

Le suivi alternatif communautaire en santé mentale : un portrait de la clientèle, de la pratique et du contexte organisationnel



Étude réalisée dans le cadre du Service aux collectivités de l'UQAM
pour et avec la collaboration du Regroupement des organismes
de suivi alternatif communautaire (ROSAC)

Recherche et rédaction : Marie-Ève Pigeon
Étudiante au doctorat, département de psychologie, UQAM

Direction : Daniel Fortin
Professeur, département de psychologie, UQAM



UQAM Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal

Le suivi alternatif communautaire en santé mentale : un portrait de la clientèle, de la pratique et du contexte organisationnel

Étude réalisée dans le cadre du Service aux collectivités de l'UQAM
pour et avec la collaboration du ROSAC

Recherche et rédaction : Marie-Ève Pigeon
Étudiante au doctorat, département de psychologie, UQAM

Direction : Daniel Fortin
Professeur département de psychologie, UQAM

Comité d'encadrement du projet :
Bertrand Gagné, directeur de Diogène; André Mercier, directeur du Suivi communautaire
Le Fil; Daniel Fortin, professeur au département de psychologie (UQAM), Marie-Ève
Pigeon, étudiante au doctorat en psychologie (UQAM), Lina Trudel, agente de
développement au Service aux collectivités (UQAM)

Impression : REPRO-UQAM

Production et distribution

Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal
C.P. 8888, Succursale Centre-Ville
Montréal, Québec H3C 3P8

ROSAC

C.P. 51001, Centre commercial Domaine
Montréal, Québec H1N 3T8

Décembre 2005

**Le suivi alternatif communautaire en santé mentale :
un portrait de la clientèle, de la pratique et du contexte organisationnel**

Veillez citer ce rapport comme suit :

Pigeon, M.-E. et D. Fortin (2005) *Le suivi alternatif communautaire en santé mentale : un portrait de la clientèle, de la pratique et du contexte organisationnel*, Montréal : Service aux collectivités de l'UQAM.

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier les membres du comité d'encadrement qui ont initié et soutenu ce projet : Bertrand Gagné, directeur de Diogène; André Mercier, directeur du Suivi communautaire Le Fil; Daniel Fortin, professeur au département de psychologie (UQAM), Marie-Ève Pigeon, étudiante (UQAM), Lina Trudel, agente de développement au Service aux collectivités (UQAM).

Nous voulons aussi souligner la précieuse collaboration des membres du comité d'accompagnement : Alain Brousseau (intervenant, Association Amitié Bénévole), Kim Cardinal (intervenante, Projet ARC), Jean Fortin (intervenant, Maison Les Étapes), Bertrand Gagné (directeur, Diogène), Juliana Mazareanu (intervenant, Projet Suivi Communautaire), André Mercier (directeur, Suivi Communautaire Le Fil), Marie-Ève Pigeon (étudiante, UQAM), Thierry Simard (intervenant, Relax Action) et Suzanne Ruggieri (intervenante, Services Communautaires Cyprès).

Notre reconnaissance va à l'ensemble des membres du ROSAC pour leur participation à l'étude ainsi qu'à la journée de réflexion collective, sans eux cette recherche n'aurait pas de raison d'être.

Un gros merci à Stéphanie Adin (assistante de recherche), Nathalie Caron (stagiaire) et Delphine Labbé (stagiaire) pour leur contribution à la réalisation de ce projet.

Finalement, nous tenons à remercier le Service aux collectivités de l'UQAM pour sa contribution au financement pour la réalisation du projet ainsi que son soutien lors de la journée de réflexion collective ainsi que pour la rédaction du rapport.

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	1
LISTE DES FIGURES	3
LISTE DES TABLEAUX	4
INTRODUCTION	5
LES FAITS SAILLANTS DE L'ÉTUDE	7
VOLET 1 : PORTRAIT DES PERSONNES SUIVIES.....	7
<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	7
<i>Principales difficultés vécues</i>	7
<i>Caractéristiques du suivi reçu</i>	7
VOLET 2 : PORTRAIT DE LA PRATIQUE DU SAC	8
VOLET 3 : CONTEXTE ORGANISATIONNEL	8
<i>Conseil administratif</i>	8
<i>Ressources financières</i>	9
<i>Ressources humaines</i>	9
<i>Processus d'accueil et d'évaluation</i>	9
<i>Intervention</i>	10
<i>Encadrement du personnel (orientation, supervision, formation)</i>	10
<i>Liens avec la communauté</i>	11
CHAPITRE 1	13
CADRE DE L'ÉTUDE	13
1.1 PROBLÉMATIQUE.....	13
1.2 APPROCHE DE RECHERCHE.....	14
1.2.1 <i>Phase 1 : mobilisation des partenaires</i>	15
1.2.2 <i>Phase 2 : cueillette de données</i>	15
1.2.2.1. Méthodologie.....	16
Volet 1 : portrait des personnes et du suivi reçu.....	16
Volet 2 : portrait de la pratique.....	16
Volet 3 : portrait organisationnel.....	18
1.2.3 <i>Phase 3 : journée de réflexion collective</i>	19
CHAPITRE 2	21
RÉSULTATS DU VOLET 1 : PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE	21
2.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	21
2.2 PROBLÉMATIQUES VÉCUES.....	27
2.3 SERVICES REÇUS (À L'EXCLUSION DU SAC)	31
2.4 CARACTÉRISTIQUES DU SAC REÇU	33
CHAPITRE 3	41
RÉSULTATS DU VOLET 2 : PRATIQUE DES INTERVENANTS	41
3.1 BUTS DU SAC	41
3.2 ACTES POSÉS.....	41
3.3 CARACTÉRISTIQUES DU SUIVI.....	46
3.4 CONTEXTE ORGANISATIONNEL	47

CHAPITRE 4.....	49
RÉSULTAT DU VOLET 3 : CONTEXTE ORGANISATIONNEL.....	49
4.1 SAC : UNE PRATIQUE SOUTENUE PAR UNE ORGANISATION	49
4.1.1 <i>Composition du CA</i>	49
4.1.2 <i>Ressources financières</i>	49
4.1.3 <i>Ressources humaines</i>	50
4.2 SAC : UNE INTERVENTION STRUCTURÉE	52
4.2.1 DÉBUT DE L'INTERVENTION (ACCUEIL, ÉVALUATION, CHOIX)	52
4.2.1.1 <i>Réception de la demande</i>	52
4.2.1.2 <i>Proaction</i>	52
4.2.1.3 <i>Critères d'admission et d'exclusion</i>	53
4.2.1.4 <i>Évaluation d'admission</i>	53
4.2.1.5 <i>Choix de l'intervenant</i>	53
4.2.1.6 <i>Ententes établies avec la personne suivie</i>	54
4.2.1.7 <i>Liste d'attente</i>	54
4.2.2 INTERVENTION.....	54
4.2.2.1 <i>Heures et jours de service</i>	54
4.2.2.3 <i>Autres activités offertes dans le cadre du SAC</i>	55
4.2.2.4 <i>Autres services offerts par l'organisme</i>	55
4.2.2.5 <i>Plan d'intervention</i>	56
4.2.2.6 <i>Comptes rendus</i>	56
4.2.2.7 <i>Bilan de suivi</i>	56
4.2.2.8 <i>Tenue de dossier</i>	57
4.2.2.9 <i>Charge de travail des intervenants</i>	57
4.2.3 FERMETURE DE DOSSIER.....	57
4.2.3.1 <i>Critères de fin de suivi</i>	57
4.2.3.2 <i>Modalités de fin de suivi et les services post suivi</i>	58
4.3 SAC : UNE PRATIQUE ENCADRÉE ET SOUTENUE	58
4.3.1 <i>Accueil offert aux nouveaux intervenants</i>	58
4.3.2 <i>Supervision offerte aux intervenants</i>	59
4.3.3 <i>Modalités de coordination</i>	59
4.3.4 <i>Formation</i>	59
4.4 SAC : UNE PRATIQUE QUI ENTRETIENT DES LIENS AVEC SON ENVIRONNEMENT	60
4.4.1 REGROUPEMENTS EN SANTÉ MENTALE	60
4.4.2 TABLES DE CONCERTATION ET COMITÉS SOUS-RÉGIONAUX EN SANTÉ MENTALE.....	61
4.4.3 PARTENARIATS AUTRES QU'EN SANTÉ MENTALE.....	62
CHAPITRE 5.....	65
JOURNÉE DE RÉFLEXION COLLECTIVE.....	65
5.1 RÉACTIONS AUX RÉSULTATS DU VOLET 1 DE L'ÉTUDE (PORTRAIT STATISTIQUE)	65
5.2 VALEURS ET ENJEUX DE LA PRATIQUE DU SAC	68
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	75

Liste des figures

Figure 1 Distribution des personnes suivies selon l'âge	22
Figure 2 Distribution des personnes suivies selon l'état civil	23
Figure 3 Distribution des personnes suivies selon le niveau de scolarité.....	23
Figure 4 Distribution des personnes suivies selon les sources de revenu	24
Figure 5 Distribution des personnes suivies selon l'occupation	24
Figure 6 Distribution des personnes suivies selon la durée du problème de santé mentale.....	27
Figure 7 Distribution des personnes suivies selon la durée d'hospitalisation	28
Figure 8 Distribution des personnes suivies selon le diagnostic médical	29
Figure 9 Distribution des personnes suivies par type de professionnels fréquentés au cours de la dernière année	32
Figure 10 Distribution des personnes suivies selon la personne qui a fait le premier contact avec l'organisme	35
Figure 11 Distribution des personnes suivies selon le type de suivi reçu	37
Figure 12 Distribution des personnes suivies selon la modalité de suivi reçu	38
Figure 13 Distribution des personnes suivies selon le lieu de rencontre habituel.....	38
Figure 14 Dimensions et spécificités du SAC.....	42
Figure 15 Distribution des intervenants selon l'âge	51
Figure 16 Distribution des intervenants selon le niveau de scolarité	51
Figure 17 Distribution des intervenants selon l'ancienneté	51

Liste des tableaux

Tableau 1 Répartition du nombre d'intervenants et de personnes suivies par organisme.	21
Tableau 2 Pourcentage de personnes suivies selon le type de résidence.....	25
Tableau 3 Le nombre moyen de personnes dans le réseau social selon le lien d'affiliation.....	26
Tableau 4 Pourcentage de personnes suivies présentant un symptôme donné.....	29
Tableau 5 Pourcentage de personnes suivies présentant une difficulté donnée	30
Tableau 6 Pourcentage de personnes suivies ayant vécu un évènement de vie donné au cours de la dernière année	31
Tableau 7 Distribution des personnes suivies selon la durée du suivi (en date du 1er novembre 2002).....	34
Tableau 8 Distribution des personnes suivies selon la source de référence principale	34
Tableau 9 Pourcentage de suivi selon la collaboration avec un milieu ou un professionnel donné.....	37
Tableau 10 Nombre d'organismes par catégorie de budget annuel.....	50

Introduction

Fondé en 1999, le Regroupement des organismes de suivi alternatif communautaire (ROSAC) est constitué de neuf organismes qui desservent l'ensemble de l'île de Montréal. Cependant, huit organismes ont participé à l'étude. Ces organismes comptent plus d'une soixantaine d'intervenants¹ en suivi alternatif communautaire (SAC) et leurs services rejoignent plus de mille personnes annuellement. Le suivi alternatif communautaire est un service offert par des organismes communautaires qui, sans avoir de lien administratif formel avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, sont reconnus comme des partenaires du réseau. Le suivi peut être à court, moyen et long terme et nécessite en moyenne une rencontre par semaine. La majorité des suivis durent de 2 à 5 ans. Certains organismes ont une longue histoire datant du début des années 80. Les derniers arrivés, qui ont permis de compléter l'implantation du SAC sur l'île de Montréal, ont été créés à la fin des années 90.

Les organismes du ROSAC partagent une pratique commune de «suivi alternatif communautaire» issue de divers courants d'intervention en santé mentale. Toutefois, tout en reconnaissant une manière commune de faire le suivi, peu de documents définissent la pratique actuelle. Certains écrits des «pionniers» ont guidé la voie aux derniers arrivés. La pratique actuelle du SAC se veut en mouvance tout en s'appuyant sur des concepts théoriques de pratique fondamentale. Les organismes membres du regroupement SAC veulent définir plus clairement leur pratique face aux autres services de soutien dans la communauté, permettant ainsi de mieux la situer dans un continuum de services ou comme alternative spécifique à l'offre de service du réseau institutionnel et médical, dont les programmes de suivi intensif dans les milieux (SIM) et les services offerts par les CLSC.

Plus spécifiquement, les organismes membres du regroupement SAC ont senti le besoin de se doter d'une meilleure connaissance de leur identité propre, de nommer de manière formelle ce qu'ils font, dans quel cadre et avec qui. Ils souhaitent donc mettre en lumière leur contribution spécifique dans le contexte actuel de l'évolution des services en santé mentale, à l'intérieur du réseau québécois de la santé. Cette recherche sur le SAC servira donc à documenter cette pratique.

Le ROSAC en est arrivé à la conclusion qu'il était temps de faire le point et de juger l'état actuel de cette pratique. N'ayant pas les ressources financières humaines et logistiques suffisantes pour assumer le déroulement et les coûts d'une recherche sur leur pratique, le regroupement s'est adressé au Service aux collectivités de l'UQAM pour obtenir des ressources universitaires nécessaires à la réalisation d'un tel projet.

Ces organismes désiraient premièrement documenter leur pratique (c'est-à-dire ce qui est fait, auprès de qui et de quelle manière) et deuxièmement amorcer, sur la base de l'étude, une réflexion collective sur celle-ci de façon à développer une définition positive d'eux-

¹ Afin d'alléger le texte, nous avons privilégié la forme masculine.

mêmes (sans référence au travail des établissements, sans référence à la seule critique des pratiques médicales et hospitalières). Ils veulent se définir en fonction de leur propre dynamique et de leur propre réalité et cerner avec rigueur les aspects spécifiques de leur contribution.

Le but du projet est d'amener les personnes participantes à développer leur propre analyse sur une question qu'elles jugent prioritaire. L'étude se donne comme objectif d'accompagner et de nourrir une réflexion sur la pratique du suivi alternatif communautaire. Elle vise à répondre aux questions suivantes :

- Qui bénéficie du Suivi alternatif communautaire (SAC)?
- En quoi consiste cette pratique?
- Dans quel contexte organisationnel s'inscrit-elle?

Les membres du comité d'encadrement ont opté pour une approche de recherche respectueuse de la capacité des organismes de se développer et de s'approprier le produit de la recherche soit la recherche-action. Celle-ci est directement reliée aux objectifs de l'étude : amener les intervenants à réfléchir sur leur pratique et à nommer ce qu'ils font. Dans cette perspective, un comité d'accompagnement fut mis sur pied. Ce comité, formé essentiellement d'intervenants, avait comme tâche de superviser l'ensemble de la démarche de recherche et d'assurer la liaison avec chaque organisme. Les décisions concernant le type d'information à recueillir, la source d'information retenue, le mode de cueillette, la procédure et l'instrument lui sont soumises et commentées. De plus, nous avons organisé une journée de réflexion collective afin de permettre aux intervenants de réagir à l'étude, de donner leurs commentaires sur les données collectées et de participer à la définition de cette pratique qui est la leur.

Le cadre conceptuel de l'étude est exposé au premier chapitre ainsi que la problématique et l'approche de recherche retenue. Les résultats sont présentés en trois volets : le portrait des personnes suivies (chapitre 2), la pratique des intervenants (chapitre 3), le contexte organisationnel (chapitre 4). Finalement au chapitre 5, nous présentons l'essentiel des échanges recueillis lors de la journée de réflexion collective portant sur la présentation des résultats du projet.

Ce portrait de la pratique du SAC est donc le fruit d'une étroite collaboration entre les ressources universitaires et les membres du ROSAC. Cette démarche aura contribué à la réflexion des membres du ROSAC sur la pratique du SAC et à mieux la définir. Cette rencontre entre ces deux mondes fut d'une grande richesse pour tous.

Les faits saillants de l'étude

Volet 1 : portrait des personnes suivies

Caractéristiques sociodémographiques

Les personnes qui bénéficient d'un suivi alternatif communautaire (SAC) sont généralement des personnes vivant seules et à faible revenu. En effet, près de 70 % des personnes suivies vivent seules et 75 % bénéficient du programme de sécurité du revenu. De plus, la moitié de la clientèle n'a aucune occupation structurée et régulière. Des personnes suivies au SAC, 40 % ont un diplôme d'études post-secondaires, près de 30 %, un diplôme d'études secondaires. Les personnes suivies au SAC sont majoritairement des femmes (58,2 %). Les jeunes (18-29 ans) représentent moins de 10 % de la clientèle.

Principales difficultés vécues

Les personnes suivies vivent dans une proportion de 70 % avec un problème de santé mentale depuis plus de 10 ans. Près de la totalité de ces personnes (92 %) ont une médication prescrite pour leur problème de santé mentale. Durant la dernière année, 20 % des personnes suivies furent hospitalisées à cause de ce problème. De plus, 78,5 % de la clientèle est suivie en psychiatrie.

La schizophrénie (32 %) et la dépression (24 %) sont les troubles les plus fréquents. Près de 60 % de ces personnes ont un seul diagnostic de santé mentale tandis que 35 % en ont plus d'un. L'isolement (61 %) et les difficultés relationnelles (61 %) sont parmi les principaux problèmes vécus par plus de la moitié de personnes suivies. À cela s'ajoute des problèmes d'alcool (21 %), de toxicomanie (17 %) et judiciaires (17 %).

En plus de la médication prescrite pour un problème de santé mentale, 46 % ont aussi une médication pour un problème de santé physique. Ce pourcentage s'explique par le fait que 50 % des personnes suivies vivent avec un ou des problèmes de santé physique.

Caractéristiques du suivi reçu

Un peu plus de 80 % des personnes reçoivent un suivi à long terme. Les suivis se font principalement dans le cadre de rencontres d'une durée d'environ une heure, et ce, à raison de deux fois par mois en moyenne. Ces rencontres ont lieu principalement au domicile de la personne ou au restaurant.

Dans 60 % des cas, le premier contact avec l'organisme est fait par la personne suivie, ce qui est dans l'esprit du SAC. Par ailleurs, les personnes sont référées dans 39 % des cas par le réseau institutionnel et dans 29 % par le réseau communautaire.

Dans un peu plus de la moitié des suivis (52 %), il existe une collaboration avec un tiers (la famille, le psychiatre, le travailleur social). Cependant, cela nous indique que 48 % des personnes suivies vivent seules, complètement isolées et que leur réseau est donc à construire.

Volet 2 : portrait de la pratique du SAC

Les intervenants décrivent le SAC comme un acte volontaire. Cette pratique s'exerce selon des modalités variables et flexibles. Ces modalités sont déterminées essentiellement par la demande et les besoins de la personne suivie. La pratique vise une relation de qualité et le mieux-être de la personne. Témoin du quotidien de cette personne, l'intervenant lui apporte son soutien jusque dans les petites choses de la vie qui comptent beaucoup pour elle. Créativité, mouvement et ouverture qualifient la manière de faire ce suivi.

La pratique des intervenants en SAC implique autant des actes de la pensée (discussion, réflexion, questionnements) que des actions concrètes. Une place importante est accordée au vécu de la relation entre l'intervenant et la personne suivie. La relation peut être vue comme un laboratoire humain où la personne suivie peut s'exprimer et expérimenter de nouvelles possibilités. Au-delà de la demande du client, des objectifs du suivi et des attentes de l'intervenant, l'éthique guide l'expression de cette pratique. Celle-ci se présente comme une structure souple permettant à la personne suivie de cheminer dans un contexte constructif, rassurant et respectueux.

Selon les intervenants en SAC, leur travail consiste à composer avec des situations toujours différentes, avec les occasions favorables comme avec les obstacles de l'environnement. C'est aussi composer avec ses propres forces et limites ainsi qu'avec celles de la personne suivie. La pratique du SAC est en quelque sorte une rencontre humaine entre deux personnes autonomes intelligentes et responsables.

Le SAC se déroule dans un contexte que l'on souhaite le plus humain possible, tant sur le plan de sa gestion que de son application. Le suivi évolue dans une structure souple permettant aux intervenants de poser des actes éthiques et intelligents visant le mieux-être de la personne suivie.

Volet 3 : contexte organisationnel

Conseil administratif

Les organismes membres du ROSAC sont dirigés par des conseils d'administration (C.A.) composés de sept à onze personnes, parmi lesquelles nous retrouvons, entre autres, un à deux représentants des personnes suivies. Les rencontres des membres du CA varient de quatre à dix fois par année.

Ressources financières

Les ressources financières dont disposent les organismes sont supérieures à 200 000 \$ par année. Dans la moitié des cas, l'entièreté du budget de l'organisme est allouée au suivi alternatif communautaire. Tous reçoivent une subvention récurrente du programme de Soutien aux organismes communautaires (SOC). La moitié des organismes bénéficient d'une subvention non récurrente. Trois organismes bénéficient de subventions visant le soutien à l'hébergement. Pour la moitié des organismes, les campagnes de financement et les dons provenant de fondations constituent une entrée additionnelle d'argent. Deux organismes ont accès à des revenus autonomes.

Ressources humaines

On dénombre 57 intervenants en SAC dans l'ensemble des organismes ayant participé à l'étude. Leur répartition, au sein de ces huit organismes varie de six à douze avec une moyenne de sept intervenants par organisme.

Plus de 60 % sont des femmes et près des trois quarts sont âgés de 30 ans à 50 ans. De plus, près de 75 % des intervenants en SAC ont un diplôme d'études universitaires.

Le revenu annuel brut de près de 70 % des intervenants se situe entre 25 000 \$ et 29 000 \$ et 90 % travaillent à temps plein. Le taux de roulement des employés est important : près des deux tiers des intervenants travaillent depuis moins de cinq ans dans l'organisme qui les emploie actuellement.

Processus d'accueil et d'évaluation

L'admission se fait toujours sur une base volontaire. Généralement, les demandes sont adressées par téléphone et sont faites par le demandeur. Celles-ci sont reçues par les intervenants. Lors de ce contact, une première collecte d'information est réalisée.

Pour tous les organismes, les personnes suivies doivent vivre ou avoir vécu un problème de santé mentale sévère les empêchant de bien fonctionner dans la vie de tous les jours. De façon générale, les personnes souffrant de déficience intellectuelle sévère, de psychose sénile, d'un syndrome cérébral organique ou d'un problème neurologique ne sont pas retenues et sont dirigées vers d'autres services.

