amérique du Nord depuis 30 ans, que le suivi se fasse en équipe ou sur une base individuelle (Nadeau, 1989, Witheridge, 1989, 1990, 1991, Engstrom et Al., 1995, Curtis et Al., 1996, Vallée et Al., 1998, Pike et Al., 1998, Rapp, 1998a). Et c'est probablement l'un des facteurs majeurs qui explique que le modèle original de Madison est assimilé à une forme de *Case Management* intensif dans la plupart des manuels de réadaptation psychosociale alors que Stein lui-même a déjà indiqué clairement que c'est plutôt un système complet de soins et de services qui intègre les fonctions du *Case Management* propres au service social et au suivi systématique en soins infirmiers (Austin et McClelland, 1996, Rothman, 1991) dans la perspective de dispenser simultanément le traitement et la réadaptation⁽⁹⁾ (Stein, 1990, Anthony et Al., 1990, Hodge et Draine, 1993, Test, 1998, Pratt et Al., 1999, Hughes et Weinstein, 2000, NAMHPAC, 2002).

Dans la mesure où il est toujours difficile de reproduire dans sa totalité tous les éléments d'un modèle quel qu'il soit, notamment en raison des conditions sociales spécifiques au sein duquel il a émergé (Bachrach, 1988, Witheridge, 1991, Rapp, 1998a), l'expérience de Stein et Test conduite à Madison au Wisconsin a influencé la mise en place de nombreux programmes de suivi intensif dans le milieu au cours des vingt dernières années en Amérique du Nord, notamment à partir des structures existantes avec parfois plus ou moins de succès tel qu'illustré lors d'une expérience d'implantation au sein de trois CMHC

⁸ Concept que nous avons suggéré pour rendre compte de ce type d'intervention utilisé largement par toutes les formes de suivi intensif dans le milieu au sens large lorsque nous avons construit le Relevé Quotidien des Contacts dans le cadre d'un projet de recherche à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (Gélinas et Al., 2002).

⁹ À l'exception du manuel édité par Robert Paul Liberman en 1992 intitulé *Handbook of Psychiatric Rehabilitation* dans lequel Mary Ann Test présente le *Training in Community Living* d'un côté et Baker et Intagliata présentent le *Case Management* de l'autre (voir Test, 1992 et Baker et Intagliata, 1992).

de l'Indiana à la fin des années 80 (Bond et Al., 1988a). Ainsi, en raison de nombreuses contraintes organisationnelles et financières, il s'est développé tout un courant d'adaptation du modèle original (Gélinas, 1998) et c'est la raison pour laquelle les auteurs américains font la distinction entre PACT pour *Program of Assertive Community Treatment* et ACT pour *Assertive Community Treatment* seulement. Loin d'être une simple question de sémantique, cette distinction implique, signifie et je cite :

« *l'Assertive Community Treatment (ACT) découle du modèle PACT, mais la totalité du système de soins et de services propres au PACT n'est pas reproduite (Bond et Al ; 1988). La similitude de ces programmes repose sur l'approche globale de suivi dispensé par une équipe. Les équipes ACT sont des petites équipes d'intervenants qui mettent l'accent sur les interventions in vivo, les activités de la vie quotidienne et la coordination d'un système complet de soins, en comptant dans la mesure du possible sur les ressources de l'équipe. Les équipes ACT se distinguent du modèle original parce qu'elles sont élaborées dans des milieux où il n'est pas possible d'offrir toute la gamme de services PACT, en raison de contraintes budgétaires ou organisationnelles. D'où une version du modèle qui coordonne des services en dehors de ceux dispensés directement par l'équipe* » (Hodge et Draine, 1993, p. 160).

De plus, certaines formes de *Case Management* intensif ont tellement incorporé d'éléments en provenance de l'expérience de Stein et Test tout en y ajoutant des ingrédients tirés des autres modèles de *Case Management* clinique au sens large que des chercheurs en arrivent à assimiler l'ACT et l'ICM dans la même catégorie lorsque vient le temps d'en évaluer l'efficacité (Surles et Al., 1992, Mueser et Al., 1997). Inversement, l'adaptation proposée par Santos et Al. (1993) dans les milieux ruraux de la Caroline du Sud repose sur l'embauche d'infirmières généralistes ayant la polyvalence d'offrir à la fois des soins infirmiers pour le traitement et des services sociaux pour effectuer la liaison avec les ressources sociales dans ces milieux (Santos et Al., 1993). Bref, ce n'est pas demain la veille que nous arriverons hors de tout doute à différencier les différentes applications qui découlent du modèle PACT ou du *Case Management* en raison de la dynamique de convergence entre ces deux approches au sein de la réadaptation psychosociale depuis un quart de siècle (Gélinas, 1998).

Toutefois, il importe de souligner l'apport majeur de l'agence de réadaptation psychosociale *Thresholds* à la pratique de l'ACT avec la mise en place du programme *Bridge* au début des années 80. Witheridge et Dincin (1985) ont puisé dans l'expérience de Stein et Test, "*la technologie éprouvée en travail social de la visite à domicile et la coordination serrée des services combinées avec l'apprentissage in vivo ou sur le tas des habiletés sociales*" (p. 66) pour rejoindre les personnes qui s'enlisaient dans l'itinérance dans le contexte métropolitain de Chicago. Non seulement ce programme s'est avéré efficace pour mettre un terme aux hospitalisations répétitives et accroître la qualité de vie (Witheridge et Al., 1982, Bond et Al., 1990), mais surtout il a fait la preuve que l'ACT pouvait être mis en place avec succès par une agence communautaire ayant une solide expertise dans la pratique de la réadaptation psychosociale. En effet, les plus belles descriptions du travail de terrain effectué par des agents de suivi intensif proviennent de cette agence (Witheridge, 1989, 1990, 1991, Engstrom et Al., 1995) et cela s'explique par la profondeur de l'engagement à l'égard du vécu des personnes suivies, la vision pragmatique de la pratique de la réadaptation et le développement d'une culture organisationnelle qui favorise le développement des qualités personnelles indispensables à l'établissement d'une relation significative telles que l'humilité et le dévouement (Horowitz et Al., 1995). De ce point de vue, ce type d'organisation repose, tout comme l'agence *Foward House/Maison Les Étapes* à Montréal (Bisson, 2001) sur une philosophie et une expérience qui sont une source d'enseignement pour les intervenants issus du milieu hospitalier et qu'on ne retrouve pas toujours *a priori* dans les credos professionnels.

Inversement, l'apport du professeur Charles A. Rapp (1998b) de l'école de bien-être social de l'Université du Kansas (*School of Social Welfare*) à la pratique du modèle de *Case Management* centré sur les forces du client (*Strengths Model*) est une source d'inspiration qui invite les travailleurs sociaux au sein des équipes PACT à prodiguer de l'enseignement auprès de leurs collègues. En effet, le modèle PACT intègre le "*State-of-the-Art*" de toutes les avancées technologiques issues de toutes les professions oeuvrant en psychiatrie (Test, 2002b). Ainsi, si Rapp (1998a) affirme que son modèle de *Case Management* intègre

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

plusieurs éléments issus de l'ACT au point d'en faire un proche cousin, l'inverse est vrai aussi dans le sens où il permet d'enrichir la pratique de l'ACT dans une perspective de rétablissement en s'appuyant non seulement sur les forces de la personne mais également sur les forces des multiples ressources sociales au sein de l'environnement que les intervenants des équipes PACT doivent utiliser à fond pour soutenir la reprise du pouvoir des usagers et leur réintégration sociale. D'ailleurs, le professeur Mary Ann Test en recommande l'utilisation et je cite :

« *Le modèle basé sur les forces tel qu'élaboré par Rapp ne se limite pas à être un ajout de convergence sur les forces de la personne dans une perspective axée sur la pathologie et les besoins. C'est davantage un changement radical de paradigme centré sur les forces qui favorise de nouvelles manières créatives de travailler avec la clientèle et qui mise sur leurs habiletés, compétences et aptitudes, plutôt que sur leurs faiblesses* » (Test, 1999, p.1502).

6.2 Au niveau du soutien à l'emploi

Le deuxième apport du modèle PACT qui a été repris largement par la suite au sein du mouvement de la réadaptation psychosociale est lié à la réadaptation professionnelle (*Vocational Rehabilitation*). Alors que le travail est perçu comme le facteur majeur d'intégration sociale par la culture occidentale, la majorité des personnes ayant des troubles mentaux graves sont généralement inoccupées et dépendantes de l'aide sociale pour survivre ou gagnent de faibles revenus lorsqu'elles arrivent à retourner sur le marché du travail (Ahrens et Al., 1999). En effet, Anthony et Blanch (1987) ont montré que le taux d'emploi à temps plein ou partiel au sein du marché du travail compétitif pour ces personnes se situe en bas des 15%.

Or l'une des caractéristiques propre au modèle PACT est le fait que la réadaptation professionnelle a toujours été envisagée à la fois comme une modalité de traitement et un résultat. D'une part, tous les clients suivis par une équipe PACT sont susceptibles d'être investis pour développer leur potentiel d'occupation au sens large dans une perspective de rehausser l'estime de soi et de procurer un cadre structurant pour juguler la symptomatologie. D'autre part, toutes les sphères de la vie de la personne suivie font l'objet d'interventions individualisées pour la soutenir dans sa démarche d'intégration au travail. Ainsi, l'ajustement de la médication, l'entraînement des habiletés sociales de base liées à l'hygiène, la lessive, la préparation des aliments, à la gestion du budget ou au transport ainsi que l'accompagnement à des activités sociales et récréatives sont utilisés comme des leviers pour rehausser ses compétences personnelles et accroître sa capacité de socialisation. De plus, toutes les modalités d'occupation sont utilisées avec souplesse et créativité, des ateliers protégés jusqu'aux stages en entreprise ou du bénévolat jusqu'à l'intégration sur le marché du travail. Typiquement, les opportunités d'emplois sont dénichées avec soin en fonction des préférences des usagers et d'une évaluation minutieuse sur le plan professionnel pour éviter de les confronter à l'échec; les intervenants prennent le temps d'accompagner les usagers à leurs lieux de travail pour faire du *modeling*, négocier des aménagements spécifiques auprès des employeurs et de les rencontrer régulièrement conjointement avec les usagers pour faire le point sur les difficultés rencontrées et leurs progrès ou pour modifier les aménagements convenus. Enfin, toutes les agences gouvernementales d'intégration à l'emploi à l'extérieur de l'équipe sont utilisées judicieusement de même que l'octroi d'incitations monétaires ou de subventions pour soutenir leurs démarches d'intégration. (Knoedler, 1979, Russert et Frey, 1991, Frey et Godfrey, 1991, Ahrens et Al., 1999) ⁽¹⁰⁾.

¹⁰ Dans une recherche publiée récemment concernant l'efficacité du modèle original de Madison, Ahrens et Al. (1999) montrent que sur une période de cinq ans, 55.6% des 63 usagers suivis sur 144 par l'équipe PACT ayant fait l'objet de services intensifs de réadaptation professionnelle ont réussi à intégrer avec succès le marché du travail compétitif et ce, malgré la présence de plusieurs facteurs de risques généralement associés avec un faible pronostic, y compris au sein de la population générale. "Plusieurs caractéristiques de ce groupe sont identifiées dans les écrits scientifiques comme présentant des risques à l'égard de la capacité d'être employé, autant au niveau de la population en général qu'à celui des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les facteurs de risque de notre échantillon incluent le fait que les clients étaient d'âge moyen ($M = 36.95$ ans, $ET = 8.75$ ans), qu'ils présentaient un diagnostic de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs (96.8%), qu'ils présentaient des troubles Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

C'est le modèle original de Madison qui a principalement influencé des chercheurs et des cliniciens du New-Hampshire pour proposer le modèle IPS (*Individual Placement and Support*) en 1994 pour l'adapter à la réalité des CMHC de cet État américain (Becker et Drake, 1994, Knoedler, 1994, Anthony, 1994b, Stein et Santos 1998). En effet, le modèle IPS repose sur l'emploi de spécialistes en réadaptation professionnelle travaillant en équipe et tissant des liens étroits avec les équipes cliniques pour suivre les clients aptes au travail. Ce modèle a l'avantage de mettre des spécialistes de l'emploi à la disposition de plusieurs programmes et l'inconvénient de s'adresser seulement aux personnes prêtes à travailler (Becker et Drake, 1994, Knoedler, 1994). Ces deux approches ne sont pas incompatibles car elles visent le même but (Latimer et Lecomte, 2002). Dans cette optique, il n'est pas surprenant que le modèle IPS soit intégré aux manuels de Allness et Knoedler (1998) et de Stein et Santos (1998) car il s'agit là d'un bel exemple d'une "technologie de la réadaptation psychosociale" pour reprendre les termes du professeur Anthony (1998), développée à l'origine à Madison, reformulée sous l'influence de l'école de Boston et introduite à nouveau par la suite au sein d'équipes PACT comme cadre conceptuel du spécialiste de l'emploi au sein de celle-ci. Ainsi, personne ne se surprendra de rencontrer des équipes organisées selon le modèle original pour gérer la réadaptation professionnelle (Russert et Frey, 1991, Frey et Godfrey, 1991), des équipes reléguant cette dimension à une équipe IPS distincte tout en conservant des liens étroits avec celle-ci (Stein et Santos, 1998) et des équipes ayant un spécialiste à l'emploi se consacrant exclusivement à cette tâche tout en ayant le modèle IPS comme cadre de référence (Giannitsopoulos, 2001).

6.2 Au niveau de l'embauche de travailleurs pairs aidants

L'innovation la plus spectaculaire dans le champ de la réadaptation psychosociale qui s'est progressivement consolidée au cours des deux dernières décennies est sans doute la mise sur pied de multiples programmes gérés par les usagers eux-mêmes (Solomon et Draine, 1998, Test, 1998) et l'embauche d'usagers comme pourvoyeurs de services, d'abord au sein de programmes de *Case Management* et ensuite au sein d'équipes PACT, notamment en Ontario (Sherman et Porter, 1991, Moxley et Mowbray, 1997, Jobidon, 1998, Musgrave, 2001, Test, 2002a).

