

# **Le modèle PACT : Suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves**

par

**Deborah A. Thomson, B.A. (<sup>1</sup>)**

**Daniel Gélinas, M.Sc. (<sup>2</sup>)**

**Nicole Ricard, Ph.D. (<sup>3</sup>)**

**pour la revue de l'ordre des infirmiers et des infirmières du Québec**

***L'Infirmière du Québec***

**Septembre-octobre 2002, Volume 10, Numéro 1, pages 26-36.**

Les auteurs tiennent à remercier le Docteur Alain Lesage, psychiatre et chercheur agrégé au sein du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal et du Centre de recherche Fernand-Seguin, M. Éric Latimer, Ph.D., professeur adjoint et chercheur au sein du Département de psychiatrie de l'Université McGill et du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas ainsi que Mme Sylvie Lauzon, Ph.D., professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour leur lecture attentive et leurs commentaires pour bonifier cet article.

---

<sup>1</sup> La première auteure détient des diplômes de premier cycle en sciences humaines et travaille en milieu psychiatrique depuis plus de quinze ans. Elle a dirigé successivement le programme de Case Management *New Direction* entre 1985 et 1997 et la mise en place de la première équipe PACT au Québec en 1997 à l'Hôpital Douglas à Verdun. Depuis juillet 2000, elle assume la responsabilité de la mise en place d'une équipe PACT à l'Hôpital du Haut-Richelieu à St.-Jean sur Richelieu.

<sup>2</sup> Le deuxième auteur détient un diplôme de premier cycle en psycho-éducation et des diplômes de deuxième cycle en administration sociale et en service social. Il travaille comme agent de recherche au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal.

<sup>3</sup> Mme Nicole Ricard, infirmière, est chercheuse agrégée et professeure titulaire à la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal. Elle dirige actuellement une recherche subventionnée au Centre de recherche Fernand-Seguin sur l'implantation du Suivi intensif dans le milieu dans plusieurs sites hospitaliers au Québec et elle est membre du Comité de la santé mentale au Québec.

## **Le modèle PACT : Suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves**

### **Résumé**

Dans cet article, les auteurs décrivent les conditions gagnantes à mettre en place pour implanter des équipes PACT au Québec assurant le traitement et le suivi des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves dans la communauté. Cet article identifie les écueils et les embûches qui doivent être surmontés, insiste sur le rôle déterminant d'un leadership clinique et administratif adéquat et cerne les qualités requises par le personnel clinique susceptible d'intégrer ces équipes. Les auteurs proposent une vision dynamique de l'application du modèle PACT fondée sur l'expérience, les valeurs et les principes de la réadaptation psychosociale en psychiatrie et des questions cruciales sur le plan éthique sont abordées à propos de son application.

### **Abstract**

In this article, the authors describe the winning conditions to put into practice for the implementation of PACT teams in Quebec in order to ensure the treatment and support of persons living with severe mental health problems in the community.. This article identifies the challenges that need to be confronted, insists on the clinical and administrative leadership role on a PACT team, and outlines the required qualities for clinical staff likely to integrate a team. The authors propose a compelling vision for the application of the PACT model founded on experience, and on the values and principles of psychosocial rehabilitation in psychiatry. Finally, critical ethical questions are addressed.

Au cours des dernières années, des programmes de suivi intensif en équipe dans la communauté s'adressant aux personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants ont été mis sur pied au Québec. La plupart de ces programmes s'inspirent du modèle PACT (*Program of Assertive Community Treatment*) dont l'efficacité a été largement démontrée aux États-Unis par diverses recherches expérimentales (Test, 1998). De plus, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (1998) recommande la mise en place de tels programmes au cours des prochaines années pour rencontrer les objectifs visés par la transformation des services de santé mentale.

La force du modèle PACT (décrit sommairement dans le tableau 1) repose sur la capacité d'une équipe interdisciplinaire d'offrir l'ensemble des soins et des services requis permettant le traitement et le suivi des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves dans la communauté (Test, 1998). Cette équipe inclut nécessairement des infirmiers ou des infirmières puisqu'elle doit dispenser des soins infirmiers essentiels à la poursuite du traitement psychiatrique dans la communauté (Allness et Knoedler, 1998). En fait, 88% des équipes PACT recensées aux États-Unis comptaient au moins un psychiatre et une infirmière dans leur rang (Deci et al., 1995). La présence d'infirmières au sein de ces équipes est considérée comme un élément essentiel selon des experts (McGrew et Bond, 1995) et leur participation à ce type de programme est associée significativement aux résultats positifs rapportés par différentes études (McGrew et al., 1994).

Bien que quelques articles aient été publiés récemment au Québec à propos du modèle PACT (CSMQ, 1997, Gélinas, 1998, Test, 1998, CETS, 1999, AHQ, 2000), peu d'écrits interpellent directement les intervenantes <sup>(1)</sup> susceptibles de diriger et d'intégrer ces équipes en décrivant les éléments essentiels pour implanter cette modalité de suivi et de soins psychiatriques au Québec. Cet article vise à combler cette lacune en identifiant les éléments critiques du processus d'implantation et de démarrage d'une équipe PACT. Nous porterons une attention particulière à la philosophie et aux principes qui doivent guider la mise en place de ce type de programme et de son fonctionnement en cernant le rôle particulier dévolu à la coordonnatrice de l'équipe et les qualités requises de la part des intervenantes. Enfin, nous broserons un tableau du travail clinique réalisé dans la communauté en portant une attention spécifique à la gestion de la médication psychiatrique et des questions éthiques soulevées par l'application du modèle PACT.

### **Philosophie et principes pour guider l'implantation d'une équipe PACT**

Le modèle PACT a été développé à l'origine au début des années 70 au *Mendota State Hospital* de Madison au Wisconsin en déplaçant le personnel infirmier et professionnel d'une unité de soins à l'extérieur de l'hôpital pour traiter et suivre les patients dans la communauté (Stein et Test, 1976, Gold Award, 1974, 2000). Ce programme a eu "*un effet majeur sur les politiques de santé mentale et 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.,

---

<sup>1</sup> Tout au long de cet article nous utiliserons le genre féminin qui englobera le genre masculin pour rendre compte du fait que la majorité des équipes PACT sont constituées de cliniciennes

1992, p. 34). Par la suite, des clubs psychosociaux et des centres communautaires de santé mentale ont adapté le modèle original dans différents milieux urbains et ruraux aux États-Unis au cours des trente dernières années (Whiteridge et Dincin, 1985, Bond et al., 1988, Lachance et Santos, 1995).

Toutefois, la principale leçon à tirer des expériences américaines indique qu'il importe non seulement d'adopter la philosophie générale du modèle PACT mais de s'approprier de ses modalités d'organisation et de fonctionnement qui ont fait leurs preuves (Allness, 1997). Ainsi, une équipe PACT doit véhiculer le traitement médical auprès des personnes réfractaires au traitement psychiatrique et se concentrer sur le suivi des clients les plus difficiles qui échappent aux services traditionnels offerts habituellement en clinique externe (Guy, 1997). De plus, son activité clinique doit s'articuler à partir d'un faible ratio entre clients et intervenantes pour dispenser la majeure partie de ses services dans la communauté. Elle doit avoir la capacité d'offrir un accompagnement soutenu pour permettre aux personnes suivies de bénéficier des soins et des services de réadaptation requis par leur condition psychiatrique. Par conséquent, il s'agit d'un service de soins psychiatriques spécialisés ayant des critères d'admission précis pour cerner adéquatement la clientèle qui devrait en bénéficier. Ainsi, rien n'empêche un CLSC ou un hôpital au Québec d'implanter une équipe PACT à la condition de se conformer au modèle pour traiter les personnes qui nécessitent ce type de suivi pour se maintenir avec succès dans la communauté <sup>(2)</sup>.