Dans la plupart des organismes, l'évaluation est faite par l'intervenant qui assurera le suivi. Dans 75 % des cas, celui-ci est accompagné par une autre personne (un intervenant, le directeur ou superviseur clinique). Sept organismes utilisent des formulaires pour l'évaluation. Il n'y a pas de formulaire commun à tous les organismes. En ce qui concerne le choix de la personne responsable du suivi, il se fait en fonction des disponibilités et de la charge de travail des intervenants. Dans tous les cas et pour tous les organismes, une entente est conclue avec la personne suivie. Tous les organismes sauf deux ont une liste d'attente.

Intervention

Tous les organismes offrent un suivi à long terme et trois d'entre eux offrent également un suivi à court terme. Tous effectuent les rencontres de suivi en face à face. La possibilité d'un suivi téléphonique en plus des rencontres est offerte dans trois organismes. Les rencontres ont habituellement lieu sur semaine à raison de deux à quatre fois par mois.

La moitié des organismes n'exige pas l'élaboration d'un plan d'intervention formel. Les intervenants de sept organismes rédigent un compte rendu après une rencontre de suivi face à face et après un suivi téléphonique ; les informations inscrites dans ces comptes rendus varient selon l'organisme. Tous les organismes effectuent des bilans de suivi. Le moment et le contenu des bilans varient d'un organisme à l'autre.

Plus de la moitié des organismes offrent d'autres activités en plus des rencontres individuelles telles qu'une sortie à la cabane à sucre, la fête de Noël, les pique-niques, et d'autres types d'activités. De plus, certains organismes offrent d'autres services tels que l'hébergement, l'intégration au travail, l'occupation des journées, le centre de jour et le soutien à la famille.

La fin d'un suivi est généralement amorcée à la demande de la personne suivie. Cependant, d'autres situations peuvent entraîner la fin du suivi, par exemple l'atteinte d'objectif, la perte de confiance mutuelle. Le processus de désengagement se fait habituellement de façon graduelle. Quatre organismes offrent un service post suivi.

De 12 à 20 suivis réguliers sont attirés par intervenants. À cela s'ajoutent des rencontres d'équipe (réunions cliniques, réunions d'équipe, réunions mensuelles ou comités de travail).

Encadrement du personnel (orientation, supervision, formation)

Tous les organismes offrent au nouvel intervenant la possibilité d'être jumelé avec un autre intervenant (et parfois l'y obligent) afin que ce dernier l'accompagne dans un de ses suivis.

Chez certains organismes, le nouvel intervenant est rencontré hebdomadairement au cours du premier mois d'emploi. Deux d'entre eux offrent une formation : douze heures pour l'un et deux semaines pour l'autre.

Tous les organismes offrent, à fréquence variable, un soutien à l'intervention via la supervision individuelle. Cette supervision est assumée par le directeur, par l'adjoint clinique ou encore par un consultant extérieur. Trois organismes ont établi, sur une base périodique, une supervision en équipe dont la fréquence varie de deux à six semaines.

On retrouve deux types d'activités de coordination au sein des organismes : une se rapportant à ce que nous pourrions appeler une coordination rapprochée qui porte sur les actions quotidiennes des intervenants, l'autre impliquant une réflexion plus en profondeur sur des thèmes qui sont au cœur de la pratique.

Tous les organismes reconnaissent le rôle stratégique qu'occupe la formation et y consacrent du temps et des ressources.

Liens avec la communauté

Les organismes membres du ROSAC ont su développer et maintenir des relations avec leur communauté, avec d'autres organisations partageant les mêmes préoccupations qu'eux et avec différents acteurs du réseau institutionnel. La nature de ces liens de même que le degré d'engagement varient. Trois types d'association ou de collaboration se dégagent : 1) la participation à des regroupements d'organismes qui interviennent comme eux dans le champ de la santé mentale, 2) la présence à diverses instances de concertation généralement mises sur pied par les établissements du réseau, et 3) divers modes de contacts et d'interactions avec les autres organismes de la communauté.

Chapitre 1

Cadre de l'étude

Ce chapitre présente le cadre de la recherche. Il situe le suivi alternatif communautaire dans son contexte, décrit la problématique de l'étude et précise les objectifs du projet. En outre, il formule les éléments permettant de définir l'approche de recherche ainsi que la méthodologie.

1.1 Problématique

Depuis plus d'un quart de siècle, le suivi dans la communauté des personnes vivant avec des troubles mentaux s'est développé et s'est imposé comme une forme d'intervention essentielle. Cette approche permet de rejoindre des personnes qui, sans accompagnement, demeureraient marginalisées et isolées socialement. Le suivi communautaire est le vocable généralement utilisé pour décrire cette pratique. Celui-ci consiste essentiellement à accompagner la personne dans son milieu de vie et à lui proposer un soutien en vue de l'aider à surmonter les difficultés qui apparaissent dans la vie de tous les jours. Un des principaux aspects de cette pratique est d'agir sur les barrières (personnelles ou sociales) qui empêchent la personne d'avoir accès aux ressources nécessaires à son bon fonctionnement et de les utiliser.

Ayant pris naissance au cours de la décennie 1970, le suivi communautaire a donné lieu à un important corpus d'écrits théoriques et pratiques dont nous allons présenter un aperçu. Gélinas (1998) montre que cette pratique trouve ses origines dans les deux grandes approches que sont la gestion de cas (*case management*) et le suivi intensif dans les milieux (*assertive community treatment*). Les deux prochains paragraphes présentent une brève description de ces deux modèles tirés de l'article de Gélinas (1998).

La gestion de cas tire son origine du travail social américain. Cette pratique se définit comme une technique de gestion sociale visant à coordonner les services de façon à résoudre le problème de la fragmentation de ces services face aux besoins multiples des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ainsi, le rôle de l'intervenant est celui d'un courtier. Ses tâches sont l'évaluation des besoins de la personne, le développement d'un plan de service individualisé, la liaison, la référence et la négociation auprès des services et le suivi du client dans son cheminement. Par la suite, différentes modalités thérapeutiques se sont ajoutées à la coordination de service. De nouveaux modèles se sont greffés, tel le modèle centré sur les forces du client (*personal strengths model*) et le modèle de la réadaptation (*rehabilitation model*). Le premier met l'accent sur les forces de la personne plutôt que sur la pathologie, insiste sur la primauté de la qualité de la relation et base l'intervention sur le principe de l'autodétermination. Le deuxième s'appuie sur les approches behavioristes, ajoute aux modalités de courtage des occasions d'apprentissage qui visent à surmonter les déficits laissés par la maladie. Au fil des années, les démarches aboutirent à deux sous-modèles : le premier met l'accent sur l'accès aux ressources sociales tandis que le second fait reposer sa stratégie sur l'entraînement aux habiletés sociales. Il

faut cependant noter que la majorité des contacts entre le client et le gestionnaire de cas ont lieu au sein de l'établissement.

Contrairement à l'approche précédente, le suivi intensif s'exerce dans la communauté. Dès 1972, à Madison au Wisconsin, Stein et Test ont mis en place un programme complet de traitement, de réadaptation et de suivi. Le premier trait distinctif du suivi intensif repose sur la responsabilité collective d'une équipe (composée de psychiatres, d'infirmières et de professionnels) pour assumer les services et le suivi dans les milieux de vie des personnes dans une perspective de long terme. Avec le temps, une dynamique de convergence entre les approches s'installe de sorte qu'il devient difficile de tracer une frontière étanche entre les différents modèles. Pour ajouter à cette complexité, plusieurs expériences sont des applications hybrides qui s'éloignent des cadres de référence théorique d'origine. Cela introduit de sérieuses distorsions qui réduisent beaucoup la cohérence des modèles de départ.

Le numéro d'automne 1998 de la revue *Santé mentale au Québec* présente un certain nombre d'applications : le service d'accompagnement et de soutien communautaire du centre hospitalier Pierre Janet (Vallée et coll., 1998), le *Community Resources Consultants* de Toronto (Pyke et coll., 1998), le modèle de *Case Management* de l'ouest de l'île de Montréal (Poirier et coll., 1998), le *Program of Assertive Community Treatment PACT* (Test, 1998) et les services de santé mentale de Trieste (Dell'Acqua, 1998). Toutes ces expériences ont comme caractéristique commune d'être en rapport très étroit avec le milieu hospitalier et l'institution psychiatrique. Par conséquent, elles ne disent rien du suivi alternatif communautaire offert par des organismes sans lien administratif structurel avec le réseau.

L'objet d'étude est précisément la pratique du suivi alternatif communautaire (SAC) offert par les intervenants des organismes membres du Regroupement des organismes de suivi alternatif communautaire (ROSAC). Le ROSAC compte plus d'une soixantaine d'intervenants et rejoint plus de mille personnes. Ce regroupement est constitué de neuf organismes communautaires qui desservent l'île de Montréal. La réalité de cette pratique se caractérise par sa diversité : diversité de la clientèle, diversité des besoins et des problèmes, diversité des modèles, d'organismes et d'intervenants.

L'étude se donne comme objectif d'accompagner et de nourrir la réflexion des intervenants membres du ROSAC sur la pratique du suivi alternatif communautaire. Elle vise à répondre aux questions suivantes : 1) Qui bénéficie du suivi alternatif communautaire, 2) En quoi consiste cette pratique? 3) Dans quel contexte organisationnel s'inscrit-elle?

1.2 Approche de recherche

Conjointement avec les demandeurs (le ROSAC), nous avons opté pour une approche de recherche respectueuse de la capacité des organismes de se développer et de s'appropriier le produit de la recherche. La recherche se donne comme objectif d'accompagner et de nourrir

la réflexion des intervenants membres du ROSAC sur la pratique du suivi alternatif communautaire et sur les valeurs qui sous-tendent leurs actions. La recherche-action est donc privilégiée. Sa méthodologie est maintenant bien connue (Goyette et Lessard-Hébert, 1987, Lavoie et coll., 1996, Morin, 1992).

Cette approche repose sur trois fondements : premièrement, elle est empirique (elle s'appuie sur une cueillette d'information) et interprétative (elle donne une place à la réflexion sur la signification des données recueillies) ; deuxièmement, elle considère les personnes qui sont généralement appelées sujets comme des participants au processus de recherche, et troisièmement les résultats de la recherche sont directement reliés à la vie et au travail des participants. Dans ce contexte, le rôle du chercheur en est un de catalyseur et de soutien au processus. Le but du projet est d'amener les personnes participantes à développer leur propre analyse sur une question qu'elles jugent prioritaire. La relation entre les partenaires de recherche est basée sur l'égalité, la résolution ouverte des différends, l'engagement personnel, la reconnaissance des compétences de chacun.

Le processus de recherche comporte trois phases : 1) la mobilisation des partenaires et l'ajustement final du projet, 2) la cueillette et le traitement de l'information et enfin, 3) le retour sur les résultats et l'interprétation de ceux-ci.

1.2.1 Phase 1 : mobilisation des partenaires

La première phase a pour objectif de poser les bases pouvant assurer la solidité du projet et la participation de tous. Cette première étape comprend quatre aspects : poser les bases d'une action coopérative en s'assurant que l'ensemble des partenaires (chercheur et participants) se concentrent sur une cible commune ; s'entendre sur le processus et le rôle des partenaires ainsi que sur la reconnaissance des compétences de chacun ; s'approprier les procédures et les instruments pour recueillir et pour traiter les informations (ce sera l'occasion de les adapter et de les préciser) ; s'entendre sur la participation de chacun. La phase d'implantation se réalise via une série de rencontres auprès des organismes membres du ROSAC. Lors de cette étape, un comité accompagnateur composé d'un représentant par organisme (intervenants et directeurs), du chercheur et de l'agente de recherche est formé. Ce comité a comme tâche de superviser l'ensemble de la démarche de recherche et d'assurer la liaison avec chaque organisme. Les décisions concernant le type d'information à recueillir, la source d'information retenue, le mode de cueillette des données, la procédure et l'instrument utilisé pour la cueillette de données lui sont soumises et commentées.

1.2.2 Phase 2 : cueillette de données

La seconde phase, la cueillette d'information, comporte trois volets. Chaque volet poursuit des objectifs précis. Le premier veut tracer un portrait quantitatif des personnes suivies et du type de suivi qu'elles ont reçu. Le deuxième recueille de l'information qualitative provenant du discours des intervenants concernant l'intervention auprès d'une personne suivie ainsi que sur la pratique du suivi alternatif communautaire en général. Enfin, le troisième volet aborde l'aspect organisationnel vu sous deux angles : 1) une description du

fonctionnement des organismes et 2) le portrait des intervenants. Dans les paragraphes suivants sera présentée la méthodologie pour chacun des volets.

1.2.2.1. Méthodologie

Le projet comporte trois volets de cueillette de données, sur la clientèle, sur la pratique et sur les organismes. Les éléments de méthodologie présentés dans cette section portent sur la cueillette des données et l'analyse des données de chacun des trois volets de l'étude.

Volet 1 : portrait des personnes et du suivi reçu

Le premier volet a pour but de dresser un portrait des personnes qui reçoivent un service de suivi alternatif communautaire d'organismes membres du ROSAC et il décrit la nature de ce suivi. Les données sont recueillies de façon systématique et uniforme. De l'information a été obtenue pour chacune des personnes qui recevaient un service de suivi en date du 1^{er} novembre 2002.

Échantillonnage

Les intervenants de huit organismes membres du ROSAC ont rempli 986 fiches, une par personne suivie.

Technique de cueillette de données

Le portrait des personnes suivies est tracé par l'intermédiaire d'une fiche portant sur les caractéristiques des personnes. Cette fiche comporte 51 questions à choix multiples portant sur : 1) les caractéristiques sociodémographiques (ex. : âge, genre, scolarité), 2) les problématiques vécues (ex. : problème de santé mentale, problème de santé physique, événements de vie), 3) les services reçus autres que le SAC et 4) les caractéristiques du suivi reçu (ex. : modalité, fréquence, lieu de rencontre, etc.). L'outil de cueillette fut élaboré par le comité d'accompagnement du projet afin de recueillir des données qui tiennent compte à la fois des caractéristiques spécifiques et de la capacité des intervenants de nous les fournir. Une étude pilote fut réalisée dans le but de valider les questions et les choix de réponses.

Analyse des données

Les données furent compilées et analysées à l'aide du logiciel SPSS, de façon à produire des fréquences, des pourcentages et des moyennes présentant une image globale de la clientèle et du suivi offert par les organismes. Des analyses plus fines portant sur des associations entre les informations (tableaux croisés, chi carré, coefficients) furent effectuées en fonction de questions suscitées par l'examen des résultats préliminaires.

Volet 2 : portrait de la pratique

Le second volet a pour but de documenter la pratique du SAC offerte par les organismes du ROSAC. Cette pratique est explorée par l'entremise du discours des intervenants. Ce volet vise à rendre compte de la diversité des actes posés par les intervenants et de leur manière de concevoir leur pratique.

Échantillonnage

Le type d'échantillonnage retenu est celui de l'échantillonnage intentionnel. Ce type d'échantillonnage permet de documenter la nature du champ de pratique qu'est le suivi alternatif communautaire dans sa diversité et sa spécificité. Il s'agit d'un échantillonnage visant à rendre compte de l'éventail le plus large des situations reliées à la pratique. Vingt intervenants furent rencontrés. Un à trois intervenants par organisme furent retenus en tenant compte de la taille de l'organisme. Ceux-ci devaient posséder une maîtrise minimale de la pratique du SAC, c'est-à-dire avoir au minimum un an d'expérience. La pratique du SAC s'articule à travers eux et ils en sont les artisans. Ils sont également ceux qui sont le mieux placés pour rendre compte de cette pratique.

Technique de cueillette de données

Le procédé choisi pour la cueillette de données est l'entrevue individuelle en face à face, conduite à l'aide d'une grille semi-structurée (Danunais, 1992, Pourpart, 1997). L'étude a pour but d'explorer en profondeur la pratique du SAC quant à ses spécificités, et ce, à travers l'expérience des acteurs et concepteurs de celle-ci (les intervenants). Cette technique de cueillette respecte le but de l'étude qui est de permettre aux participants de réfléchir et de s'exprimer sur leur pratique.

La grille d'entrevue couvre deux champs d'informations. Le premier concerne le suivi avec une personne donnée (historique, motifs, objectifs, relation, effets des interventions). Le choix de cette personne repose sur deux critères : la problématique présentée et la durée du suivi (un an minimum). Le deuxième champ porte sur la manière dont les intervenants en SAC conçoivent leur pratique (valeurs, philosophie, principes, modèles théoriques, spécificités).

Déroulement

Le recrutement des intervenants participant au volet 2 est fait par les membres du comité accompagnateur. Ces derniers informent leurs collègues du but et du déroulement de l'entrevue et les invitent à contacter l'agente de recherche s'ils désirent participer aux entrevues.

Lors de ce contact téléphonique, l'agente de recherche précise le but et les thèmes de l'entretien, demande l'autorisation d'enregistrer l'entrevue, rassure le participant sur le respect de la confidentialité, répond aux questions et prend un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien.

Les interviewés ont en leur possession la grille d'entrevue une semaine à l'avance afin de se familiariser avec son contenu et de commencer leur réflexion. Lors de l'entrevue, l'intervieweuse expose à nouveau au participant le but et les thèmes de l'entrevue. Ensuite, elle lit à voix haute le formulaire de consentement et vérifie auprès de l'interviewé s'il a des questions. Les entrevues, d'une durée moyenne de 90 minutes, sont enregistrées. Le lieu de l'entrevue est au choix de l'intervenant : à l'UQAM ou dans l'organisme pour lequel il travaille. Les entrevues se déroulent dans un contexte de reconnaissance des compétences et dans un climat de partage. Les interviewés sont considérés comme des collaborateurs,

l'intervieweuse ayant pour rôle d'aider les intervenants à réfléchir, à s'exprimer, à expliciter, à préciser et non à collecter un nombre déterminé d'informations préétablies. La grille est utilisée comme soutien pour aborder les thèmes tout en suivant le rythme des interviewés.

Analyse des données

L'analyse du matériel recueilli lors des entrevues s'inspire de la méthode de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967, Strauss et Corbin, 1990, Laperrière, 1997). L'étude a pour but d'explorer la pratique du SAC construite par des acteurs sociaux, les intervenants, afin d'en développer une compréhension menant à l'élaboration d'un modèle. Cette méthode qualitative d'exploration des données permet d'acquérir une compréhension globale d'un processus.

Le verbatim des 20 entrevues a été transcrit. L'utilisation d'un code numérique permet le respect de la confidentialité. Les noms mentionnés lors des entrevues ont été modifiés. Le matériel recueilli a été analysé selon deux perspectives : les actes posés par les intervenants dans l'exercice de leur pratique ainsi que les spécificités du SAC identifiées par les intervenants. L'analyse a été soumise à un processus de comparaison itérative entre les élaborations théoriques et les données empiriques. Le logiciel d'analyse qualitative NVivo (Q.S.R NVivo, version 1) a été utilisé.

A) Analyse portant sur les actes posés

L'ensemble du matériel recueilli fut exploré afin de procéder à une sélection des actes posés, se référant aux propos des intervenants, dans le cadre de leur pratique. À cette étape, trois dimensions principales se sont dégagées : la cible de l'acte, la nature de l'acte et finalement la dimension temporelle de l'acte. La cible de l'acte est de trois types : auprès du client, de l'entourage du client ou du milieu professionnel. La nature de l'acte est soit d'ordre mental (acte de la pensée) ou physique (action concrète). Finalement, la dimension temporelle de l'acte correspond au passé, au présent et au futur. Par la suite, les unités extraites ont fait l'objet d'un codage. De cette opération, un certain nombre de concepts de premier ordre a émergé. Un regroupement final de ceux-ci a permis l'élaboration de catégories conceptuelles correspondant aux actes posés par les intervenants de SAC dans l'exercice de leur pratique (voir figure 1 au chapitre 3).

B) Analyse portant sur les spécificités du SAC

Dans un deuxième temps, le matériel recueilli fut examiné sous l'angle des aspects spécifiques de la pratique du SAC. Le matériel retenu a été l'objet d'un codage. L'organisation des concepts dégagés a conduit à la construction de la figure 2 (chapitre 3).

Volet 3 : portrait organisationnel

Ce dernier volet a pour but de dessiner un portrait du contexte organisationnel. Le matériel à cet effet est en lien avec deux types d'informations : 1) celle sur les caractéristiques des intervenants et 2) celle se rapportant aux caractéristiques des organismes membres du ROSAC.

Échantillonnage

Le portrait des intervenants ainsi que celui des organismes provient de fiches remplies par les directeurs; 57 fiches portant sur les caractéristiques des intervenants furent retournées et huit descriptions d'organisme furent produites.

Technique de cueillette de données

Le portrait du contexte organisationnel est tracé à l'aide de deux fiches. La première porte sur les caractéristiques sociodémographiques des intervenants. Cette fiche est composée de questions à choix multiples. La deuxième fiche concerne les organisations. Elle comporte des questions ouvertes et à choix multiples. Elle se divise en thèmes : a) l'accueil et l'évaluation, b) l'intervention, c) la fermeture de dossier, d) la supervision, la coordination et la formation, e) les ressources humaines, f) le conseil d'administration, g) les ressources financières et h) le rapport à l'environnement.

Analyse des données

Les données des fiches caractéristiques des intervenants furent saisies sur le logiciel SPSS et des analyses descriptives furent effectués (fréquence, pourcentage). Pour la fiche des caractéristiques organisationnelles comportant des données qualitatives, une synthèse des réponses des huit organismes fut réalisée pour chacune des questions. Par la suite, la synthèse fut envoyée au directeur pour validation.

1.2.3 Phase 3 : journée de réflexion collective

La troisième phase a pour but de créer un espace de parole, de donner l'occasion aux intervenants de se regarder à travers les informations recueillies, d'y réagir, de se confronter, de s'enrichir mutuellement, d'isoler les éléments leur permettant de mettre en forme une image de leur pratique et de se doter d'un cadre commun de référence. Cette phase se déroule selon deux modalités. Premièrement, des rencontres auprès de chaque organisme afin de présenter les données spécifiques de leur organisme et deuxièmement une journée de réflexion collective. La préparation de cette journée a été prise en charge par des membres des organismes qui se sont occupés à la fois des aspects techniques de l'organisation de la journée, de l'animation des ateliers et de la prise de notes.