Cette évolution récente résulte de la convergence de deux grands courants sociaux qui ont influencé le développement de la réadaptation psychosociale. Tout d'abord, l'application de la politique du système de soutien communautaire (*Community Support System*) mise de l'avant au début des années 80 favorisait le développement de l'entraide mutuelle ouvrant ainsi la porte à la reconnaissance de l'apport spécifique que les usagers eux-mêmes peuvent amener dans la configuration des services. En fait, cela s'inscrit dans la logique de la philosophie de la réadaptation psychosociale qui postule que les usagers peuvent s'épanouir et reprendre le contrôle de leur vie (McCabe et Unzicker, 1995, Solomon et Draine, 1998). Ensuite, le mouvement de défense des droits des usagers, né d'une révolte à l'égard du système psychiatrique traditionnel dominé par le modèle médical, prônait que les usagers devaient se libérer de l'emprise des professionnels de la santé mentale qui les confinaient selon eux à un rôle passif de récipiendaires de services. Ainsi, ce mouvement animé par des "ex-patients" cherchait à dégager une alternative aux services traditionnels pour repousser la discrimination et la stigmatisation dont ils faisaient l'objet. Ainsi, la convergence de ces deux courants a conduit à la reconnaissance que les systèmes progressistes de santé mentale devaient non seulement intégrer la médecine, la réadaptation et le travail social au sens large, mais également des services gérés par les usagers eux-mêmes, dans le sens où le mouvement des usagers et leurs apports à tous les niveaux (*consumerism*) sont reconnus comme des éléments fondamentaux de tout système axé sur le rétablissement (Anthony, 1994, Moxley et Mowbray, 1997). Ainsi, la

mentaux s'échelonnant sur une longue période de temps (M = 19.49 ans, ET = 5.06 ans de durée), qu'ils étaient inoccupés au cours des 9 derniers mois précédant le début des services intensifs de réadaptation professionnelle (M = 88.4%), qu'ils recevaient des services du programme PACT depuis longtemps avant de recevoir des services intensifs de réadaptation professionnelle (M = 11,30 ans, ET = 6.36 ans) et qu'ils présentaient en plus des problèmes associés à la toxicomanie (42.9%) " (Ahrens et Al., 1999, p. 21-22).

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

connaissance directe issue de l'expérience de la maladie mentale est recherchée parce que "*les usagers qui reçoivent des services d'un autre usager apprécient ce type de service qui est perçu comme une relation normalisante, empathique et plus égalitaire*" (Jobidon, 1998, p.2).

Alors qu'aux niveaux du *Case Management* et du soutien à l'emploi, nous pouvons identifier assez facilement les apports du modèle PACT à leur développement, il est clair que c'est la quatrième approche identifiée plus haut (Rutman, 1987), soit celle des programmes gérés par les usagers eux-mêmes (*The Consumer-Guided Models*) qui en retour influence l'évolution toute récente au sein du modèle PACT qui envisage maintenant la possibilité d'embaucher des travailleurs pairs aidants (*Peer Support Worker*) à titre de membre à part entière de l'équipe. Dans le manuel de Allness et Knoedler (1998), la description de tâches des postes réservés à des travailleurs pairs aidants est absente bien qu'ils soient invités à postuler sur n'importe quel poste selon le principe de l'égalité des chances, alors que dans le manuel de Stein et Santos (1998), la possibilité d'embaucher des travailleurs pairs aidants est évoquée explicitement dans une perspective générale sans donner de références exhaustives concernant l'actualisation de cette position. Par contre, le professeur Test (2002a) dans un texte récent est très claire à ce sujet à savoir qu'une équipe PACT devrait prévoir l'embauche d'au moins un travailleur pair aidant ⁽¹¹⁾. Ainsi, il semblerait que c'est en Ontario à l'heure actuelle où des progrès significatifs sont enregistrés à l'égard de cette dimension. En effet, les normes officielles servant de cadre de référence à la mise en place des équipes PACT prévoient la moitié d'un équivalent temps plein pour cette fonction (Musgrave, 2001) alors que les responsables cliniques (*Team Leader*) de la branche du Toronto métropolitain de la Division ontarienne de l'Association canadienne pour la santé mentale, qui gèrent trois équipes ACT à titre d'organisme sans but lucratif, suggèrent fortement de rehausser cette norme à au moins un équivalent temps plein (Lurie et Al., 2002).

Lors du onzième colloque annuel de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale qui s'est déroulé du 25 au 26 avril 2002 à Mont-Tremblant au Québec, Mme Margaret Gehrs et M. Gordon Singer, respectivement responsable clinique et travailleur pair aidant au sein du *Contact Mental Health Outreach Service*, du *St-Michael's Hospital* de Toronto ont présenté un atelier pour faire le point sur l'intégration d'un travailleur pair aidant au sein d'une équipe PACT (Gehrs et Singer, 2002). À l'instar de Solomon et Draine (1998), ils ont démontré avec brio que l'un des principaux bénéfices de cette intégration était de faire évoluer la culture et la vision qu'avaient les intervenants réguliers à l'égard des usagers. En effet, la sensibilité et le vécu du travailleur pair aidant amènent l'ensemble des intervenants à percevoir les usagers d'une façon positive et à rehausser leur compréhension du processus de rétablissement. Stein et Santos (1998) précisent que le travailleur pair aidant est bien placé pour refléter le point de vue des usagers auprès des autres membres de l'équipe à l'égard des problèmes qu'ils rencontrent dans leurs milieux de vie et pour apprécier les difficultés au niveau de la prise de la médication, notamment au niveau de la gestion de ses effets secondaires. Enfin, la présence d'un travailleur pair aidant au sein d'une équipe PACT permet d'offrir aux usagers un intervenant en qui ils ont confiance naturellement et auprès de qui ils peuvent s'identifier. Enfin, Gehrs et Singer (2002) ont démontré que la création d'un poste de travailleur pair aidant au sein d'une équipe PACT ne s'improvise pas car cela soulève des questions éthiques qu'il faut résoudre et exige beaucoup de tact, de préparation et de maturité de la part de l'équipe et des gestionnaires pour maîtriser l'implantation de cette innovation. Mais surtout et je cite :

"Engager les usagers parce qu'un mouvement fait pression ou parce que le partage du pouvoir est à la mode, est basé sur de mauvaises raisons. Il faut le faire parce que vous y croyez, parce que vous savez au fond de votre cœur que ces personnes sont capables de faire le travail et qu'elles peuvent être accueillies comme partenaires égales. Si vous ne l'envisagez pas de cette manière, les usagers seront mieux servis en créant leur propre organisme" (Don Lavin, cité par Solomon et Al, 1998, p. 33 et repris par Jobidon, 1998, p. 11).

¹¹ Voir Allness et Knoedler (1998), p.18, Stein et Santos (1998), p.62-63 et Test (2002), p.512.

Bref, le survol de quelques dimensions faisant l'objet d'interactions entre les différentes approches au sein de la réadaptation psychosociale, telles que le *Case Management*, le soutien à l'emploi ou l'implication des usagers comme pourvoyeurs de services, illustre à titre d'exemples qu'elles sont en constante évolution et s'échangent mutuellement et continuellement des techniques, des valeurs et des ajouts au fil des ans. Par conséquent, il importe d'envisager le modèle PACT, de même que tous les autres modèles de réadaptation psychosociale comme des véhicules qui se renouvellent continuellement et non comme des approches figées une fois pour toutes dans le temps.

7. Du caractère "distinct" et des contradictions qui surgissent au sein du mouvement de la réadaptation psychosociale

7.1 Au niveau des frontières entre la psychiatrie et la réadaptation psychosociale

Selon Weinstein et Hughes (2000), l'une des contributions majeures de la réadaptation psychosociale au traitement de la maladie mentale a été le déplacement des services basés uniquement sur le modèle médical vers le développement de services incorporant les principes de la réadaptation. Alors que le modèle médical met l'accent sur la réduction des symptômes, notamment par l'utilisation de la pharmacologie lors de l'hospitalisation, la réadaptation met l'accent sur la restauration des capacités de la personne dans le contexte d'une vie normale dans la communauté. Ainsi, même si une personne est confrontée à la résurgence des symptômes suite à l'obtention de son congé de l'hôpital, le processus de réadaptation peut quand même s'enclencher car il cherche à lui donner des moyens variés pour compenser les effets de la maladie à travers un entraînement et la mise en place de mesures de soutien dans son environnement. Dans une perspective de réadaptation et je cite :

"La personne ayant une maladie mentale devient l'experte dans la gestion de son incapacité. Le modèle médical a pour but de diminuer la maladie alors que le modèle de la réadaptation se préoccupe de maximiser la santé (Anthony et Al., 1990). Selon le cadre d'intervention, les intervenants qui se spécialisent dans la réadaptation, font la promotion du rétablissement de la "personne". Ainsi, ils maximisent la responsabilité, le contrôle et l'estime de soi de l'individu et l'encouragent dans sa prise en charge et son processus de réhabilitation plutôt que de l'investir comme un "patient" en mettant l'emphase sur la maladie (Rutman, 1987)" (Weinstein et Hughes, 2000, p. 42).

Weinstein et Hughes (2000) précisent que la réadaptation vise à aider les personnes à surmonter les effets négatifs du "statut de patient" ("*patienthood*"), notamment auprès des personnes ayant vécu des hospitalisations de longue durée, qui ont incorporé en elles-mêmes des attitudes de dépendance et de soumission qui réduisent leur capacité à retrouver leur indépendance. Ces auteurs précisent et je cite :

"Les patients à l'hôpital se doivent d'accepter les directives et l'autorité du personnel médical et se soumettre à tous les traitements prescrits avec un minimum de tracas. Le personnel médical contrôle souvent chaque aspect du quotidien du patient ne lui laissant que très peu de décisions et un faible sentiment de contrôle (Rutman, 1987)." (Weinstein et Hughes, 2000, p. 42).

Dans la mesure où le modèle PACT intègre simultanément le traitement actif à la réadaptation dispensé dans la communauté, il ne faut guère se surprendre que cela engendre régulièrement des flammèches au sein du vaste mouvement de la réadaptation psychosociale, car il s'est développé historiquement dans une large mesure en dehors du cadre hospitalier comme nous l'avons vu plus haut. Qui plus est, les pionniers des premières agences de réadaptation psychosociale qui ont construit de peine et de misère des services dans le but de redonner du pouvoir aux usagers ont toujours exprimé le souhait que "*les programmes basés dans la communauté ne devraient pas être désignés comme étant des extensions du milieu hospitalier*" (Tanaka, 1983, p. 12). Bref, une équipe PACT est-elle un "club psychosocial sans murs" (Rutman, 1987) ou un "hôpital sans murs" (Santos et Al., 1995) ?

En fait, le modèle PACT cristallise les tensions qui existent depuis trente ans entre la psychiatrie et la réadaptation psychosociale. Dans deux articles de synthèse, la sociologue américaine Leona L. Bachrach (1992, 1996) a suggéré que deux grands mythes soient à l'origine des tensions existant entre ces deux disciplines. Le premier mythe entretenu par quelques partisans de la réadaptation psychosociale serait à l'effet que les personnes aux prises avec des troubles mentaux auraient besoin de réadaptation

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

seulement et que le traitement de nature biologique serait superflu et à la limite blessant. Le deuxième mythe entretenu par quelques membres de la communauté psychiatrique serait à l'effet que la réadaptation psychosociale a une orientation anti-médicale en soi et que les soins à apporter aux patients seraient menacés par des intervenants qui nient l'existence de la maladie et de la nécessité d'offrir des traitements pharmacologiques de pointe. Bien que ces deux mythes aient la vie dure et que plus souvent qu'autrement, l'on observe de la collaboration entre des partenaires plutôt que des affrontements, il n'en reste pas moins que la dynamique des contradictions entre ces deux disciplines est relativement complexe car plusieurs points de vue sont en interaction ⁽¹²⁾. Je m'explique.

Premièrement, il faut cesser de penser qu'il n'existe qu'une seule école de pensée au sein du vaste mouvement de la réadaptation psychosociale. J'ai déjà souligné ailleurs (Gélinas, 1997) que les premières agences de réadaptation psychosociale telles que *Thresholds*, *Fountain House* et *Foward House/Maison Les Étapes* étaient fondées sur les valeurs de fraternité, d'égalité et de justice sociale prônées par l'approche structurelle en travail social (Mullaly, 1993), les personnes souffrant de troubles mentaux étant considérées comme des membres au sein de ces organisations, de sorte que les qualités humaines et l'engagement personnel des employés à leur égard ont préséance sur les diplômes au moment de l'embauche (Witheridge, 1989, Dincin, 1995). Cela n'empêche pas ces travailleurs sociaux et communautaires qui luttent d'arrachepied à combattre les conséquences sociales de la maladie mentale de considérer celle-ci comme ayant d'abord et avant tout une base biologique (Taylor, 1987, 1989). Dans cette optique, le Directeur de *Thresholds*, Jerry Dincin (1995) à titre de travailleur social "*rejette les opinions de Thomas Szasz et de ses partisans qui nient l'existence de la maladie mentale*" (p. 13) et propose un programme minutieux d'éducation et de gestion de la médication psychiatrique qui respecte profondément le vécu des membres pour les amener à reprendre le contrôle sur leur vie. Dans cette optique, la médication est perçue comme l'ingrédient de base permettant d'élaborer la réadaptation psychosociale (Kaluzny Streicker et Al., 1986). Même son de cloche du côté des clubs psychosociaux traditionnels dont les porte-paroles écrivaient encore dernièrement que c'était un mythe de croire que leur mouvement prenait ses distances avec la psychiatrie (Aquila et Al., 1999), rejoignant en cela les propos du travailleur social John Beard rapportés par Glasscote et Al. (1971) à l'effet que "*la médication était perçue comme extrêmement importante pour les membres et que s'il était forcé de choisir entre la médication seulement ou le programme de Fountain house uniquement, il choisirait la médication*" (p. 58). Enfin, Lemieux et Lauzon (1999) dans *Le Partenaire* de l'AQRP rapportaient les propos du Directeur de *Foward House/Maison Les Étapes*, M. Christopher MacFadden, à l'effet que la question de la médication revêt une grande importance pour eux et que le service de suivi communautaire intensif mis sur pied en 1996 par cette agence était en mesure d'offrir des services sur une base quotidienne si cela était nécessaire pour soutenir les personnes qui exprimaient ce besoin pour prendre leur médication.

Deuxièmement et inversement je dirais, le Docteur Daniel B. Fisher (2002), médecin et co-directeur d'un programme géré par des usagers et soutenu activement par l'école de Boston, le *National Empowerment Center* de Lawrence au Massachussets, s'oppose au réductionnisme biologique qui peut conduire à une vision défaitiste et pessimiste de la maladie mentale et prône que la reprise du pouvoir des usagers sur la conduite de

¹² Il importe de préciser que les différents manuels américains de réadaptation psychosociale s'inscrivent tous dans une perspective de complémentarité et non d'opposition avec le traitement médical. Les différences proviennent plutôt de l'emphase qui est mise soit sur l'apport spécifique des approches psychosociales (Anthony et Al., 1990, 2002, Flexer et Solomon, 1993) ou soit sur la liaison avec le traitement (Lieberman, 1992). Entre ces deux pôles, il y a le manuel de Pratt et Al. (1999) d'une école de médecine au New-Jersey et le manuel officiel de l'IAPSRS de Weinstein et Hughes (2000) qui insistent sur la nécessité de bien comprendre l'étiologie et la symptomatologie des différents troubles mentaux en y consacrant leurs chapitres d'ouverture, cette connaissance étant vue comme un préalable à la pratique de la réadaptation. Quoi qu'il en soit, tous ces manuels apportent des contributions majeures à la compréhension de la complexité de la maladie mentale et de la diversité des moyens à utiliser pour y faire face, de sorte qu'il est nécessaire à notre avis pour les équipes PACT de s'y référer pour compléter l'enseignement des manuels de Allness et Knoedler (1998) et de Stein et Santos (1998) et pour inscrire pleinement leur pratique dans une perspective de réadaptation.

leur destinée est une condition fondamentale pour qu'ils se rétablissent. Tout en rejetant, à l'instar de Jerry Dincin, la perspective anti-psychiatrique de Thomas Szasz⁽¹³⁾, le Docteur Fisher insiste sur les traumatismes psychologiques et les mauvaises conditions sociales pouvant déclencher et alimenter la maladie mentale. Par ses écrits, il nous invite à considérer la détresse émotionnelle extrême et le sentiment d'aliénation profondément ressenti par les personnes qui doivent se mesurer avec la maladie et que les efforts des intervenants doivent être centrés sur une démarche d'accompagnement pour qu'elles reprennent leurs places dans la société. Ayant été confronté lui-même à la schizophrénie, le Docteur Fisher affirme et je cite :

"Je ne suis pas contre la médication, ni contre l'idée d'une description (ou explication) biologique de la maladie mentale. Mais je crois qu'on utilise beaucoup trop la médication et que malheureusement, c'est la première chose vers laquelle les gens se tournent. Il y a d'autres méthodes de rétablissement." (Fisher et Ahren, 2002, p. 129).