---

issues de différentes disciplines professionnelles. Il est toutefois nécessaire de recruter également des cliniciens, à l'instar de toutes les autres modalités de soins existant en psychiatrie.

<sup>2</sup> Aux États-Unis, une équipe PACT peut être mise en place par une corporation privée à but non lucratif. En effet, elle peut offrir des conditions de travail comparables au secteur public et tirer la

À partir du moment où un établissement décide d'offrir ce type de service, les décideurs ont intérêt à recruter dès le départ une coordonnatrice disposant d'une expérience clinique en psychiatrie et dans la pratique de la réadaptation psychosociale. Elle devrait posséder une bonne connaissance du modèle PACT et les qualités essentielles d'un bon gestionnaire. En effet, le choix d'un chef d'équipe ou d'une coordonnatrice habile est d'une importance stratégique pour la mise en place d'une équipe PACT puisqu'elle doit inspirer la confiance auprès des administrateurs, des partenaires de l'établissement, des médecins, des professionnels et du personnel infirmier susceptible de transiger ou d'être recrutés par cette dernière. Ainsi dès le départ, la coordonnatrice doit avoir les coudées franches et disposer d'une liberté d'action lui permettant de surmonter les multiples embûches organisationnelles qui ne manquent pas de surgir lorsqu'un établissement décide d'implanter une approche innovatrice (Stein, 1992a, Greenley, 1995). Ce faisant, elle devient imputable de la mise en place du nouveau programme et elle doit être impliquée dès le début dans toutes les démarches et les prises de décisions relatives au processus d'implantation. Ainsi, elle doit être partie prenante de toutes les discussions liées à la mise en place de l'équipe autant sur le plan administratif (budget global alloué, procédure de sélection et d'embauche des membres de l'équipe) que sur le plan matériel (choix des locaux, budget de fonctionnement) et clinique (établissement des critères de sélection et de la procédure de référence de la clientèle).

---

majeure partie de son financement du régime fédéral d'assurance-maladie destiné aux plus démunis aux États-Unis (*Medicaid*), tel qu'illustré dans le vidéo "*L'hôpital sans murs*" à propos du fonctionnement d'une équipe PACT à Charleston en Caroline du Sud (Duke University, Hopkins, G., communication personnelle).

Les décideurs doivent sensibiliser l'ensemble du personnel clinique et administratif de l'établissement pour solliciter leur adhésion au projet et les amener à soutenir la naissance du nouveau service. Au premier chef, le corps médical doit être partie prenante de cette implantation et donner son appui car le modèle PACT est une approche novatrice en psychiatrie qui applique les principes du modèle théorique de la vulnérabilité au stress pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves (Test, 1998, Anthony et Liberman, 1992).

Dans la mesure où les besoins des personnes suivies en psychiatrie sont complexes et variés, une équipe PACT s'insère dans un dispositif de soins psychiatriques au sein d'un territoire pour le compléter et non pour le remplacer (Stein et Al., 1990). Cette équipe s'intègre dans un système incluant d'autres modalités de suivi nécessaires telles que la clinique externe de psychiatrie, l'hôpital ou le centre de jour, le centre de crise ou le suivi sur une base individuelle (*Case Management*). Ainsi, elle s'adresse à un petit nombre de personnes dont l'état clinique exige des services psychiatriques spécialisés au sein d'un territoire donné pour se maintenir dans la communauté (Lesage, 1996).

Ensuite, il importe de déjouer les luttes stériles de pouvoir entre les différentes corporations professionnelles car le modèle PACT repose sur la combinaison de toutes les disciplines professionnelles œuvrant en psychiatrie (Stein, 1992b). Une équipe PACT doit être en mesure d'offrir des soins infirmiers, des services de réadaptation et des services sociaux (Test, 1998) ou de soutien de qualité, y compris auprès des familles (Allness et Knoedler, 1998). Aucune discipline ne peut prétendre à la globalité ou à l'exclusivité de la réponse aux

besoins complexes et variés des personnes. Une coordonnatrice habile devra dénouer les phénomènes de résistance qui surgissent lorsque des professionnels se sentent menacés ou en compétition. Elle devra plutôt chercher à mobiliser leurs forces respectives pour les amener à unir leurs efforts, leurs connaissances, leurs expériences cliniques et leurs multiples expertises professionnelles au sein d'une nouvelle modalité de traitement et de suivi qui repose sur l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire (Test, 1992, 1998). C'est d'ailleurs ce qui émerge de l'analyse de l'expérience des premières tentatives d'implantation de cette approche au Québec qui a montré "*l'importance de l'unité et de la cohésion entre les membres d'une telle équipe de travail*" (Benoît et Lesage, 1999, p. 783).

Il est nécessaire de tisser de bonnes relations de travail et de partenariat avec les instances syndicales, les groupes communautaires et les associations de parents ou de défense des droits des utilisateurs de services de santé mentale. Pour permettre la mobilité et la disponibilité du personnel selon des horaires variables le soir et la fin de semaine, des ententes particulières mais respectueuses des droits reconnus par les différentes conventions collectives en vigueur dans le secteur public au Québec doivent être négociées de bonne foi. Pour permettre l'intégration sociale de la clientèle, une collaboration doit s'établir avec tous les groupes communautaires qui apportent de l'aide et du soutien dans la communauté et ce, à différents niveaux, tels que le logement social, les loisirs, l'alimentation ou même le suivi communautaire. Enfin, il importe de rechercher l'appui des associations de parents et d'amis qui revendiquent la mise en place

de services de réadaptation pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves. En effet, les membres des familles sont appelés à composer avec les effets de la maladie de l'un des leurs. Ces personnes ont souvent un vécu chargé sur le plan émotionnel et ils éprouvent des besoins spécifiques. Outre le fait d'offrir un filet de sécurité pour l'un de leurs membres par une présence continue dans son milieu de vie, une équipe PACT puisera dans l'expertise professionnelle de tous ses membres l'énergie nécessaire pour soutenir les membres de la famille.

Il importe également pour une équipe PACT de se mettre à l'écoute des regroupements d'utilisateurs de services de santé mentale. Curtis et al. (1996) suggèrent que la colère que certains utilisateurs de services de santé mentale expriment à l'égard du système peut être légitime et reposer sur des expériences traumatisantes de rejet, d'exclusion et de stigmatisation. Dans cette optique, une force organisée des utilisateurs de services de santé mentale doit être perçue comme une forme positive d'expression et d'adaptation et non comme une menace (Hatfield et Lefley, 1993). C'est avec humilité que les membres d'une équipe PACT doivent entendre et considérer la parole et le point de vue des utilisateurs de services de santé mentale, car il s'agit d'une valeur fondamentale qui doit guider leur intervention en tout temps.

Bref, l'expérience nous enseigne qu'il s'avère nécessaire lors du processus d'implantation de mener une action conjuguée auprès de plusieurs acteurs sociaux afin de les amener à soutenir l'innovation (Stein, 1992a, Benoît et Lesage, 1999). Ce travail de collaboration et de soutien est une condition

essentielle au succès de l'implantation de ces équipes au Québec et l'une des principales leçons tirées de l'implantation du modèle PACT à une large échelle réalisée dans l'état du Michigan au début des années 80 (Mowbray et al., 1997).

### **Le rôle et les qualités de la coordonnatrice**

La personnalité de la coordonnatrice joue un rôle primordial dans la gestion de l'équipe et elle doit présenter les qualités suivantes : persévérance, débrouillardise, patience, compréhension, capacité de négocier et de jouer un rôle de médiatrice. Elle doit faire preuve d'un bon jugement, démontrer la capacité de prendre des décisions et disposer d'une marge de manœuvre pour les mettre à exécution.