Cette journée s'est déroulée le 28 novembre 2003 à l'UQAM. Le premier atelier a permis au personnel du ROSAC de réagir aux données statistiques du volet 1 de l'étude. Cet atelier a été précédé d'une plénière où les résultats de l'analyse croisée des caractéristiques du suivi avec l'ensemble des données du volet 1 ont été présentés. Les échanges ont porté sur les résultats eux-mêmes, sur ce que les résultats permettent d'apprendre sur la pratique et sur ce que la connaissance de ceux-ci amène à changer. Les deux autres ateliers ont porté sur des extraits d'entrevues recueillis dans le cadre du volet 2 de l'étude. Le deuxième atelier portait sur les enjeux et les paradoxes de la pratique du SAC. Le troisième atelier visait à permettre aux intervenants de dégager : 1) les valeurs qui sous-tendent la pratique, 2) la façon d'appliquer ces valeurs et 3) les conditions d'exercice de la pratique. La journée s'est terminée par une plénière où les idées principales des discussions d'ateliers furent présentées.

Chapitre 2

Résultats du volet 1 : portrait de la clientèle

Ce chapitre présente les résultats du premier volet de l'étude, le portrait de la clientèle. Les informations recueillies à cet effet sont : 1) les caractéristiques sociodémographiques des personnes suivies, 2) les problématiques vécues, 3) les services reçus hors SAC et le suivi reçu. Les tableaux et les figures apparaissant dans cette section portent sur les pourcentages obtenus pour chaque variable.

2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Huit des organismes membres du ROSAC ont participé à la collecte et des données portant sur 986 personnes suivies ont été recueillies. Celles-ci se répartissent comme suit :

Tableau 1 Répartition du nombre de personnes suivies par organisme

Nom de l'organisme	Nombre de personnes suivies
Diogène	171
<i>Services communautaires Cyprès</i>	158
Projet Arc	147
Maison Les Étapes	110
Suivi communautaire Le Fil	108
Association Bénévole Amitié	107
Projet Suivi Communautaire	100
Relax Action	85
Total	986

Il faut souligner que dans le cas des *Services communautaires Cyprès*, la fréquence apparaissant au tableau 1 inclut les personnes sur la liste d'attente, au nombre de 109, qui ont la possibilité de recevoir un service (suivi téléphonique et jusqu'à six rencontres pour démarches concernant les besoins primaires). Ce qui nuance le résultat obtenu ici par rapport à la charge de travail de chaque intervenant (chapitre 4).

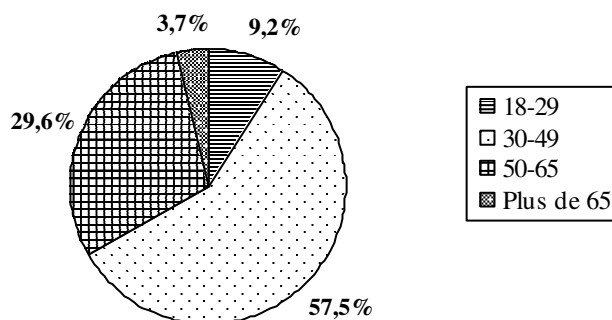
Voyons maintenant les caractéristiques sociodémographiques des personnes suivies dans l'ensemble du ROSAC. Les variables considérées sont : le genre, l'âge, le lieu de naissance, la langue d'usage, l'état civil, la source de revenu, le niveau de scolarité. En dernier lieu, nous donnerons des indications concernant le type de résidence occupée par la personne suivie et son réseau social.

Si on considère la variable genre, la distribution des personnes suivies est la suivante : 58,2 % sont des femmes, 41,8 %, des hommes. Lors des analyses subséquentes, nous

verrons l'impact du genre sur d'autres variables telles que le lieu de résidence et les symptômes observés.

La figure 1 nous montre la distribution des personnes suivies selon l'âge. Comme on peut le remarquer, les personnes suivies sont majoritairement âgées de 30 ans à 49 ans (57,5 %). Il est à noter que certains organismes n'offrent pas de services aux 65 ans et plus étant donné la possibilité d'apparition de problèmes liés au vieillissement.

Figure 1 Distribution des personnes suivies selon l'âge

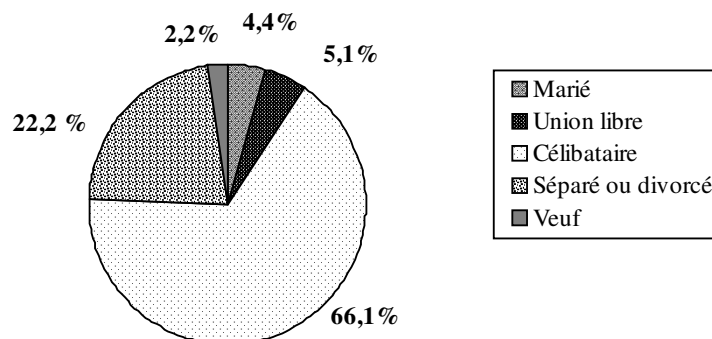


Notre étude révèle que la très grande majorité des personnes suivies sont nées au Canada, 89,4 %. Les autres personnes proviennent de plusieurs régions du monde : Europe de l'Ouest, Antilles, Amérique latine, Asie orientale, Europe de l'Est, Moyen-Orient, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne et Inde (elles sont présentées en ordre décroissant). Cette donnée vient appuyer la perception des intervenants : le recours à des organismes communautaires en santé mentale n'est pas d'usage chez les personnes ayant immigré. Cependant, notre étude ne nous permet pas d'expliquer ce constat.

La langue d'usage des personnes suivies a aussi été considérée. On observe que 78,4 % des personnes ont le français comme langue d'usage, 25 % ont l'anglais et que 0,2 % n'ont ni le français ni l'anglais comme langue d'usage. Les personnes suivies nées hors Canada ont plus souvent l'anglais comme langue d'usage. Ces résultats ne nous surprennent guère compte tenu du lieu de naissance des personnes et des territoires desservis par les organismes.

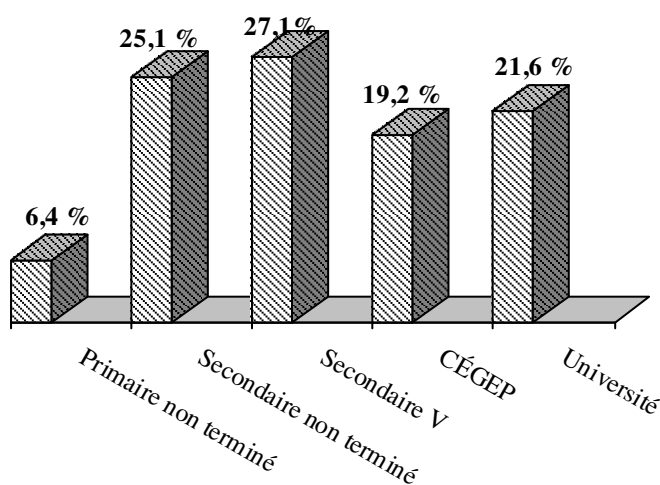
La figure 2 présente la distribution des personnes suivies selon l'état civil. On remarque qu'une faible proportion (9,5 %) des personnes suivies sont en couple (en union libre ou marié). Ce qui n'implique pas que les autres personnes vivent seules ; la personne suivie peut habiter avec un parent, un enfant, un membre de sa famille, un colocataire. Le pourcentage de personnes suivies vivant avec une autre personne est de 30 %. Ce qu'il faut préciser ici est qu'indépendamment de l'état civil, près de 70 % des personnes suivies vivent seules.

Figure 2 Distribution des personnes suivies selon l'état civil



La figure 3 présente la distribution des personnes suivies selon le niveau de scolarité (le plus haut niveau complété): 30,5 % n'ont pas de diplôme d'études secondaires, 27,1 % ont au moins un diplôme d'études secondaires et 40,8 % un diplôme d'études post-secondaires. Malgré un niveau de scolarité élevé, on observe que 48,9 % n'ont aucune occupation structurée et régulière.

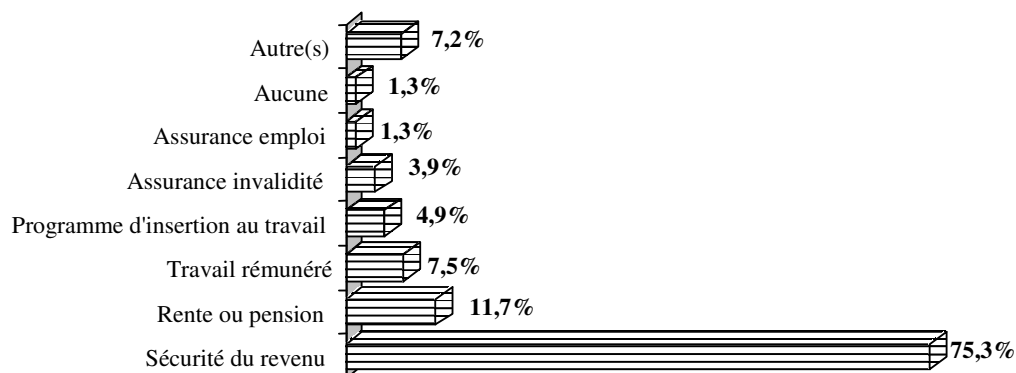
Figure 3 Distribution des personnes suivies selon le niveau de scolarité



La distribution des personnes suivies selon la source de revenu apparaît à la figure 4. Soulignons qu'une même personne peut avoir accès à plus d'une source de revenu. En fait, 13 % des personnes suivies ont deux sources de revenu et 1 %, trois sources. Les trois quarts des personnes suivies ont comme source de revenu la sécurité du revenu. De ce nombre, 84 % bénéficient du supplément pour incapacité prolongée au travail (montant maximum pouvant être alloué par le programme sécurité du revenu). Parmi les personnes bénéficiant de ce programme, on retrouve plus d'hommes, de personne ayant une faible scolarité et n'ayant pas de conjoint. Les personnes ayant comme revenu une rente ou une

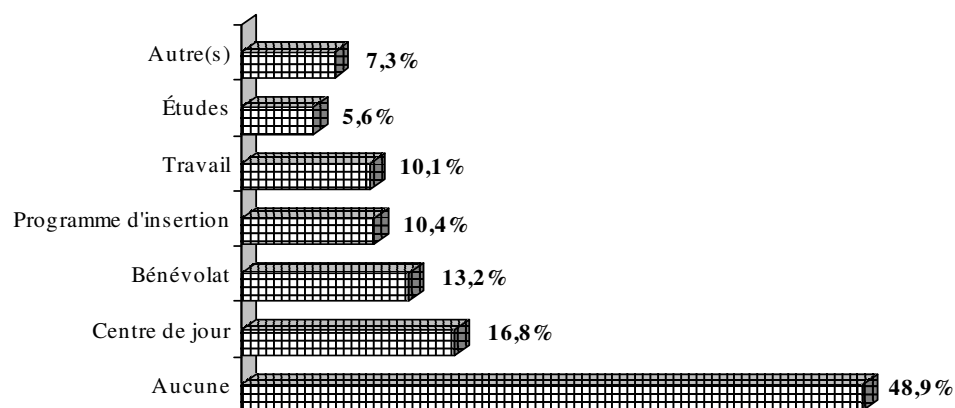
pension sont majoritairement des femmes et sont âgées de 50 ans et plus. Celles dont la source de revenu est le travail rémunéré sont plus jeunes et ont une scolarité plus élevée. Enfin, les personnes de moins de 50 ans ont également plus de chances que leur revenu provient d'un programme d'insertion au travail, puisque ces programmes sont généralement offerts à ce groupe d'âge.

Figure 4 Distribution des personnes suivies selon les sources de revenu



La figure 5 présente la distribution des personnes suivies selon l'occupation. Ici encore, une même personne peut avoir plus d'une occupation ; 13 % d'entre elles ont plus de deux occupations. À remarquer, près de 50 % de la clientèle n'a pas d'occupation structurée et régulière. Ces personnes ont tendance à être plus âgées et à avoir une scolarité plus faible. À l'opposé, les personnes qui ont une scolarité élevée sont proportionnellement plus nombreuses à poursuivre des études ou à travailler. Les moins de 50 ans sont plus nombreux à suivre un programme d'insertion (social ou au travail) ou à travailler. Les personnes suivies engagées dans du bénévolat sont davantage des femmes et ont une scolarité plus élevée.

Figure 5 Distribution des personnes suivies selon l'occupation



Nous allons maintenant présenter quelques données relativement au type d'hébergement et au réseau social ce qui complétera les données sociodémographiques des personnes suivies.

Le tableau 2 présente le profil des personnes suivies selon leur type de résidence. Il faut cependant souligner le fait que les données recueillies concernent uniquement le suivi à long terme.

Tableau 2 Pourcentage de personnes suivies selon le type de résidence

Type de résidence	Pourcentage
Logement non subventionné	52,7
Logement subventionné	19,6
Propriété	7,4
Chambre	5,4
Résidence d'accueil	3,6
Appartement supervisé	3,5
Foyer de groupe	2,4
Centre d'hébergement	1,2
Sans domicile fixe	,7
Autre	3,5
Total	100,0

Près de 65 % des personnes suivies ne reçoit aucune aide à l'hébergement. Ce sont des personnes qui demeurent en logement non subventionné, qui sont propriétaires (un faible pourcentage) ou qui vivent en chambre. Les personnes suivies qui demeurent dans un logement non subventionné sont généralement des femmes et ont une scolarité élevée. Les personnes propriétaires vivent plus souvent en couple. Celles âgées de moins de 30 ans et de sexe masculin résident principalement en chambre.

Environ 35 % des personnes suivies reçoivent un soutien à l'hébergement. Celles-ci vivent principalement en logement subventionné, en résidence d'accueil, en appartement supervisé, en foyer de groupe ou en centre d'hébergement. Celles vivant en résidence d'accueil, en appartement supervisé et en foyer de groupe ont plus tendance à avoir une faible scolarité et à être sans conjoint. De plus, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à vivre en appartement supervisé et en foyer de groupe. Dans ce dernier type de résidence, on retrouve également une plus forte proportion de personnes ayant moins de 30 ans. Celles résidant dans un centre d'hébergement ont plus tendance à être sans conjoint. Finalement, les personnes vivant dans ces types d'hébergement ont plus tendance à être sans conjoint et à avoir une faible scolarité. Les personnes âgées de 50 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à vivre en logement subventionné. Comment expliquer que parmi les 19,6 % des personnes suivies qui vivent en logement subventionné on retrouve une plus grande majorité de personnes ayant 50 ans et plus? Cela pourrait s'expliquer, entre autres, par les critères d'admission (ex : âge, monoparentalité, niveau de

pauvreté, etc.) pour avoir accès à ce type de résidence ainsi que par le délai d'attente qui ne fait qu'augmenter compte tenu du peu d'offres par rapport aux demandes.

Enfin, moins de 1 % des personnes suivies étaient sans domicile fixe au moment de la cueillette des données. Ce sont généralement des hommes et ils ont plus de 50 ans.

Nous constatons qu'environ 20 % des personnes suivies vivent donc dans de piètres conditions (sans domicile, centre d'hébergement, chambre) ou dans des types de résidence où leur autonomie est limitée (résidence d'accueil, foyer de groupe, appartement supervisé). Ce sont généralement des personnes ayant une faible scolarité, sans conjoint et de sexe masculin. De plus, en considérant le manque constant de logements à prix modique, nous pouvons supposer que les personnes vivant en logement non subventionné peuvent également vivre dans des conditions de pauvreté surtout si l'on considère le coût des loyers sur l'Île de Montréal ainsi que la source principale de revenu des personnes suivies soit la sécurité du revenu.

Nous avons aussi voulu connaître la composition du réseau de soutien des personnes suivies. Le tableau 3 présente le nombre moyen de personnes aidantes selon le type de lien. Les données obtenues concernent uniquement le suivi à long terme. Il est à noter que l'intervenant de suivi est inclus dans la catégorie lien avec un professionnel. En ce qui concerne le lien d'amitié et de proximité, une distinction s'impose. On inclut dans lien de proximité des acteurs-clés de soutien dans la communauté tel la voisine, le facteur, le gars du dépanneur, donc toute personne qui peut jouer un rôle important auprès de la personne suivie mais qui ne serait pas considérée comme ami par la personne suivie.

En moyenne, le réseau de soutien des personnes suivies est composé de 6,92 personnes aidantes (écart-type = 4,03). Toutefois, on constate une très grande variance dans le nombre de personnes qui constituent le réseau d'une personne suivie à une autre. De plus, lorsqu'on s'attarde à la composition du réseau en fonction du lien, on observe que le type de lien est important à considérer : il y a davantage de liens professionnels que de liens de parenté, d'amitié ou de proximité. Ce qui corrobore les observations des intervenants concernant l'isolement et les difficultés relationnelles vécues par les personnes suivies. Soulignons que les personnes ayant une scolarité élevée ont un réseau plus étendu de personnes aidantes dont le lien en est un d'amitié.

Tableau 3 Le nombre moyen de personnes dans le réseau social selon le lien d'affiliation

Lien de parenté	Lien d'amitié	Lien de proximité	Lien avec un professionnel
1,75 (ET=1,66)	1,54 (ET=1,59)	1,24 (ET=1,90)	2,54 (ET=1,19)

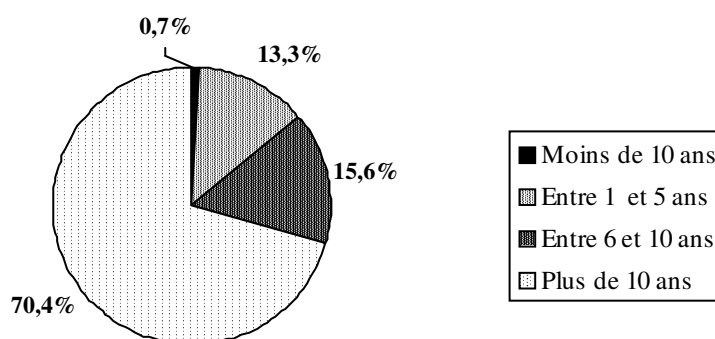
Avant de passer à la section suivante, il serait pertinent de faire un portrait des personnes suivies. Nos données nous permettent de conclure que ces personnes sont majoritairement des femmes (58,2 %) et âgées de 30 à 49 ans (57,5 %), que 70 % d'entre elles vivent seules, que près de la moitié d'entre elles n'ont aucune occupation structurée et régulière, que plus de 70 % d'entre elles bénéficient de la sécurité du revenu, que 65 % ne reçoit aucune aide à l'hébergement et finalement que leur réseau d'entraide, pour plusieurs d'entre elles, se résume à des liens avec des professionnels. Ce portrait nous laisse entrevoir que ces personnes vivent dans des conditions précaires et d'isolement importantes, ce qui a des implications sur la qualité de leur hébergement, sur les liens qu'elles peuvent avoir dans la communauté ainsi que sur la qualité de leur vie en général. La plupart vivent dans une situation de pauvreté importante, situation qui nous le savons entraîne une détresse psychologique. De plus, on constate qu'un bon nombre des personnes suivies ont peu de contact avec leur environnement et peu de soutien. Nul doute quant à la nécessité de leur offrir un suivi afin d'améliorer leur qualité de vie tant au niveau affectif, social que matériel et occupationnel.

2.2 Problématiques vécues

Passons maintenant aux problématiques vécues par les personnes suivies. L'analyse porte sur la durée du problème de santé mentale, la médication, les problèmes de santé physique, les hospitalisations, le diagnostic, les symptômes, les difficultés et enfin les événements vécus.

Comme nous le voyons à la figure 6, dans près des trois quarts des cas, les personnes suivies vivent avec un problème de santé mentale depuis plus de dix ans. Les données obtenues concernent uniquement le suivi à long terme. Comme nous pouvons nous y attendre, la durée du problème de santé mentale s'est avérée être en lien direct avec l'âge de la personne.

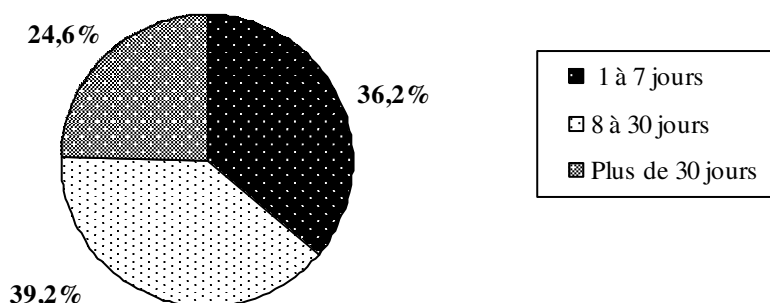
Figure 6 Distribution de la clientèle selon la durée du problème de santé mentale



Près de la totalité, des personnes suivies ont une médication prescrite pour leur problème de santé mentale (91,8 %). Les femmes sont plus nombreuses à se trouver dans cette situation. De plus, une médication est prescrite pour un problème de santé physique dans 46,3 % des cas. Cette prise de médicaments s'explique, en bonne partie, par le fait que la moitié des personnes suivies présente un ou des problèmes de santé physique.

Le pourcentage de personnes hospitalisées pour un problème de santé mentale, au cours de la dernière année, est de 20 %. Il y a donc 80 % des personnes suivies qui n'ont pas été hospitalisées durant la dernière année. Pour la même période, le nombre moyen d'hospitalisations des personnes ayant été hospitalisées (soit 20 % de notre population) est de 1,72. La figure 7 montre la répartition des hospitalisations selon la durée ; ici encore, les données obtenues concernent uniquement le suivi à long terme. On remarque que plus de 75 % des personnes sont hospitalisées pour une période variant de 1 à 30 jours.