Dans cette optique, il recommande autant aux utilisateurs et aux dispensateurs de services d'aider les gens à développer des stratégies positives pour composer avec la maladie et de développer une approche holistique de la santé fondée sur un régime de vie équilibrée. C'est dans cet esprit qu'il questionne le modèle PACT en lui opposant une solution de rechange virtuelle avec le modèle PACE pour *Personal Assistance in Community Existence*. Le modèle PACT ne fait-il que véhiculer le modèle biologique de l'institution vers la communauté ? Sommes-nous coercitifs, paternalistes et infantilisans à l'égard des usagers ? Avons-nous le temps et l'énergie pour aider les usagers à reconstruire leur réseau social pour leur permettre d'être moins dépendants de notre système de services ? Sommes-nous en mesure de développer une relation d'aide fondée sur la confiance, le respect et la transparence ? Mettons-nous l'accent seulement sur le traitement alors que l'accès au logement autonome, à des activités récréatives et au travail sont des dimensions essentielles pour se rétablir ?

Dans la mesure où nous avons la responsabilité d'offrir des soins psychiatriques de qualité, nous devons faire preuve de maturité et accepter ce questionnement même si cela n'est pas toujours facile. Lors de la 18^{ième} conférence annuelle de l'*Assertive Community Treatment Association* qui s'est déroulée en juin dernier à Chicago, c'est Mme Amy K. Long (2002), usagère, infirmière, éducatrice et collaboratrice du Docteur Fisher au sein du *National Empowerment Center*, qui donnait la conférence de clôture sur le thème "*Recovery is not an Option!*". D'emblée, elle a lancé un cri du cœur pour amener les intervenants des équipes PACT à comprendre que pour se rétablir, les usagers devaient obligatoirement passer du "statut de patient" ("*patienthood*") à celui du "statut de personne à part entière et de citoyen" ("*personhood*"). Dans son allocution, elle a raconté avec brio la lutte qu'elle a dû mener pour surmonter la stigmatisation qu'elle avait enregistrée au plus profond de son être et pour repousser l'idée qu'elle en était réduite à être un diagnostic plutôt qu'une personne ayant des rêves et des aspirations. Sommes-nous des agents du maintien et de la stabilité ou des personnes stimulant la croissance et le développement ? Est-ce que nous entretenons la dépendance, la passivité et l'isolement ou est-ce que nous stimulons l'indépendance, l'activité et l'intégration sociale ? Sommes-nous préoccupés seulement par l'atteinte d'un niveau de fonctionnement minimal ou est-ce que nous luttons de toutes nos forces côte-à-côte avec les usagers pour améliorer leur qualité de vie ?

À l'instar des intervenants américains⁽¹⁴⁾, j'ai la conviction intime que nous pouvons adresser ces questions ici au Québec, car j'ai observé que les intervenants de toutes les équipes de suivi intensif dans le

¹³ C'est-à-dire la négation de l'existence de la maladie mentale envisagée seulement comme une construction sociale inventée par la psychiatrie (Voir Pratt et Al., 1999, p.13 et 53).

¹⁴ Notamment, la compagnie *Telecare Corporation*, une entreprise privée à but lucratif qui emploie 1600 employés et qui offre des services variés de santé mentale, dont des équipes PACT, dans le sud-ouest des États-Unis de la Californie au Texas, n'hésite pas à recourir aux services de Mme Amy K. Long du *National Empowerment Center* pour dispenser de la formation auprès de ses gestionnaires et de ses employés tout comme l'a fait l'Hôpital Douglas le 15 novembre dernier en invitant Mme Patricia Deegan du même groupe pour donner une journée d'étude sur le rétablissement. Précisons également que la prochaine conférence de l'ACTA aura lieu à San Antonio au Texas l'an prochain et que l'un des directeurs de cette entreprise est M. Kenneth Miya, Ph.D. qui est membre du comité exécutif de l'*International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (IAPRS). Voir FISHER et AHRENS Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

milieu que je rencontre régulièrement dans le cadre de mes activités de recherche, médecins, infirmières, professionnels et techniciens de toutes les disciplines œuvrant en psychiatrie, secrétaires médicales et préposés aux bénéficiaires, tiennent la main de l'usager avec le cœur, tel qu'illustré par la photographie sur laquelle est inscrit notre code d'éthique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

7.2 Au niveau des tensions qui existent entre les approches et des critiques formulées à l'égard du modèle PACT

Ayant cerné cette contradiction entre le traitement et la réadaptation, entre le biologique et le social, entre le "statut de patient" ("*patienthood*") et le "statut de personne à part entière et de citoyen" ("*personhood*"), il importe d'examiner la dynamique de ces contradictions comme un moteur ou une source de progrès qui fait avancer la réadaptation psychosociale, y compris le modèle PACT en son sein avec son caractère "distinct". En sortant de sa marginalité au milieu des années 70, la réadaptation psychosociale a toujours été secouée par des "changements de paradigmes" qui surgissent régulièrement, notamment aux niveaux du soutien au logement et du soutien au travail au sens large (IJPR, 2002). Qui ne se rappelle pas du débat au début des années 90 entre le soutien au logement autonome et la remise en question du continuum des services résidentiels et des résidences de groupe (Ridgway et Zippel, 1990, Witheridge, 1990, Morin, 1992, Carling, 1993, 1995, Dincin, 1995), du recours à des formes variées d'ateliers protégés ou de programmes de transition vers l'emploi versus la recherche active d'emploi sur le marché du travail compétitif et le soutien apporté sur place pour procéder à l'entraînement (Knoedler, 1979, Beard et Al., 1982, Bond, 1994, 1998, Dincin, 1995) ? Or dans le cas du modèle PACT en particulier, le principe directeur de la conduite des interventions a toujours été fondé sur une approche hautement individualisée, pour s'assurer que les besoins non comblés soient rencontrés tout en ne cultivant pas la dépendance pour rencontrer des besoins que la personne est en mesure de satisfaire elle-même (Test et Stein, 1977, Bachrach, 1978). C'est ce qui explique, qu'une équipe PACT utilise des formes et des combinaisons variées de soutien tirées de tous les "paradigmes" selon les choix exprimés et le cheminement propre à chaque personne qui évolue constamment dans le temps (Test, 1998, Thomson et Al., 2002).

Mais au-delà des différences conceptuelles, les tensions qui surgissent entre les différentes approches s'expliquent d'abord par deux éléments de la réalité objective. D'une part, les personnes aux prises avec des troubles mentaux ne forment pas un groupe homogène de personnes. Au contraire, ils forment plutôt un groupe hétérogène de personnes présentant des problématiques variées et ayant des besoins diversifiés et différents. D'autre part, les services de réadaptation psychosociale sont généralement très variés et de multiples facteurs cliniques, historiques et structurels influencent leur configuration de sorte que la "géographie" des services varie toujours d'une région à l'autre au sein des États ou des provinces (Rutman, 1987).

Je n'aborderai pas ici en détail le débat et la confusion entourant la différenciation entre le *Case Management* et le modèle PACT qui est encore présente de nos jours (Gélinas, 1998). Toutefois, il est clair que l'école de Boston met l'accent sur le développement du *Case Management* individuel au sein d'un système ayant les ressources nécessaires pour rencontrer les besoins complexes des personnes (Clark-Turner et Shifren, 1979, Anthony et Al., 1988, 2000, Stroul, 1989), alors que les tenants du modèle PACT ont toujours insisté sur le fait qu'une équipe devait assumer un point fixe de responsabilité pour offrir le traitement combiné à la réadaptation pour les personnes ayant besoin de ce type de suivi pour s'épanouir dans la communauté (Test, 1979, 1984). Autrement dit, les uns ont mis l'accent sur le développement de services spécialisés de réadaptation psychosociale associée à une fonction de liaison (Anthony, 2000, 2001, 2002) alors que les autres ont mis l'accent sur une équipe de traitement continu assumant les services essentiels et dont l'activité était compatible avec la mise en place des systèmes de soutien communautaire pour réaliser la continuité des soins et des services requis (Torrey, 1986, Test et Scott, 1990, Stein et Santos, 1998).

(2002), PANELL, R. (2000), MIYA, K. (2002) et WEINSTEIN et HUGHES (2000) dans la section des références, notamment en utilisant les adresses électroniques des sites web identifiés.

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

En fait, la contradiction principale qui anime le mouvement de la réadaptation psychosociale s'exprime par le fait que le traitement médical jugé nécessaire est généralement considéré comme l'un des services parmi d'autres s'articulant sur ses propres bases; la réadaptation étant envisagée comme un prolongement ayant ses propres articulations dans la communauté. Dans la mesure où le modèle PACT dispense simultanément le traitement et la réadaptation, il dérange parce que son articulation implique de réconcilier deux dimensions jugées *a priori* contradictoires. Toutefois, il importe de souligner que l'apport de toutes les approches est essentiel pour rencontrer les cinq grands besoins sociaux des usagers. Par exemple, les travaux des professeurs Paul J. Carling (1993, 1995) du Vermont et Geoffrey Nelson et Al. (2001) de l'Ontario sur le soutien au logement ont une valeur inestimable car ils apportent des outils et des moyens au sein d'une dimension cruciale; le problème de l'accès au logement social étant vu comme l'un des problèmes majeurs à résoudre pour permettre aux usagers de s'épanouir dans la communauté (Mechanic et Aiken, 1987, Stroul, 1989). Tel qu'illustré par Tsemberis et Eisenberg (2000), il est possible pour une équipe PACT de s'associer avec un organisme offrant du logement social, pour soutenir les usagers sur le plan du traitement et de la réadaptation tout en respectant l'un des principes de base du soutien au logement qui implique que la fidélité au traitement n'est pas un pré-requis à l'accès au logement.

En fait, la controverse majeure suscitée par la mise en place des équipes PACT est la problématique de la coercition. Le modèle PACT est perçu par certains auteurs comme étant essentiellement une mesure de contrôle social ayant des effets négatifs plutôt qu'une modalité progressiste de traitement associée à la réadaptation. S'inscrivant généralement dans une perspective anti-psychiatrique, ces critiques réduisent le PACT à une intervention médicale qui serait en soi dommageable et qui maintiendrait les usagers de force dans l'isolement plutôt que de les aider à s'intégrer pleinement à la société (Spindel et Nugent, 1998, Gomory, 1999, 2001, McCubbin et Al., 2001). Par contre, d'autres critiques formulées par des groupes d'usagers militants (*Consumers/Survivors*) sont plus nuancées et insistent plutôt sur le respect des droits civils des usagers et sur la nécessité de rester fidèle au concept original du modèle PACT dont la mission première est d'aider les usagers à retrouver leur autonomie et à rencontrer leurs aspirations (MadNation, 1999). Finalement, la possibilité de recourir aux équipes PACT pour véhiculer des formes de traitements involontaires dans la communauté ajoute à la controverse puisque cela va à l'encontre de l'un des principes directeurs de la réadaptation, à savoir le respect de l'auto-détermination¹⁵ (Diamond, 1996, CMHA/ACSM, 2002).

Dans la mesure où nous avons la responsabilité d'intervenir auprès d'une population vulnérable, toutes les critiques qu'elles soient justifiées ou non doivent être prises en considération avec respect, ne serait-ce qu'en raison du fait que les intervenants en psychiatrie détiennent *de facto* un pouvoir qui doit toujours faire l'objet d'un questionnement éthique (Curtis et Diamond, 1997). Cela étant précisé, il importe également de repousser les préjugés à l'égard du modèle PACT qui nuisent au dialogue et qui à la limite, contribuent à la stigmatisation des usagers suivis par ces équipes, car c'est comme si la fidélité au traitement médical était toujours envisagée comme une soumission ou le résultat d'une oppression.

Premièrement, il est faux de prétendre que les assises du modèle PACT reposent sur la coercition parce qu'il a d'abord et avant tout été développé pour permettre à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves d'avoir une chance de surmonter la maladie, de se rétablir et de retrouver leur citoyenneté pleine et entière (Test et Stein, 2001, NAMI, 2002). Malgré des normes claires de pratique prévoyant que l'utilisateur doit toujours participer activement à l'élaboration de son plan de traitement et de réadaptation et donner son accord à la mise en place des mesures de protection pour qu'il puisse se

¹⁵ Je n'aborderai pas ici en détail cette question complexe. Toutefois, j'invite les lecteurs à consulter le document produit par la Division ontarienne de l'Association canadienne pour la santé mentale sur la question dont la référence apparaît à la fin de ce texte à CMHA/ACSM (2002). Il s'agit en fait d'un modèle de médiation en travail social qui rapporte fidèlement les arguments de tous les protagonistes à l'égard de cette question et qui offre en dernière analyse des pistes de réflexion intéressantes pour faire avancer le débat.

maintenir avec succès dans la communauté (Allness et Knoedler, 1998, Musgrave, 2001), la confusion persiste à propos du sens que prennent ces mesures telles que la livraison de la médication ou la gestion par confiance des revenus lorsque cela est nécessaire (Diamond, 1996). Bien que les équipes doivent toujours être vigilantes pour ne pas tomber dans le piège d'imposer à tous des procédures rigides et stéréotypées, il est clair que la réussite et le succès à long terme d'un plan de traitement et de réadaptation reposent sur la collaboration active, le développement d'une relation de confiance et la reprise progressive du pouvoir par l'utilisateur qui reprend le contrôle sur sa propre vie (Chinman et Al., 1999, Thomson et Al., 2002). Agir autrement serait un non-sens.