La coordonnatrice d'une équipe PACT doit conserver un lien direct et une pratique clinique auprès de la clientèle (Allness et Knoedler, 1998, McGrew et Bond, 1995). Ce faisant, elle inspire le respect et démontre la capacité de faire jaillir le meilleur des autres en donnant le meilleur d'elle-même. Son rôle dans le processus d'intervention est central dans le sens qu'elle dirige l'équipe en instaurant des valeurs d'authenticité, de collaboration et de complémentarité qui vont guider l'intervention auprès des clients qui doit être empreinte de respect, de dignité et de compassion à leur égard. Par conséquent, elle devra susciter une atmosphère de travail qui favorise l'éclosion des idées, la remise en question des stratégies d'intervention stéréotypées et l'émergence des initiatives susceptibles d'améliorer constamment la qualité de vie de la clientèle suivie. Palmer-Erbs et Anthony (1995) en invitant les infirmières à incorporer les principes de la réhabilitation psychiatrique à la pratique des soins infirmiers en santé mentale soulignent que "*les infirmières qui traitent les personnes souffrant de problèmes*

*psychiatriques doivent non seulement être compétentes, mais elles doivent aussi démontrer de la compassion. En plus d'avoir une expertise très développée, elles doivent avoir un sens profond d'humanité et de compassion pour les personnes auprès de qui elles interviennent." (p.42)*

L'un des traits distinctifs du modèle PACT est que les membres de l'équipe partagent leurs responsabilités professionnelles à l'égard de tous les clients plutôt que d'intervenir sur la base de leurs propres charges individuelles de travail. Par conséquent, elle devra encourager l'autonomie et le développement des forces de chacun au profit de l'équipe. À juste titre, Mary Ann Test (1998) souligne:

*"Bien qu'il soit extrêmement utile de pouvoir compter sur l'expertise propre à chacune des professions représentées au sein de l'équipe, les intervenants se remplacent mutuellement dans le fonctionnement quotidien et tous les membres sont constamment impliqués dans le processus de traitement, de réadaptation et de suivi psychosocial. Cette souplesse est nécessaire à la fois pour rencontrer les dimensions biologiques, psychologiques et sociales qui sont indissociables du point de vue du client et pour permettre à chaque intervenant qui rencontre individuellement un client dans son milieu de vie de trouver une réponse appropriée et efficace à toute situation qui pourrait survenir. Ainsi, tous les intervenants ont besoin d'approfondir leurs connaissances à l'égard de la maladie mentale et d'utiliser de multiples méthodes d'intervention" (p.128).*

Dans cette optique, la coordonnatrice doit faire confiance au jugement clinique des membres de l'équipe tout en déployant des mécanismes de supervision clinique qui permettent aux intervenantes de faire le point sur leurs actions et leurs attitudes à l'égard de la clientèle suivie. La pratique de la réadaptation psychosociale est une entreprise à long terme qui est très exigeante sur le plan émotionnel et la confrontation constante aux aléas et aux

manifestations de la maladie peuvent parfois atteindre les limites humaines des intervenantes malgré les qualités personnelles et professionnelles dont elles font preuve. Par conséquent, elle devra être à l'écoute du climat de l'équipe pour déceler les signes précoces d'épuisement professionnel et prendre le temps d'évaluer le rythme de travail et les capacités de l'équipe. Elle a ainsi la responsabilité d'organiser des journées de ressourcement lorsque l'équipe en aura besoin, tout en évaluant les besoins de formation continue ou de participation à des journées d'étude ou de réflexion.

La formation continue doit nécessairement inclure un volet sur la sécurité des intervenantes et la façon de réduire les risques afin de ne pas compromettre leur sécurité personnelle dans le travail *in vivo* dans la communauté. En effet, les intervenantes sont habituellement appelées à travailler seule dans le milieu de vie des clients et elles peuvent être confrontées à diverses situations de crise. Elles doivent être en mesure de détecter les signes de dangerosité, d'acquérir des capacités personnelles pour composer avec des situations de crise, de bien connaître la procédure à suivre pour recourir aux forces policières le cas échéant et avoir la possibilité d'ajuster les plans d'intervention avec les autres membres de l'équipe pour tenir compte des risques potentiels de violence ou d'agression dans le travail auprès de la clientèle. À cet égard, des auteurs américains viennent justement de publier un manuel entièrement consacré à cette question délicate de la sécurité des intervenantes des équipes PACT (Pratt et al., 2000).

Enfin, la coordonnatrice doit faciliter la résolution de problèmes et coordonner les tâches selon les forces et les intérêts de chacune. L'atmosphère

de travail doit toujours être une de ses préoccupations. Elle doit savoir communiquer une vision d'ensemble et veiller à ce que tous les membres de l'équipe apportent leur contribution. Lors de l'embauche du personnel, elle doit rechercher des candidates qui ont une vision communautaire, qui présentent des forces et des expertises complémentaires et qui sont prêtes à assumer des tâches qui vont au-delà de descriptions de tâches limitées pour assumer la polyvalence et la complémentarité propres au modèle PACT.

### **L'équipe et le choix des intervenantes**

Afin de pouvoir offrir toute la gamme de services et de soins requis, les établissements doivent disposer du financement nécessaire pour mettre en place des équipes complètes sans quoi les services ne peuvent être rendus de la façon décrite dans les manuels portant sur le modèle PACT (Allness et Knoedler, 1998, Stein et Santos, 1998). Allness et Knoedler (1998) indiquent qu'une équipe PACT doit inclure au moins entre dix et douze intervenantes (infirmières et professionnelles de la santé mentale) engagées à temps plein et une secrétaire médicale pour suivre un maximum de 120 clients. Le nombre minimal d'intervenantes est déterminé par le nombre d'intervenantes requis pour assumer une présence quotidienne sur deux quarts de travail durant les jours ouvrables, une présence sur un quart de travail durant la fin de semaine et les jours fériés, un système de disponibilité sur appel en dehors des heures normales de travail et le remplacement au sein de l'équipe pour couvrir les journées de maladies, de congés payés et de vacances. Dans les endroits où le nombre de clients suivis est trop petit pour justifier la mise en place d'une équipe complète, Allness et Knoedler (1998) recommandent d'embaucher à temps plein au moins entre cinq

et sept intervenantes et une secrétaire médicale. Toutefois dans tous les cas, il faut compter sur la présence d'un psychiatre qui devrait être en mesure de dispenser au moins 16 heures de travail par tranches de cinquante clients suivis. Ainsi, la secrétaire médicale et le psychiatre ne font pas partie du ratio établi entre intervenantes et clients de sorte que le ratio peut être inférieur à la norme de 1 pour 10, notamment lors de la période de la mise en place de l'équipe ou si la plupart des clients nécessitent un nombre élevé de contacts (à la limite sur une base quotidienne) en raison de leur condition psychiatrique.

Au Québec, plusieurs établissements se retrouvent souvent avec des subventions partielles pour démarrer des équipes de suivi intensif et ils ne peuvent engager que quelques intervenantes. Il importe de pouvoir compter sur un nombre suffisant d'intervenantes expérimentées issues des différentes disciplines professionnelles œuvrant en psychiatrie (soins infirmiers, éducation spécialisée ou psycho-éducation, ergothérapie, psychologie, orientation professionnelle et service social) pour rencontrer les critères établis par le modèle PACT et pour être en mesure d'offrir l'expertise nécessaire pour suivre les clients les plus difficiles. Si les équipes qui cherchent à s'inspirer du modèle PACT sont sous financées, elles risquent fort de s'en éloigner et de réduire leurs capacités de s'occuper des clients qui nécessitent une présence assidue et continue pour se maintenir avec succès dans la communauté.