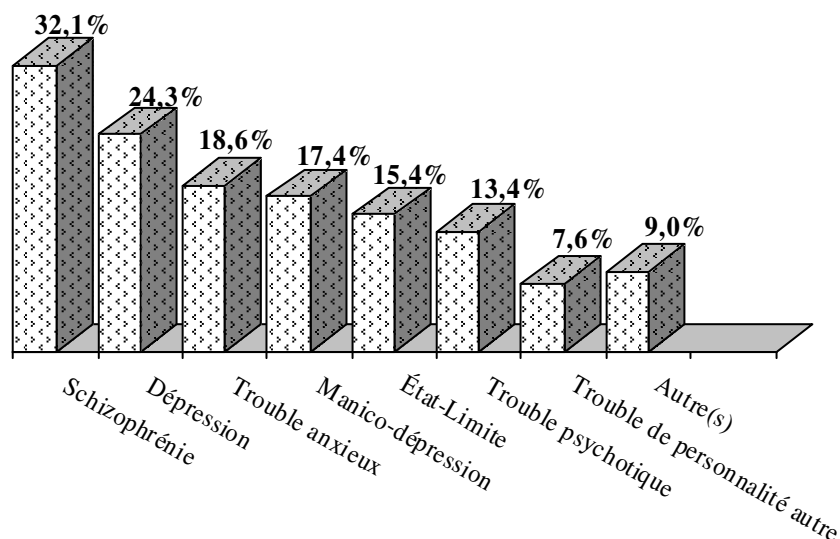
Figure 7 Distribution de la clientèle selon la durée d'hospitalisation



La figure 8 présente la distribution de la clientèle selon le diagnostic médical. Il est possible qu'une personne se retrouve dans plus d'une catégorie. Nous avons demandé aux intervenants : «Actuellement, le milieu médical définit la personne suivie comme ...?». Pour 6,7 % de la clientèle, les intervenants ont répondu «aucun diagnostic ou diagnostic inconnu». Soulignons que 35,2 % de la clientèle a reçu plus d'un diagnostic. Voyons quelles caractéristiques sont associées à ces diagnostics.

Le diagnostic de schizophrénie est associé à un groupe d'âge (plus jeune), au genre (masculin) et à la scolarité (faible). Les personnes qui ont un diagnostic de dépression sont généralement des femmes et ont aussi tendance à être plus jeunes. Les femmes se retrouvent également plus souvent avec un diagnostic de maniaco-dépression tout comme les personnes plus scolarisées. Enfin, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à recevoir un diagnostic de trouble de personnalité état-limite.

Figure 8 Distribution de la clientèle selon le diagnostic médical



Le tableau 4 présente le pourcentage de personnes suivies présentant un symptôme donné. Cette catégorisation des symptômes se retrouve généralement dans les manuels de références en santé mentale. Toutefois, elle a été validée et complétée par l'expertise des intervenants. Une personne suivie peut avoir plus d'un symptôme. Selon les intervenants, la clientèle présente en moyenne 3,81 symptômes (écart-type = 2,57). Cependant pour 7,2 % de la clientèle, aucun symptôme n'est mentionné.

Tableau 4 Pourcentage de personnes suivies présentant un symptôme donné

Symptômes	Pourcentage
Difficulté relationnelle	60,5
Anxiété	49,5
Humeur instable, irritabilité, comportements impulsifs	45,5
Grande tristesse, perte de plaisir, idées noires	44,0
Confusion de la pensée	31,9
Pensées suicidaires	22,7
Idées délirantes	21,9
Crise de panique	20,2
Pensées agressives envers les autres	17,8
Comportements antisociaux	17,5
Peur irrationnelle d'être avec les gens	16,6
Hallucination	15,0
Hyperactivité, activité débordante	6,8
Automutilation	4,0
Pensées homicidaires	3,2
Autre(s)	4,2

À cela s'ajoute les difficultés vécues par les personnes suivies. Les résultats apparaissant au tableau 5 montrent que la difficulté la plus souvent nommée est l'isolement (60,2 %), qui se démarque largement des autres. Un deuxième niveau d'analyse montre que les personnes suivies de sexe masculin sont plus nombreuses à présenter des problèmes d'alcool. Par ailleurs, les personnes présentant un problème de toxicomanie tout comme celles qui ont des problèmes judiciaires sont généralement âgées de moins de 50 ans et ont tendance à avoir une faible scolarité. Les personnes vivant un problème d'itinérance sont plus souvent de sexe masculin, âgées de plus de 50 ans, sans conjoint. Par ailleurs, les femmes sont plus nombreuses à manifester des troubles alimentaires.

Tableau 5 Pourcentage de personnes suivies présentant une difficulté donnée

Difficultés	Pourcentage
Isolement	60,2
Alcoolisme	21,0
Problème judiciaire	16,8
Toxicomanie	16,5
Trouble alimentaire	11,0
Itinérance	9,4
Jeu compulsif	4,5
VIH/hépatite	3,8
Prostitution	3,5
Autre(s)	4,4

Les évènements de vie, que nous définissons comme un évènement ponctuel qui peut avoir un impact perturbateur sur la personne suivie, sont un autre aspect des problèmes éprouvés par les personnes. Le tableau 6 nous montre qu'en effet, 63 % d'entre elles ont vécu au moins un évènement de vie au cours de la dernière année. Ces dernières ont vécu en moyenne deux évènements de vie (écart-type = 1,26). La perte de logement est vécue plus souvent par des personnes célibataires, séparées, divorcées ou veuves. Celles qui ont perdu un emploi se retrouvent parmi les moins de 50 ans. Les personnes suivies ayant fait l'objet d'au moins une arrestation sont majoritairement des hommes. Par ailleurs, les femmes sont plus souvent victimes de violence.

Tableau 6 Pourcentage de personnes suivies ayant vécu un évènement de vie donné au cours de la dernière année

Évènements de vie	Pourcentage
Perte d'une personne significative	31,5
Perte de logement	19,9
Perte d'emploi	14,1
Perte d'allocation	12,5
Victime de violence	12,9
Victime de discrimination	10,4
Arrestation	9,8
Accident	7,0
Contravention	4,4
Incarcération	4,4
Victime d'agression sexuelle	3,4

Plus de la majorité de personnes suivies vivent avec un problème de santé mentale depuis plus de dix ans. Nous sommes donc en mesure de constater que l'on est en présence de problème chronique. La schizophrénie et la dépression sont les deux diagnostics les plus fréquents parmi la clientèle du SAC. Près de la totalité, des personnes suivies ont une médication prescrite pour un problème de santé mentale et la moitié pour un problème de santé physique. Au cours de la dernière année, 20 % des personnes ont été hospitalisé pour leur problème de santé mentale, et ce, en moyenne une à deux fois et en majorité pour une période de moins d'un mois. Pour plusieurs des personnes suivies problèmes de santé physique, l'isolement, des problèmes de dépendance (ex : alcoolisme, toxicomanie, jeu compulsif) ou des pertes telles celles d'une personne significative ou d'un emploi s'ajoutent à leur problème de santé mentale.

Nous avons observé que les personnes sans conjoint, ayant une faible scolarité ou de sexe masculin sont davantage à risque. Elles vivent dans des conditions de piètre qualité (reconnaissance médicale pour incapacité prolongée, aucune occupation, logement supervisé) et avec des problématiques multiples et lourdes (schizophrénie, toxicomanie, alcoolisme, problèmes de justice, perte de logement, arrestation). Finalement, nous constatons en regard de l'ensemble des données que les personnes suivies ont des besoins qui vont au-delà de leur problème de santé mentale (ex : pauvreté, conditions de logement précaire, isolement).

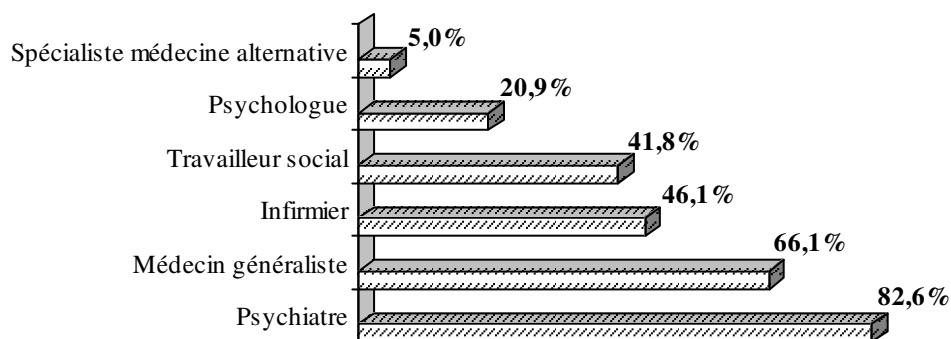
2.3 Services reçus (à l'exclusion du SAC)

Soulignons dès maintenant que les résultats présentés dans cette section concernent uniquement les personnes qui participent à un suivi à long terme. Les personnes suivies ont

consulté au cours de la dernière année différents types de professionnels. Une même personne peut donc avoir consulté plus d'un type de professionnel. La figure 9 nous montre que le professionnel le plus consulté est le psychiatre. Effectivement, 82,6 % des personnes suivies ont reçu les services d'un psychiatre au cours de la dernière année. Ce qui n'est pas étonnant considérant le fonctionnement du système de santé : seul un médecin peut établir un diagnostic et prescrire une médication. De plus, ce diagnostic est nécessaire pour avoir accès à diverses ressources. Tandis que seulement 20,9 % ont consulté un psychologue au cours de la dernière année. Cela peut s'expliquer par le fait que les services d'un psychologue ne sont pas gratuits et que les personnes suivies dans 75,3 % bénéficient de la sécurité du revenu.

Les femmes âgées de 50 ans et plus sont plus nombreuses à recevoir les services d'un psychologue et d'un médecin généraliste. Enfin, celles bénéficiant des services d'un professionnel en médecine alternative se retrouvent parmi les plus scolarisées. Il est possible d'envisager que plus une personne est scolarisée plus elle est en mesure de faire un choix parmi un plus grand type de services qui inclus les services non traditionnels, à l'extérieur de services publiques.

Figure 9 Distribution de la clientèle par type de professionnels fréquentés au cours de la dernière année



Nous avons jugé important de vérifier si les personnes suivies fréquentaient d'autres types de services et d'activités offerts par des organismes communautaires de tout ordre. Les données qui suivent concernent uniquement le suivi à long terme et se rapportent au dernier mois avant l'enquête. De plus, il est possible qu'une personne se retrouve dans plus d'une catégorie.

En plus de bénéficier du SAC, les personnes suivies fréquentent différents types de services et activités : éducation/formation (29,7 %), services de dépannage (28,6 %), activités de sport/loisir (24,2 %), ateliers artistiques (15,9 %), activités spirituelles (13,8 %), services s'adressant à des personnes ayant des problèmes de dépendance (10,8 %). Un pourcentage plus élevé de personnes de moins de 50 ans participe à des activités d'éducation/formation. Les personnes qui fréquentent des activités spirituelles sont pour leur part de sexe féminin.

De plus, 35,6 % des personnes suivies font également appel à d'autres organismes communautaires spécialisés en santé mentale. Finalement, 27 % ont reçu des services d'un CLSC, 24,7 % ont participé un groupe d'entraide/discussion et 14,4 % ont bénéficié des services d'une ligne d'écoute. Les personnes suivies de plus de 50 ans sont plus nombreuses à avoir reçu les services d'un CLSC. Parmi les gens qui ont bénéficié des services d'une ligne d'écoute, on retrouve majoritairement des femmes.

Nous constatons par ces derniers résultats que les personnes suivies vont aussi chercher de l'aide dans d'autres organismes que ceux du ROSAC et ce, autant dans le réseau institutionnel que dans le milieu communautaire.

2.4 Caractéristiques du SAC reçu

Distinguons tout d'abord les types de suivi offerts par les organismes. Tous offrent un suivi à long terme. Dans le cadre de ce type de suivi, ils effectuent tous des rencontres en face à face. De plus, le contact téléphonique est possible entre les rencontres pour des besoins ponctuels. Au suivi à long terme s'ajoute le suivi à court terme.

Les modalités et finalités du suivi à court terme varient d'un organisme à un autre. On définit le suivi à court terme comme un service d'accompagnement dans diverses démarches (à la cour, à l'Aide sociale, à la recherche d'hébergement, etc.) dans le but de stabiliser la personne en ce qui concerne ses besoins primaires. Ces suivis peuvent avoir une durée d'une semaine jusqu'à quelques mois en fonction du nombre de démarches concrètes à réaliser.

Nous examinerons donc, dans cette section, les caractéristiques du suivi alternatif communautaire offert. Porter une attention particulière au fait que certains résultats ne s'appliquent qu'au suivi long terme. Nous le soulignons lorsqu'une telle situation se produit.

En date du 1^{er} novembre 2002, les personnes recevaient en moyenne un suivi depuis environ trois ans. Comme le montre le tableau 7, près de 30 % des personnes était suivi depuis moins d'un an. Cette situation peut s'expliquer en raison du roulement normal des personnes suivies. Par ailleurs, on remarque que près de 20 % des personnes était suivi depuis 60 mois et plus (5 ans et plus).

Si on observe ces résultats à la lumière des données sociodémographiques, on constate que la durée du suivi est plus longue pour les personnes de sexe masculin et celles n'ayant pas terminé leur secondaire V. Comment peut-on expliquer que la variable genre ait un impact sur la durée de suivi? Notre étude ne peut de toute évidence répondre à ce questionnement, mais bien que réductrice, nous émettons l'hypothèse suivante : sachant que les hommes consultent peu, il est fort possible qu'ils choisissent de s'inverser dans moins de services, mais sur un plus long terme. Maintenant, si l'on considère la variable âge, nous constatons que les moins de 30 ans ont un suivi de plus courte durée. Encore, une

fois les données recueillies dans le cadre de cette enquête ne nous permettent pas de répondre à cette question. Tout en étant conscients que la problématique des jeunes est complexe, nous proposons la piste d'explication suivante : on peut supposer que les plus jeunes ne sont pas disposés à s'investir dans un engagement à long terme ou encore qu'ils ont des besoins ponctuels tels que la recherche d'un logement. La variabilité de la durée du suivi semble donc être le reflet de la diversité des besoins et du type de personnes qui ont recours au SAC.

Tableau 7 Distribution de la clientèle selon la durée du suivi (en date du 1er novembre 2002)

Durée en mois	Pourcentage
0-11	33,3
12-23	18,6
24-35	12,5
36-47	9,7
48-59	6,8
60 et plus	19,1
Total	100

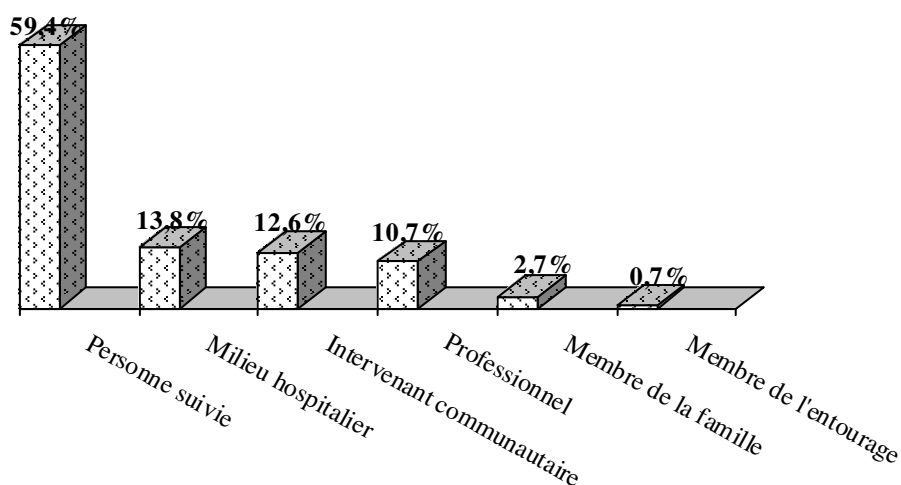
Voyons maintenant les informations concernant la personne de référence ; les intervenants nous ont fourni de l'information sur la personne référence que dans 80 % des cas. Le tableau 8 nous présente la distribution des personnes suivies selon la source de référence principale. Les données obtenues concernent uniquement le suivi à long terme. Les références obtenues par les personnes proviennent principalement du milieu institutionnel et du milieu communautaire qui, à eux seuls, totalisent plus des deux tiers des sources de référence. Ces résultats montrent bien que le travail en réseau est une pratique répandue.

Tableau 8 Distribution des personnes suivies selon la source de référence principale

Source de référence principale	Pourcentage
Réseau institutionnel	38,6
Réseau communautaire	29,1
Autre service de l'organisme	6,0
Autre client	5,6
Proaction	4,3
Membre de l'entourage	3,7
Brochure	3,7
Membre de la famille	2,7
Autre(s)	6,0
Total	100,0

Nous nous sommes aussi attardés à connaître la personne qui a fait le premier contact avec l'organisme. Ces données ne sont toutefois disponibles que pour le suivi à long terme. Rappelons que le SAC vise à une responsabilisation de la personne, on s'attend donc à ce que la personne qui fait le premier contact soit la personne suivie. Les résultats présentés à la figure 10 vont en ce sens : dans 59,4 % des cas, c'est la personne elle-même qui a fait le premier contact.

Figure 10 Distribution des personnes suivies selon la personne qui a fait le premier contact avec l'organisme



Dans plusieurs cas, le suivi amène l'intervenant à entrer en contact avec l'environnement de la personne suivie. Cela contribue à développer des collaborations avec une variété d'acteurs. Le tableau 9 indique les pourcentages de collaborations selon différents types de personnes ou milieu. Veuillez noter que les données obtenues concernent uniquement le suivi à long terme et qu'il est possible d'observer pour un même suivi des collaborations avec plus d'une catégorie de personnes ou de milieux. Notons que dans 52 % des cas, il y a collaboration d'au moins une autre personne au cours du suivi. C'est avec les membres de la famille (25,4 %), le milieu médical (22,8 %), le psychiatre (22,5 %) et le travailleur social (20,2 %) qu'il y a le plus de collaboration.

Le degré de collaboration peut être dans certains cas important, mais plus faible dans d'autres. Tous les types de collaborations furent retenus dans le calcul des pourcentages que l'on retrouve au tableau 9. Par contre, l'intensité de la collaboration a été prise en compte lors des analyses secondaires nous permettant d'identifier les variables associées à chacune des collaborations.

On observe que la collaboration avec les membres de la famille est plus fréquente lorsque la personne est mariée. Par contre, il y a moins de collaboration avec la famille lorsque la personne est plus scolarisée (diplôme universitaire) ou encore lorsqu'elle présente une des difficultés suivantes : alcoolisme, toxicomanie, itinérance.

La collaboration avec le milieu médical vient en second lieu. Elle a plus de chances de se réaliser lorsque la personne n'a pas terminé son secondaire V, a reçu un diagnostic de schizophrénie ou de trouble psychotique et lorsqu'elle présente plusieurs problèmes de santé physique. La fréquence de collaboration avec un psychiatre est plus élevée lorsque la personne a moins de 30 ans, est une femme, n'a pas terminé son secondaire V, réside en foyer de groupe ou en famille d'accueil, a un diagnostic de schizophrénie ou de trouble psychotique et enfin si son problème de santé mentale remonte à moins de 10 ans. Cependant, la fréquence de collaboration avec le psychiatre est plus faible pour les personnes ayant obtenu un diplôme universitaire.

On retrouve plus de collaboration avec le travailleur social principalement lorsque la personne présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : est un homme, réside en foyer de groupe ou en famille d'accueil, a reçu un diagnostic de schizophrénie, présente des problèmes judiciaires ou d'itinérance, a vécu une perte de logement et a été dirigée vers le SAC par le réseau institutionnel ou le CLSC. La collaboration est plus rare si la personne suivie est une femme, a obtenu un diplôme universitaire, a reçu un diagnostic de maniaque-dépression ou de dépression.

La fréquence de collaboration est plus élevée avec l'entourage lorsque la personne a reçu un diagnostic de maniaque-dépression, a vécu la perte d'une personne significative ou une arrestation et lorsqu'elle présente plusieurs problèmes de santé physique.

La collaboration est plus élevée avec le responsable en hébergement a reçu un diagnostic de schizophrénie, présente au moins une des difficultés suivantes : alcoolisme, toxicomanie ou itinérance, a vécu une perte de logement ou une arrestation, a été dirigée vers le SAC par le CLSC ou par l'intervention proactive.

Enfin, la fréquence de collaboration est plus élevée avec le centre de crise lorsque la personne suivie a reçu un diagnostic de trouble de personnalité état-limite, a des pensées suicidaires, a été victime de violence ou en état d'arrestation et souffre d'un problème de santé mentale depuis plus de 10 ans.

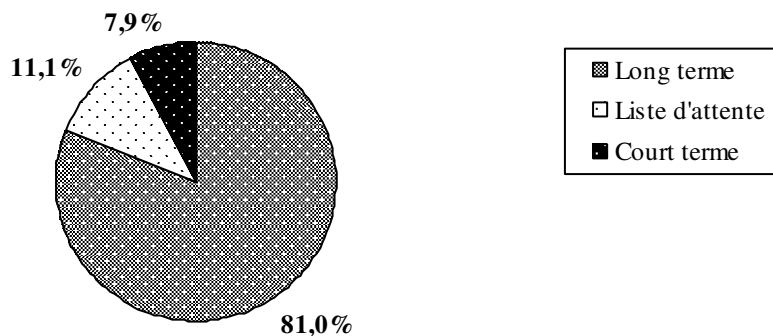
Tableau 9 Pourcentage de suivi selon la collaboration avec un milieu ou un professionnel donné

Collaboration avec	Pourcentage
Membre de la famille	25,4
Milieu médical	22,8
Psychiatre	22,5
Travailleur social	20,2
Membre de l'entourage	16,5
Responsable en hébergement	14,2
Centre de crise	11,5
Intégration au travail	6,6
Milieu de travail	1,6

Comme on peut le voir à la figure 11, le type de suivi varie d'un organisme à l'autre. Tous offrent du suivi à long terme tandis que l'on retrouve du suivi à court terme dans trois organismes. Toutefois, un peu plus de 80 % des personnes bénéficiant d'un suivi à court terme proviennent d'un seul et même organisme. Celui-ci a comme clientèle des personnes présentant une double problématique (problème de santé mentale et problème de justice ou itinérance). On retrouve plus de personnes suivies en court terme chez les moins de 30 ans, chez les alcooliques, les toxicomanes, les personnes itinérantes et chez celles ayant eu des problèmes judiciaires. Les personnes ayant vécu une perte de logement, de la violence, de la discrimination ou une arrestation sont également en suivi à court terme.