Deuxièmement, il importe de surmonter cette dichotomie intellectuelle largement répandue voulant que le social s'oppose au biologique. Comme je l'ai déjà écrit ailleurs (Gélinas, 1999), du point de vue des usagers, le contrôle des symptômes qui les paralysent est en interaction étroite avec leur capacité de reprendre le contrôle de leur vie et d'accéder à un logement, à une occupation valorisante et significative, à des revenus décents, à des occasions de socialisation et d'intégration sociale pour sortir de l'isolement. Une seule intervention dans une seule sphère n'arrivera jamais à répondre à tous ces besoins, mais surtout l'ensemble de ceux-ci sont en interaction réciproque. Par exemple, l'absence d'une médication appropriée pourrait très bien se traduire par une exacerbation des symptômes qui empêche la personne d'obtenir un emploi, et partant à des sources de revenus lui permettant d'accéder au logement de son choix. Toutes ces dimensions sont toujours inexorablement liées pour la personne qui souffre.

Mais surtout, cette vision dichotomique nous empêche d'appréhender correctement l'interaction entre le social et le biologique. En effet, d'un point de vue écologique, il est admis en médecine sociale et préventive que de mauvaises conditions de vie et d'existence peuvent être à la source de nombreuses maladies multifactorielles, y incluant la maladie mentale. Ainsi, la pauvreté, le chômage, les faibles revenus, la mauvaise alimentation, l'isolement, un hébergement déficient, l'absence de ressources et de soutien sont tous des facteurs sociaux dégradants qui alimentent la maladie (Link et Phelan, 1995, McQuiston et Al., 2000). Farnam et Al. (1999) rapportent que 50% des personnes aux prises avec des troubles mentaux aux États-Unis présentent également des problèmes connus de santé physique et ils estiment qu'un autre 35% présentent des problèmes de santé physique qui ne sont pas diagnostiqués et traités. Autrement dit, les stress sociaux de l'environnement affectent autant la santé mentale que la santé physique.

Dans cette optique, une équipe qui s'inspire du modèle PACT "*fait peu de distinctions entre le traitement et la réadaptation en portant une attention continue à l'interaction en cours entre les symptômes, le fonctionnement psychosocial, les demandes et les supports environnementaux*" (Test, 1992, p. 157). Cette perspective écologique rejoint à la fois le cœur de la recherche d'une théorie de la réadaptation psychosociale (Cnaan et Al., 1989), la perspective éco-systémique en travail social (Germain, 1978) et les conclusions tirées des recherches expérimentales conduites par le travailleur social Gérard Hogarty qui ont montré que les traitements les plus efficaces pour les personnes affligées par la schizophrénie étaient ceux qui combinaient judicieusement l'utilisation de la médication avec les interventions psychosociales et que les effets propre à chaque modalité étaient amplifiés lorsqu'elles étaient combinées (Test, 1984, Libassi, 1988, Bentley et Walsh, 1996).

Toutefois, la mise en place des équipes PACT seulement ne résout pas tous les problèmes auxquels sont confrontés les usagers. Tant et aussi longtemps que leurs conditions de vie et d'existence ne s'améliorent pas, les intervenants sont confinés à lutter d'arrache-pied et côte-à-côte avec les usagers pour leur survie. D'où vient la coercition ? Des intervenants ou bien d'une réalité sociale qui limite les choix, les possibilités et les opportunités de croissance ? De ce point de vue, j'adhère autant aux revendications sociales d'accès aux revenus, au logement, au travail, à la reconnaissance des droits et à la possibilité de faire des choix formulées par ceux qui critiquent le PACT (McCubbin et Al., 2001) qu'au souhait formulé par Jerry Dincin (1995, 2001) qui espère que les compagnies pharmaceutiques vont découvrir dans l'avenir de nouvelles molécules permettant de juguler la maladie mentale ! Dans la mesure où le mouvement pour la défense des droits civils a joué un rôle tout aussi important que la découverte des psychotropes dans l'évolution de nos services de santé mentale au cours des 50 dernières années (Mechanic et Aiken, 1987), il serait plus sage à mon avis de

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

raffermir le consensus social entre tous les acteurs de la réadaptation psychosociale sur la base de l'interaction entre le biologique et le social plutôt que d'insister sur la contradiction entre le traitement médical et la réadaptation psychosociale (Cnann et Al., 1988). Autrement dit, manger, se vêtir, se loger, travailler et se divertir sont des dimensions aussi importantes que l'accès à des soins psychiatriques de qualité. L'un ne va pas sans l'autre.

8. De la nécessité d'harmoniser nos politiques sociales pour repousser la discrimination et la stigmatisation

Pour faire en sorte que le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale fassent "bon ménage", il importe à mon avis de bonifier deux dimensions. La première implique d'ancrer solidement la pratique du suivi intensif en équipe au sein du vaste mouvement pour la réadaptation psychosociale au Québec. La deuxième implique que tous les acteurs concernés de concert avec les groupes d'usagers et de familles s'unissent pour réclamer une harmonisation des politiques sociales pour soutenir la pratique et atteindre la finalité de la réadaptation psychosociale.

8.1 Dans le respect de la diversité et de la créativité

Bien que la recherche de la fidélité au modèle PACT (AHQ, 2000) est une démarche tout à fait légitime puisque sans critères précis de pratique, l'on risque de faire n'importe quoi (Test, 2002b), cela ne rend pas caduque pour autant les autres approches de la réadaptation psychosociale, ni les adaptations qui découlent du modèle original de Madison. Non seulement, il faut toujours tenir compte de la configuration d'un système de services qui varie toujours d'une région à l'autre mais d'autres facteurs tels que la nature variée des besoins (Lesage, 1996), la présence ou l'absence de partenaires ayant une expertise de la pratique de la réadaptation psychosociale, de même que la "géographie" de chaque région et sous-région influencent la couleur bien particulière que prendra le suivi intensif dans la communauté. Par exemple, dans l'Ouest de l'île de Montréal, Poirier et Al. (1998) illustraient il y a quelques années que le suivi intensif s'était élaboré sur la base d'une concertation judicieuse entre des établissements publics et des groupes communautaires de sorte qu'il ne faut jamais fermer la porte à toutes les formes de collaboration qui peuvent émerger au sein de différents milieux. De ce point de vue, les trois grands principes de planification suggérés par la sociologue américaine Leona L. Bachrach (1984) sont toujours d'actualité; soit l'équivalence fonctionnelle, la pertinence culturelle et le potentiel de transformation des différentes ressources existant déjà dans chacune des communautés.

A priori, il est bien évident que les hôpitaux détiennent les ressources humaines et financières leur permettant de mettre en place des équipes multidisciplinaires et de déployer la plupart des éléments du modèle PACT. De ce point de vue, ils ont une responsabilité particulière pour dégager les énergies nécessaires pour diversifier leurs services psychiatriques en y intégrant les nouvelles technologies de pointe telles que la mise en place d'équipes PACT pour rejoindre les personnes réfractaires aux services traditionnels (Gehrs et Al. 1999). Toutefois dans les régions métropolitaines notamment, s'il existe déjà une agence de réadaptation psychosociale, telle que *Foward House/Maison Les Étapes* sur un territoire donné qui est en mesure d'offrir un programme de suivi intensif dans le milieu qui s'inscrit dans la même perspective que le modèle *Bridge* (Lemieux et Lauzon, 1999); il est évident que le partenariat s'impose d'emblée d'autant plus que ce type d'agence apporte une valeur ajoutée à la pratique du suivi intensif tel que nous l'avons vu précédemment (Dincin, 1995). Autrement dit, tel que suggéré par l'*Assertive Community Treatment Association*, les adaptations au modèle original sont non seulement efficaces mais également nécessaires (ACTA, 2002), pour rejoindre des usagers qui désirent garder une distance avec le système hospitalier et pour enrichir la pratique du suivi intensif par l'expertise développée par les groupes communautaires depuis plus de vingt ans (Gélinas, 2000).

Dans cette optique, l'expérience récente de l'Ontario est très riche d'enseignement. À partir de normes claires de pratiques édictées par le ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée de cette

province (Musgrave, 2001), une organisation sans but lucratif ⁽¹⁶⁾ offrant déjà du soutien au logement, au travail et aux familles, des activités sociales et récréatives, du *Case Management* et des services de réadaptation psychosociale, s'est qualifiée pour mettre sur pied trois équipes ACT dans un contexte médico-légal puisqu'ils suivent des usagers ayant des démêlés avec la justice (Lurie et Al., 2002, CMHA/ACSM, 2002). Inversement, un établissement prestigieux du centre-ville de Toronto, le *St-Michael's Hospital*, affilié à l'Université de Toronto dispose à la fois d'une équipe PACT et d'un programme de *Case Management* intensif qui font l'objet d'une recherche expérimentale exemplaire (Gehrs et Al., 1999, Gehrs et Wasylenki, 2001) et qui s'insèrent dans un dispositif des soins variés et spécialisés tels qu'un centre de crise, différentes cliniques médicales et de consultation et même une clinique spécialisée pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux associés au virus du SIDA (STMH, 2001). Et ce, dans le contexte où il existe également dans le centre-ville de Toronto, une agence de *Case Management* ayant une pratique exemplaire depuis une vingtaine d'années, notamment auprès des femmes itinérantes, le *Community Resources Consultants*, qui a déjà fait l'objet de recherches conduites conjointement par le *Clarke Institute of Psychiatry* et l'école de Boston (Pike et Al., 1998).

Autrement dit, une équipe PACT s'insère dans un système de soins et de services dans le but de le compléter et non de le remplacer. Ainsi, la première valeur à laquelle ses membres et les gestionnaires doivent adhérer est la valeur fondamentale ayant donné naissance à l'AQRP ici au Québec il y a une dizaine d'années, soit le **partenariat** (Guillet, 1994). Non seulement une équipe PACT ne doit jamais se replier sur elle-même, mais surtout elle doit constamment tisser des liens avec de multiples partenaires autant au sein de sa propre organisation qu'à l'extérieur de celle-ci, pour rester à l'affût des références ou pour permettre à ses clients ayant cheminé de poursuivre une démarche de croissance avec d'autres organismes. Le plus bel exemple pour illustrer ce fait est lié au suivi des jeunes adultes ayant à composer avec un premier épisode de psychose. Dans un numéro récent du bulletin de l'AQRP, *Le Partenaire*, Dumais (2002) rapporte l'expérience de trois cliniques pour jeunes adultes, dont celle de l'Institut *Allan Memorial* qui travaille en collaboration avec un groupe de suivi communautaire, le Projet ARC (Laporta et Bastien, 2000). Selon la trajectoire empruntée par les usagers, on peut très bien imaginer que certains peuvent répondre rapidement à la médication associée à du suivi communautaire, d'autres pourraient présenter des besoins importants en étant référé à une équipe PACT pour éviter une détérioration alors que d'autres ayant progressé suite à un suivi dispensé par une équipe PACT pourraient bénéficier d'une continuité par une référence auprès d'un groupe de suivi communautaire.

En fait, les programmes de suivi intensif sur une base individuelle (*Case Management* ou "*ACT Lite*") et de suivi intensif en équipe (*ACT*) ne sont jamais très loin l'un de l'autre et il n'est pas rare qu'une même organisation, privée, publique ou sans but lucratif offre les deux modalités de suivi comme j'ai pu le constater lors de la 18^{ième} conférence de l'ACTA en juin dernier (Wolbert, 2002, Cormie et Al., 2002). De plus, une équipe PACT est dépendante jusqu'à un certain point de la disponibilité de multiples ressources sociales et communautaires, notamment au niveau du soutien à l'emploi (Bond et Boyer, 1988, Tessier et Al., 1992), de sorte qu'elle doit tisser des liens avec plusieurs partenaires qui offrent des services externes de main d'œuvre (SEMO), du logement social, du dépannage alimentaire ou des activités récréatives dans la communauté si elle veut répondre aux besoins multiples et favoriser l'intégration sociale des personnes suivies (Thomson et al., 2002).

Globalement, il importe de faire en sorte que la population de toutes les régions du Québec ait accès de façon équitable à des modalités intensives de suivi et qu'en même temps nous soyons créatifs pour puiser dans le vaste champ de connaissances de la réadaptation psychosociale toutes les formes d'organisation qui permettent d'atteindre le même objectif à partir d'une équivalence fonctionnelle (Bachrach, 1984). Par exemple, quand Vallée et Al. (1998) dans la région de l'Outaouais s'inspirent à la

¹⁶ Toutefois financée pour une large part par le ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée de l'Ontario, soit la Branche du Toronto métropolitain de la Division ontarienne de l'Association canadienne pour la santé mentale. Voir Lurie et Al. (2002) dans les références.

fois de l'école de Boston, du modèle de *Case Management* centrée sur les forces du client (*Strengths Model*) et de l'expérience de *Thresholds* pour concevoir leur pratique de suivi intensif, ils font preuve de créativité dans la mise en place de leur service d'accompagnement communautaire. À l'instar de O'Brien et Anthony (2002), il faut éviter de tomber dans le piège du modèle unique ("*Any Model Trap*") et toujours s'en tenir d'abord à une lecture concrète et appropriée de la réalité clinique et organisationnelle et ensuite puiser dans les différents modèles les éléments et la logique conceptuelle pour nous guider dans la résolution des problèmes concrets. Par exemple, si aucun des usagers ciblés ne présentent des troubles de toxicomanie alors que la majorité ont des problèmes familiaux, il serait plus sage d'embaucher une travailleuse sociale au sein de l'équipe pour offrir du soutien aux familles plutôt que de chercher à recruter un spécialiste des problèmes d'abus de substance pour se conformer à tout prix à un modèle donné, qui soit dit en passant présente toujours des variations comme nous l'avons vu précédemment avec le soutien à l'emploi et l'embauche des travailleurs pairs aidants notamment. Bref, la règle d'or à suivre pour avancer dans la mise en place du suivi intensif est d'éviter le dogmatisme et de toujours faire preuve de créativité et d'adaptation à la réalité concrète et aux besoins exprimés par les usagers. Dans cette optique, la mise en place de comités aviseurs incluant des représentants des usagers et des familles est une avenue prometteuse pour orienter la mise en place de nouveaux programmes.

Enfin, la pratique du suivi intensif doit s'enrichir de l'un des services le plus important et bénéfique de la réadaptation psychosociale, soit l'accès à des activités sociales et récréatives (Cook et Hoffschmidt, 1993). Dans la mesure où la majorité des personnes suivies n'ont pas accès au travail comme modalité majeure d'intégration sociale, il importe de leur fournir des occasions où elles peuvent se réaliser et sortir de leur isolement. L'accès à des activités significatives est un puissant moyen pour rehausser l'estime de soi, raffermir l'entraînement aux habiletés sociales, juguler la symptomatologie et permettre aux usagers de se reconstruire un réseau social (Pascaris, 1991, ATRA, 2002). C'est d'ailleurs le premier point soulevé par Jerry Dincin (2002) lors de son intervention au cours de la 18^{ième} conférence de l'ACTA en juin dernier pour mettre en évidence les aspects qui devaient être améliorés dans la pratique de l'ACT. Autrement dit, et je m'adresse ici aux gestionnaires, il importe de dégager plus d'heures travaillées pour permettre aux équipes de prendre le temps d'accompagner les usagers pour faire autre chose dans la communauté que de répondre seulement aux besoins de base et à la médication. Car à partir du moment où la planification des activités sociales et récréatives deviendra aussi importante que la livraison de la médication, il sera juste d'affirmer que les équipes de suivi intensif en équipe sont passées du stade de "l'hôpital sans murs" à celui de "club psychosocial sans murs".