En plus de l'expérience, de la flexibilité et de la spécialisation, il importe de recruter des intervenantes qui présentent de l'empathie, un esprit d'équipe, de l'honnêteté, de la persévérance, du respect pour autrui, un esprit

communautaire, de la souplesse et de l'autonomie. Les descriptions de tâches et les questions formulées lors des entrevues d'embauche doivent refléter les exigences, les attitudes et les expériences recherchées. Cook et Al. (1999) font remarquer que les intervenantes appelées à intégrer des équipes PACT doivent posséder des connaissances appropriées dans les sphères suivantes:

*"les droits, l'autodétermination et la reprise du pouvoir d'agir des usagers, des informations récentes dans la compréhension de l'étiologie et de la trajectoire des troubles mentaux graves, être au fait des derniers développements survenus dans le champ de la pharmacologie et de la psychiatrie biologique, des procédures propres aux politiques d'assistance sociale et des changements survenus dans les lois propres au champ de la santé mentale"* (p. 56).

En raison de la pénurie de psychiatres à l'extérieur des zones métropolitaines et du régime de rémunération des médecins au Québec, certaines équipes sont appelées à travailler avec plusieurs médecins, y compris des omnipraticiens. Or, l'expertise médicale est une composante essentielle au traitement dans la communauté des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Par conséquent, une équipe PACT doit toujours maintenir un lien étroit avec les médecins traitants et les considérer comme des consultants cliniques au sein de l'équipe (Knoedler, 1989).

### **Le fonctionnement d'une équipe PACT**

Chaque client est assigné à une intervenante principale en tenant compte des besoins de la personne suivie et des expertises des membres de l'équipe. L'intervenante principale est responsable de coordonner les interventions et les services requis, mais l'imputabilité des soins et du suivi appartient à l'équipe. Plus particulièrement, une mini-équipe de deux à quatre intervenantes est

assignée pour chacun des clients et elle a le mandat de préparer un plan de traitement avec la personne suivie qui sera par la suite présenté à toute l'équipe pour discussion. Le cas échéant, tous les membres de l'équipe pourraient être appelés à intervenir auprès des clients selon les objectifs énoncés dans le plan de traitement et de réadaptation.

L'équipe se réunit au début de la journée pour environ 45 minutes afin de faire le retour sur la journée précédente et pour distribuer le travail de la journée courante. La réunion sert à passer en revue la situation de tous les clients et à informer l'équipe entière des tâches urgentes à réaliser en priorité. De plus, l'équipe se réunit à raison d'une demi-journée par semaine pour tenir des discussions cliniques, élaborer des plans de traitement et attribuer des nouveaux dossiers. En dehors de ces réunions formelles, les membres de la mini-équipe se concertent pour l'élaboration et l'actualisation du plan de traitement de leurs clients. Les membres de l'équipe se retrouvent ensuite sur la route et se contactent généralement de façon informelle pour des communications pertinentes. Enfin, la secrétaire médicale prépare l'horaire quotidien des interventions ce qui permet de contacter chaque intervenante lorsque sa présence s'avère nécessaire.

Il est généralement difficile pour les intervenantes sur la route de prendre des temps de pause avec leurs collègues et le dîner est fréquemment partagé avec les clients. Il est donc important de planifier périodiquement une journée de ressourcement pour favoriser les discussions de groupe entre les intervenantes et pour s'interroger sur la pratique clinique de l'équipe. Tous les aspects

organisationnels du service sont discutés et cette rencontre se déroule dans un endroit agréable où l'on partage un repas en commun.

La mise en place d'une équipe PACT exige également de disposer de l'équipement et du matériel nécessaire pour réaliser sa mission (Test et Stein, 1976). Dans leur dernier ouvrage, Allness et Knoedler (1998) décrivent tous les aspects techniques qui vont des descriptions de tâches détaillées des intervenantes jusqu'aux dimensions du local de l'équipe. Ainsi, ces locaux doivent être fonctionnels et organisés en fonction de la nature du travail. Dans la mesure où les intervenantes passent la majeure partie de leur temps de travail à l'extérieur, il n'est pas nécessaire pour elles de disposer de bureaux personnels alors qu'il est impérieux de disposer d'une bonne salle de réunion. À l'évidence, un bureau de consultation doit être mis à la disposition du médecin ou des intervenantes pour conduire les entrevues et un espace de travail doit être prévu pour le secrétariat de l'équipe. De plus, un local contenant la médication et le matériel médical doit être aménagé selon les procédures et les protocoles de sécurité propres aux soins infirmiers. Enfin, la coordonnatrice doit disposer d'un bureau pour réaliser ses tâches de gestion et de supervision.

Dans la mesure où l'équipe est mobile et que les intervenantes doivent aller à la rencontre de la clientèle dans la communauté, il importe de stipuler à l'affichage ou à l'embauche que l'intervenante doit utiliser son véhicule personnel dans l'exercice de ses fonctions. Par conséquent, une équipe PACT doit disposer du budget nécessaire pour rembourser les frais d'assurance-automobile et de déplacement en fonction des barèmes en vigueur dans le secteur de la

santé et des services sociaux et ce budget doit être ajusté à la dimension du territoire couvert par l'équipe.

L'équipe doit disposer des outils de communication nécessaires à une présence assidue dans la communauté. Ainsi, les intervenantes doivent disposer d'un téléphone cellulaire pour communiquer rapidement avec une multitude d'interlocuteurs et les clients doivent avoir la possibilité de rejoindre facilement un membre de l'équipe en tout temps en signalant le numéro d'un téléavertisseur.

Enfin, une petite caisse doit être accessible pour résoudre rapidement les imprévus ou des problèmes matériels rencontrés par la clientèle dont la résolution rapide permet d'éviter ou de surmonter des situations de crise et de défrayer les dépenses usuelles faites par les intervenantes pour prendre un repas ou pour accompagner les clients dans la communauté.

### **Le travail dans la communauté**

Le but ultime poursuivi par les intervenantes d'une équipe PACT est de **"faire tout ce qu'il faut"** pour aider la personne suivie à surmonter les aléas de la maladie, à se maintenir avec succès dans la communauté et à s'intégrer pleinement à la vie sociale comme citoyen à part entière. Les implications découlant de la poursuite de ce but sont nombreuses, variées et complexes.

Premièrement, les intervenantes doivent s'assurer que les clients vivent décemment au sein de la communauté et qu'ils ont les moyens de faire face aux nécessités de la vie. Par conséquent, la première préoccupation des membres de l'équipe consiste à aider les clients à résoudre les problèmes immédiats de la vie quotidienne, d'assurer la satisfaction des besoins de base au niveau de la nourriture et du logement pour qu'ils éprouvent un sentiment de sécurité. Une

équipe PACT doit répondre aux questions présentées dans le tableau 2 et procéder à une évaluation détaillée et minutieuse de la situation propre à chaque client dans toutes les dimensions de sa vie (Test, 1998). L'évaluation réalisée en équipe doit être fondée à la fois sur des observations nuancées tirées de l'accompagnement dans le milieu de vie de la personne et sur l'expertise professionnelle de toutes les disciplines représentées au sein de l'équipe. Knoedler (1989) indique que le médecin a un rôle très important à jouer notamment pour évaluer l'adéquation entre l'état psychiatrique du client et les mesures de soutien que l'équipe est en mesure de lui offrir concrètement.

Par exemple, si un client a besoin d'une visite deux fois par jour pour lui donner sa médication et qu'il n'y a pas suffisamment de personnel au sein de l'équipe pour couvrir les soirées et les fins de semaine, l'équipe risque de se retrouver dans une situation de gestion de crises à répétition. Si un client n'a jamais réussi à préparer ses repas auparavant et qu'on l'entraîne du jour au lendemain à faire son épicerie et à cuisiner, il est fort probable qu'il souffre de malnutrition, car le défi proposé est trop grand par rapport aux capacités d'adaptation que la personne présente dans un premier temps. Il serait probablement plus réaliste de négocier un aménagement spécifique avec le restaurateur du coin plutôt que de s'acharner à lui proposer une programmation d'apprentissages stéréotypés.