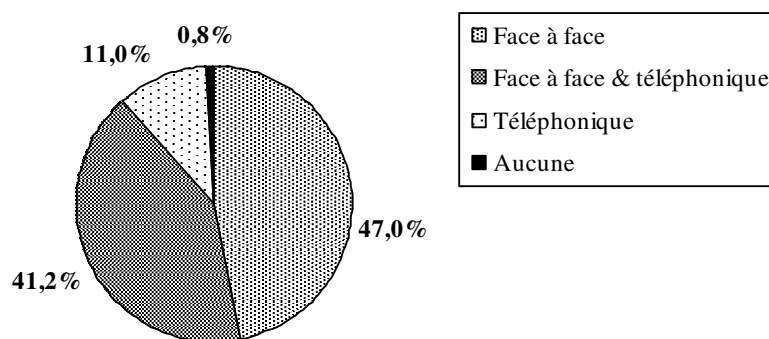
De plus, six organismes ont une liste d'attente. Parmi ceux-ci, un seul organisme offre un service aux personnes sur sa liste d'attente (suivi téléphonique et possibilité de six rencontres). Sur la liste d'attente, on retrouve un pourcentage plus élevé de personnes de sexe féminin, ayant comme diagnostic un trouble anxieux ou une dépression, souffrant de troubles alimentaires, d'isolement, ayant vécu (au cours de la dernière année) la perte d'une personne significative ou d'une allocation et présentant plus d'un problème de santé physique.

Figure 11 Distribution des personnes suivies selon le type de suivi reçu



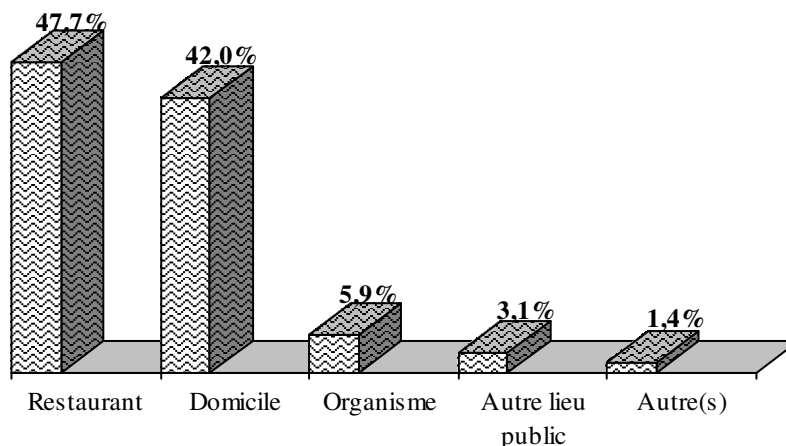
La figure 12 nous présente la distribution de la clientèle selon la modalité de suivi reçu. Comme on peut le voir, la majorité de la clientèle des organismes du ROSAC reçoit un suivi en face à face uniquement. Près de la totalité des personnes qui reçoivent un suivi téléphonique uniquement sont les mêmes que celles qui se trouvent sur la liste d'attente. Le 0,8 % représente les personnes sur la liste d'attente qui ne reçoivent aucun service. Au cours du dernier mois, les personnes suivies ont eu en moyenne 2,23 rencontres de suivi en face à face (écart-type = 1,60) et 1,02 suivis téléphoniques (écart-type = 1,65).

Figure 12 Distribution des personnes suivies selon la modalité de suivi reçu



La figure 13 nous donne la distribution de la clientèle selon le lieu de rencontre habituel pour le suivi. Les données obtenues concernent uniquement le suivi à long terme. On voit que près de 50 % des rencontres ont habituellement lieu au restaurant et 42 % au domicile de la personne suivie. Moins de 10 % des rencontres se déroulent dans d'autres lieux. 5,9 % des rencontres ont lieu dans les locaux de l'organisme fournisseur du suivi. Il faut noter que la majorité des organismes n'offrent pas cette possibilité.

Figure 13 Distribution des personnes suivies selon le lieu de rencontre habituel



Nous avons vu dans cette section les caractéristiques du SAC reçu. Nous avons constaté que la durée du suivi est influencée par les besoins et les caractéristiques des personnes suivies. En ce qui concerne la source de référence, on observe qu'elle provient principalement soit du réseau institutionnel ou du réseau communautaire. Une donnée obtenue particulièrement intéressante est le fait que ce soit la personne suivie elle-même qui ait fait le premier contact avec le SAC. Cela va tout à fait dans le sens de la philosophie privilégiée par l'ensemble des organismes offrant un suivi alternatif communautaire qui est la prise en charge par la personne des décisions concernant sa propre vie. De plus, nous avons remarqué que le type et le degré de collaboration sont très variables d'un suivi à l'autre. Toutefois, nous pouvons dire que la collaboration avec un membre de la famille, lorsque cette personne est présente, est aussi importante que la collaboration avec le milieu médical. Finalement, nous avons observé que la majorité des personnes suivies ont un suivi à long terme (81 %) et que ce suivi se fait dans une très large proportion (88 % des cas) en face à face et avec suivi téléphonique.

Cette dernière section complète le chapitre 2 dans lequel nous avons présenté les résultats du premier volet de l'étude. Ce portrait nous a permis de constater combien la clientèle du SAC est diversifiée, de mettre l'accent sur certaines catégories de personnes ayant des besoins particuliers et surtout de constater à quel point le SAC offre un soutien à des personnes vivant dans des conditions de vie difficiles en plus de leur problématique de santé mentale.

Chapitre 3

Résultats du volet 2 : pratique des intervenants

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des données recueillies lors d'entrevues auprès des intervenants en SAC, membres du ROSAC. Nous avons examiné le matériel sous l'angle des spécificités de la pratique du SAC (voir figure 14). Le discours des intervenants sur les spécificités du suivi alternatif communautaire peut être regardé sous quatre aspects : 1) les buts, 2) les actes posés 3) les caractéristiques du suivi et 4) le contexte organisationnel. L'analyse touchant les actes posés a porté sur l'ensemble du matériel recueilli par l'entremise des entrevues. Par contre, l'analyse des spécificités se rapporte seulement au contenu de certaines questions.

3.1 Buts du SAC

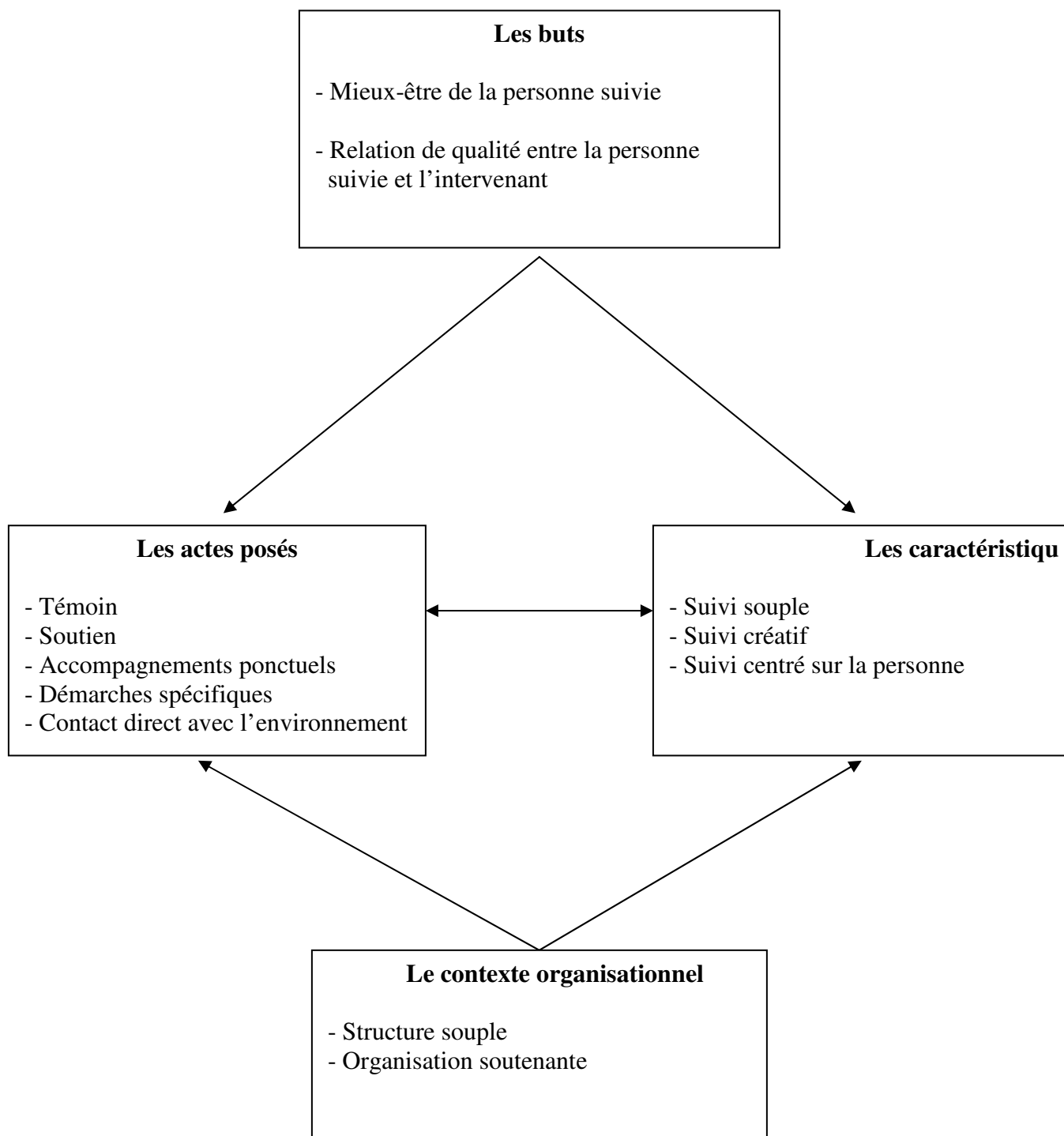
Les actes posés par les intervenants visent deux buts principaux : le mieux-être de la personne suivie et une relation de qualité entre l'intervenant et la personne suivie. Le mieux-être des personnes suivies repose avant tout sur une relation de qualité entre les deux parties engagées dans ce suivi. Cette relation est qualifiée par les participants de relation «humaine», «chaleureuse», «symétrique». Elle se développe et évolue dans un contexte qui n'est pas rigide, formel ni autoritaire. Beaucoup d'énergie et de temps sont déployés par les intervenants afin d'installer cette relation. Ce sont les ingrédients essentiels pour cheminer vers la route du mieux-être : «aller mieux», «avoir une meilleure qualité de vie», «trouver ce qui est bon pour lui», «avoir une identité», «une place dans la société», «vivre de façon autonome dans la communauté», «être intégré dans la communauté».

3.2 Actes posés

Ce mieux-être et cette relation de qualité sont rendus possibles grâce à une série d'actes posés par les intervenants. Nous nous sommes d'abord intéressés à ce qui ressort du discours des intervenants concernant ce qui caractérise les actes posés dans le cadre de l'exercice de leur pratique.

Les actes posés par les intervenants en SAC s'inscrivent dans une rencontre humaine entre deux autonomies. Ces actes sont motivés par un souci éthique constant pour le bien-être de la personne imbriqué à la volonté de maintenir une relation de qualité. Ce souci éthique s'exprime par un questionnement continu sur le bien fondé des actions posées et par un souci authentique du bien-être de la personne suivie.

Figure 14 Dimensions et spécificités du Sac



Le récit de pratique des intervenants dévoile une préoccupation à propos du bien-fondé des actions posées. Les artisans de cette pratique se questionnent constamment sur la pertinence du suivi offert. «On se questionne à savoir si on est utile», «Est-on aidant ou pas pour lui?», «Je l'ai observé et j'ai écouté le contenu de sa souffrance pour voir si c'était pertinent de l'accompagner», «Je dois rester vigilant. Il va falloir que je sache quand me retirer». Les propos des intervenants soulignent l'importance de prendre une décision éclairée. Avant de poser une action, ils pèsent le pour et le contre. «Est-ce qu'elle a besoin que je l'accompagne? Est-ce nécessaire que je sois là?», «Il a fallu que j'y pense. Est-ce que je vais juste mettre un bandage? Est-ce que c'est aidant pour elle?». Un bon nombre d'entre eux exposent en équipe la situation. Certains font des recherches (dans Internet, à la bibliothèque) ou consultent des professionnels.

Par ailleurs, leurs récits de pratique dévoilent un intérêt réel pour le bien-être du client. Cet intérêt s'exprime par des actions visant à rassurer et parfois protéger la personne suivie lorsqu'elle présente des fragilités. «On va regarder ensemble toutes les éventualités pour le rassurer», «J'ai offert de l'accompagner, car je sentais qu'elle serait plus sûre d'elle si j'étais là la première fois». Les intervenants soulignent la nécessité d'être vigilant et sensible aux manifestations de la personne suivie et de son environnement. Ils questionnent, observent et reconnaissent le vécu, les besoins et les émotions de celle-ci. «Comment te sens-tu en ce moment?», «Une de mes clientes n'arrivait pas à dormir. Je suis allé chez eux. J'ai vu qu'elle n'avait pas de rideau, pas de drap et qu'elle buvait sans cesse du Coke», «C'est tout le temps de me rappeler dans quel univers ils vivent». Le discours des intervenants est en continuité avec la philosophie d'intervention : respect du point de vue, du rythme et des choix du client. «C'est pas nous autres qui changeons la personne, c'est de guider la personne, je dirais, l'accompagner dans son projet de vie.»

Les actes posés sont aussi motivés par le désir d'établir une relation de qualité. La pratique du SAC implique une volonté de communication. Cet objectif s'exprime par la mise en place de conditions permettant un bon rapport et le développement d'une relation riche. Cela comporte aussi la nécessité de composer avec un certain nombre d'inconforts.

La qualité de la relation est rendue possible par l'authenticité et le cadre d'intervention. Tous les intervenants interrogés mentionnent l'importance d'explicitier dès le début du suivi ses limites et celles de l'organisme. «C'est tolérance zéro envers la violence», «Moi, je définis au début, quand je sens que c'est le moment, mes limites. Je pars du code d'éthique», «Ça été de lui faire accepter que j'allais pas être là pour le reste de sa vie, que j'étais pas son ami». Selon leur discours, la résolution de problèmes ainsi que le processus d'essais et erreurs sont d'autres aspects de la relation. «On est des humains, nous aussi», «On peut se tromper, faire des erreurs», «Je ne peux pas te répondre toute suite, mais on va chercher». Ces propos révèlent l'humilité et l'authenticité dont ils doivent faire preuve. Les intervenants soulèvent la nécessité et la pertinence de reconnaître et de nommer leurs limites et leurs erreurs. Cette attitude vise à maintenir une relation de qualité et une relation «d'égal à égal». De plus, cela permet à la personne suivie de vivre avec ses lacunes et lui donne des moyens pour les reconnaître : «Quand tu nommes les choses, quand tu dis ce qui

se passe, ce que tu vis, ça leur donne la permission aussi d'être eux autres». Expliquer et nommer les «vraies choses» font partie intégrante du suivi.

L'essentiel du suivi est de développer une relation de qualité. Le discours des intervenants révèle que ceux-ci consacrent beaucoup de temps à travailler sur la relation. La relation de qualité repose sur l'adaptation mutuelle. «L'apprivoisement a été long, il y a eu beaucoup d'écoute», «On a découvert qu'on aime les romans policiers. On a découvert qu'on avait ça en commun», «On commence à comprendre l'humour de l'autre.» Les récits de pratique décrivent le suivi comme une démarche où la personne suivie et l'intervenant sont associés. L'intervenant accompagne la personne suivie dans son cheminement. Il lui offre un soutien, une présence : «une oreille et une épaule».

Cette relation amène les intervenants à composer avec la passivité et la souffrance de la personne suivie ainsi qu'avec les vides de communication. Par ailleurs, ils doivent vivre avec leurs frustrations, leurs déceptions, leurs attentes non satisfaites, leurs ambivalences, leurs ambiguïtés, leurs incertitudes, leurs fatigues, le sentiment d'être dépassé et impuissant. «Avec elle, j'ai juste l'impression d'éteindre des feux», «C'est une personne taciturne. Ça me demande un effort. T'es souvent obligé d'aller à la pêche». L'inconnu et le danger font aussi partie de la pratique.

Cette rencontre est encadrée par une pratique structurante et souple. Les intervenants établissent ou suggèrent des stratégies, des solutions, des moyens, des ententes, des cadres, des plans : «On s'est entendu sur le fait que les premières choses qu'on ferait seraient des sorties à l'extérieur de 3-4 minutes», «On a installé un système d'urgence ensemble», «Établir un cadre. Maintenant, je travaille beaucoup avec le cadre». La pratique est encadrée par un ensemble d'éléments : les limites de l'intervenant, les limites de l'organisme ainsi que les demandes, besoins, droits et devoirs de la personne suivie. Par des évaluations, des bilans, l'intervenant et la personne suivie peuvent poser un regard critique sur le suivi. Le suivi est adapté à chaque personne: «selon», «cas par cas».

Le SAC se veut une pratique constructive. Une personne et un sens y sont en construction. Les intervenants participent à la construction d'une personne. La pratique du SAC met l'accent sur les forces, les réussites, les bons coups de la personne suivie. Les interventions visent à donner de la confiance, à redonner un sens à la vie, à redonner une identité à la personne, à donner espoir, à rendre responsable, à rendre plus fort. L'intervenant soutient la personne suivie dans son cheminement, dans ses projets et dans ses rêves. De plus, il l'aide à composer avec sa souffrance et sa fragilité. «Je valide que sa souffrance est réelle, mais je lui dit qu'elle peut faire des choses», «En écoutant la souffrance de l'autre, je peux arriver à la faire nommer à la personne», «Quand ses idées sont vraiment obsessives, il décompense, il se fragilise, on a installé ensemble un plan d'urgence», «Il faut leur donner le droit d'être malade. Il faut qu'ils apprennent à reconnaître quand ils deviennent fragiles» Un point central du suivi est la confirmation des droits de la personne : «Tu as le droit au respect», «Tu peux dire non», «Tu as le droit de pleurer, d'être choquée».

Les intervenants participent à la construction d'un sens. Le ici et maintenant est au cœur de l'intervention. L'intervenant rappelle constamment à la personne suivie le présent, le réel et le concret. Les interventions sont positionnées dans un cadre de solution. Il importe de poursuivre l'atteignable, d'être centré sur le commencement, de suivre un cheminement graduel, d'être réaliste, de voir toutes les possibilités, d'être positif. L'intervenant a un rôle d'éveilleur à l'égard de la personne. Il explique, il clarifie, il fait réaliser et réfléchir, il aide à regarder autrement. «Il voit juste une chose, moi, je lui apporte une perception complètement autre», «Elle a des peurs irraisonnées. Donc on ramène ça au rationnel. On recadre les choses», «J'ai semé le doute dans sa tête que ça pouvait être d'autres choses». Les intervenants écoutent le vécu passé. Ils notent et utilisent l'histoire. Ils sont la mémoire de vie de la personne suivie. «Je lui rappelle les détails qu'elle m'avait dits», «Je lui rappelle l'histoire. Te souviens-tu? C'est déjà arrivé avec telle personne. Ça c'est passé comment? Comment ça c'est réglé?», «Moi, je lui sers de mémoire de vie. Je lui rappelle ce qui s'est passé». Le discours des intervenants indique un intérêt pour la dimension temporelle. La personne suivie et son intervenant travaillent à l'élaboration d'un scénario de vie : «Qu'est-ce que tu aimes faire, qu'est-ce que tu as déjà fait? Avec ses réponses et en oubliant pas son problème, on peut essayer de trouver une occupation qui va mettre en valeur sa force et ce qu'il aime.»

L'intervention s'inscrit dans une rencontre humaine entre deux autonomies encadrée par une pratique offrant un espace et du temps pour l'expression et l'expérimentation. La personne suivie peut nommer ses émotions, ses inconforts, son vécu à une oreille attentive et qui ne juge pas. «On a du temps pour écouter, au début on peut juste écouter pour saisir l'autre, pour lui permettre de ventiler», «Avec lui, c'est surtout de l'écoute, je lui donne la chance de ventiler», «Elle a vraiment besoin de parler à quelqu'un, de raconter son passé et puis aussi raconter le présent, les moments, les épisodes psychotiques, les hallucinations sonores», «Moi, j'invente pas des forces. Il faut leur faire découvrir. En parlant on peut les voir». La personne suivie peut apprendre, explorer diverses avenues, mettre en pratique des stratégies dans un cadre rassurant. «On prépare la rencontre avec le psychiatre. Comment lui parler? Comment lui poser des questions?», «On faisait beaucoup de mises en situation. Des mises en situation où moi, je faisais l'autre personne avec qui elle a des difficultés», «Ça commence par des petites étapes, choisir son breuvage au resto», «On analyse le problème, on parle de solutions possibles, des comportements possibles».

Les actes posés par les intervenants s'inscrivent dans une rencontre humaine entre deux autonomies encadrée par une pratique constituée de gestes quotidiens, de besoins et de services concrets que sont les accompagnements ponctuels et les démarches spécifiques. Avant tout, le SAC permet aux intervenants d'être des témoins du quotidien des personnes suivies. Cela leur permet de «coller à la réalité» de celles-ci. Le suivi est qualifié de soutien dans le cheminement de vie de la personne. Les expressions suivantes traduisent bien cet aspect : «se donner», «aider», «supporter», «être présent», «partager», «être à l'écoute». Discuter du quotidien autour d'une tasse de café, participer à une visite chez le psychiatre, accompagner la personne lors d'un trajet en transport en commun sont quelques-uns des accompagnements ponctuels qui constituent le suivi. Remplir une demande d'assurance-emploi, chercher un logement sont entre autres des démarches particulières que réaliseront

la personne suivie et l'intervenant. De plus, le suivi dans la communauté impose aux intervenants et aux personnes suivies un contact direct avec l'environnement.

Les actes posés par les intervenants s'inscrivent dans une rencontre humaine entre deux autonomies encadrée par une pratique où les intervenants composent avec l'incontournable environnement. L'intervenant est appelé à jouer un rôle tantôt de courtier (par ex. : donner des références, trouver des ressources, mettre en contact) et tantôt d'intercesseur (ex. : défendre, faire comprendre, prendre en compte les intérêts du client). Les intervenants se perçoivent comme un pont reliant la personne suivie à la communauté. Leur pratique les amène à se déplacer entre autres chez la personne suivie, dans le réseau de la santé et dans la communauté. Ce contact avec l'environnement est fonction des besoins et des demandes de la personne suivie. Les intervenants doivent apprendre à composer avec les règles de chaque milieu : «Je cherchais à rentrer en contact avec son psychiatre, mais la réceptionniste dit que je dois passer par son infirmière, qui est aussi son *case manager*», «J'avais pensé demander à la réception de noter dans leur calendrier nos dates de rencontre (intervenant et personne suivie) pour qu'ils avertissent la personne. Mais, ça se fait pas qu'on m'a dit.».