8.2 En bonifiant la rampe d'accès sociale

Pour sortir de l'isolement et la marginalité, les personnes aux prises avec des troubles mentaux ont besoin d'une rampe d'accès sociale au même titre que les personnes aux prises avec des handicaps physiques. Au fil des ans, toutes sortes de mesures ont été prises par notre société, telles que des places réservées de stationnement, pour permettre à ces personnes de se déplacer librement. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux ont des besoins similaires, à la différence toutefois qu'elle doivent surmonter en plus la discrimination et la stigmatisation interne et externe qui les affligent pour être en mesure de se rétablir (Corrigan et Lundin, 2001). Sans changement structurel au niveau social, la portée des interventions d'une équipe PACT est passablement limitée par toutes sortes d'embûches, telles que des politiques restrictives d'accès à la médication de pointe, l'absence ou la rareté de logement social, le faible niveau de revenus qui restreint considérablement la qualité de vie et l'absence de mesures de protection sociale pour accéder au travail; de sorte que l'absence ou la présence de toutes ces embûches détermine en dernière analyse la perspective d'un suivi orienté objectivement vers la survie ou la croissance. En clair, si toutes nos énergies sont mises exclusivement sur l'intervention psychiatrique ou même "psychosociale" au détriment de la rencontre incontournable des cinq grands besoins sociaux exprimés au point de départ par les usagers, **manger, se vêtir, se loger, travailler et se divertir** ; "pour redevenir quelqu'un quelque part" pour reprendre une expression d'un représentant des usagers (Lagueux, 1998) ; nous risquons d'échouer dans notre capacité de vaincre la maladie mentale et de ne traiter que la moitié de la maladie (Lamb, 1994). À l'instar d'Anthony et Liberman (1992), il faut non seulement intervenir auprès des personnes

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

mais également au niveau du système social si l'on veut actualiser pleinement le processus de traitement, de réadaptation et de réhabilitation tel que défini précédemment.

À mon avis, nos efforts doivent pointer dans trois directions et ce, dans un esprit de cohérence interactive, à savoir : l'accès libre et gratuit à la médication de pointe, l'accès et le développement du logement social et le développement de mesures favorisant l'accès au travail. Je m'explique.

- **L'accès libre et gratuit à la médication de pointe**

Il a été largement démontré que des mesures restrictives d'accès à la médication de pointe, sous prétexte de générer des économies, se traduisaient par une augmentation de l'hospitalisation (Soumerai et Al., 1994). Au Québec en particulier, une étude a démontré que la loi sur l'assurance-médicaments adoptée en 1996 et heureusement modifiée par la suite en 1999, avait entraîné des conséquences néfastes pour les usagers qui sont majoritairement dépendants de l'aide sociale pour survivre (Latimer, 1999). À la même époque, l'AQRP avait déposé un mémoire en Commission parlementaire pour expliquer que les nouvelles molécules plus coûteuses mais ayant moins d'effets secondaires devaient être disponibles gratuitement pour ne pas compromettre le potentiel d'intégration au travail, des jeunes adultes notamment, qui peuvent espérer ainsi reprendre leur place dans la société (Vallée et Al., 1996). D'ailleurs, une recension récente des écrits à ce sujet indique que l'utilisation des nouvelles molécules favorise plus le retour au travail et le soutien à l'emploi que l'utilisation des anciennes molécules (Bond, 1999). Autrement dit, si l'on veut offrir des choix véritables aux usagers et leur permettre de bénéficier pleinement du soutien offert par une équipe PACT, il est essentiel qu'un traitement pharmacologique de pointe et de qualité, incluant la médication d'appoint pour contrer les effets secondaires (Vallée et Al., 1996), soit disponible gratuitement pour offrir des choix thérapeutiques aux usagers et ce, dans une perspective à long terme.

- **L'accès et le développement du logement social**

Des auteurs québécois engagés dans la promotion de l'accès au logement social ont démontré amplement que cette dimension était la porte d'entrée pour permettre aux usagers d'exercer leurs droits civils et reprendre le contrôle sur leur vie (Brière et Al., 2001). Ainsi, plusieurs initiatives de logement social avec soutien ont vu le jour au Québec depuis quelques années, mais elles ne sont pas encore assez développées dans toutes les régions. En Ontario, la politique suivie dans le champ de la santé mentale ne se limite pas seulement à la mise en place d'équipes PACT dans toutes les régions de l'Ontario, mais également des sommes d'argent importantes sont investies par le gouvernement provincial (MSSLD, 1999) pour soutenir des organisations sans but lucratif qui mettent en application les approches de soutien au logement décrites depuis plusieurs années par des auteurs connus de la réadaptation psychosociale (Carling, 1993, 1995, Nelson et Al., 2001). À titre d'exemple, le *Waterloo Regional Homes for Mental Health Inc.* de Kitchener-Waterloo que j'ai eu l'occasion de visiter dernièrement avec des collègues des hôpitaux Douglas et Louis-H. Lafontaine a développé dernièrement de nouvelles unités de logement social subventionné pour 85 personnes et de ce nombre, 25 reçoivent des services de soutien de la part d'une équipe ACT (WRHMHI, 2002). Autrement dit, ces approches ne sont pas incompatibles, bien qu'il importe de respecter l'un des principes du soutien au logement qui implique que la fidélité au traitement n'est pas un pré-requis à l'accès au logement social. Ainsi, il faut appuyer les efforts des Brière, Chenard, Dorvil, Morin et plusieurs autres (2001) qui développent à l'heure actuelle au Québec cette expertise sociale depuis plusieurs années dans le champ de la réadaptation psychosociale. Bien que les mesures à mettre en place pour développer le logement social à une large échelle doivent être soutenues par une volonté politique claire, les hôpitaux pourraient très bien dégager des travailleurs sociaux possédant une expertise en organisation communautaire pour aider des groupes d'usagers ou de citoyens à mettre en place des organisations sans but lucratif de soutien au logement social et subventionné. Car le développement social doit venir "d'en bas" et recevoir un appui tangible "d'en haut" pour émerger en vertu d'un principe élémentaire en travail social (voir WRHMHI, 2002).

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

- **Le développement de mesures favorisant l'accès au travail**

Au cours de la dernière décennie, l'AQRP a suggéré à plusieurs reprises que des mesures sociales soient prises pour favoriser l'intégration au travail (Jobidon, 1994, 1996, Hertrampf, 1996). À l'instar d'Anthony et Liberman (1992), l'AQRP a demandé que des ajustements soient apportés à la loi sur la sécurité du revenu pour permettre que les règles et les mécanismes de l'aide sociale soient suffisamment souples pour permettre à des personnes d'intégrer progressivement le marché du travail sans pénalités pour gagner des revenus supplémentaires et en ayant la possibilité d'y aller et d'en revenir selon les aléas de la maladie tout en conservant leurs droits acquis sans tracasseries et la gratuité des médicaments. De plus, sous l'impulsion des travaux de Mme Vesta W. Jobidon, l'AQRP a ramené l'expérience européenne de l'Allemagne notamment, qui demande à ses entreprises de consacrer un certain pourcentage de leur masse salariale pour l'embauche de personnes handicapées sur le plan physique ou mental ou de verser l'équivalent pour mettre sur pied des entreprises sociales dont 50% des salariés sont des personnes qui présentent différents handicaps ou désavantages sociaux. À Trieste en Italie, la réforme des services de santé mentale s'est adressée en priorité à cette dimension, notamment par la mise sur pied de coopératives de travail pour donner une citoyenneté pleine et entière aux personnes qui quittaient l'ancien hôpital psychiatrique (Ramon, 1995, Dell'Acqua et Al., 1998). Enfin, en Ontario, le gouvernement provincial soutient activement l'*Ontario Council of Alternatives Businesses* pour favoriser la mise en place d'entreprises gérées par des groupes d'usagers (MSSLD, 2002, OCAB, 2002). Bien qu'il existe au Québec des groupes et des entreprises engagées dans cette voie, elles sont encore trop peu nombreuses. Compte tenu des embûches et de la faiblesse de nos mesures de protection sociale, les intervenants doivent être extrêmement prudents dans leur démarche de soutien à l'emploi car des usagers peuvent être confrontés à un stress incroyable de perdre le peu qu'ils ont déjà dans les conditions actuelles. Il ne faut jamais s'engager dans cette voie pour une statistique et il faut d'abord penser à négocier des mesures de protection pour vos clients.

9. **Pour conclure : soyons solidaires sur la base des valeurs et des principes de la réadaptation psychosociale**

Si j'ai bien compris le cri du cœur lancé depuis plusieurs années par Mme Patricia Deegan (1987, 1993, 1996) du *National Empowerment Center*, auteure reconnue et usagère de services de santé mentale, nous ne devons jamais perdre de vue que l'ajustement de toutes nos prothèses biologiques et psychosociales peuvent faire mal. La maladie mentale touche non seulement la personne dans le plus profond de son être, mais surtout, les conséquences sociales peuvent être encore plus douloureuses que la maladie elle-même. C'est pourquoi elle nous invite à faire preuve de délicatesse, de compassion et d'humanisme. Mais surtout, elle insiste sur le fait que nous avons tout à gagner de cesser de voir les personnes à travers le prisme déformant des diagnostics pour les considérer plutôt comme des partenaires actifs qui luttent pour s'adapter et surmonter la maladie. Pour éviter de tomber dans la technocratie, en raison notamment de son caractère hautement structuré, une équipe PACT doit régulièrement se questionner sur le sens de sa pratique clinique et de sa philosophie d'intervention pour intégrer les valeurs et les principes de la réadaptation psychosociale.

Le déploiement d'une équipe PACT est probablement la modalité d'intervention psychiatrique et psychosociale la plus difficile à mettre en place correctement et ce n'est pas pour rien que Allness (1997) soulignait que ça pouvait prendre jusqu'à cinq ans avant qu'une équipe atteigne la maturité nécessaire pour offrir des services de qualité. En fait, une équipe PACT fait face à un stress permanent pour éviter de s'enliser dans le maintien, le contrôle et la dépendance et favoriser l'espoir, la croissance et la reprise du pouvoir par les usagers. Par sa présence dans le quotidien, elle lutte sans relâche, côte-à-côte avec les usagers, pour briser l'isolement et surmonter les nombreuses embûches sociales qui font la différence entre la survie et la croissance. C'est pourquoi il est tellement important qu'elle stimule la capacité de faire des choix, qu'elle tisse des liens étroits avec de multiples ressources et partenaires sociaux, qu'elle favorise au maximum l'intégration sociale car son but ultime est de faire en sorte que les usagers retrouvent l'estime de soi, l'autonomie et un véritable réseau social en dehors de l'équipe.

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

La contradiction entre l'intervention médicale et sociale doit être assumée et les tensions qui s'expriment dans le champ de la réadaptation psychosociale doivent être envisagées comme des sources de progrès et de dialogue entre tous les acteurs concernés. Il ne faut pas avoir peur de la critique mais plutôt voir d'un bon œil l'éclosion de la diversité et du questionnement pour éviter de s'enfermer dans la certitude. Loin de se replier sur soi, les équipes PACT peuvent intégrer les apports de l'école de Boston (Anthony et Al., 2002) et toujours prendre note des messages envoyés par des auteurs tels que Fisher et Ahrens (2002) qui nous invitent à considérer d'autres dimensions dans notre pratique. Enfin, les gens qui bûchent pour développer le logement social ou des entreprises gérées par des usagers, de même que toutes les personnes engagées dans la pratique de la réadaptation psychosociale au Québec sont des partenaires et des alliés car une approche à elle seule ne peut résoudre toutes les questions soulevées par la rencontre des cinq grands besoins sociaux.

Dans cette optique, notre société doit mettre résolument le cap sur la nouvelle structure de soutien proposée par John Trainor et Kathryn Church en 1984 de la Division ontarienne de l'Association canadienne pour la santé mentale, bonifiée par Trainor et Al. (1993) et reprise par Carling (1995, 2002). Ce cadre conceptuel nous invite à dépasser la logique des services seulement pour envisager que l'accès à l'éducation, aux revenus, au logement et au travail sont des dimensions fondamentales pour permettre aux usagers de se rétablir. Ce cadre nous invite également à considérer que les proches, les groupes d'entraide et toutes les ressources sociales dans la communauté sont des éléments aussi essentiels que le système formel de services de santé mentale. Pour "redevenir quelqu'un quelque part" (Lagueux, 1998), le pouvoir doit être partagé avec les usagers de sorte que des investissements majeurs sur le plan social doivent être faits pour rehausser directement leur niveau de vie. Autrement dit, nous devons accorder plus d'importance à l'harmonisation des politiques sociales que nous le faisons à l'heure actuelle car la finalité de la réadaptation psychosociale passe par le développement social. En Ontario à l'heure actuelle, on avance à la fois dans la mise en place d'équipes PACT et dans le développement du logement social et des entreprises sociales. Je ne dis pas qu'ils n'ont pas de problèmes, ni de débats houleux entre eux, mais je constate tout simplement que des progrès sont réalisés simultanément dans toutes les dimensions (Musgrave, 2001, WRHMHI, 2002, OCAB, 2002).

Pour que le suivi intensif en équipe dans la communauté fasse "bon ménage" avec la réadaptation psychosociale au Québec, il faut à mon avis que nous soyons tous solidaires entre nous sur la base des besoins variés des usagers et que nous soyons conscients que toutes les approches sont nécessaires. Nous devons éviter de déployer des équipes PACT seulement et de négliger le développement des autres dimensions, car la faiblesse de l'accès au logement social et au travail réduit la portée des interventions d'une équipe PACT. Globalement, il faut éviter que le modèle PACT soit réduit à un outil de contrôle de la stabilité et il importe de rester "fidèle" au concept original d'un modèle de soins et de services véhiculant la réadaptation psychosociale. Certains ont besoin du soutien offert par une équipe PACT pour s'épanouir dans la communauté, mais tous sans exception ont besoin d'avoir accès à de la médication de pointe, à des revenus, à du logement, à du travail et à des loisirs comme tous les autres citoyens. Sans renoncer à nos différences qui sont une source de progrès au sein du vaste champ de la réadaptation psychosociale, je suis convaincu que tous les acteurs concernés peuvent s'unir pour réclamer du progrès social pour tous.