Si un client manifeste le désir de recevoir du soutien pour intégrer un emploi à temps partiel et qu'il se sent incapable pour l'instant d'accéder à son propre logis, il serait probablement plus approprié de l'aider à intégrer une

ressource résidentielle d'hébergement protégé (telle qu'une résidence d'accueil, un foyer de groupe ou un appartement supervisé) avec l'aide de la travailleuse sociale de l'équipe et de l'aider à dénicher un emploi tout en lui fournissant le soutien nécessaire en l'accompagnant au travail s'il le faut. Ayant repris confiance dans ses capacités, ce client en arriverait peut-être à manifester le désir d'avoir son propre appartement dans un deuxième temps. Bref, ces trois exemples touchant aux dimensions du traitement, de la réadaptation et de la réhabilitation telles que définies dans le tableau 3 illustrent qu'une équipe PACT a le mandat de résoudre des problèmes avec créativité plutôt que d'imposer à tous une programmation rigide et stéréotypée (Test, 1998).

Ainsi, l'équipe est mobile et la majorité des heures travaillées sont consacrées au soutien direct et à l'accompagnement des clients dans la communauté. Pour ce faire, les intervenantes sont appelées à tisser des liens avec une multitude d'acteurs sociaux et à utiliser toutes les ressources communautaires et sociales qui existent au sein d'un territoire donné. Les intervenantes sont appelées à faire l'épicerie ou à utiliser les buanderies avec les clients en se servant des situations de la vie quotidienne pour actualiser l'apprentissage des habiletés sociales. Ce travail de terrain exige une bonne connaissance des ressources qui existent au sein d'un territoire donné, telles que pharmacies, caisses populaires, restaurants, banques alimentaires, maisons de la culture ou bibliothèques ainsi que différentes associations qui offrent des services ou des occasions de socialisation. Tous ces endroits deviennent des lieux où les intervenantes posent des actes cliniques (Guy, 1997). Cela implique

également pour l'équipe de dresser une liste de tous les services gouvernementaux, municipaux, de santé ou d'aide sociale qui seront utilisés afin de répondre aux besoins propres à chaque client.

Enfin, cette mobilité et cette recherche incessante de tous les types de ressources signifient également une disponibilité pour réaliser des activités avec la clientèle durant la soirée et les fins de semaines. Par exemple, il peut être indiqué pour un client de l'accompagner en soirée pour aller jouer aux quilles, en ayant comme objectif de l'amener à sortir de chez lui et à se divertir. Pour un autre client ayant des besoins sur le plan spirituel, cela peut se traduire par le fait de l'accompagner à l'église et de profiter de l'occasion pour lui apprendre à utiliser les transports en commun. Enfin pour d'autres clients ayant des démêlés avec la justice, les intervenantes seront peut-être appelées à les accompagner à la cour ou au sein d'un organisme quelconque pour les soutenir et les aider à purger des sentences de travaux communautaires.

Bref, le travail d'une équipe PACT ne se limite pas à livrer de la médication le matin et à faire de la thérapie à domicile durant l'après-midi mais plutôt à offrir à chacun des clients des occasions de croissance et d'intégration sociale par un accompagnement soutenu et personnalisé. Par cette présence assidue et les victoires remportées avec les clients pour surmonter les défis de la vie quotidienne, il se forge une relation significative fondée sur les objectifs et les aspirations qu'ils expriment. En raison du développement de cette alliance thérapeutique basée sur la proximité, la confiance et le dévouement, les intervenantes ont le privilège d'accompagner la personne dans son cheminement

psychologique afin qu'elle s'accomplisse et se découvre à travers le temps. Parfois, la personne suivie ose révéler des aspects de sa vie pour la première fois. Le cas échéant, ces révélations personnelles doivent l'aider à rehausser son estime de soi, à mieux comprendre son évolution psychologique et améliorer ses relations interpersonnelles (Chinman et al., 1999).

Néanmoins, la réalité quotidienne n'est pas toujours aussi idyllique. *A priori*, le modèle PACT a été conçu pour rejoindre les personnes les plus difficiles et qui sont réfractaires au suivi habituel en clinique externe (Guy, 1997). Au point de départ, ces personnes sont souvent réticentes à prendre leur médication et peuvent même s'opposer à toutes formes de traitement. Elles peuvent également s'enliser dans l'itinérance, présenter une symptomatologie active et des troubles importants de comportement qui entraînent l'abus de substances toxiques, l'éviction de leur logis et des démêlés avec la justice. Enfin, il se peut fort bien qu'elles soient affligées par des problèmes importants de santé physique, qu'elles soient incapables de gérer leur budget et réticentes à l'idée de vivre en foyer de groupe. Or, le rôle des intervenantes d'une équipe PACT est de rechercher activement la clientèle dans son milieu de vie pour lui offrir de l'aide et du support, de s'armer de persévérance pour offrir une approche tenace dans la lutte pour repousser les manifestations de la maladie et de ses conséquences dégradantes. La conviction profonde d'améliorer leur sort est l'une des valeurs fondamentales et l'un des messages le plus précieux à communiquer incessamment à des personnes dont l'espoir a souvent été éteint (Messier et Thomson, 1991, Thomson, 1992, Engstrom et al, 1995).

Loin d'être de l'acharnement thérapeutique, la persévérance des intervenantes conduit généralement à aider les clients à résoudre les problèmes urgents auxquels ils sont confrontés (Chinman et al., 1999). Tout en respectant leur rythme et les mécanismes de survie qu'ils ont choisis pour s'adapter à la maladie (Deegan, 1993, 1996), les intervenantes forgent progressivement une relation de confiance sur la base de ces petites victoires acquises avec les clients par une présence régulière et continue auprès d'eux. Une relation de confiance s'instaure entre les clients et les intervenantes sur la base d'une présence soutenue dans la lutte pour se réinscrire à l'aide sociale, pour trouver de la nourriture et un hébergement, fut-il temporaire. C'est dans ce contexte que les intervenantes d'une équipe PACT inscrivent leur action éducative afin de persuader les clients de prendre des moyens pour surmonter la maladie et reprendre la maîtrise de leur vie (Chinman et al., 1999).

### **Médication et réadaptation psychosociale**

L'un des traits distinctifs d'une équipe PACT, c'est qu'elle est en mesure de dispenser le traitement médical dans le but de réduire et de contrôler les symptômes de la maladie mentale. Ainsi, la médication psychiatrique est considéré comme un ingrédient de base intégré à la pratique de la réadaptation psychosociale (Bachrach, 1992). Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ne reçoivent pas toujours les meilleurs traitements pharmacologiques à la fine pointe de la technologie, tels que la prise de la clozapine qui implique une supervision médicale intensive qu'une équipe PACT doit être en mesure d'offrir (Allness et Knoedler, 1998).

Ainsi, la gestion de la médication psychiatrique et la surveillance de l'état de santé du client doivent s'effectuer selon les principes et les protocoles édictés en sciences infirmières. Cela implique non seulement un contrôle rigoureux de son administration en tenant compte de l'observation assidue des effets secondaires, mais également une supervision étroite des conditions de santé générale de la personne et des facteurs de protection au sein de son environnement immédiat (Allness et Knoedler, 1998, Chafetz et Ricard, 1999). En milieu hospitalier, les patients sont bien nourris, vêtus et logés, l'hygiène personnelle est soigneusement supervisée et la qualité du sommeil est primordiale. Ainsi, si une personne vivant dans la communauté souffre de malnutrition, de froid, d'insalubrité et de terreur nocturne, non seulement le traitement pharmacologique risque d'être mis en échec par ces conditions de vie intolérables, mais son administration même dans de telles conditions est discutable car elle s'effectue dans un contexte de facteurs dégradants qui sont inadmissibles.