En résumé, la pratique des intervenants en SAC implique autant des actes de la pensée que des actions concrètes. Une place importante est accordée au vécu de la relation intervenant-personne suivie. La relation peut être vue comme un laboratoire humain où la personne suivie peut s'exprimer et expérimenter de nouvelles possibilités en toute quiétude. Au-delà des objectifs du suivi, des demandes du client, des attentes de l'intervenant, l'éthique guide l'expression de cette pratique. Cette structure souple permet à la personne suivie de cheminer dans un contexte constructif, rassurant et respectueux. De plus, être intervenant en SAC, c'est composé avec les possibilités et les obstacles de l'environnement et avec les forces et les difficultés du client et de soi-même. Enfin, la pratique du SAC est une rencontre humaine de deux autonomies intelligentes et responsables.

3.3 Caractéristiques du suivi

Soulignons tout d'abord que le discours des intervenants sur les spécificités de leur pratique ne porte pas seulement sur ce qui est fait, mais également sur la façon dont cela se fait. Le suivi est caractérisé par le mouvement : «flexibilité», «disponibilité», «mobilité», «souplesse» sont les termes utilisés par les intervenants pour le décrire.

Le SAC est une pratique créative et en mouvement qui permet une liberté d'intervention, et ce, dans une intelligence et une éthique visant le mieux-être du client. Les intervenants utilisent différentes expressions pour exprimer cette liberté : «créativité», «sortir du cadre», «la palette d'interventions est large», «intervenir sur plus d'un aspect bio, spirituel, socio», «essayer plein de trucs», «liberté d'intervention», «espace pour intervenir». Certains intervenants mentionnent qu'un des défis de leur travail est de ne pas toujours vouloir se prémunir contre tous les échecs et les problèmes que peuvent rencontrer les personnes suivies. «Pas d'évitement de crises à tout prix» Il s'agit de les accompagner, de leur

permettre de les vivre et d'apprendre de celles-ci. Les intervenants disent qu'ils disposent d'une grande liberté (flexibilité et disponibilité) concernant le nombre, le moment, le temps et le lieu des rencontres. Ces modalités sont fixées conjointement.

Le SAC est un suivi dans la communauté, le lieu de la rencontre varie d'une fois à l'autre et est généralement décidé par la personne suivie. Cela positionne l'intervenant sur le terrain d'action de la personne suivie. Celle-ci est au cœur du suivi. Elle y développe et exerce son autonomie. Elle fait des choix, elle prend des décisions et pose des actions. Elle amorce le suivi et participe à son orientation.

La personne suivie est considérée comme un citoyen à part entière et non comme «un cas», «une maladie» ou «un diagnostic». L'intervenant et la personne suivie sont des associés dans une démarche entreprise par cette dernière. Cette pratique est centrée sur la personne suivie (ses besoins, demandes, désirs, forces, choix), sur son vécu actuel et sur le réel. Le SAC demande aux intervenants une ouverture tant envers l'autre qu'envers l'intervention. Cette manière de concevoir et de réaliser l'intervention est rendue possible par le contexte dans lequel cette dernière est effectuée.

3.4 Contexte organisationnel

Enfin, la pratique des intervenants est exercée dans un contexte organisationnel qui comporte également des spécificités. Le SAC est encadré par une structure décrite par les intervenants comme ouverte et souple. Aucun cadre formel ou rigide ne dicte l'intervention. La pratique du SAC évolue dans une structure souple qui est là pour promouvoir le bien-être de la personne suivie et des intervenants. Le travail des intervenants est diversifié, les horaires sont flexibles et surtout une grande partie de leur charge de travail est consacrée au suivi (et non à un travail de bureau). Le suivi offert par ces organismes est régulier et à long terme. Bien qu'il y ait des critères d'admission et d'exclusion, aucun processus rigide de sélection n'est en place. Aucun critère strict n'est utilisé pour mettre fin au suivi. Le discours des intervenants montre que la souplesse se retrouve non seulement sur le plan de l'intervention, mais également sur le plan de son encadrement. Lors des entrevues, les intervenants insistent sur l'importance accordée par l'administration à la formation continue et au soutien (rencontre d'équipe et supervision clinique). Ils soulignent la richesse de leur équipe. La souplesse de l'organisation et de l'intervention permet un suivi adapté et une relation de qualité.

En conclusion, les intervenants décrivent le SAC comme un acte volontaire. La pratique du SAC s'exerce selon des modalités variables et flexibles. Elles sont déterminées essentiellement par les besoins et les demandes de la personne. Cette pratique vise le mieux-être de la personne suivie et une relation de qualité. Témoin du quotidien de la personne suivie, l'intervenant apporte son soutien dans les petits riens de la vie de tous les jours. Créativité, mouvement et ouverture qualifient la manière de faire ce suivi. Le SAC se déroule dans un contexte humain sur le plan tant de sa gestion que de son application. La

pratique du SAC évolue dans une structure souple permettant aux intervenants de poser des actes éthiques et intelligents visant le mieux-être de la personne suivie.

Chapitre 4

Résultat du volet 3 : contexte organisationnel

Le suivi alternatif communautaire est non seulement un mode d'intervention, mais aussi un mode de gestion du quotidien, une manière collective de faire, d'organiser les rapports avec les personnes suivies et d'entrer en relation avec les autres organismes du milieu. La présentation de ce troisième volet se fera en quatre temps. Dans un premier temps, les aspects administratifs sont examinés. Dans un second temps, nous présentons la pratique du SAC comme une intervention structurée et encadrée par des règles. Troisièmement, le soutien qu'offre l'organisation à ses intervenants est rapporté. Enfin, nous porterons attention aux rapports qu'entretiennent les organismes avec les acteurs présents dans leur environnement.

Avant d'aller plus loin, mentionnons que les organismes dont nous décrivons le contexte organisationnel ont entre quatre et 46 ans d'existence. C'est en 1957 que fut fondé le premier organisme du regroupement. Cinq organismes ont vu le jour entre 1984 et 1988. Deux organismes furent mis sur pied à la fin des années 1990.

4.1 SAC : une pratique soutenue par une organisation

Les aspects administratifs qui ont été examinés touchent essentiellement des éléments se rapportant au conseil d'administration, aux ressources financières et aux ressources humaines.

4.1.1 Composition du CA

Les huit organismes membres du ROSAC qui ont participé à l'étude sont dirigés par des conseils d'administration composés de sept à onze personnes, parmi lesquelles nous retrouvons des représentants des personnes suivies (une ou deux personnes), des représentants du milieu (une à cinq personnes) et un représentant des intervenants. Il arrive que nous y retrouvions des représentants des bénévoles (une organisation) ou des représentants des proches des personnes suivies (une organisation). Tous les directeurs des organismes du ROSAC siègent à ce conseil. La fréquence des rencontres du CA varie de quatre à dix fois par année. Dans la majorité des cas (cinq organisations), les rencontres ont lieu toutes les six semaines (huit fois par année).

4.1.2 Ressources financières

Les ressources financières dont disposent les organismes sont supérieures à 200 000 \$. La distribution de ces revenus est présentée au tableau 10. Dans la moitié des cas, l'entièreté du budget de l'organisme est allouée au suivi alternatif communautaire. Pour les autres, la proportion attribuée au SAC varie entre 65 % et 80 %.

Ces revenus proviennent de diverses sources. Tous reçoivent une subvention récurrente du programme de Soutien aux organismes communautaires (SOC). S'ajoutent à cela des subventions non récurrentes (quatre organisations) reliées à des programmes comme le programme Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC), le programme Placement carrière-été pour l'embauche d'étudiants, ou encore reliées aux mesures d'employabilité du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Trois organismes bénéficient de subventions visant le soutien à l'hébergement (mesure INSO, ressource résidence du Douglas, SHQ). Pour la moitié des organismes, les campagnes de financement et les dons provenant de fondations constituent une entrée additionnelle d'argent. Enfin, deux organismes ont accès à des revenus autonomes.

Tableau 10 Nombre d'organismes par catégorie de budget annuel

Budget annuel	Nombres d'organismes
200 000 - 299 999	2
300 000 - 399 999	3
500 000 - 599 999	1
600 000 - 699 999	1
700 000 et plus	1
Total	8

4.1.3 Ressources humaines

Les intervenants sont les principaux artisans du suivi alternatif communautaire. Ce sont eux qui au quotidien accompagnent les personnes. Il est par conséquent important de prendre le temps de cerner qui ils sont. Le portrait qui suit porte sur 57 intervenants. Leur répartition au sein des huit organismes varie de six à douze intervenants avec une moyenne de sept personnes par organisme. La plupart touchent un revenu de 25 000 \$ à 30 000 \$. Le quart d'entre eux seulement dépassent ce montant. Neuf employés sur dix ont un emploi à plein temps. Enfin, seulement 2 % travaillent à temps partiel et 8 % sont contractuels.

Le personnel est composé d'un plus grand nombre de femmes (63,2 %) que d'hommes. Comme les figures 15 et 16 ci-dessous le montrent que 70,1 % des intervenants sont âgés de 30 ans à 50 ans. De plus, ils possèdent une formation universitaire dans près de 75 % des cas. Le secteur de formation est généralement relié aux sciences humaines (travail social, criminologie, sexologie, psychologie, psychoéducation, gérontologie, communication, enseignement, philosophie, sociologie). Certains ont une formation dans un domaine connexe tel qu'en soins infirmiers, en arts ou en gestion.

Figure 15 Distribution des intervenants selon l'âge

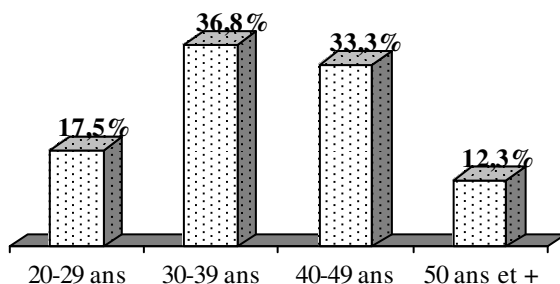
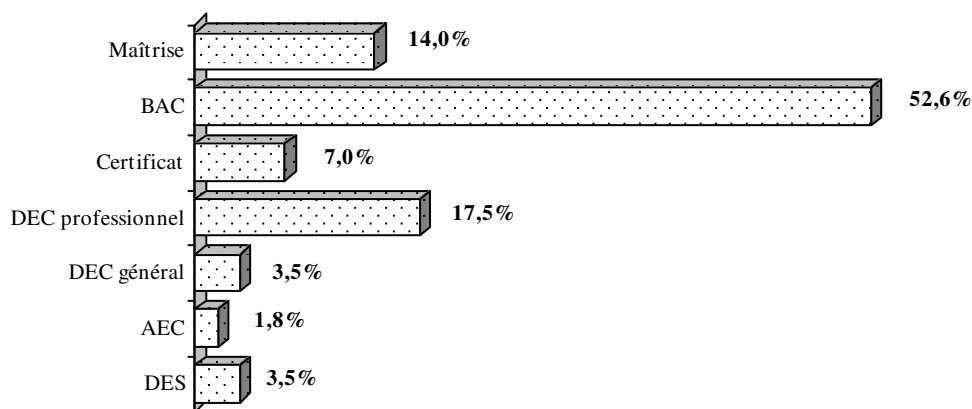
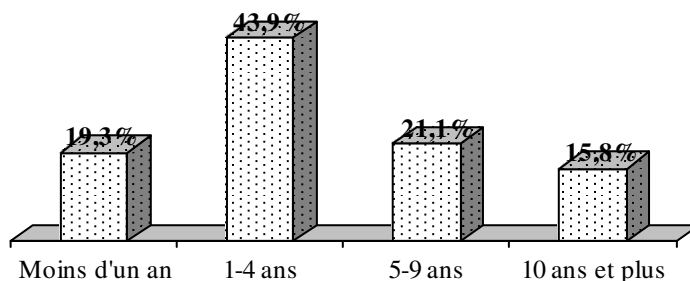


Figure 16 Distribution des intervenants selon le niveau de scolarité



Signalons que les données indiquent un taux de roulement relativement élevé. En effet, comme le montre la figure 17, près des deux tiers des intervenants travaillent depuis moins de quatre ans dans l'organisme qui les emploie actuellement. Pour l'année 2000 seulement, 15 départs se sont produits dans sept organismes. Les raisons de ces départs sont, en ordre décroissant : un emploi mieux rémunéré, un congédiement, une maternité, un retour aux études ou un voyage.

Figure 17 Distribution des intervenants selon l'ancienneté



4.2 SAC : une intervention structurée

Comme toute pratique, le SAC ne se résume pas uniquement au contact entre un intervenant et une autre personne. Ce contact s'inscrit dans un cadre qui structure le rapport entre la personne qui intervient et son client. Ainsi les règles qui encadrent ce rapport font partie du contexte de la pratique qu'est le suivi alternatif. Il y a donc un début, un déroulement et une fin pour chacune des interventions. Voyons maintenant les règles qui régissent ces étapes. La procédure générale que nous allons présenter est habituellement la même pour tous les organismes. Toutefois, chaque organisme l'applique en tenant compte des particularités qui lui sont propres.

4.2.1 Début de l'intervention (accueil, évaluation, choix)

Avant que l'intervention ne débute, un certain nombre d'éléments doit être précisé. Il y a un premier contact, une évaluation et une décision quant à l'opportunité d'entreprendre un suivi ainsi qu'une entente quant à son déroulement. Cette section est donc consacrée à l'examen des caractéristiques entourant la réception de la demande. Plus spécifiquement, nous aborderons les aspects suivants : la proaction, les critères d'admission et d'exclusion, l'évaluation de la demande, le choix de l'intervenant, les ententes, le type de suivi offert et la liste d'attente.

4.2.1.1 Réception de la demande

Dans tous les organismes, la demande est reçue par téléphone. Celle-ci est habituellement faite par le client. Parfois un contact peut être fait par un tiers (une personne de l'entourage ou un professionnel de la santé). Les demandes sont généralement reçues par les intervenants. Dès lors, la personne qui reçoit l'appel informe le demandeur des services offerts par l'organisme. Certains organismes fixent une première rencontre pour l'évaluation, tandis que d'autres rappelleront le demandeur. Lors de ce contact, une première collecte d'information est réalisée. Elle porte sur l'âge, le lieu de résidence, la source de référence, l'histoire de la problématique, le pourquoi de la demande, l'histoire personnelle et, lorsque cela est pertinent des informations sur les démêlés avec la justice, la stabilité, ou sur la consommation d'alcool et de drogue. Il n'y a pas de formulaire commun à tous les organismes.

4.2.1.2 Proaction

La proaction est le terme couramment utilisé au sein du regroupement pour indiquer toute démarche volontaire orientée vers des personnes susceptibles d'avoir besoin d'un suivi. Ces démarches sont donc faites directement auprès des personnes ou encore auprès de leur entourage. La moitié des organismes ont recours à cette modalité de première prise de contact. Cette dernière se fait dans différents lieux tels que les centres de détention, les centres d'aide à l'itinérance ou encore directement auprès des chambreurs du centre-ville de Montréal.

4.2.1.3 Critères d'admission et d'exclusion

L'admission se fait toujours sur une base volontaire. Pour tous les organismes, les personnes suivies doivent vivre ou avoir vécu un problème de santé mentale sévère les empêchant de bien fonctionner dans la vie de tous les jours et tous privilégient les personnes qui ont une incapacité prolongée de travailler et qui reçoivent des prestations de la sécurité du revenu.. Un des organismes cible comme clientèle les gens ayant, en plus d'un problème de santé mentale, un problème lié à la justice ou à l'itinérance.

Dans tous les cas, les personnes doivent avoir 18 ans et plus pour profiter d'un suivi. Par contre, deux organismes imposent une limite d'âge de 60 et 65 ans. Enfin, de façon générale, les personnes souffrant de déficience intellectuelle sévère, de psychose sénile, d'un syndrome cérébral organique ou d'un problème neurologique ne sont pas retenues et sont dirigées vers d'autres services.

4.2.1.4 Évaluation d'admission

Dans la plupart des organismes, l'évaluation est faite par l'intervenant qui assurera le suivi du demandeur. Dans six cas sur huit, celui-ci est accompagné par une autre personne (un intervenant, le directeur ou un superviseur clinique).

Habituellement, l'évaluation est faite dans le cadre d'une rencontre en face à face qui a lieu dans un endroit choisi par le demandeur. Dans cinq organismes sur six, l'évaluation ne s'effectue pas dans les locaux de l'organisme. Les modalités d'évaluation varient. Par exemple, un organisme réalise une première évaluation par téléphone, puis une seconde face à face. Dans un autre organisme, lorsqu'il y a un suivi à court terme, l'évaluation est faite soit par téléphone ou lors des démarches de proaction.

Un seul des organismes n'utilise pas de formulaire pour l'évaluation. Ce formulaire est rempli en cours de rencontre ou à la suite de celle-ci. Parmi les informations recueillies, mentionnons les caractéristiques sociodémographiques de la personne, des indications concernant le suivi médical, l'histoire sociale et familiale, la présence de problèmes de consommation, la situation sociale, les besoins de la personne, sa motivation à prendre part au suivi, les ressources et les personnes impliquées dans son entourage.

La rencontre d'évaluation est également l'occasion d'informer la personne des différentes modalités de suivi. Dans le cadre de cette rencontre, l'intervenant peut demander, lorsque c'est approprié, l'autorisation d'entrer en contact avec une tierce personne (ex : le médecin traitant). Finalement, deux des organismes se donnent une semaine de réflexion avant de prendre la décision d'entreprendre le suivi.

4.2.1.5 Choix de l'intervenant

Le choix de l'intervenant se fait selon les disponibilités et la charge de travail de chacun. D'autres éléments sont pris en considération tels que :

- les suivis antérieurs et la connaissance du client par l'intervenant ;
- le type et la sévérité de la problématique du client ;

- le sexe de l'intervenant et du client si ce dernier a une histoire de violence, d'abus sexuel ou de sexisme menaçant ;
- le secteur géographique assigné à l'intervenant ;
- l'approche d'intervention de l'intervenant ;
- les affinités entre l'intervenant et le client.
-

Dans trois organismes, ce choix se fait en équipe lors des réunions hebdomadaires.

4.2.1.6 Ententes établies avec la personne suivie

Dans tous les cas et pour tous les organismes, une entente est conclue avec la personne suivie. Cette entente porte généralement sur les éléments suivants : les aspects du suivi alternatif communautaire, les modalités de rencontres (le lieu, la durée, la fréquence des rencontres et les conséquences en cas d'absence ou de retard aux rencontres), les pistes d'intervention, la confidentialité, le code d'éthique, les limites de l'organisme et de l'intervenant. Cette entente précise aussi les attentes, les droits et les devoirs de la personne suivie. Certains font signer une entente concernant les actions à entreprendre si le client se trouve en situation dangereuse ou en état de désorganisation, de crise

4.2.1.7 Liste d'attente

Il arrive qu'une fois la demande reçue, l'organisme ne puisse offrir immédiatement un service. Le demandeur est alors inscrit sur une liste d'attente. Tous les organismes sauf deux dressent une telle liste. Celle-ci compte en moyenne 40 personnes. Cependant, la situation varie beaucoup d'un organisme à un autre. Dans un cas, elle contient près de 90 personnes et le délai d'attente peut s'étendre jusqu'à trois ans. Cet organisme a cessé depuis 2002 d'y inscrire de nouvelles personnes. À l'exception de deux organismes, qui offrent un soutien téléphonique, il n'y a pas de service offert aux personnes en attente de suivi. Un de ces deux organismes offrent également la possibilité de six rencontres en face à face, généralement centré sur des besoins de bases (ex : logement).

4.2.2 *Intervention*

Les interventions de suivi s'inscrivent à l'intérieur d'une organisation qui, au fil des ans, a défini la nature des activités et les modalités de service à offrir. Les organismes ont également établi la façon dont est encadrée l'intervention ainsi que le degré de formalisation de cet encadrement. Enfin, ils ont déterminé la charge de travail des intervenants. Cette section passe en revue ces éléments. Il sera d'abord question des heures et des jours d'ouverture, du type de suivi et des autres activités offertes. Puis les questions entourant la tenue de dossier, les plans d'activité, les comptes rendus des rencontres et les bilans d'intervention seront examinés. Nous terminerons en présentant les éléments se rapportant à la charge de travail des intervenants.

4.2.2.1 Heures et jours de service

Les heures d'ouverture varient entre 8h et 9 h et les heures de fermeture entre 16h et 18 h. Exceptionnellement, des rencontres de suivi peuvent avoir lieu en soirée. Tous les

organismes sont ouverts du lundi au vendredi. Trois des huit organismes offrent leur service uniquement durant les jours de semaine. Les intervenants des autres organismes n'interviennent qu'occasionnellement les fins de semaine, à l'exception de l'un d'eux où il y a un intervenant qui travaille les samedis et dimanches pour répondre aux besoins des personnes qui bénéficient d'un suivi à long terme.

4.2.2.2 Type de suivi alternatif communautaire

Tous les organismes offrent un suivi à long terme. Ils effectuent tous des rencontres en face à face. Le contact téléphonique est possible entre les rencontres pour des besoins ponctuels. Au suivi à long terme s'ajoutent des suivis à court et à moyen terme chez trois organismes.

Les modalités et finalité du suivi à court terme varient d'un organisme à l'autre. Pour un organisme, le court terme est offert aux personnes qui demandent un accompagnement pour des besoins précis. Un autre organisme offre des modalités de suivi variables selon les besoins de la personne. Un troisième effectue des pauses dans le suivi. Durant ces périodes, la personne peut bénéficier d'un contact téléphonique ou d'un suivi court terme (12 rencontres ou moins). Cet organisme offre, en plus d'un suivi individuel, un service de soutien à l'entourage et à l'organisation de projets de groupe.

Dans la majorité des organismes, les rencontres ont lieu une fois par semaine. La fréquence des rencontres est généralement déterminée en fonction des besoins de la personne, de la sévérité de la problématique, de la capacité de prise en charge personnelle, du degré d'autonomie et de la disponibilité de l'intervenant.

4.2.2.3 Autres activités offertes dans le cadre du SAC

Plus de la moitié des organismes offrent d'autres activités en plus des rencontres individuelles telles que la sortie à la cabane à sucre, la fête de Noël, les pique-niques, des activités sportives, etc. La fréquence de ces activités varie selon leur type. Dans certains cas, les personnes suivies ont également la possibilité de collaborer avec les intervenants à l'organisation de ces activités, par exemple faire partie du comité organisateur de la fête de Noël, participer à la rédaction d'un recueil de poème ou d'un journal.