10. Références ⁽¹⁷⁾

- ACTA, (2002), *Fidelity to the Model et Adaptations*, <<http://www.actassociation.com/>>
- AHQ, (2000), *Cadre de référence : Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Association des hôpitaux du Québec. 32 p.
- AHRENS, C.S., FREY, J., SENN-BURKE, S. C., (1999), An individualized job engagement approach for persons with severe mental illness, *Journal of rehabilitation*, 65 (4), 17-24.
- ALLNESS, D. J., (1997), The Program of Assertive Community Treatment (PACT) : The Model and Its Replication, in HOLLINGSWORTH, E. J., (ed), *The Successful Diffusion of Innovative Program Approaches*, *New Directions for Mental Health Services*, No. 74, Jossey-Bass, San Francisco, 17-26.
- ALLNESS, D. J. et KNOEDLER, W. H., (1998), *The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses: A Manuel for PACT Start-Up*, NAMI Campaign to End Discrimination, NAMI Anti Stigma Foundation, National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), Arlington, VA, 347 p. <<http://www.nami.org/>>
- AQUILA, R., SANTOS, G., MALAMUD, T.J., McCRORY, D., (1999), The Rehabilitation Alliance in Practice : The Clubhouse Connection, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (1), 19-23.
- ANDERSON, S. B., (1998), *We Are Not Alone : Fountain House and the Development of ClubHouse Culture*, Fountain House Inc., New-York, 197 p. <<http://www.fountainhouse.org/>>< <http://www.iccd.org/>>
- ANGERS, M. A., (1992), "Created" Community and the "Natural" Community, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, (16) 2, 117-121.
- ANTHONY, W. A., (1982), Explaining "Psychiatric Rehabilitation" by an Analogy to "Physical Rehabilitation", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5 (1), 61-65.
- ANTHONY, W. A. et LIBERMAN, R. P., (1986), The practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base, *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 542-559.
- ANTHONY, W. A. et BLANCH, A., (1987), Supported employment for persons who are psychiatrically disabled : A historical and conceptual perspective, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (2), 5-23.
- ANTHONY, W. A., COHEN, M.R., FARKAS, M.D., (1987), Training and Technical Assistance in Psychiatric Rehabilitation, in MEYERSON, A.T. et FINE, T., (eds), *Psychiatric Disability : Clinical, Legal, and Administrative Dimensions*, American Psychiatric Press, Washington, DC. 251-269.
- ANTHONY, W. A., COHEN, M., FARKAS, M., COHEN, B.F., (1988), Case Management – More than a Reponse to a Dysfunctional System, *Community Mental Health Journal*, 24 (3), 219-228, repris dans le même journal en 2000, 36 (1), 97-106.
- ANTHONY, W. A., COHEN, M.R., FARKAS, M.D., (1990), *Psychiatric Rehabilitation*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston, MA. <<http://www.bu.edu/cpr/catalog/books/titles/psychrehab.html>>
- ANTHONY, W. A. et LIBERMAN, R. P., (1992), Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation, in LIBERMAN, R. P., (ed) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, Macmillan Publishing Company, New-York, 1-29.
- ANTHONY, W. A., (1994a), Recovery From Mental Illness : The Guiding Vision of the Mental Health System in the 1990's, in The Publications Committee of IAPSRs, *An Introduction to Psychiatric Rehabilitation*, Columbia, MD, 557-567. < <http://www.iapsrs.org/>>
- ANTHONY, W. A., (1994b), Reponse to "Individual Placement and support", *Community Mental Health Journal*, 30 (2), 211-212.
- ANTHONY, W. A., (1998), Psychiatric Rehabilitation Technology : Operationalizing the "Black Box" of the Psychiatric Rehabilitation Process, in CORRIGAN, P.W. et GIFFORT, D.F., (eds), *Building Teams and Programs for Effective Psychiatric Rehabilitation*, *New Direction for Mental Health Services*, No. 79, Jossey-Bass, San Francisco, CA. 79-87.
- ANTHONY, W. A., (2000), A Recovery-Oriented Service System : Setting Some System Level Standard, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2), 159-168. <<http://www.bu.edu/cpr/>>

¹⁷ Toutes les références citées sont disponibles pour consultation auprès de l'auteur en communiquant par téléphone au (514) 251-4000, ext. 3417 ou par courriel <gelinas.daniel@ssss.gouv.qc.ca>

- ANTHONY, W. A., (2001), Pour un système de santé axé sur le rétablissement : Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 9 (2), 1-5. Et/ou (2002), *Santé mentale au Québec*, 27 (1), 102-113. <<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v27n1.htm>>
- ANTHONY, W. A., COHEN, M.R., FARKAS, M.D., GAGNE, C., (2002), *Psychiatric Rehabilitation*, 2nd Edition, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University, Boston, MA. <<http://www.bu.edu/cpr/catalog/books/titles/psychrehab.html>>
- AUSTIN, C.D. et McCLELLAND, (1996), Introduction : Case Management--Everybody's Doing It, in AUSTIN, C.D. et McCLELLAND (eds), *Perspective on Case Management Practice*, Families International Inc., Milwaukee, Wisconsin, 1-16.
- ATRA, (American Therapeutic Recreation Association), (2002), Role of Therapeutic Recreation *Services and Outcomes of Recreational Therapy Interventions with Persons with Psychiatric Disabilities*, <<http://www.atra-tr.org>>
- BACHRACH, L. L., (1978), A Conceptual Approach to Deinstitutionalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 29 (9), 573-578.
- BACHRACH, L. L., (1984), Asylum and Chronically Ill Psychiatric Patients, *American Journal of Psychiatry*, 141 (8), 975-978.
- BACHRACH, L. L., (1988), On Exporting and Importing Model Programs, *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (12), 1257-1258.
- BACHRACH, L.L., (1987), Deinstitutionalization in the United States: Promises and Prospects, in BACHRACH, L.L., in (ed), Leona Bachrach Speaks: Selected Speeches and Lecture. *New Directions for Mental Health Services*, No. 35. Jossey-Bass, San Francisco, 75-90.
- BACHRACH, L.L., LAMB, H. R., (1989), "What Have We Learned from Deinstitutionalization?", *Psychiatric Annals*, 19 (1), 12-21.
- BACHRACH, L. L., (1992), Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long-Term Patients, *American Journal of Psychiatry*, 149 (11), 1455-1463.
- BACHRACH, L. L., (1996), Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry : What are the Boundaries? *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (1), 28-35, et/ou "Nous avons lu pour vous..." Les frontières entre la réadaptation psychosociale et la psychiatrie, par Vesta W. Jobidon, (1997), *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 5 (2), 6-7.
- BAKER, F., INTAGLIATA, J., (1992), Case Management, in LIBERMAN, R.P. (ed), *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, MacMillan Publishing Company, New-York, 213-243.
- BENTLY, K. J., WALSH, J., (1996), *The Social Worker et Psychotropic Medication: Toward Effective Collaboration with Mental Health Clients, Families, and Providers*, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, CA, 224 p.
- BCMHL, (1999), Under Court Order : What the Community Integration Mandate Means for People with Mental Illness. The Supreme Court Ruling in OLMSTEAD v. L.C., Judge David L. Bazelon Center for Mental Health Law. <<http://www.webcom.com/bazelon/lcruling.html>>
- BEARD, J. H., PROPST, R. N., MALAMUD, T. J., (1982), The Fountain House Model of Psychiatric Rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5 (1), 47-53.
- BECKER, D.R. et DRAKE, R.E., (1994), Individual Placement and Support : A Community Mental Health Center Approach to Vocational Rehabilitation, *Community Mental Health Journal*, 30 (2), 193-206.
- BISSON, M., (2001), Impressions sur une journée d'intervention : Maison Les Étapes inc/Foward House Inc, À l'Ouvrage, Bulletin d'information du Comité Santé Mentale Travail de Montréal, printemps, 1 (2), p. 8
- BOND, G.R., DINCIN, J., SETZE, P.J., WITHERIDGE, T.F., (1984), The Effectiveness of Psychiatric Rehabilitation : A Summary of Research at Thresholds, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 7 (4), 6-23.
- BOND, G.R., MILLER, L.D., KRUMWEID, R., WARD, R.S., (1988), Assertive Community Treatment in three CHMC's : A controlled study, *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (4), 411-418.
- BOND, G.R. et BOYER, S.L., (1988), Rehabilitation Programs and Outcomes, in CIARDIELLO, J.A. et BELL, M.D., (eds), *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders*, The John Hopkins University Press, 231-263.
- BOND, G.R., WITHERIDGE, T.F., DINCIN, J., WASMER, D., WEBB, J., (1990), Assertive Community Treatment for Frequent Users of Psychiatric Hospitals in a Large City : A Controlled Study, *American Journal of Community Psychology*, 18 (6), 865-891.

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

- BOND, G.R., (1994), Supported Work as a Modification of the Transitional Employment Model for Clients with Psychiatric Disabilities, in The Publications Committee of IAPSRs, *An Introduction to Psychiatric Rehabilitation*, Columbia, MD, 215-229. <<http://www.iapsrs.org/>>
- BOND, G.R., 1998, Principles of the Individual Placement and Support Model : Empirical Support, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (1), 11-23.
- BOND, G.R., and MEYER, P. S., (1999), The role of medications in the employment of people with schizophrenia, *Journal of rehabilitation*, 65 (4), 9-15.
- BOND, G.R., DRAKE, R.E., MUESER, K.T., LATIMER, E., (2001), Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness : Critical Ingredients and Impact on Patients, *Dis Manage Health Outcomes* 2001, 9 (3), 141-159.
- BRIÈRE, N., CHENARD, J., DORVIL, H., MORIN, P., (2001), Habitat et santé mentale, in La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, *Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager*, Actes du colloque du 16 et 17 novembre 2000 organisé en collaboration avec des représentants de la Société d'habitation du Québec et le Comité de la santé mentale du Québec, 17-41. <<http://www.msss.gouv.qc.ca>>
- CARLING, P.J., (1993), Supports and Rehabilitation for Housing and Community Living, in FLEXER, R.W. et SOLOMON, P.L., *Psychiatric Rehabilitation in Practice*, Andover Medical Publishers, Boston, 99-118.
- CARLING, P.J., (1995), *Return to Community : Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*, The Guilford Press, New-York, 348 p.
<<http://www.cccinternational.com/paulcarling.htm>>
<<http://www.fmhi.usf.edu/jbhsr/reviews/25-1reviews.html#hanson>>
- CARLING, P.J., (2002), Un système à rétablir, *Santé mentale au Québec*, 27 (1), 114-127.
<<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v27n1.htm>>
- CHINMAN, M., ALLENDE, M., BAILEY, P., MAUST, J., DAVIDSON, L., (1999), Therapeutic agents of assertive community treatment, *Psychiatric Quarterly*, 20 (2), p.137-162.
- CLARK-TURNER, J. E., SHIFREN, I., (1979), Community Support Systems: How Comprehensive? In STEIN, L.I., (ed), *Community Support System for the Long-Term Patient*, *New Directions for Mental Health Services*, No 2, 1-13.
- CMHA/ACSM, (2002), *Community Committal – Le Traitement Non-volontaire*, Canadian Mental Health Association/L'Association canadienne pour la santé mentale, 9 p.
<http://www.cmha.ca/english/advocacy/policies/print_pol_17.htm>
<http://www.cmha.ca/french/defensededroits/enoncespolitique/print_pol_17.htm>
- CNAAN, R. A., BLANKERTZ, L., MESSINGER, K. W., GARDNER, J. R., (1988), Psychosocial Rehabilitation: Toward A Definition, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 61-77.
- CNAAN, R. A., BLANKERTZ, L., MESSINGER, K. W., GARDNER, J. R., (1989), Psychosocial Rehabilitation: Toward A Theoretical Base, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (1), 33-55.
- CORRIGAN, P. et LUNDIN, R., (2001), Don't Call Me Nuts! Coping with the stigma of mental illness, Recovery Press, Center for Psychiatric Rehabilitation, University of Chicago, 456 p.
<<http://www.ucpsychrehab.org/dcmn.cfm>>
- CURTIS, L. C., TANZMAN, B., McCABE, S., CARLING, P. J., (1996), *Le soutien au logement pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants*. Center for Community Change through Housing and Support. Burlington. Vermont. Traduit de l'américain par Catherine Vallée, A.Q.R.P. 62p.
- CURTIS, L.C. et DIAMOND, R.J., (1997), Power and Coercion in Mental Health Practice, in BLACKWELL, B., (ed), *Treatment Compliance and the Therapeutic Alliance*, Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 97-122.
- COOK, J.A. et HOFFSCHMIDT, S.J., (1993), Comprehensive Models of Psychosocial Rehabilitation, in FLEXER, R.W. et SOLOMON, P.L., *Psychiatric Rehabilitation in Practice*, Andover Medical Publishers, Boston, 81-97.
- CORMIE, D., PATITUCCI, T., PLUM, T., (2002), ACT 101 : The Fundamentals of Providing Assertive Community Treatment Services, Journée de formation précédant la 18^{ième} Conférence annuelle de l'Assertive Community Treatment Association qui s'est tenue à Chicago du 18 au 21 juin 2002 sous le thème "*Achieving Recovery Through Evidence-Based Practices*". <<http://www.actassociation.com/>>
<<http://www.telecarecorp.com/>> <<http://www.ccsnewark.org/>>
- DEEGAN, P.E., (1990), Spirit Breaking : When the Helping Professions Hurt, *The Humanistic Psychologist*, 18 (3), 301-313. <<http://www.power2u.org/>>
- Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