Qui plus est, l'une des dimensions fondamentales de la pratique des soins infirmiers concerne l'enseignement autour de la prise de la médication dans l'optique de développer l'adhésion au traitement et l'autonomie de la personne dans la gestion de ses médicaments et la prise en charge de sa santé. Bien que les visites à domicile permettent de consolider la fidélité à la prise de la médication (Guy, 1997), il importe d'inscrire cet acte clinique dans une perspective de progrès. Ainsi, la médication peut faire l'objet au départ d'une livraison quotidienne à domicile pour ensuite progressivement faire place à l'apprentissage de l'utilisation d'une dosette avec l'aide d'une intervenante. Inversement, *"quand un client refuse*

*de prendre sa médication et qu'il est symptomatique, l'équipe continue de procurer tous les services de soutien qu'elle peut lui offrir. La non adhérence à la médication n'est pas une raison de retrait de services ou de refus de l'aider de d'autres manières" (Allness et Knoedler, 1998, 79). Bref, la nature et la gestion de la médication psychiatrique évoluent dans le temps et "le contenu, la portée, le temps accordé et le type de traitement, d'activités de réadaptation et de soutien qui sont fournis varient énormément entre clients et, pour un même client, au cours de son cheminement" (Test, 1998, p. 125).*

### **Les considérations éthiques**

Deux points majeurs doivent être soulevés lors de la mise en place d'une équipe PACT; celui de la distance professionnelle entre clients et intervenantes et la coercition. La question de la distance professionnelle entre les intervenantes et les clients doit être abordée dans un contexte de groupe. Il importe de favoriser une discussion franche au sein de l'équipe pour surmonter les ambiguïtés qui surgissent inévitablement de la pratique du suivi intensif dans le milieu de vie des clients. En effet, dans un contexte thérapeutique traditionnel, la distance professionnelle est pratiquement inscrite dans l'environnement propre à l'unité de soins ou la clinique médicale et les rôles de thérapeutes et de patients sont clairement délimités, de sorte que toute allusion au vécu personnel du thérapeute est formellement proscrite. Or, les intervenantes d'une équipe de suivi intensif sont appelées à côtoyer les clients dans leur propre environnement et à servir de modèle dans l'entraînement aux habiletés sociales. Par conséquent, la nature même de leur travail exige qu'elles développent des

relations civiques normales et respectueuses de l'intimité des clients mais qui impliquent néanmoins un vécu partagé qui ouvre la porte à une réciprocité appropriée et convenable.

Comme dans toutes les relations humaines, le partage de son vécu aide à établir des liens de confiance et favorise la normalité dans les relations avec autrui. Curtis et Hodge (1994, 1995) indiquent que le fait de refuser des offres de réciprocité communique à la personne suivie qu'elle n'a rien de précieux à offrir dans cette relation. Plusieurs équipes PACT aux États-Unis préconisent l'embauche d'un utilisateur de services de santé mentale comme intervenant dans l'équipe précisément pour partager son vécu afin d'être une source d'inspiration pour ses pairs. Ainsi, le fait ou non de dévoiler des éléments plutôt personnels mais dans la limite de la normalité avec un client peut dépendre de plusieurs facteurs et peut varier d'un individu à un autre. Les sujets abordés dans le but de socialiser davantage doivent s'inscrire dans une zone de dialogue où le client se sent à l'aise et où l'intervenante prend en considération la dynamique psychologique de la personne suivie. Ainsi, la nature et la portée du partage des expériences personnelles doit toujours avoir pour but de normaliser les conversations avec la clientèle. Par conséquent, l'intervenante doit toujours être consciente du risque de projections et d'interprétations faites par son interlocuteur, de sorte qu'elle doit se sentir en confiance pour prendre conseil auprès des collègues de son équipe.

À l'évidence, toute intrusion malsaine dans la vie intime du client peut conduire à un abus de pouvoir. Ce type de rapport avec les personnes suivies

doit toujours être fortement banni en vertu de règles éthiques élémentaires. Pour Curtis et al., (1996), "*le principe de non malveillance prône le devoir imposé à chacun de ne faire aucun mal ni de blesser qui que ce soit*" (p. 59). Ainsi, puisqu'il n'y a pas toujours de règles standardisées sur la question des enjeux éthiques liés à la réciprocité dans un contexte de vécu partagé avec les clients dans la communauté, il importe de discuter en équipe de la signification des interactions entre les intervenantes et les clients au fur et à mesure que de nouvelles situations ambiguës se présentent afin d'établir des consignes claires et sécurisantes pour tous. Ceci doit s'actualiser dans un contexte franc et sans risque de reproche pour les intervenantes dans l'optique d'une résolution de problèmes.

L'approche PACT est qualifiée par certains auteurs comme étant une approche coercitive et potentiellement dommageable (Gomory,1999). Or, il importe de bien discerner la coercition de la ténacité dans son approche pour aider la personne à surmonter les aléas de la maladie mentale (Chinman et al., 1999). Malgré les premiers refus durant les contacts initiaux, les membres de l'équipe cherchent toujours à reprendre contact avec le client. Dans les cas où le client requiert une livraison quotidienne de médicaments à domicile et la mise en fiducie d'une partie de ses revenus pour le paiement de son loyer, cela amènera toujours l'équipe à faire une réflexion importante. La relation de confiance doit primer par-dessus tout et c'est toujours avec le client que la décision du contrôle de l'administration de la médication et de l'argent doit être prise afin d'assurer la maîtrise des symptômes et le maintien de ses acquis sociaux. Plus le client joue

un rôle actif dans son traitement, moins il se sentira contraint d'accepter des mesures de protection contraire à sa volonté (Szmulkler, 1999).

Dans cette optique, le rôle de l'intervenante dans sa pratique clinique est de l'encourager et de le guider dans le but de l'aider à maintenir son autonomie et sa sécurité au sein de la communauté. En fait, *"la coercition menace la confiance, un élément essentiel mais fragile de la relation entre le client et le professionnel de la santé"* (Everett, 2000, p.5). Par conséquent, Il est nécessaire de tenir des discussions d'équipe sur ce sujet lors du démarrage du service afin de créer une culture qui se détourne du paternalisme et du contrôle. Bien qu'il soit parfois nécessaire d'intervenir sur-le-champ en cas de perte de contrôle ou de crise psychotique majeure pouvant entraîner des conséquences graves pour le client ou pour autrui, il faut être conscient que l'utilisation de toute forme de coercition aura des conséquences sur la relation de confiance établie avec le client même si son utilisation est justifiée pour protéger le client ou d'autres personnes de son entourage (Diamond 1996).

En fait, aucune équipe PACT ne peut imposer un plan de traitement, de réadaptation et de réhabilitation à long terme à l'encontre de la volonté du client. Au contraire, toutes les mesures de protection à mettre en place pour l'aider à atteindre ses propres buts doivent être négociées avec lui et non lui être imposées brutalement sous peine d'une cessation du suivi. Si le client désire manger tous les jours et conserver son appartement, il est fort probable qu'il sera disposé à accepter de l'aide à gérer son budget. Tel client acceptera d'emblée une forme de confiance de la part de l'équipe alors qu'un autre client refusera

carrément ce type d'arrangement et préférera plutôt l'accompagnement personnalisé le premier vendredi du mois pour payer d'un seul coup toutes ses dépenses de loyer et de restauration. Dans cette optique, une équipe PACT ne doit jamais imposer d'emblée sans discussion un type d'intervention uniforme pour tous car cela va à l'encontre du principe fondamental du modèle PACT qui consiste à tailler toutes les interventions sur mesure pour chacun des clients et ce, dans une perspective d'évolution dans le temps (Test, 1998).

### **Conclusion**

Dans la mesure où les résultats de la recherche suggèrent clairement que le succès de la mise en place d'une équipe PACT est lié directement à la fidélité au modèle original (Tessier et al., 1992, CSMQ, 1997, AHQ, 2000), il importe de viser l'application des modalités organisationnelles propres à ce modèle plutôt que de s'inspirer vaguement de sa philosophie pour mettre en place des programmes qui s'en éloignent et qui risquent d'être incapables de traiter et de suivre la clientèle la plus difficile. Bien qu'il soit nécessaire et souhaitable de mettre en place des programmes de suivi moins intensifs pour une tranche de la clientèle, la transformation des services de santé mentale au Québec risque d'être compromise si elle ne s'accompagne pas d'un financement adéquat pour soutenir la mise en place d'équipes PACT répondant aux standards établis suite aux expériences réalisées avec succès (Allness et Knoedler, 1998).

