

Le suivi communautaire, une nouvelle pratique?

Luc Lalonde

Volume 2, numéro 2, automne 1989

Chômage et travail

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301058ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301058ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lalonde, L. (1989). Le suivi communautaire, une nouvelle pratique? *Nouvelles pratiques sociales*, 2(2), 179–183. <https://doi.org/10.7202/301058ar>

Le suivi communautaire, une nouvelle pratique?

Luc Lalonde
« Projet Suivi communautaire »
LaSalle

Nos voisins américains ont expérimenté maintes méthodes d'intervention. Vers la fin des années 70, quelques théoriciens-technocrates ont conçu une approche qui se modelait tout à fait aux appareils d'État, tout en étant beaucoup plus près de la communauté que le *casework*. C'est ce qu'ils ont appelé le *case management*. Le travailleur social est ici le « gestionnaire » qui élabore avec la personne un plan de suivi individualisé; il coordonne les diverses ressources (familles, organismes, institutions, etc.), afin de maximiser l'atteinte des objectifs que se sont fixés le « client » et son *case manager*.

Ce modèle a été et est encore largement utilisé chez nos voisins, et ce en tant que réponse à la désinstitutionnalisation des personnes rencontrant des problèmes de santé mentale. Selon eux, cette méthode a l'avantage d'établir une « cohérence dans le traitement », un lien

entre la pharmacothérapie, la psychothérapie et l'approche communautaire et d'en faire une intervention dynamique et au service de la personne.

Cohérence, coordination, plan individualisé : voilà des concepts intéressants lorsque l'on considère que le principal avantage pour la personne aidée est d'avoir une aide globale qui gère autant les relations avec le psychiatre, la mère et la compagnie d'électricité. Toutefois, le *case management* pose la question du pouvoir et surtout celle de l'abus de celui-ci. Il pose aussi celle de la relation d'aide qui donnerait la priorité à un gestionnaire-technocrate plutôt qu'à une relation de support.

USA is another world, an american way of life. Vers la fin des années 60, Forward House créait un précédent en amorçant un programme de suivi à l'hébergement. Depuis le début des années 80, les Québécois et Québécoises expérimentent ce modèle. Presque en même temps, sans concertation, une dizaine d'organismes ont été mis sur pied : « Maria » en Gaspésie, « Diogène » à Montréal et « Projet suivi communautaire » à LaSalle.

Chacun de ces organismes a créé sa façon de faire en s'inspirant du *case management* et aussi de l'ensemble des modèles qui influencent la pratique québécoise : un peu de structurel ici, d'approche réseau là, un brin de travail de rue et d'approche systémique. Ces influences ont tellement modifié le *case management* qu'aucun n'a osé choisir la traduction littérale « gestion de cas » ! La technocratie américaine a fait place à une relation d'aide basée sur l'éducation à l'autonomie.

Après ces années d'expérimentation, les praticiens ont senti le besoin de systématiser et de conceptualiser leur approche. Sous l'initiative de Jérôme Guay, nous nous sommes réunis à l'automne 1988, à Québec, dans le but de dialoguer, de réfléchir et, bien sûr, de nommer cette pratique. Au fil des conversations s'est dressé un tableau de cette nouvelle façon de faire.

Le mot donné au *case management* québécois fut : « ACCOMPAGNEMENT COMMUNAUTAIRE ». À la base de ce modèle, des intervenants itinérants aident la personne ayant des problèmes de santé mentale dans toutes les sphères de la vie ; hygiène, alimentation, budget, hébergement, démarche de croissance personnelle, traitement thérapeutique, relations sociales, familiales et conjugales, conscientisation, travail, éducation, sexualité. Bref, on tente d'intervenir par le biais de tous les réseaux, organisationnels comme institutionnels.

La grande différence est la place de l'aidant : ici, il est davantage un catalyseur et un support dans la prise en charge de la personne par la personne, plutôt que son gestionnaire de cas. Bref, il s'agit d'accompagner

l'individu et/ou la collectivité dans l'acquisition de l'autogestion de sa vie, et cela à **tous** les niveaux (bio-psycho-socio-écolo-politico, etc.).

À « Projet suivi communautaire », on préfère parler de suivi plutôt que d'accompagnement, parce que cela suppose que si l'on « suit » quelqu'un, c'est parce qu'il nous devance, qu'il décide de la direction.

En 1985, le Comité consultatif du Sud-Ouest de Montréal élabore le PROJET, né des besoins de la communauté, à la suite de la désinstitutionnalisation massive de l'hôpital Douglas. Dès lors, il n'a cessé de s'affirmer en tant que ressource alternative. De tous les organismes qui font de l'accompagnement communautaire, c'est le seul qui fait partie du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et qui partage ses vues. C'est aussi le seul organisme autonome où les usagers siègent au conseil d'administration.