4.2.2.4 Autres services offerts par l'organisme

Parallèlement aux activités inscrites dans la pratique du suivi, les organismes offrent des services qui peuvent venir compléter, renforcer et parachever le travail entrepris avec les personnes suivies. Notons, toutefois, que ceux-ci ne sont pas réservés uniquement à la clientèle du suivi alternatif communautaire. Ces services et activités sont : centre de jour/soir, hébergement, Intégration au travail, répit dépannage, soutien aux familles, groupe de soutien/entraide écoute et référence, parrainage, défense des droits, activités de formation et de sensibilisation offertes aux intervenants et au grand public, ateliers d'apprentissage et de croissance personnelle, etc. Deux organismes offrent uniquement du SAC. Un même organisme offre entre deux à quatre services en plus du SAC.

4.2.2.5 Plan d'intervention

Le plan d'intervention permet de donner une structure, un sens, une direction à l'intervention. La façon de mettre en œuvre ces plans varie. La moitié des organismes (quatre sur huit), n'exigent pas l'élaboration d'un plan d'intervention formel. Cependant, les intervenants discutent avec la personne suivie et abordent les questions relatives aux objectifs qu'elle poursuit, aux moyens qu'elle entend prendre pour y parvenir, à la durée et à la fréquence du suivi. Les organismes qui établissent un plan écrit suivent sensiblement le même processus. Tous les clients doivent d'abord définir leur demande et le but de leur démarche. Ensuite, ils précisent les objectifs à atteindre et les moyens qui y sont associés. Le plan contient aussi une entente concernant la fréquence des rencontres. Finalement, le plan d'intervention peut comprendre un bilan portant sur la réalisation des objectifs initiaux ainsi que sur l'établissement de nouveaux objectifs à atteindre.

4.2.2.6 Comptes rendus

Dans la plupart des organismes (sept organismes), un compte rendu est rédigé après chaque rencontre en face à face et un suivi téléphonique. L'ampleur et le contenu de ce rapport varient. Cependant, les organismes utilisent généralement un formulaire standard qui contient l'une ou l'autre des informations suivantes :

- le lieu, la date, l'heure ;
- les personnes présentes lors de l'intervention ;
- la durée du déplacement pour se rendre à la rencontre ;
- la nature de l'intervention ;
- les thèmes principaux et secondaires de la discussion ;
- les objectifs qui la guidaient et les démarches durant l'intervention ;
- les suggestions faites par l'intervenant ;
- les sentiments exprimés par la personne suivie ;
- les observations sur la personne suivie ;
- les observations sur l'environnement ;
- le résultat de la rencontre.

4.2.2.7 Bilan de suivi

Des bilans de suivi sont régulièrement effectués. L'autonomie, l'ajustement aux situations concrètes, les besoins de la personne suivie ainsi que l'approche et la philosophie qui guident l'intervention, font en sorte que la nature des bilans, leur ampleur et le moment où ils sont réalisés diffèrent beaucoup d'un organisme à l'autre, d'un intervenant à l'autre et d'une personne suivie à une autre.

Les aspects examinés lors des bilans portent généralement sur les questions suivantes : les objectifs de départ, le chemin parcouru, ce qui a été essayé, la qualité de la relation, les réussites et les échecs, une évaluation comparative entre le début et le présent, des commentaires de l'intervenant, les conclusions sur lesquelles s'entendent la personne suivie et l'intervenant et, lorsque cela est pertinent, les raisons de la fin du suivi.

Ces bilans sont réalisés à des moments variables dont voici quelques exemples : deux ou trois fois par année, aux trois à six mois selon le client et à la fin du suivi, au moins une fois par an ou lorsqu'il y a insatisfaction chez l'une des parties, lorsque nécessaire, lorsque l'on doit préparer la fin du suivi, lorsqu'il faut recentrer le client sur sa demande, etc.

4.2.2.8 Tenue de dossier

Les intervenants tiennent un dossier pour chacune des personnes suivies. Ce dossier contient généralement le formulaire de demande de service ainsi que l'évaluation et les comptes rendus des rencontres. Dans certains organismes, on y ajoutera les ententes (ex. : situation d'urgence, autorisation), les bilans de suivi ou le formulaire de fermeture de dossier.

4.2.2.9 Charge de travail des intervenants

Trois organismes fonctionnent selon des semaines de travail de quatre jours. Les intervenants accompagnent de façon régulière de 12 à 20 personnes à la fois. Trois organismes déterminent le nombre de clients par intervenant à l'aide d'un système de pointage qui tient compte de la fréquence des rencontres. À cela s'ajoutent des rencontres d'équipe que l'on nomme réunions cliniques, réunions d'équipe, réunions mensuelles ou comités de travail. Ces réunions ont deux fonctions : 1) administration et de gestion et 2) formation et de supervision. La participation à ces rencontres demande aux intervenants de trois à huit heures par mois.

4.2.3 Fermeture de dossier

Mettre un terme à la relation est un aspect constitutif à la pratique du suivi. Ici encore un ensemble de règles encadre la façon dont l'intervention prend fin. Nous aborderons trois aspects : les critères de fin de suivi, les modalités de fin de suivi et les services post suivi.

4.2.3.1 Critères de fin de suivi

Comme pour le début du suivi, un des critères pour y mettre fin est que la demande vienne de la personne suivie. Cependant, d'autres situations peuvent entraîner la fin du suivi. Parmi ces situations, mentionnons :

- l'atteinte des objectifs fixés au départ ;
- l'incompatibilité entre d'une part ce que le client demande comme aide et d'autre part ce que l'intervenant peut lui offrir ;
- l'absence de contact avec le client depuis plus de trois mois ;
- le départ d'un intervenant ;
- l'âge du client, c'est-à-dire plus de 65 ans ;
- le changement de territoire ;
- la détérioration de la relation d'aide ;
- le manque ou la perte de respect et de confiance mutuelle ;
- un danger pour l'intervenant provenant de la personne suivie.

4.2.3.2 Modalités de fin de suivi et les services post suivi

De façon générale, les organismes ne mettent pas fin brutalement au suivi. Cela se fait graduellement : les rencontres s'espacent puis prennent fin. À titre d'exemple, le processus de désengagement peut prendre la forme de rencontres qui se font aux trois semaines ou au mois pour finalement avoir lieu aux deux ou trois mois avant la fin définitive. Les derniers contacts peuvent se faire via des échanges téléphoniques. Il arrive qu'une date butoir soit fixée pour la dernière entrevue. Parfois, l'organisme envoie un avis postal de fin de suivi à la personne. C'est le cas lorsque celle-ci ne s'est pas présentée aux dernières rencontres.

Lorsque la personne suivie exprime son intention de mettre fin au suivi de son propre chef, l'intervenant fait le nécessaire pour enclencher les actions généralement reliées à la phase de terminaison. Ensemble, ils amorcent un bilan de l'intervention, ils évaluent la réalisation des objectifs et ils tentent d'identifier les causes de la réussite ou de l'échec.

La fin du suivi ne signifie pas que le contact soit définitivement coupé. Ainsi, deux organismes mentionnent que le suivi peut être suspendu momentanément puis repris plus tard. Un autre organisme effectue plutôt une pause de six mois dans le cheminement avec la possibilité de reprendre le suivi après ce délai. Quatre organismes offrent un service de post suivi. Un soutien téléphonique est disponible pour les anciens clients de deux organismes. Chez un troisième, la personne a la possibilité de fréquenter le centre de jour ou de soir. Un quatrième fournit un soutien qui prend la forme d'un groupe accueillant les personnes qui ont terminé leur suivi.

4.3 SAC : une pratique encadrée et soutenue

Cette section porte sur un aspect essentiel de la pratique. Elle porte sur le soutien que l'organisme offre à la pratique. Nous analyserons comment la pratique et les valeurs qui la sous-tendent se développent et se maintiennent. La supervision, la coordination et la formation sont trois fonctions par lesquelles le suivi est construit, encadré et réaffirmé. Un autre élément qui participe à la pérennité de la pratique est l'accueil des nouveaux intervenants. Nous commencerons la présentation de cette section en traitant de cet aspect, puis nous aborderons la question de la supervision, de la coordination et de la formation.

4.3.1 Accueil offert aux nouveaux intervenants

L'accueil des nouveaux intervenants se présente comme un moment important d'initiation de ceux-ci à la «culture» de l'équipe d'intervenants et à celle de l'organisation. Dans plus de la moitié des organismes, les nouveaux sont accueillis par la direction (directeur ou adjoint) qui les informe des modalités d'emploi, des conditions de travail, de la philosophie de l'organisme et des façons de faire. Dans un des organismes, le nouvel intervenant est accueilli par chacun des membres de l'équipe qui lui présente un volet de l'organisation. Afin de faciliter son intégration, les organismes lui offrent la possibilité d'être jumelé avec un autre intervenant (et parfois l'y obligent) afin qu'il l'accompagne avec un de ses cas. Chez certains organismes, le nouvel intervenant est rencontré hebdomadairement au cours du premier mois d'emploi. Pour un organisme, l'intervenant qui débute reçoit un soutien

personnel de 80 jours. Deux autres groupes offrent une formation dont la durée varie de douze heures à deux semaines

4.3.2 Supervision offerte aux intervenants

Tous les organismes offrent, à fréquence variable, un soutien à l'intervention via une supervision individuelle. Cette supervision est assumée par la direction de l'organisme, par l'adjoint ou l'adjointe clinique ou encore par un consultant extérieur. Trois organismes ont établi sur une base périodique une supervision en équipe dont la fréquence varie de deux à six semaines.

4.3.3 Modalités de coordination

Les activités de coordination sont des activités à l'intérieur desquelles les organismes font un retour sur leurs actions, se questionnent et se réajustent. Ce sont des moments importants où se définit et se construit la pratique. Ces activités sont de deux types : celles qui se rapportent à ce que nous pourrions appeler une coordination rapprochée qui porte sur les actions quotidiennes des intervenants et celles qui impliquent une réflexion plus en profondeur sur des thèmes qui sont au cœur de la pratique.

Les premières prennent la forme de réunions hebdomadaires ou mensuelles. Les questions qui y sont discutées sont de deux ordres. Il y a d'abord les questions de gestion qui concernent la répartition des tâches, les horaires, les congés, l'attribution des nouvelles demandes, la planification des activités de formation, etc. Le second ensemble de questions se rapporte directement aux interventions. À ces occasions, on analyse systématiquement l'évolution d'une intervention, on procède, par exemple, à l'examen du cas de la semaine.

Les activités de coordination du deuxième type sont plus intensives. Elles se déroulent généralement sur une journée complète. Ces journées sont l'occasion pour les intervenants de réfléchir aux objectifs et au cadre de référence de leur organisme. Elles servent aussi à évaluer les processus et les outils utilisés. Dans un cas un comité paritaire a été formé dans le but de débattre de la culture organisationnelle. Un autre exemple, un organisme organise des journées thématiques qui visent à développer chez les membres de l'équipe une vision commune de l'intervention et des méthodes de travail. S'ajoutent à cela des journées d'amitié dont l'objectif est de favoriser un processus d'échange qui vise l'amélioration des rapports entre les personnes d'une part et le fonctionnement de l'équipe d'autre part. Toujours dans le but de créer des liens entre les intervenants, un organisme organise des sorties d'équipe qui ont lieu quatre fois par an.

4.3.4 Formation

Tous les organismes reconnaissent le rôle stratégique qu'occupe la formation et y consacrent du temps et des ressources. Parmi les activités formation, nous retrouvons d'abord les conférences et les colloques. Ces événements sont organisés par différents types d'organismes, soit institutionnel (les centres hospitaliers Louis-Hippolyte Lafontaine et Maisonneuve-Rosemont), professionnel (l'Association québécoise de réadaptation psychosociale) ou communautaire (Société québécoise de la schizophrénie, Association

canadienne de santé mentale, Revivre). Le ROSAC organise lui-même à l'occasion des journées-colloques.

À cela s'ajoutent des activités de formation à contenu spécifique. La liste des activités que les organismes nous ont livrées est longue. Nous les avons regroupées autour de sept thèmes :

- 1) activités de formation portant sur l'intervention en général (de l'intervenant à l'intervention) ;
- 2) activités de formation portant sur des approches ou des modèles d'intervention (l'approche systémique, la thérapie de l'impact, l'intervention en travail de rue, la prévention de la criminalité) ;
- 3) activités de formation portant sur l'intervention ciblant une clientèle particulière (les personnes avec des problèmes de santé mentale en milieu correctionnel, la clientèle en situation de crise, les toxicomanes, les personnes suicidaires, les victimes d'agression sexuelle) ;
- 4) activités de formation portant sur des thématiques en santé mentale (les pathologies, la psychose, le jeu compulsif, la médication) ;
- 5) activités de formation portant sur des thématiques pertinentes à l'intervention (vieillesse, défenses des droits, retour au travail, spiritualité) ;
- 6) activités de formation portant sur des services (sécurité du revenu, le service d'aide Bruno Dandenault);
- 7) activités de formation portant sur la qualité de vie au travail (la gestion harmonieuse des rapports humains, l'harmonie au travail : mon affaire et celle des autres, entre intervenants).

4.4 SAC : une pratique qui entretient des liens avec son environnement

Les rapports des organismes avec leur communauté, avec les autres organisations qui partagent les mêmes préoccupations et avec les différents acteurs institutionnels sont multiples et prennent plusieurs formes. La nature des relations de même que le degré d'engagement varient. Trois types d'associations, de partenariat, ou de collaboration se dégagent : 1) la participation à des regroupements d'organismes qui interviennent dans le champ de la santé mentale, 2) la présence à diverses instances de concertation généralement mise sur pied par les établissements du réseau, et 3) divers modes de contacts et d'interactions avec les autres organismes de la communauté.

4.4.1 Regroupements en santé mentale

Les organismes entretiennent des rapports étroits avec les autres organisations de même nature qu'eux et qui œuvrent auprès de la même population. Cette participation à des

regroupements leur permet de porter un regard sur les valeurs, les principes et les façons de faire qui les unissent. Elle repose sur la reconnaissance de la nécessité pour eux de définir une identité commune. Ces regroupements se présentent donc comme des espaces de concertation et de mobilisation en dehors des cadres proposés par le secteur public.

Ces regroupements sont :

- le Regroupement des organismes en suivi alternatif communautaire (ROSAC) ;
- le Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale (RACOR) ;
- le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) ;
- le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Est (ROCSME) ;
- la Table des organismes communautaires en santé mentale.

Les organismes sont de plus membres d'associations préoccupées par les questions de santé mentale. Celles-ci sont également des lieux d'échange et de ressourcement pour les intervenants. Parmi ces associations, mentionnons :

- l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP) ;
- l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) ;
- l'Association québécoise de prévention du suicide ;
- l'Association Troubles anxieux du Québec ;
- la Société québécoise de la schizophrénie.

4.4.2 Tables de concertation et comités sous-régionaux en santé mentale

Dans une période où les instances de l'État expriment de plus en plus clairement le désir de mettre en place des mécanismes de planification intégrée visant une plus grande coordination entre les acteurs concernés, les organismes communautaires, en particulier ceux du champ de la santé mentale, sont de plus en plus interpellés et doivent répondre aux invitations lancées par les établissements du réseau. En effet, la moitié des organismes membres du ROSAC ont conclu des ententes formelles avec le réseau. Tous participent à une ou plusieurs instances de concertation (tables, comités, sous-comités, groupes, consortium, etc.), régionales, locales ou sectorielles dont voici la liste :

- la table de la sous-région Centre-Ouest en santé mentale ;
- la table de santé mentale du Centre-Est ;
- la table de la sous-région Nord en santé mentale ;
- la table d'action et de concertation en santé mentale Petite Patrie ;
- la table de concertation St-Michel ;
- la table de concertation en santé mentale de la sous-région Est ;
- la table de la sous-région Est en santé mentale ;
- la table tripartite de santé mentale ;

- la table de concertation pour les territoires de St-Michel, de Rosemont, d'Hochelaga-Maisonneuve, de Mercier Ouest et Est, d'Anjou et Pointe-aux-Trembles, de Montréal-Est et de Rivière des Prairies ;
- la table de psychiatrie légale;
- la table communautaire en santé mentale du Centre-Ouest ;
- le groupe d'action en santé mentale Villeray ;
- le groupe de concertation en santé mentale 60+ du CLSC René-Cassin ;
- le comité des partenaires en santé mentale du Sud-Ouest (COPASM) ;
- le comité des partenaires en santé mentale LaSalle ;
- le comité clinique pour clients présentant une situation difficile dans la sous-région Centre-Ouest ;
- le comité tripartite Lachine en santé mentale ;
- le comité Arrimage des services en santé mentale Lachine ;
- le comité clinique du CLSC Côte-des-Neiges ;
- le comité Arrimage des services avec le CLSC Sud-Ouest ;
- le consortium de l'Urgence psychosociale justice.

Ces participations se présentent comme l'occasion d'avoir une prise sur les décisions locales et de faire reconnaître les besoins des personnes à qui les organismes offrent un suivi. Cela entraîne à l'occasion les organismes à s'inscrire dans des engagements qui demandent un investissement plus grand en temps. Cela se traduit par une participation à divers sous-comités et conseils d'administration, dont voici un aperçu :

- le sous-comité «Entité désignée» de la table de concertation du Centre-Ouest ;
- le sous-comité de formation de Mercier-Ouest ;
- le sous-comité de sensibilisation de Mercier-Est;
- le sous-comité de coordination d'Hochelaga-Maisonneuve ;
- le carrefour communautaire-institutionnel de l'ACSM.

Leur présence à ces tables, comités, sous-comités, non seulement leur permet d'avoir une visibilité plus grande, mais contribue à accroître leur crédibilité. De plus, elle leur donne accès à de l'information essentielle à leur positionnement dans l'environnement changeant du réseau. Elle leur donne également accès aux discours valorisés dans les instances de ce réseau.

4.4.3 Partenariats autres qu'en santé mentale

Chaque organisme est ancré dans sa communauté. Il entretient des liens avec un ensemble d'autres acteurs avec lesquels il construit des rapports de solidarité et de collaboration sur une base locale. Ces rapports d'association s'inscrivent dans une logique de partage d'information et d'identification locale. Celle-ci prend la forme d'adhésion à des regroupements ou à des comités qui se concertent localement par quartier ou par secteur bien défini, tels que :

- la table intersectorielle des organismes communautaires du quartier Ahunatic;
- le regroupement des organismes communautaires Centre-Ouest ;
- le regroupement des organismes communautaires et alternatifs de la sous-région Nord de Montréal (ROCAN) ;
- le regroupement des organismes communautaires et humanitaires d'Anjou ;
- le comité de concertation sur le logement social de Mercier ;
- la corporation de développement communautaire de Pointe-aux-Trembles ;
- la corporation de développement communautaire de Rivière-des-Prairies ;
- Solidarité Mercier-Est ;
- Le réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM).

Enfin, cette action locale les amène régulièrement à participer aux conseils d'administration des organisations de leur communauté.

Ce chapitre, nous a permis de nous familiariser avec le cadre qui soutient la pratique du SAC. Cette pratique s'exerce dans un contexte organisationnel particulier qui caractérise les organismes communautaires. Nous avons constaté la présence de cadres, de lignes directrices qui assurent une vigilance et une qualité des services, tout en laissant un espace pour la diversité et la créativité. Les organismes du ROSAC partagent plusieurs caractéristiques communes tout en ayant leur propre couleur.

Chapitre 5

Journée de réflexion collective

L'objectif du projet n'était pas seulement de décrire le Suivi alternatif communautaire comme pratique, mais nous voulions aussi permettre aux intervenants de réagir à l'étude, de donner leurs commentaires sur les données collectées et de participer à la définition de cette pratique qui est la leur. La journée de réflexion collective a été choisie comme moyen d'y parvenir. D'une part, cette journée se présentait comme un espace où les intervenants s'interrogeraient et interpréteraient les résultats statistiques présentés. D'autre part, elle se voulait une occasion d'échanger entre eux, de réfléchir ensemble sur les spécificités de leur pratique, sur les valeurs qui sous-tendent leurs actions, sur les enjeux que ces dernières génèrent et sur les défis avec lesquels ils doivent composer quotidiennement. Ce chapitre reprend l'essentiel des échanges en atelier.

5.1 Réactions aux résultats du volet 1 de l'étude (portrait statistique)

Lors des premiers échanges, les intervenants ont eu la possibilité de réagir aux résultats produits par les analyses statistiques des données recueillies. Globalement, ils reconnaissent leur pratique dans le portrait qu'en dresse l'étude. Les résultats confirment leurs observations. Plus particulièrement, les données mettent en évidence la grande adaptabilité, la flexibilité de la pratique du suivi alternatif communautaire et sa diversité d'application (diversité quant au type de clientèle, quant à la nature de la collaboration avec les autres acteurs, quant à la fréquence des rencontres, quant aux lieux des rencontres, etc.).

D'autre part, les résultats statistiques ont suscité de nombreuses réactions. Ces réactions sont liées à trois grandes préoccupations des intervenants. 1) Qui dessert-on et comment tient-on compte des caractéristiques de ces personnes? 2) Avec qui collabore-t-on? 3) Comment aménage-t-on le suivi? Plus spécifiquement, les commentaires ont porté sur deux ensembles de résultats, les caractéristiques des personnes suivies et les caractéristiques du suivi lui-même.

5.1.1 Réactions concernant les caractéristiques des personnes

Les caractéristiques sociodémographiques qui ont attiré l'attention des participants sont : 1) le genre, 2) l'âge, 3) la scolarité, 4) la source de revenu et l'occupation de la personne et 5) le suivi médical. Voyons le contenu des échanges concernant chacun de ces aspects.

Les participants ont d'abord réagi au fait que les hommes suivis le sont depuis plus longtemps que les femmes (43 mois comparativement à 33 mois). Les éléments d'explication avancés sont d'une part la gravité et la chronicité plus élevée des problèmes présents chez les hommes et d'autre part le réseau plus vaste de ressources dont disposent les femmes. Ce constat a provoqué dans presque tous les ateliers des discussions concernant la durée optimale d'un suivi. Par ailleurs, on remarque que lorsqu'il y a une liste d'attente, celle-ci est constituée principalement de femmes (77 %). Ici, les intervenants ont fait

remarquer que les hommes sont peu tolérants à l'égard du délai d'attente d'un service. En outre, il faut porter attention au fait que dans l'ensemble des organismes, il y a proportionnellement plus de femmes (58,2 %) qui reçoivent un suivi.