De plus, l'atteinte des objectifs poursuivis par les équipes PACT auprès de la clientèle suivie doit être mesurée dans une perspective à long terme et se caractériser par une amélioration tangible des conditions de vie des personnes ayant repris le contrôle de leur destinée et surmonté les affres de la maladie.

Dans cette optique, la diminution de la durée et de la fréquence des hospitalisations est la manifestation d'un processus et non un résultat en soi. En effet, si l'on met trop l'emphase sur cette dimension, l'on risque de maintenir des patients malades à l'extérieur de l'hôpital à tout prix et de s'éloigner de la raison d'être d'une équipe PACT dont l'objectif ultime est la réussite du traitement, de la réadaptation et de la réhabilitation.

Allness (1997) fait remarquer que "*le modèle PACT ne peut être enseigné dans un atelier de formation d'une journée ou deux. Cela prend de trois à cinq ans pour implanter pleinement le modèle, car il implique un changement radical des services traditionnels de santé mentale et des changements significatifs au niveau des attitudes du personnel*" (p. 25). En raison de sa globalité, les infirmières engagées dans l'implantation et le fonctionnement des équipes PACT doivent être conscientes qu'il s'agit probablement de la modalité d'intervention psychiatrique la plus complexe à mettre en place car elle doit intégrer simultanément plusieurs dimensions. Or, il importe de repousser les attitudes dogmatiques à l'égard de ce modèle qui exige plutôt la créativité, l'adaptation et la flexibilité. De plus, une équipe PACT ne doit jamais se replier sur elle-même mais plutôt tisser des liens étroits de collaboration avec un grand nombre de partenaires dans la communauté, notamment au niveau de l'accès au travail et au logement social (CSMQ, 1997) et fonder sa pratique sur les valeurs et les principes de la réadaptation psychosociale.

## Références

- ANTHONY, W. A. et LIBERMAN, R. P., Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation, dans LIBERMAN, R. P., (ed) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, Macmillan Publishing Company, New-York, 1992, p.1-29.
- ALLNESS, D. J. et KNOEDLER, W. H., *The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT Start-Up*, NAMI Campaign to End Discrimination, NAMI Anti Stigma Foundation, National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), Arlington, Virginia, 1998.
- ALLNESS, D. J., The Program of Assertive Community Treatment (PACT) : The Model and Its Replication, dans HOLLINGSWORTH, E. J., (ed), *The Successful Diffusion of Innovative Program Approaches, New Directions for Mental Health Services*, n° 74, Jossey-Bass, San Francisco, 1997, p.17-26.
- ASSOCIATION des HÔPITAUX du QUÉBEC, *Cadre de référence: Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Montréal, 2000.
- BACHRACH, L. L., Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long-Term Patients, *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, n° 11, 1992, p.1455-1463.
- BENOIT, F. et LESAGE, A.D., L'implantation du suivi intensif dans la communauté: des leçons à tirer du passé, *Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 44 n°10, 1999, p. 781-787.
- BOND, G. R., MILLER, L. D., KRUMWIED, R. D., WARD, R. S., Assertive Case Management in Three CMHCs: A Controlled Study, *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, n° 4, 1988, p. 411-418.
- CHAFETZ, L. et RICARD, N., The Biopsychosocial Perspective in Psychiatric Nursing: Myth or Future Reality?, *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 31, n° 2, 1999, p. 17-23.
- CHINMAN, M., ALLENDE, M., BAILEY, P., MAUST, J., DAVIDSON, L., Therapeutic agents of assertive community treatment, *Psychiatric Quarterly*, vol. 20 n° 2, 1999, p.137-162.
- CONSEIL d'ÉVALUATION des TECHNOLOGIES de la SANTÉ (CETS), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles mentaux persistants et particulièrement sévères*, , Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 1999.
- COMITÉ de la SANTÉ MENTALE du QUÉBEC (CSMQ), *Défis de la configuration des services de santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 264 pages, 1997.
- CURTIS, L. C. et HODGE, M., Old Standards, New Dilemmas: Ethics and Boundaries in Community Support Services", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 18, n° 2, 1994, p.13-33.
- CURTIS, L. C. et HODGE, M., Ethics and Boundaries in Community Support Services: New Challenges, dans Stein, L.I. et Hollingsworth E.J. (eds): *Maturing Mental Health Systems. New Directions for Mental Health Services*, n° 66, Jossey-Bass, San Francisco, 1995, p. 43-59.
- CURTIS, L.C., TANZMAN, B., McCABE, S., CARLING, P.J., *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, M.Sc., Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec, 1996.

- COOK, J. A., HORTON-O'CONNELL, T., FITZGIBBON, G., STEIGMAN, P. J., Training for State-Funded Providers of Assertive Community Treatment, in CORRIGAN, P. W. et GIFFORT, D. W. (eds) *Building Teams and Programs for Effective Psychiatric Rehabilitation, New Directions for Mental Health Services*, n° 79, Jossey-Bass, San Francisco, 1998, p. 55-59.
- DIAMOND, R. J., 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, 1996, p. 51-72.
- DECI, P. A., SANTOS, A. B., HIOTT, D. W., SCHOENWALD, S., DIAS, J. K., Dissemination of Assertive Community Treatment Programs, *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 7, 1995, p. 676-678.
- DEEGAN, P.E., Le processus de rétablissement, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, vol. 2, n° 2, 1993, p.2-5.
- DEEGAN, P.E., Recovery as a Journey of the Heart, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 19, n° 3, 1996, p. 91-97, ou Le rétablissement: un itinéraire du cœur, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, vol. 5, n°1, 1996, p. 1-6.
- DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER, *L'hôpital sans murs*, version française du vidéo *Hospital Without Walls* <<http://psychiatry.mc.duke.edu/cme/AHECCME.htm#Video>>
- ENGSTROM, K, BROOKS, E. B, JONIKAS, J. A, COOK, J. A., WITHERIDGE, T. F., *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 pour intervenants du programme The Bridge traduit de l'américain par Vesta Wagener-Jobidon avec le concours de Dominique Paquette et Marie-Carmen Plante, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec, 1995.
- EVERETT, B., Les ordonnances de traitement dans la communauté: le défi éthique des soins coercitifs, *Psychiatrie: Conférences scientifiques*, Merck Frosst Canada & Cie, vol. 4, n° 8, 2000.
- GÉLINAS, D., Travail social et suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, *Intervention*, n° 105, 1997, p. 8-15.
- GÉLINAS, D., 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*, vol. 23, n° 2, 1998, p. 17-47.
- GOLD AWARD, A Community Treatment Program: Mendota Mental Health Institute, Madison, Wisconsin, *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 25, n° 10, 1974, p. 669-672 ou *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 6, 2000, p. 755-758.
- GOMORY, T., Program of Assertive Community Treatment (PACT): A Critical Review, *Ethical Human Sciences and Services*, vol. 1, n° 2, 1999, p. 1-17.
- GREENLEY, J. R., Madison, Wisconsin, United States : Creation and Implementation of the Program of Assertive Community Treatment (PACT), dans SCHULZ, R. et GREENLEY, J. R., *Innovating in Community Mental Health*, Praeger, Westport, Connecticut, 1995, p. 84-96.
- GUY, S., Assertive Community Treatment of the Long-Term Mentally Ill, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 3, n° 6, 1997, p. 185-190.
- HATFIELD, A.B. et LEFLEY, H.P., *Surviving Mental Illness: Stress, Coping and Adaptation*. The Guilford Press, New-York, 206 pages, 1993.
- KNOEDLER, W. H., The Continuous Treatment Team Model: Role of the Psychiatrist, *Psychiatric Annals*, vol. 19, n° 1, 1989, p. 35-40.