Le mot « suivi » précède l'adjectif « communautaire » non seulement pour rappeler le lien avec la communauté, mais aussi pour s'approprier le côté politique des approches « communautaires ». Les visites à domicile ne veulent pas prendre l'allure du maintien à domicile, mais celle de l'accompagnement de l'individu dans la prise de pouvoir sur son social et sur son vécu. Le projet s'inspire de l'idéologie alternative comme étant une autre voie dans l'aide à apporter aux personnes vivant des difficultés de santé mentale, une voie qui part des choix de la personne pour se changer et changer aussi le monde dans lequel elle vit. Dans le suivi communautaire, l'intégration doit se lire dans tous les sens, c'est-à-dire que l'individu s'intègre à sa communauté et cette dernière s'intègre à la problématique de la santé mentale. La réponse aux difficultés d'ordre émotionnel réside dans la prise du pouvoir de l'individu sur lui-même, sur son traitement et sur sa communauté. Dans le concret, cela signifie que l'intervenant « suit » la personne là où elle veut se diriger, en ne faisant qu'éclairer les voies possibles des projets de société. Cela signifie qu'à un problème de surconsommation d'alcool, le « gars » de la Société des alcools et le propriétaire du dépanneur sont les aidants numéro un. Pour un problème d'hygiène, les locataires d'à côté et le propriétaire sont les aidants. Bref, c'est la déprofessionnalisation de l'aide au profit de la prise en charge par la communauté de ses problèmes.

Un petit exemple tout simple tiré de mon vécu d'intervenant mettra peut-être tout cela en évidence. Monsieur X a vécu une bonne partie de sa vie en institution. Il ne sort JAMAIS de chez lui et s'organise assez bien. Son problème : le budget. Après 12 mois de travail, d'essais et d'erreurs, IL définit lui-même ses lacunes et ses habiletés. Il sait compter. Il sait même organiser son budget et ses dépenses de façon autonome, mais il est incapable de s'empêcher de consommer des « liquides ». Il lâche la bière pour

le café, puis le café pour les boissons gazeuses et les jus de fruit. Il consomme « meilleur », mais toujours trop.

Alors, il cherche un moyen de réduire sa consommation. Pour l'aider à ne pas se « soumettre à la tentation », comme il le dit, il a besoin de quelqu'un pour le freiner. Et comme il vit toujours un mois à l'avance sur le crédit de son dépanneur, pourquoi ne pas chercher là le support? Monsieur X et moi allons voir le « gars » en question (alors que Monsieur X ne sort JAMAIS) pour voir ce qu'il peut faire.

Le dépanneur voulait justement limiter le crédit de Monsieur X. Pourquoi ne pas limiter le crédit sur tout ce qui est liquide? On s'entend là-dessus. Quelques mois plus tard, Monsieur X se contient de plus en plus. Le « gars » du dépanneur le sent prêt à décider seul et Monsieur X acquiert de l'autonomie. Alors, le « gars » du dépanneur me parle d'un autre client potentiel avec qui il se propose de faire le même genre de démarches... C'est comme l'agent de sécurité de la banque du coin à qui je réfère tous ceux qui veulent apprendre à se servir du guichet automatique, ou la serveuse au « resto » de beignes qui sait si bien écouter les gens en servant du café, etc.

Il n'y a pas eu de cure de désintoxication pour la bière, ni de fiduciaire nommé par un travailleur social, ni d'ergothérapeute; il n'y a eu que des gens qui ont aidé d'autres gens à changer tout en se changeant eux-mêmes. Car le « gars » du dépanneur, l'employé de la banque et la serveuse ne tiennent plus le même discours sur les « fous »: les fous ont des prénoms. Ils vivent dans leur communauté. Ils ne sont pas stigmatisés dans un quelconque hôpital ou centre de jour, d'où on les voit sortir avec crainte.

Cette approche individuelle de suivi communautaire rejoint les objectifs du *case management* à l'américaine, en tentant d'établir une certaine cohérence dans l'aide apportée à la personne par l'ensemble de la communauté. En offrant une alternative où l'utilisateur est le moteur des changements apportés, cette approche, à notre avis, souscrit aux buts du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. En effet, le milieu communautaire est le lieu privilégié de cette approche, car sa position structurelle est la base même de son intervention. L'alternative ne peut survivre dans un milieu institutionnel. C'est pourquoi nous voulons nommer notre approche de façon différente des autres groupes qui, eux, feraient de l'accompagnement communautaire.

Bien sûr, après seulement trois années d'existence, il est difficile de promouvoir un nouveau mode d'intervention. C'est pourquoi nous travaillons à l'élaborer et à le conceptualiser, afin de le définir davantage, de le pousser encore plus vers cette « alternative » qu'il représente. Ce modèle

est nouveau, québécois et, même si la politique de Mme Thérèse Lavoie-Roux le soutient, il n'est pas assez répandu et, surtout, il s'étatise trop. À « Projet suivi communautaire », on pratiquera le suivi communautaire à la sauce alternative, mais, ailleurs, vers où ira le *case management* québécois? Vers le suivi ou l'accompagnement? C'est à nous, membres de cette communauté, à donner la réponse.

Bibliographie

- BLANCHARD, M. et VINCELETTE, F. (1989). *Éléments de réflexion pour une approche alternative et communautaire*, Montréal, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, région du Sud-Ouest.
- D'AMOURS, Martine (1989). « Ce qui a changé en 10 ans », *La Gazette des Femmes*, janvier-février.
- HERZLICH, C. et PIERRET, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) (1989). *Synthèse de la politique en santé mentale en lien avec la position du RRASMQ face au Rapport Harnois*, Montréal, RRASMQ.
- SHIFREN-LEVINE, I. et al. (1985). *Human Resource Development Issues in Case Management*, University of Maryland.
- ZOLA, Irving K. (1981). *Médecine et société, les années 80*, Montréal, Éditions Albert Saint-Martin.