Le deuxième élément qui fut au cœur des discussions est la faible présence (9 %) de jeunes âgés de moins de 30 ans parmi les personnes suivies (voir figure 2). On remarque aussi que ces jeunes reçoivent plus souvent un suivi à court terme. Les intervenants se questionnent depuis longtemps sur les raisons qui expliquent cette faible représentation de jeunes. Plusieurs hypothèses sont proposées par les participants : 1) les jeunes ne reçoivent pas toujours un diagnostic, 2) ils sont pris en charge par des établissements psychiatriques qui ne les redirigent pas, 3) certains jeunes nient leur problème, 4) ils éprouvent de la difficulté à maintenir un engagement, 5) ils ont besoin d'un autre type d'approches, 6) ils retirent leur nom de la liste d'attente parce qu'ils veulent de l'aide immédiate, 7) les demandes proviennent souvent du psychiatre ou de la famille, ce qui est en conflit avec le principe de volontariat prôné par les organismes. Les intervenants se disent particulièrement sensibles à la nécessité de rendre des services à cette clientèle. Ils réitèrent leur désir de trouver des solutions. Des suggestions sont formulées comme étant susceptibles de faire en sorte que les organismes répondent mieux aux besoins des jeunes : 1) consacrer plus d'efforts à les rejoindre (proaction), 2) revoir les stratégies d'approche, 3) leur donner priorité lorsqu'ils sont sur la liste d'attente, 4) rendre l'offre de service plus flexible, 5) axer le suivi sur des démarches concrètes, 6) offrir du suivi à court et moyen terme, 7) faire participer la famille.

Un troisième point a attiré l'attention des participants : la scolarité de la clientèle. En effet, on constate que 21,6 % des personnes suivies possèdent une formation universitaire (voir figure 6). Pour les intervenants, cela s'explique par certains faits qui ont été mis en évidence par la recherche. Les données montrent que les personnes plus scolarisées ont plus de chances d'être dirigées vers le SAC par le réseau communautaire. De plus, on constate que le milieu médical est moins souvent impliqué dans le suivi de ces personnes. Celles-ci ont plus recours aux services d'un psychologue ou d'un spécialiste en médecine alternative. Les participants ont remarqué que les gens scolarisés manifestent une propension plus grande à garder une distance critique vis-à-vis le milieu médical. Enfin, elles connaissent plus les ressources et ont développé plus de contacts en dehors du réseau institutionnel.

Les participants se sont attardés à commenter un quatrième groupe de données, celles se rapportant aux sources de revenu (75,3 % de la sécurité du revenu) et à l'occupation (50 % n'ont aucune occupation) des personnes. Cela les a conduits à réaffirmer l'importance d'amener ces personnes à prendre part à des activités qui leur permettent de recouvrer un statut et un sentiment d'utilité sociale.

Les données touchant le suivi médical constituent un autre ensemble de caractéristiques pour lesquelles les participants ont manifesté un intérêt. Ces données ont permis d'observer que la presque totalité de la clientèle s'était vu prescrire une médication reliée à leur problème de santé mentale (91,8 %). Les données ont aussi montré que la moitié des personnes souffrent d'au moins un problème de santé physique en plus de leurs difficultés de santé mentale. Cela entraîne souvent des problèmes supplémentaires. Certains

participants ont observé que les personnes qu'ils suivent ont de la difficulté à recevoir des services du milieu hospitalier lorsqu'elles s'y présentent pour des problèmes physiques. Dans la plupart des cas, elles sont dirigées en psychiatrie ou elles ne reçoivent pas un traitement adéquat.

5.1.2 Réaction concernant les caractéristiques du suivi

Les caractéristiques du suivi qui ont retenu l'attention des participants sont : 1) le degré de collaboration avec les autres acteurs, 2) la source de référence, 3) le lieu des rencontres. Voyons les réactions pour chacune de ces caractéristiques.

Parmi les caractéristiques du suivi, la plus ou moins grande collaboration avec les autres acteurs a été celle qui a été la plus commentée. Les remarques émises portent d'une part sur la fréquence de collaboration selon le type des acteurs impliqués et d'autre part sur les caractéristiques des personnes qui collaborent.

Tout d'abord, pour l'ensemble des suivis, la fréquence de collaboration est plus élevée avec les acteurs du milieu médical (22,8 %), avec les psychiatres (22,5 %) et les travailleurs sociaux (20,2 %). La collaboration avec ces professionnels est plus étroite lorsque les personnes suivies manifestent certains types de problèmes. Elle est associée à des problématiques plus lourdes : schizophrénie, hallucinations, confusions de la pensée, présence de plus d'un diagnostic et accumulation de symptômes (ex : hallucinations, grande tristesse, anxiété) et de difficultés (ex : problème de justice, itinérance, toxicomanie). La lourdeur des cas inciterait les intervenants à être plus en contact avec le milieu institutionnel. Par contre, ces contacts sont moins courants lorsque la personne suivie a reçu un diagnostic de maniaque-dépression ou de dépression. Selon les intervenants, cette plus faible fréquence de collaboration s'expliquerait par l'isolement, une des caractéristiques de la dépression.

La fréquence de contact avec le travailleur social et le milieu médical est également plus élevée lorsque les personnes suivies sont nées hors du Canada. Pour les intervenants, cela s'explique par la plus grande présence du milieu médical en santé mentale dans les secteurs urbains à plus forte concentration de néo-Québécois. En outre, le milieu médical se présente comme la principale porte d'entrée des nouveaux arrivants dans le réseau de la santé et des services sociaux lorsque l'un des leurs souffre de problèmes de santé mentale.

Le pourcentage de collaboration avec un membre de la famille est plus élevé qu'avec tous les autres acteurs (25,4 %). De plus, les données font aussi ressortir que cette collaboration est plus susceptible d'être observée lorsqu'il n'y en a pas avec le milieu médical. Cependant, tout comme avec le milieu médical, la collaboration avec la famille est associée au type de problèmes que présente la personne. En effet, la famille est moins présente quand, en plus des problèmes de santé mentale, la personne souffre de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Notons enfin que les intervenants ont relevé dans les résultats le faible niveau de collaboration avec les centres de crise. Pour plusieurs, cette lacune reflète la difficulté

d'établir des contacts avec ces centres. Dans le quotidien de leur travail, les intervenants font souvent face à des refus d'entraide de la part de ceux-ci.

Les données portant sur la collaboration au cours du suivi ont suscité un débat plus général sur la signification et l'à-propos de cette collaboration. Parle-t-on de contacts épisodiques, de coopération significative ou de collaboration imposée (décision de cour)? Par ailleurs, on insiste sur le fait que la participation d'acteurs externes pendant le suivi n'est pas toujours appropriée. La personne peut ne pas être ouverte à l'implication de quelqu'un d'autre ou ne pas en ressentir le besoin. Dans d'autres cas, l'intervenant peut lui aussi juger qu'il n'est pas approprié de mettre à contribution des personnes extérieures au suivi. Enfin, la partie externe peut refuser de collaborer ou être en désaccord avec les principes ou les modalités de fonctionnement de la pratique du SAC. On conclut en affirmant que l'important est d'être avec le client et de viser son mieux-être et non pas d'établir à tout prix des collaborations avec l'entourage.

Une autre des caractéristiques du suivi ayant attiré l'attention des participants est la «source de référence». En effet, dans une proportion importante (38,6 %), celle-ci provient du milieu institutionnel. Les intervenants expliquent ce pourcentage par le fait que le réseau institutionnel applique de plus en plus la politique de santé mentale (Québec, 1989) et qu'à lui seul il ne peut répondre à tous les besoins et demandes. Le réseau a donc, recours aux organismes communautaires. En comparaison, 29,1 % des personnes sont envoyées au SAC par le milieu communautaire.

Le lieu habituel de rencontre est une dernière caractéristique du suivi qui été discutée. Certains participants furent étonnés du pourcentage de personnes suivies qui sont rencontrées à leur domicile et non pas dans des lieux publics (42 %). Cela s'explique par la proportion élevée de femmes parmi la clientèle, celles-ci étant vues plus souvent chez elles. Par ailleurs, le pourcentage plus élevé d'hommes rencontrés au restaurant s'explique par la qualité souvent piètre de leur logement (petit, insalubre) et par les problématiques dont ils souffrent. Certains cas présentent un niveau élevé de dangerosité pour autrui et soi. Des facteurs culturels entrent également en jeu. En effet, lorsque la personne a comme langue d'usage l'anglais, les rencontres se déroulent plus souvent dans un lieu public.

En conclusion, le portrait statistique de la clientèle et des interventions ainsi que les échanges qui en ont découlé ont fait ressortir l'importance de prendre en compte des aspects comme l'âge, le genre et la scolarité dans la pratique du SAC.

5.2 Valeurs et enjeux de la pratique du SAC

Les débats sur les spécificités et les valeurs de la pratique du Suivi alternatif communautaire ont été amorcés à partir d'extraits d'entrevues que les intervenants ont été invités à commenter. Ils ont également discuté de ce que ces spécificités et ces valeurs entraînent comme enjeux. Le contenu de ces échanges se répartit en six thèmes : 1) le respect de la personne suivie, 2) le respect de soi-même comme intervenant, 3) la relation

personne-intervenant, 4) la souplesse de l'intervention, 5) le respect de l'intervenant par l'organisation, 6) l'environnement de la pratique. Cette section se présente comme un effort pour rendre compte en les synthétisant de l'essentiel des propos émis par les participants en rapport avec chacun de ces thèmes.

Le respect de la personne suivie est au cœur des préoccupations des intervenants. D'ailleurs, le suivi n'est entrepris que si la personne le demande. Celle-ci est considérée comme l'expert de sa vie et comme le principal acteur de son propre développement. Elle est respectée dans son individualité et est reconnue dans sa globalité. La pratique du SAC est une approche centrée sur les demandes, les besoins, les limites, mais aussi sur les forces de la personne suivie. Par conséquent, elle demande des interventions personnalisées. La tolérance et l'ouverture sont vues comme des composantes essentielles de la pratique. Celles-ci s'inscrivent dans une écoute et un soutien sans jugement et sans condition. Ces valeurs ne sont pas sans générer un certain nombre de dilemmes que les participants ont soulignés : 1) le conflit entre les attentes du client et celles de l'intervenant, 2) la difficulté de situer la frontière entre la tolérance (intervenant) et la responsabilisation (personne suivie) et 3) la volonté de répondre aux besoins et aux demandes de la personne sans la manipuler ou sans la placer en situation de danger.

Le respect de soi-même comme intervenant, également au cœur de la pratique, est la seconde facette du suivi. Les participants soulèvent l'importance d'être authentique et d'être présent dans la relation en tant que personnes qui possèdent des valeurs. Ils soulignent l'importance d'être quelqu'un qui reconnaît ses limites et qui se permet le droit à l'erreur, le droit de ne pas tout savoir, le droit de douter. Le respect de soi-même permet à l'autre de se respecter lui-même et favorise qu'en retour il respecte l'intervenant. Les intervenants insistent pour dire que travailler avec des personnes vulnérables les amène à constamment repousser leurs limites, mais en se ménageant une zone de confort. Ils refusent toute violence et demeurent vigilants de façon à assurer leur propre sécurité. Ici encore, ces valeurs posent des défis, c'est-à-dire : 1) donner l'heure juste au client sans le démolir, 2) faire connaître ses limites tout en respectant la personne suivie, 3) reconnaître les droits de la personne suivie sans nier ceux de l'intervenant, et 4) accepter de ne pas pouvoir tout faire et s'accorder la permission d'avoir des limites et des doutes.

Un autre élément caractérisant le suivi est la **relation** entre l'intervenant et la personne suivie. La création et le maintien d'une relation de qualité reposent sur le respect. Cette relation est volontaire. Elle est qualifiée par les intervenants d'humaine et d'égalitaire. Elle suppose une reconnaissance mutuelle, la responsabilisation de chacun, un dialogue et une réelle transparence. Les intervenants mentionnent qu'une grande partie du temps consacré au suivi est investi dans la construction d'un lien de confiance et dans le développement d'une relation riche. Cependant, cette relation est et doit rester une relation d'aide. L'intervenant a la responsabilité de s'assurer que son rôle est compris et accepté par la personne suivie.

En atelier, les participants ont signalé une autre caractéristique du suivi, la **souplesse dans l'intervention**. Le suivi s'exerce dans un cadre structuré (responsabilité, rigueur, constance,

compétence), mais qui se veut souple (flexibilité, mobilité, ouverture, créativité). Cette structure permet aux intervenants une liberté et une autonomie dans leurs actions. La « magie du long terme » est possible dans un tel cadre. La flexibilité et l'ouverture rendent possible la créativité dans le suivi. Il y a du temps et de l'espace pour l'expérimentation de nouvelles manières d'agir. Cependant, un certain nombre d'enjeux découle de cette flexibilité. Comment allier souplesse avec clarté, constance et structure? Cette souplesse dans l'intervention n'est pas sans être accompagnée d'hésitations et de questionnements. Ces inconforts sont essentiels, ils permettent une vigilance et une rigueur dans la pratique. Par ailleurs, la souplesse quant à la durée du suivi a soulevé plusieurs questionnements, dont nous n'avons pas eu le temps de faire le tour dans le cadre de cette journée.

Cette souplesse de l'intervention est rendue possible parce qu'elle est soutenue par l'organisation dans laquelle elle s'inscrit. En effet, une autre caractéristique nommée comme un élément spécifique de la pratique du SAC est le **respect de l'intervenant par l'organisation**. Celui-ci se manifeste par la confiance et la considération dont jouissent les intervenants d'une part et par de la flexibilité que la structure permet d'autre part. Les intervenants indiquent qu'ils se voient reconnaître une crédibilité au sein de leur organisation et soulignent le soutien qu'ils reçoivent de leur équipe et de la direction de leur organisme. L'espace de liberté laissé à l'intervenant par l'organisation permet en retour un espace de liberté pour la personne suivie. Toutefois, la souplesse ne s'oppose pas à rigueur. L'enjeu ici est de trouver un équilibre entre les valeurs de l'organisation et celles de l'intervenant.

Enfin, une dernière spécificité du SAC est d'être en contact constant et direct avec **l'environnement de la personne**. La volonté des intervenants de refléter les valeurs de la société d'une part et d'appuyer la construction d'un réseau social autour de la personne suivie d'autre part n'est pas sans susciter des tensions. Les intervenants l'ont exprimé en indiquant qu'ils devaient naviguer 1) entre la responsabilisation de la personne et la sensibilisation de l'entourage, 2) entre les valeurs de la personne suivie et celles de son entourage et 3) entre leurs attentes et celles du client quant aux comportements sociaux.

En guise de conclusion, rapportons un extrait des comptes rendus d'ateliers où l'on définissait la spécificité du Suivi alternatif communautaire comme « *une souplesse structurée et créative dans une qualité de relation d'aide volontaire* ».

Conclusion

Cette étude sur les principales dimensions de la pratique de suivi alternatif communautaire se voulait essentiellement descriptive. Si nous ne pouvons, suite à cette étude, porter un jugement sur les effets de cette pratique, nous sommes toutefois en mesure de nommer cette pratique, d'en décrire ses principales caractéristiques et particularités. Nous ne reviendrons pas en conclusion sur l'ensemble des dimensions, mais nous nous concentrerons sur les principales spécificités du suivi, sur ces aspects innovateurs et sur certaines réactions aux résultats de l'étude présentés lors de la journée de réflexion collective.

Tout d'abord, les entrevues auprès des intervenants ont permis d'identifier les deux principaux buts du SAC soit le mieux-être de la personne suivie ainsi que le développement et le maintien d'une relation de qualité entre l'intervenant et la personne suivie. Effectivement, une place importante est accordée à la construction de cette relation basée sur l'égalité et le respect mutuel. Au-delà de la demande du client, des objectifs du suivi et des attentes de l'intervenant, l'éthique guide l'expression de cette pratique.

La pratique du SAC se distingue par la nature des interventions et leur application. De part son lieu d'exercice (milieu de vie de l'individu) et ses modalités (régulier et long terme), le SAC permet aux intervenants d'être témoin du quotidien de la personne suivie pour ainsi lui apporter un soutien dans son cheminement de vie. Ce soutien se traduit entre autres par de l'accompagnement ponctuel et des démarches spécifiques. De plus, le suivi se veut un espace et du temps pour l'expression et l'expérimentation.

Cette pratique constructive met l'accent sur les forces et les réussites de la personne suivie et l'aide à composer avec sa souffrance et sa fragilité. Un point central du suivi est la confirmation des droits de la personne. Les intervenants jouent un rôle d'éveilleur à l'égard de la personne. Ceux-ci participent également à la construction d'un sens à la vie. Le « ici et maintenant » est au cœur de l'intervention. De plus, la personne suivie et son intervenant travaillent à l'élaboration d'un scénario de vie. Finalement, ce suivi dans la communauté amène l'intervenant à jouer un rôle tantôt de courtier et tantôt d'intercesseur. Les intervenants se perçoivent comme un pont reliant la personne suivie à la communauté. Le SAC est une pratique créative et en mouvement qui permet une liberté d'intervention, et ce, dans une intelligence et une éthique visant le mieux-être de la personne suivie.

Le SAC est un suivi volontaire dans la communauté. Cette pratique s'exerce selon des modalités variables et flexibles. Le suivi est adapté à chaque personne. Ces modalités sont déterminées essentiellement par la demande et les besoins de la personne suivie. Cette dernière est au cœur du SAC.

La pratique du SAC se présente comme un ensemble de savoir-faire et savoir-être flexibles permettant à la personne suivie de cheminer dans un contexte constructif, rassurant et respectueux.

Nous avons pu constater que le SAC se déroule dans un contexte que l'on a tenté de rendre le plus humain possible, tant sur le plan de sa gestion que sur le plan de l'intervention. Il semblerait que la flexibilité des structures soit un élément clé permettant l'adaptabilité des processus cliniques. Dans un contexte où les services dans le domaine de la santé et des services sociaux sont soumis à des normes souvent qualifiées de bureaucratiques et où ceux-ci sont évalués en termes d'efficacité et de rentabilité, la pratique du SAC se présente comme une réponse alternative.

L'ensemble des résultats de cette étude a été présenté aux membres du ROSAC lors d'une journée de réflexion et a suscité de nombreuses réactions qui témoignent du dynamisme de ce milieu ainsi que de son souci pour un mieux-être des individus et pour l'amélioration de la qualité des services offerts. Certaines caractéristiques sociodémographiques de la clientèle ont attiré l'attention des participants, soit le faible pourcentage d'hommes et de jeunes parmi leur clientèle. Plusieurs hypothèses furent proposées par les participants et des suggestions furent formulées pour que les organismes répondent mieux aux besoins des hommes et des jeunes. Les intervenants se disent particulièrement sensibles à la nécessité de rendre des services à ce dernier groupe. Des suggestions sont formulées telles que consacrer plus d'efforts à les rejoindre, axer le suivi sur des démarches concrètes, offrir du suivi à court et moyen terme et faire participer la famille.

Les participants ont également réagi aux données concernant les sources de revenu et le statut occupationnel des personnes suivies, ce qui les a incités à souhaiter mettre davantage l'accent sur la participation des personnes à des activités leur permettant de recouvrer un statut et un sentiment d'utilité sociale. Ils ont également réagi au pourcentage de personnes ayant une médication prescrite pour problème de santé mentale (92 %), ainsi qu'au fait que la moitié souffre aussi d'un problème de santé physique. La durée optimale du suivi fut également au cœur du débat dans presque tous les groupes de discussion.

Parmi les caractéristiques du suivi, la plus ou moins grande collaboration avec d'autres acteurs a été celle qui a été la plus commentée. Les remarques émises portent d'une part sur la fréquence de collaboration selon le type des acteurs impliqués et d'autre part sur les caractéristiques des personnes qui collaborent. Ces résultats ont suscité un débat plus général sur la signification et l'à propos de cette participation. Finalement, le lieu habituel de rencontre est une dernière caractéristique du suivi qui a été discutée. Certains participants furent étonnés du pourcentage de personnes suivies qui sont rencontrées à leur domicile et non pas dans des lieux publics.

Finalement, les intervenants furent appelés à identifier et nommer les principales spécificités et valeurs de la pratique du Suivi alternatif communautaire. Celles qui ont recueilli la plus large adhésion sont : le respect de la personne suivie; le respect de soi-même comme intervenant, la relation personne-intervenant, la souplesse de l'intervention, le respect de l'intervenant par l'organisation, le contact constant et direct avec l'environnement de la personne.

En conclusion, les données de l'étude mettent en évidence la grande adaptabilité, la flexibilité de la pratique du suivi alternatif communautaire et sa diversité d'application (diversité quant au type de clientèle, quant à la nature de la collaboration avec les autres acteurs, quant à la fréquence des rencontres, quant au lieu des rencontres, etc.). La pratique du SAC est une rencontre humaine de deux autonomies intelligentes et responsables.

La pratique telle que décrite pourra-t-elle survivre à la réorganisation des services de santé et des services sociaux? Le contexte organisationnel sera-t-il bouleversé au point de perdre la flexibilité et l'adaptabilité démontrées? Si l'on peut penser que la pratique clinique est corrélée avec une gestion souple qu'en sera-t-il dans un contexte de reddition de comptes et de hiérarchisation des services? Si un regroupement tient à une communauté de pratique, comment celle-ci sera-t-elle mise en péril avec les futures ententes de services?

Bibliographie

- Danunais (1992) L'entretien non-directif. Dans Gauthier, B. (Éd.). *La recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (p. 273-293). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gélinas, D. (1998) Le suivi dans le milieu de vie des personnes. *Santé Mentale au Québec*, 23(2), p. 7-12.
- Glaser, B. et A. Strauss (1967) *The Discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Goyette, G. et M. Lessard-Hébert (1987) La recherche-action, ses fonctions, ses fondements et son instrumentation, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Laperrière. A. (1997) La théorisation ancrée : Démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans Poupart et al. (Éd.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.309-340). Montréal : Gaetan Morin.
- Lavoie, L., P. Laurin et D. Marquis (1996) *La recherche-action, théorie et pratique*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Morin, A. (1992) *Recherche-action intégrale et participation coopérative*. Volume 1 : *Méthodologie et études de cas*. Volume 2 : *Théorie et rédaction du rapport*. Laval : Agence d'Arc.
- Poupart (1997) L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans Poupart et al. (Éd.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (p.173-209). Montréal : Gaetan Morin.
- Strauss, A. et J. Corbin (1990) *Basics of Qualitative Research*. Newbury Park : Sage.