- HOPKINS, G., Communication personnelle avec le Directeur exécutif du Outreach Contract Program de Charleston en Caroline du Sud, U.S.A.
- LACHANCE, K. R. et SANTOS, A. B., Modifying the PACT Model: Preserving Critical Elements, *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 6, 1995, p.601-604.
- LESAGE, A.D., Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. *Santé mentale au Québec*, vol. 21, n° 1, 1996, p. 79-96.
- McGREW, J. H., BOND, G. R., DIETZEN, L., SALYERS, M., Measuring the Fidelity of Implantation of a Mental Health Program Model, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62, n° 4, 1994, p. 670-678.
- McGREW, J. D. et BOND, G. R., Critical Ingredients of Assertive Community Treatment : Judgments of the Experts, *The Journal of Mental Health Administration*, vol. 22, n° 2, 1995, p. 113-125.
- MESSIER, M.J., et THOMSON, D.A., Programme de réadaptation individuelle et continue pour patients chroniques, *Actualités Psychiatriques*, n° 2, 1991, p. 37-39.
- MORISSETTE, R., 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, 1997, p. 17-20.
- MOWBRAY, C. T., PLUM, T. B., MASTERTON, T., Harbinger II: Deployment and Evolution of Assertive Community Treatment in Michigan, *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 25, n° 2, 1997, p. 125-139.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec, 1998.
- PALMER-ERBS, V. et ANTHONY, W. A., Incorporating Psychiatric Rehabilitation Principles into Mental Health Nursing, *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 33, n° 3, 1995, p.36-44.
- PRATT, S., ALLNESS, D., JONIKAS, J., HORTON-O'CONNELL, T., STELLON, E., COOK, J., CURTIS, L., *Safety First: Personnel Safety and Risk Management for Assertive Community Treatment Teams*, University of Illinois at Chicago, 2000.
- STEIN, L. I. et TEST, M. A., Retraining Hospital Staff for Work in a Community Program in Wisconsin, *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 27, n° 4, 1976, p. 266-268.
- STEIN, L. I., DIAMOND, R. J., FACTOR, R. M., A system approach to the care of persons with schizophrenia, dans HERZ, M. I., KEITH, S. J., DOHERTY, J. P., (eds), *Handbook of Schizophrenia, volume 4, Psychosocial Treatment of Schizophrenia*, Elsevier Sciences Publishers, Amsterdam, 1990, p. 213-246.
- STEIN, L. I., Innovating Against the Current, dans STEIN L.I., (ed), *Innovative Community Mental Health Programs. New Directions for Mental Health Services*, n° 56. Jossey-Bass, San Francisco, 1992 (a), p. 5-22.
- STEIN, L. I., On The Abolishment Of The Case Manager, *Health Affairs*, vol. 11 n° 3, 1992 (b), p. 172-177.
- STEIN, L. I. et SANTOS, A. B., *Assertive Community Treatment of Persons With Severe Mental Illness*, WW Norton & Company, New-York, 1998.
- SZMUKLER, G., Ethics in community psychiatry, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33, 1999, p.328-338.
- TESSIER, L., CLÉMENT, M., WAGENER-JOBIDON, V., *La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90*, Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, Québec, 1992.
- TEST, M. A. et STEIN, L. I., Pratical Guidelines for the Community Treatment of Markedly Impaired Patients, *Community Mental Health Journal*, vol. 12, n° 1, 1976, p. 72-82.

- TEST, M. A., Training in Community Living, dans LIBERMAN, R. P. (ed): *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, Macmillan Publishing Company, New-York, 1992, p. 153-170.
- TEST, M.A., Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes, *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, 1998, p. 119-147.
- THOMSON, D.A., New Direction, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 15, n° 3, 1992, p. 105-109.
- WITHERIDGE, T. F. et DINCIN, J. The Bridge: An Assertive Outreach Program in an Urban Setting", dans Stein L.I. et Test, M.A. (eds), *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience. New Directions for Mental Health Services*. n°. 26. Jossey-Bass, San Francisco, 1985, p. 65-75.

### **Tableau 1 : Description sommaire du modèle PACT**

- Programme conçu **pour traiter et suivre dans la communauté des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants** associés à de la détresse psychologique, une instabilité marquée par des visites répétées à l'hôpital, une incapacité à faire face aux activités de la vie quotidienne et des perturbations dans les relations interpersonnelles.
- Fréquemment, ces personnes présentent des problèmes de toxicomanie et la maladie entraîne souvent l'isolement, la pauvreté et une vulnérabilité à sombrer dans l'itinérance ou avoir des démêlés avec la justice.
- Lorsque les familles sont impliquées, leurs membres font souvent face à de l'épuisement et à un fardeau qui compromettent leur qualité de vie.
- Une équipe PACT **dispense une gamme complète de soins psychiatriques, de réadaptation psychosociale et de services sociaux** ou de soutien.
- Cette **équipe multidisciplinaire** vise à maximiser le potentiel d'autonomie de la personne afin qu'elle devienne un citoyen à part entière.
- **Les plans de traitement sont individualisés, l'apprentissage des habiletés sociales s'effectue *in vivo*, et la majeure partie des interventions sont réalisées dans son milieu de vie.**
- Son action repose sur la **reprise du pouvoir d'agir de la personne** de sorte qu'elle doit toujours être renseignée, éduquée et consultée pour obtenir un consentement libre et éclairé sur les options thérapeutiques qui lui sont présentées.

- De son côté, l'équipe s'engage envers elle à lui dispenser des services tant et aussi longtemps que sa condition le requiert.
- L'équipe s'assure de **répondre aux besoins de base des personnes suivies en accordant la priorité à la résolution des problèmes qui émergent de la vie quotidienne.**
- L'équipe apporte un soutien actif pour le logement, l'alimentation, la gestion du budget, la médication, la santé physique, les soins d'hygiène personnelle, les habitudes de vie, les relations interpersonnelles, l'intégration à l'emploi, l'accès aux loisirs et la défense des droits.
- Des services sont offerts aux personnes affligées par des problèmes de toxicomanie ou qui ont des démêlés avec la justice et **elles ne sont pas rejetées si elles présentent des problèmes dans plusieurs sphères.**
- Une équipe PACT doit être en mesure d'offrir une **supervision médicale intensive et une infirmière doit être en devoir à chaque quart de travail.**
- Enfin, une équipe PACT doit être en mesure de répondre aux situations de crise en offrant une **disponibilité de services 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine.** Ainsi, des membres de l'équipe sont en disponibilité à tour de rôle sur appel pour intervenir sur-le-champ en dehors des heures normales de travail et l'équipe s'organise avec un centre de crise pour filtrer les appels de nuit et de fin de semaine.

## Tableau 2 : Les questions adressées aux membres d'une équipe PACT

- Quels sont les **facteurs dégradants ou protecteurs** qui émergent de l'environnement immédiat du client?
- Quelles sont les **forces et les vulnérabilités** manifestées par le client lorsqu'il interagit avec son milieu?
- Quelles sont les **mesures de soutien** à mettre en place en fonction des **objectifs** qu'il se fixe lui-même et des **capacités d'adaptation** qu'il présente?
- **Les défis proposés sont-ils réalistes** ou au contraire répondent-ils seulement à une exigence du système de soins consistant à garder la clientèle suivie à l'extérieur à tout prix, même si elle se trouve dans une situation intolérable?

## Tableau 3 : Traitement, réadaptation et réhabilitation (Morissette, 1997)

- Le **traitement** s'attaque aux causes de la maladie mentale et des souffrances de la personne. Il vise à réduire l'impact des symptômes et permet d'enclencher le processus de réadaptation et de réhabilitation.
- La **réadaptation** redonne à la personne 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.