- DEEGAN, P.E., (1993), Le processus de "rétablissement" : un prérequis pour la réadaptation, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2 (2), 2-5.
- DEEGAN, P.E., (1996), Coping With : Recovery as a Journey of the Heart, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 91-97, et/ou *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 5 (1), 1-6.
- DELL'ACQUA, G., MARSILI, M., ZANUS, P., (1998), L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), 148-170. <<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v23n2.htm>>
- DIAMOND, R. J., (1996), Coercion and Tenacious Treatment in the Community : Applications to the Real World dans DENNIS, D. L. et MONAHAN, J., (eds) *Coercion and Aggressive Community Treatment : A New Frontier in Mental Health Law*, Plenum Press, New-York, p. 51-72.
- DINCIN, J., (1995), A Pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation : Lessons from Chicago's Thresholds Program, *New Direction for Mental Health Services*, No. 68, Jossey-Bass, San Francisco, CA. 112 p. <<http://www.thresholds.org/>>
- DINCIN, J., (2001), The Biological Basis of Mental Illness, in LAMB, H.R., Best of *New Direction for Mental Health Services* 1979-(2001), No. 91, John Willey et sons, Inc., San Francisco, CA. 47-56.
- DINCIN, J., (2002), 25 Years Later : Improvements Needed in ACT, Présentation réalisée dans le cadre d'un atelier lors de la 18^{ème} Conférence annuelle de l'Assertive Community Treatment Association qui s'est tenue à Chicago du 18 au 21 juin 2002 sous le thème "Achieving Recovery Through Evidence-Based Practices". <<http://www.actassociation.com/>>
- DUMAIS, L., Trois expériences québécoises de cliniques pour jeunes : leurs fondements, leurs objectifs et les moyens qu'elles suggèrent, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 10 (1), 13-17.
- ELRED, D.M., BROOKS, G.W., DEANE, W.N., TAYLOR, M.B., (1962), The rehabilitation of the Hospitalized Mentally Ill – The Vermont Story, *American Journal of Public Health*, 52 (1), 39-46.
- ENGSTROM, K, BROOKS, E. B, JONIKAS, J. A, COOK, J. A., WITHERIDGE, T. F., (1995), *Le suivi intensif dans le milieu auprès des personnes itinérantes et atteintes de troubles mentaux sévères et persistants: un guide pour intervenants*. Adaptation du manuel du programme *Bridge* traduit par Vesta Wagener-Jobidon assistée par Dominique Paquette et Marie-Carmen Plante, A.Q.R.P., Québec.
- FARNAM, C.R., et Al., (1999), Health Status Risk Factors of People With Severe and Persistent Mental Illness, *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(6), 16-21.
- FISHER, D.B., et AHERN, L., (2002), PACE : une approche qui va plus loin dans l'empowerment, 27 (1), 128-139. <<http://www.power2u.org/>> <<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v27n1.htm>>
- FREY, J. et GODFREY, M., (1991), A comprehensive clinical vocational assessment: The PACT approach, *Journal of applied rehabilitation counseling*, 22 (2), 25-28.
- GEHRS, M., READ, N., WASYLENKI, D., (1999), Implementing Assertive Community Treatment in a General Hospital Setting: Service Redesign for Individuals With Serious Mental Illness, *The Canadian Psychiatric Association Bulletin*, 31 (4), 112-115.
- GEHRS, M. et WASYLENKI, D., (2001), Does ACT Apply in Canadian Inner Cities?, *Community Mental Health Evaluation Initiative Project Newsletter*, Canadian Mental Health Association/l'Association canadienne pour la santé mentale, Ontario Division/Division de l'ontario, No. 3, July, p. 1. <http://www.ontario.cmha.ca/content/information_and_links/cmhei/index.html>
- GEHRS, M., SINGER, G., (2002), La relation travailleur pair aidant / superviseur : l'intégration d'usagers-intervenants au sein d'équipes de santé mentale dans la communauté, (Peer Support Worker-Supervisor Relationship : What Both Need to Know to Make the Position a Success), Contact Mental Health Outreach Service, St-Michael's Hospital, Toronto, Atelier présenté à la 4th Annual Ontario Assertive Community Treatment Conference qui s'est déroulée du 27 au 28 septembre 2001 à Ottawa, Ontario et repris en français au Xiième colloque annuel de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, qui s'est déroulé du 25 au 26 avril 2002, à Mont-Tremblant, Québec. ⁽¹⁸⁾
- GÉLINAS, D., (1996a), *Travail social, suivi intensif dans le milieu et case management en psychiatrie*, Rapport présenté à l'école de service social en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M.Sc.) en janvier 1996. Faculté des études supérieures, Université de Montréal. 119 p.

¹⁸ Cet atelier a été filmé et la cassette est disponible auprès de l'auteur pour des fins de formation.

- GÉLINAS, (1996b), Préface in CURTIS, L.C., TANZMAN, B.T., McCABE, S.S., Le soutien au logement, Traduit de l'américain par Catherine Vallée, Créer des liens avec la communauté, no. 2, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.
- GÉLINAS, D., (1997), Travail social et suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, *Intervention*, Numéro 105, Novembre, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, p. 8-17.
- GÉLINAS, D., (1998), Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), 17-47.
<<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v23n2.htm>>
- GÉLINAS, D., (1999), Médication et réadaptation psychosociale, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 8 (1), 1-3.
- GÉLINAS, D., (2000), Le portrait du suivi communautaire au Québec, Allocution prononcée dans le cadre du deuxième colloque sur le suivi communautaire qui s'est tenu à Montréal au Centre 7400 du 12 au 13 novembre 1998. *Actes du colloque suivi communautaire*, produit par le Projet Suivi Communautaire, 6-18
- GÉLINAS, D., DION, É., BISSON, J., (2002), *Manuel d'utilisation du Relevé Quotidien des Contacts*, Groupe de recherche sur le suivi intensif dans le milieu, Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine affilié à l'Université de Montréal. 74 p.
- GERMAIN, C.B., (1978), General-Systems Theory and Ego Psychology : An Ecological Perspective, *Social Service Review*, 52 (4), 535-550.
- GIANNITSOPOULOS, J., (2001), Job Development : Strategies for Direct Placement Of Clients into Paid Employment, Atelier présenté lors de la 4th Annual Ontario Assertive Community Treatment Conférence qui s'est tenue du 27 au 28 septembre 2001 à Ottawa.
- GLASSCOTE, R. M., COMMING, E., RUTMAN, I. D., SUSSEX, J. N., GLASSMAN, S. M., (1971), "Fountain House, New-York" et "Thresholds, Chicago" in *Rehabilitating the Mentally Ill in the Community: A Study of Psychosocial Rehabilitation Centers*. A Publication of the Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health. Washington D.C., p. 41-63 et p. 118-140.
- GOLD AWARD, (1974), A community Treatment Program: Mendota Mental Health Institute, Madison, Wisconsin, *Hospital and Community Psychiatry*, 25 (10), 669-672, et/ou *Psychiatric Services*, 51 (6), (2000), 755-758.
- GOMORY, T., (1999), Programs of Assertive Community Treatment (PACT) : A Critical Review, *Ethical Human Sciences and Services*, 1 (2), 1-17 <<http://www.madnation.cc/documents/gomory.htm>>
<<http://www.akmhcweb.org/Issues/PACT/tomigomoryarticle.htm>>
- GOMORY, T., (2001), Letters : A Critique of the Effectiveness of Assertive Community Treatment, *Psychiatric Services*, 52 (10), 1394.
- GROB, G. N., (1991), The Chronic Mentally Ill in America: The Historical Context, in FRANSEN, V. V., (ed), *Mental Health Services in the United States and England: Struggling for Change*, A Publication of The Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ, 3-17.
- GUILLET, M., (1994), *Un partenariat fondé sur l'espoir*, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec, 12 p.
- HATFIELD, A. B., LEFLEY, H. P., (1993), *Surviving Mental Illness: Stress, Coping and Adaptation*, The Guilford Press, New-York, 3-66, 79-168, 177-200.
- HERTRAMPF, K., (1996), Les entreprises sociales en Allemagne : Un moyen privilégié pour l'intégration au travail des personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants, Traduit de l'Allemand par Vesta W. Jobidon, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 5 (3), 1-11.
- HODGE M. et DRAINE, J., (1993), Development of Support Through Case Management Services, in FLEXER, R.W. et SOLOMON, P.L., *Psychiatric Rehabilitation in Practice*, Andover Medical Publishers, Boston, 155-169.
- HOROWITZ, R., FARRELL, D., FORMAN, J., DINCIN, J., (1995), The Rehabilitation Relationship, in DINCIN, J., (ed), A Pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation : Lessons from Chicago's Thresholds Program, *New Direction for Mental Health Services*, No. 68, Jossey-Bass, San Francisco, CA., 21-32.
- HSJD, (1973), *Un héritage de courage et d'amour ou la petite histoire de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu à Longue-Pointe*, publié à l'occasion du centenaire de cet établissement qui deviendra en 1976 l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. 114p <<http://www.hlhl.qc.ca/>>

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

- HUESSY, H.R., (1981), Deinstitutionalization in a Rural State : The Vermont Experience, in WAGENFELD, M.O., (ed) Perspectives on Rural Mental Health, *New Direction for Mental Health Services*, No. 9, Jossey-Bass, San Francisco, CA. 33-38.
- HUGHES, R., (1994), Psychiatric Rehabilitation : An Essential Health Service for People with Serious and Persistent Mental Illness in The Publications Committee of IAPSRs, *An Introduction to Psychiatric Rehabilitation*, Columbia, MD, 9-17. < <http://www.iapsrs.org/>>
- IJPR (The International Journal of Psychosocial Rehabilitation), (2002), *Psychosocial Rehabilitation – Assertive Community Treatment*, <<http://www.psychosocial.com/descript.html>>
- JOBIDON, V., (1994), Les entreprises sociales : À l'avant-garde de l'intégration au travail, *Le Partenaire*, Bulletin de l'AQRP, 3 (4), 6-7.
- JOBIDON, V., (1996), L'intégration au travail et la sécurité du revenu des personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants. Version abrégée du document d'orientation de l'AQRP, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 4 (4), 1-8.
- JOBIDON, V., (1998), Les usagers comme pourvoyeurs de services en réadaptation psychosociale, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 6, (3 et 4), Automne 1997/Hiver 1998, 1-6.
- KALUZNY STREICKER, S., AMDUR, M., DINCIN, J., (1986), Educating Patients About Psychiatric Medications : Failure to Enhance Compliance, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9 (4), 15-28.
- KNOEDLER, W.H., (1979), How the Training in Community Living program helps patients work, in STEIN, L.I. (ed): Community Support Systems for the Long-Term patient. *New Directions for Mental Health Services*. No. 2. Jossey-Bass, San Francisco, 57-66.
- KNOEDLER, W.H., (1994), Comments on "Individual placement and support, *Community Mental Health Journal*, 30 (2), 207-209.
- LAGUEUX, C., (1998), Redevenir quelqu'un quelque part, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 7 (1), 8-9.
<<http://www.entraide-emotions.com/contacts.html>>
- LAMB, R.H., (1994), A Century and a Half of Psychiatric Rehabilitation in the United States, *Hospital and Community Psychiatry*, 45 (10), 1015-1020.
- LAPORTA, M. et BASTIEN, G., (2000), Psychose : Collaboration en réseau pour le dépistage, l'intervention précoce, la réadaptation et la réinsertion, Compte-rendu rédigé par Danielle Gervais pour les Services communautaires Cyprès de l'atelier 21 présenté au Xième Colloque annuel de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale qui s'est déroulé du 2 au 3 novembre 2000 au Château Mont Ste-Anne à Québec.
- LATIMER, É., (1999), La loi sur l'assurance-médicaments et les prestataires de la sécurité du revenu atteints de troubles mentaux graves, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 8 (1), 12-13.
- LATIMER, É. et LECOMTE, T., (2002), Le soutien à l'emploi de type "IPS" pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec, *Santé mentale au Québec*, 27 (1), 241-267.
<<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v27n1.htm>>
- LEMIEUX, G. et LAUZON, G., (1999), Comment soutenir les personnes qui refusent de prendre leur médication : Entrevue avec Christopher MacFadden et Bibiane Dutil, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 8 (1), 9-11.
- LESAGE, A.D., (1996), Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. *Santé mentale au Québec*, 21 (1), 79-96.
- LESAGE, A.D. et MORISSETTE, R., (2002), Éditorial : Chronique Mon C**, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(7), 617-618.
<<http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2002/september/editorialFr.asp>>
- LIBASSI, M.F., (1988), The Chronically Mentally Ill : A Practice Approach, *Social Casework*, 69 (2), 88-96.
- LIBERMAN, R. P., (1982), What is Schizophrenia ? , *Schizophrenia Bulletin*, 8 (3), 433-437.
- LIBERMAN, R. P., (ed) (1991), *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*, Traduit de l'anglais par le Docteur F. Lelord, Masson, Paris, 274 p.
- LINK, B.G. et PHELAN, J., (1995), Social Conditions as Fundamental Causes of Disease, *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue, 80-94.
- LONG, A.K., (2002), Recovery is not an option!, Conférence de clôture de la 18^{ième} Conférence annuelle de l'Assertive Community Treatment Association qui s'est tenue à Chicago du 18 au 21 juin 2002 sous le thème "Achieving Recovery Through Evidence-Based Practices". <<http://www.actassociation.com/>>
- Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

- LURIE, S., BEMBRIDGE, G., HODGE, S., (2002), East Metro Connections, *Annual Report 2000-2001*, Canadian Mental Health Association, Toronto Branch. Communication personnelle.
<<http://www3.sympatico.ca/cmha.toronto/annualreport.html>>
- McCABE, S., UNZICKER, R.E., (1995), Changing Role of Consumer/Survivors in Mature Mental Health Systems, in STEIN L.I., HOLLINGSWORTH, E.J., (eds): *Maturing Mental Health Systems. New Directions for Mental Health Services*, No. 66, Jossey-Bass, San Francisco, 61-73.
- McCUBBIN, M., WEITZ, D., SPINDEL, P., COHEN, D., DALLAIRE, B., MORIN, P., (2001), Submission for the President's Consultation Regarding Community Mental Health Services, *Radical Psychology*, Fall (2001), 2 (2). <<http://www.radpsynet.org/journal/vol2-2/submission-mccubbin.html>>
- MADNATION, (1999), *Stop Coercion and PACT/ACT Perversion Now*, A MadNation Essay/Action Alert, <<http://www.networksplus.net/fhp/madnation/text/pact.htm>>
- McQUISTION, H.L., GOISMAN, R.M., TENNISON, C.R., (2000), Psychosocial Rehabilitation : Issues and Answers for Psychiatry, *Community Mental Health Journal*, 36 (6), 605-616.
- MECHANIC, D. et AIKEN, L.H., (1987), Improving the care of patients with chronic mental illness, *The New England Journal of Medicine*, 357 (26), 1634-1638.
- MIYA, K., (2002), *Partnering For An Asian And Pacific Islander Psychosocial Rehabilitation Program*, News et Publications, Telecare Corporation. <<http://www.telecarecorp.com/>>
- MORIN, P., (1992), Être chez soi: désir des personnes psychiatisées et défi des intervenants, *Nouvelles pratiques sociales*, 5 (1), 47-61.
- MORISSETTE, R., (1997), Un modèle de traitement, de réadaptation et de réhabilitation dans *Plan de transformation: les orientations et le modèle d'organisation des services en psychiatrie*, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, p. 17-20.
- MOXLEY, D.P., MOWBRAY, C.T., (1997), Consumers as Providers : Forces and Factors Legitimizing Role Innovation in Psychiatric Rehabilitation, in MOWBRAY, C.T., MOXLEY, D.P., JASPER, C.A., HOWELL, L.L., (eds), *Consumers as Providers in Psychiatric Rehabilitation*, International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPSRS), Columbia MD, 2-34. <<http://www.iapsrs.org/>>
- MUESER, K.T., DRAKE, R.E., BOND, G.R., (1997), Recent Advances in Psychiatric Rehabilitation for Patients with Severe Mental Illness, *Harvard Review of Psychiatry*, 5 (3), 123-137.
- 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.
- MULLALY, R., (1993), *Structural Social Work : Ideology, Theory, and Practice*. McClelland et Stewart Inc., Toronto, 240 p.
- MUSGRAVE, I., (2001), *Regional and Provincial Implementation and Compliance Guidelines for Assertive Community Treatment Teams*, Ministry of Health and Long Term Care, Province of Ontario.
- MSSLD, (1999), Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée de l'Ontario, *Ontario to provide \$24 million for housing and services for homeless persons with serious mental illness*, News Release/Communiqué de presse, <http://www.gov.on.ca:80/MOH/english/program/mental_health/mentalhealth/news_back/99nr040E.pdf>
- MSSLD, (2002), Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée de l'Ontario, *La clé du succès : Cadre stratégique – Mécanismes de soutien à l'emploi à l'attention des personnes atteintes d'une maladie mentale grave*, 15 p. <http://www.gov.on.ca:80/MOH/french/programf/mental_healthf/mentalhealthf/res_documentsf/doc_mnf.html>
- NADEAU, B., (1989), Le "case management" au carrefour de l'intervention clinique et communautaire, *Santé mentale au Québec*, 14 (2), 51-59.
- NAMI, (National Alliance for Mentally Ill), (2002), *What Consumers Want to Know About PACT*, <<http://www.nami.org/>>
- NAMHPAC (The National Association of Mental Health Planning and Advisory Councils), (2002), *Evidence-Based Assertive Community Treatment*, A guide for mental health planning and advisory Councils, <<http://NAMHPAC.org>>
- NELSON, G., LORD, J., OCHOCKA, J., (2001), *Shifting the Paradigm in Community Mental Health : Towards Empowerment and Community*, University of Toronto Press, Toronto, 295 p. <http://www.ontario.cmha.ca/content/information_and_links/review_nelson.asp>
- O'BRIEN, W.F., ANTHONY, W.A., (2002), Editorial : Avoiding the "Any Models Trap", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (3), 213-214. <<http://www.bu.edu/prj/winter2002/obrien.html>>
- Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

- OCAB, (2002), *The Ontario Council of Alternative Businesses*, <<http://www.icomm.ca/ocab/>>
- PANELL, R., (2000), Learning from the Experts : Training Continues at Telecare ; Amy Long and Jim Hurley Meet with Administrators, *Developments*, Spring, 5 (2), 4,7, A quarterly publication of the Development of Telecare Corporation <<http://www.telecarecorp.com/>>
- PASCARIS, A., (1991), Social Recreation : A Blind Spot in Rehabilitation ?, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15 (1), 43-54.
- POIRIER, M., RITZHAUPT, B., LAROSE, S., CHARTRAND, D., (1998), Case Management: le modèle de l'Ouest de Montréal, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), 93-118. <<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v23n2.htm>>
- PYKE, J., NIMIGON, L., ROBERTSON, V., (1998), Le *Community Ressources Consultants* de Toronto: deux programmes de Case Management, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), 70-92. <<http://www.crct.org/>> <<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v23n2.htm>>
- PRATT, C.W., GILL, K.J., BARRETT, N.M., et ROBERTS, M.M., (1999), *Psychiatric Rehabilitation*, Academic Press, a division of Harcourt Brace et Company, San Diego CA, 296 p. <<http://www.apnet.com>>
- RAMON, S., (1995), Trieste, Italy: Reform and the Work Cooperatives, a Case Study of Immersion in the Community, in SCHULZ, R., GREENLEY, J. R., *Innovating in Community Mental Health*, Praeger, Westport, 43-60.
- RAPP, C.A., (1998a), The Active Ingredients of Effective Case Management: A Research Synthesis, *Community Mental Health Journal*, 34 (4), 363-380.
- RAPP, C.A., (1998b), *The Strengths Model : Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, Oxford University Press, New-York, 224 p. <<http://www.oup-usa.org/>>
- RIDGWAY, P. et ZIPPLE, A.M., (1990), The Paradigm Shift in Residential Services : From the Linear Continuum to Supported Housing Approaches, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 11-31.
- ROTHMAN, J., (1991), A Model of Case Management : Toward Empirically Based Practice, *Social Work*, 36 (6), 520-528.
- RUSSETT, M. G., FREY, J., (1991), The PACT Vocational Model: A Step Into The Future, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14 (4), 7-18.
- RUTMAN, I.D., (1987), The Psychosocial Rehabilitation Movement in the United States, in MEYERSON, A.T. et FINE, T., (eds), *Psychiatric Disability : Clinical, Legal, and Administrative Dimensions*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 197-220.
- RUTMAN, I.D., (1993), Editorial : And Now the Enveloppe Please. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (3), 1-3.
- RUTMAN, I. D., (1994), What Is Psychiatric Rehabilitation, in The Publications Committee of IAPSRs, *An Introduction to Psychiatric Rehabilitation*, Columbia, MD, 4-8. <<http://www.iapsrs.org/>>
- SANTOS, A. B., DECI, P.A., LACHANCE, K.R., DIAS, J.K., SLOOP, T.B., HIERS, T.G., BEVILACQUA, J.J., (1993), Providing Assertive Community Treatment for Severely Mentally Ill Patients in a Rural Area, *Psychiatric Services*, 44 (1), 34-39.
- SANTOS, A.B., SCOTT, M.D., HENGGELER, W., BURNS, B.J., ARANA, G.W., MEISLER, N., (1995), Research on Field-Based Services : Models for Reform in the Delivery of Mental Health Care to Population With Complex Clinical Problems, *American Journal of Psychiatry*, 152 (8), 1111-1123.
- SHERMAN, P.S. et PORTER, R., (1991), Mental Health Consumers as Case Management Aides, *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (5), 494-498.
- SOLOMON, P., DRAINE, J., (1998), Consumers as providers in Psychiatric Rehabilitation, in CORRIGAN, P.W. et GIFFORT, D.F., (eds), *Building Teams and Programs for Effective Psychiatric Rehabilitation*, *New Direction for Mental Health Services*, No. 79, Jossey-Bass, San Francisco, CA. 65-77.
- SOLOMON, P., JONIKAS, J.A., COOK, J.A., KEROUAC, J., (1998), *Positive Partnerships : How Consumers and Nonconsumers can Work Together as Services Providers*, (2nd Ed), University of Illinois at Chicago, UIC National Research and Training Center on Psychiatric Disability, Compte-rendu de JOBIDON, V., (1998), Un partenariat positif : Comment usagers et non usagers peuvent travailler ensemble pour dispenser les services, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 6, (3 et 4), Automne 1997/Hiver 1998, 11-13. <http://www.psych.uic.edu/mhsrp/empowrmnt_res.htm>
- SOMERAI, S. B., McLAUGHLIN, T. J., ROSS-DEGNAN, D., CASTERIS, C. S., BOLLINI, P., (1994), Effects of limiting medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia, *The New England Journal of Medicine*, 331 (10), 650-655.
- SPINDEL, P. et NUGENT, (1998), *The Trouble with PACT : Questioning the Increase Use of Assertive Community Treatment Teams in Community Mental Health*, Humber College of Applied Arts and Technology, Toronto. 12 p. <<http://www.madnation.cc/documents/spindel.htm>>
- Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

- <<http://www.peoplewho.net/readingroom/spindel.nugent.htm>>
- STEIN, L.I. et TEST, M.A., (eds), (1978), *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, Proceedings of a Conference on Alternatives to Mental Hospital Treatment held in Madison, Wisconsin, October, 1975. Plenum Press, New-York,
- STEIN, L.I., (1990), Comments by Leonard Stein, *Hospital and Community psychiatry*, 41 (6), 649-651.
- STEIN, L. I., (1991), Filling the Gaps: Service Gaps and Exemplary Programs in the Treatment of Chronic Mentally Ill Persons, in FRANSEN, V. V., (ed), *Mental Health Services in the United States and England: Struggling for Change*, A Publication of The Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ, 37-45.
- STEIN, L. I., SANTOS, A. B., (1998), *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*, W. W. Norton et Company, New-York. 274 p.
- STMH, (2001), *Services to the Inner City*, Mental Health Service, St. Michael's Hospital Inner City Health Program, St. Michael's Hospital, An academic health care provider affiliated with the University of Toronto. 12 p. <<http://www.stmichaelshospital.com/index.asp>>
- STROUL, B.A., (1989), Introduction to the Special Issue: The Community Support System Concept/ Community Support Systems for Persons with Long-Term Mental Illness: A Conceptual Framework, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12 (3) 5-26.
- STROUL, B.A., (1993), Rehabilitation in Community Support Systems, in FLEXER, R.W. et SOLOMON, P.L., *Psychiatric Rehabilitation in Practice*, Andover Medical Publishers, Boston, 45-61.
- SURLES, R.C., BLANCH, A.K., SHERN, D.L., DONAHUE, S.A., (1992), Case Management as a Strategy for Systems Change, *Health Affairs*, 11 (1), 151-163.
- TANAKA, H.T., (1983), Psychosocial Rehabilitation : Future Trends and Directions, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6 (4), 7-12.
- TAYLOR, E. H., (1987), The Biological Basis of Schizophrenia, *Social Work*, 32 (2), 115-121.
- TAYLOR, E. H., (1989), Schizophrénia : Fire in the Brain, *Social Work*, 34 (3), 258-261.
- TESSIER, L., CLÉMENT, M., WAGENER-JOBIDON, V., (1992), *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : Défis des années 90*. Le Comité de la santé mentale du Québec, Gaëtan Boucher Éditeur, Boucherville, QC, 238 p.
- TEST, M. A. et STEIN, L. I., (1976), Pratical Guidelines for the Community Treatment of Markedly Impaired Patients, *Community Mental Health Journal*, 12 (1), 72-82, repris dans le même journal en 2000, 36 (1), 47-60.
- TEST, M. A. et STEIN, L. I., (1977), Special Living Arrangements : A Model for Decision-Making, *Hospital and Community Psychiatry*, 28 (8), 608-610.
- TEST, M.A., (1979), Continuity of Care in Community Treatment, in STEIN L.I. (ed), *Community Support Systems for the Long-Term patient*. *New Directions for Mental Health Services*. No. 2. Jossey-Bass, San Francisco, CA. 15-23.
- TEST, M.A., (1984), Community Support Programs in BELLACK, A., (ed), *Schizophrenia : Treatment, Management and Rehabilitation*, Grune and Stratton Inc., Orlando FL., 347-373.
- TEST, M. A., (1992), Training in Community Living, in LIBERMAN, R. P. (ed): *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, Macmillan Publishing Company, New-York, 153-170.
- TEST, M. A., (1998), Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), 119-147. <<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v23n2.htm>>
- TEST, M.A., (1999), Book Review ; The Strengths Model : Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness, *Psychiatric Services*, 50 (11), 1502-1503.
- TEST, M.A. et STEIN, L.I., (2001), In Reply : A Critique of the Effectiveness of Assertive Community Treatment, *Psychiatric Services*, 52 (10), 1396.
- TEST, M.A., (2002a), Guidelines for Assertive Community Treatment Teams, in ROBERTS, A.R., et GREENE, G.J., (eds), *Social Workers' Desk Reference*, Oxford University Press, New-York, p.511-513.
- TEST, M.A., (2002b), Intervention lors de "l'ACT Research Panel Discussion" de la 18^{ième} Conférence annuelle de l'Assertive Community Treatment Association qui s'est tenue à Chicago du 18 au 21 juin 2002 sous le thème "Achieving Recovery Through Evidence-Based Practices". <<http://www.actassociation.com/>>
- TEST, M. A., SCOTT, R. A., (1990), Theoretical and research bases of community care programs, in MARKS, I. M., SCOTT, R. A., (eds), *Mental health care delivery : innovations, impediments and implementation*, Cambridge University Press, Cambridge, England, 11-16.
- THOMPSON, Kenneth S., GRIFFITH, Ezra E. H., LEAF, Philip J., (1990) "A Historical Review of the Madison Model of Community Care", *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (6), 625-634.

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.

- THOMSON, D.A., GÉLINAS, D., RICARD, N., (2002), Le modèle PACT : Suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves, *L'Infirmière du Québec*, 10 (1), septembre-octobre, 26-36.
- TORREY, E.F., (1986), Continuous Treatment Teams in the Care of the Chronic Mentally Ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 37 (12), 1243-1247.
- TORREY, E.F., (1988), *Nowhere to Go: The Tragic Odyssey of the Homeless Mentally Ill*, Harper and Row Publishers, New-York.
- TORREY, E.F., (1997), *Out of the Shadows : Confronting America's Mental Illness Crisis*. John Wiley and Sons, inc., New-York.
- TOSELAND, R., (1981), Increasing Access : Outreach Methods in Social Work Practice, *Social Casework*, 62 (4), 227-234.
- TRAINOR, J., POMEROY, E., PAPE, B., (1993), *Framework for Support – Complete Text/Une nouvelle structure de soutien*, Canadian Mental Health Association/L'Association canadienne pour la santé mentale, 23 p.
<http://www.cmha.ca/english/research/framework/framework_full.htm>
<http://www.cmha.ca/french/recherche/structure_soutien.htm>
- TSEMBERIS, S. et EISENBERG, R. F., (2000), Pathways to Housing : Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities, *Psychiatric Services*, 51(4), 487-493.
- VALLÉE, C., QUINTAL, M.-L., BOUCHARD, C. R., LAUZIER, F., (1996), *Mémoire à la Commission parlementaire sur le projet de loi No. 33 sur la loi sur l'assurance-médicaments*, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 12p.
- VALLÉE, C., COURTEMANCHE, N., BOYER, T., (1998), Au-delà des assises conceptuelles : Illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe, *Santé mentale au Québec*, 23 (2), 48-69.
<<http://www.cam.org/~rsmq/smq/revues/v23n2.htm>>
- WEINSTEIN, D. et HUGHES, R., (2000), What Is Psychiatric Rehabilitation, in *Best Practices in Psychosocial Rehabilitation*, HUGHES, R. et WEINSTEIN, D. (eds), International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPSRS), Columbia MD, 35-62. <<http://www.iapsrs.org/>>
- WITHERIDGE, T.F., DINCIN, J., APPLEBY, L., (1982), Working with the Most Frequent Recedivist : A Total Team Approach to Assertive Resource Management, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5 (1), 9-11.
- WITHERIDGE, T.F., DINCIN, J., (1985), The Bridge: An Assertive Outreach Program in an Urban Setting, in STEIN L.I. et TEST, M.A. (eds): *The Training in Community Community Living Model: A Decade of Experience*. *New Directions for Mental Health Services*, No. 26. Jossey-Bass, San Francisco, 65-75.
- WITHERIDGE, T.F., (1989), "The Assertive Community Treatment Worker: An Emerging Role and Its Implications for Professional Training", *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (6), 620-624 ou in ROSE, S.M., (1992), *Case Management et Social Work Practice*, State University of New-York at Stony Brook, Longman, New-York, 101-111.
- WITHERIDGE, T. F., (1990), Assertive Community Treatment as a Supported Housing Approach, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 69-75.
- WITHERIDGE, T.F., (1991), The Active Ingredients of Assertive Outreach, in Cohen, N.L. (ed), *Psychiatric Outreach to the Mentally Ill*, *New Directions for Mental Health Services*, No. 52. Jossey-Bass, San Francisco, 47-64.
- WOLBERT, R., (2002), Building the ACT Continuum : Alternatives to the No-Discharge Model, Clinical Director of ACT of Kalamazoo Inc., Kalamazoo, Michigan. Présentation réalisée dans le cadre d'un atelier lors de la 18^{ième} Conférence annuelle de l'Assertive Community Treatment Association qui s'est tenue à Chicago du 18 au 21 juin 2002 sous le thème "*Achieving Recovery Through Evidence-Based Practices*".
<<http://www.actassociation.com/>>
- WRHMHI, (2002), *History*, Waterloo Regional Homes for Mental Health Inc. Kitchener-Watrelloo-Carleton, Ontario.
<<http://www.waterlooregionalhomes.com/menuframe.htm>>

Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?*, Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.