

le partenaire

vol. 15, n° 2, été 2007



*Le rétablissement :
cadre théorique et savoir expérientiel*

Deuxième partie



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

le partenaire

est le bulletin de

l'Association québécoise
pour la réadaptation psychosociale



Siège social :

AQRP, 184, rue Racine, Loretteville
(Québec) G2B 1E3

Téléphone : 418 842-4004

Télécopieur : 418 842-4334

Courriel : aqrp@qc.aira.com

Internet : aqrp-sm.org

Comité de rédaction :

Benoît Côté,
Diane Harvey, Francis Guérette, Gilles Lauzon,
Hélène Provencher, Marie-Thérèse Toutant,
Michel Gilbert, Rosanne Émard, Véronique Bizier

Édition :

Diane Harvey

Conception et réalisation graphique :

www.fleurdelysee.ca

Imprimé à Québec

Révision des textes et correction des épreuves :

Judith Tremblay

ISSN 1188-1607

sommaire

2

- 3 Carnet de l'éditrice
- 3 Chronique du franc-tireur
- 4 Le récit de vie : un processus de reconstruction au service du rétablissement
- 9 Rencontre avec des défricheurs de la communication liés à la santé mentale
- 11 Le rétablissement tel que défini par le mouvement des utilisateurs de services américains...
traduction de Charles Rice autorisée par le NEC
- 15 Un voyage en Grèce avec l'AQRP sous le signe du rétablissement : de l'obsession à la libération
- 17 Chronique Nous avons lu pour vous :
 - › *Détresse psychologique en situation de crise*
 - › *Ces maux qui dérangent*
 - › *Anna et la mer*

vignette sur la une

Du haut de mon plongeon, une deuxième œuvre de Marie-Dominique Rouleau, artiste peintre de Québec et utilisatrice de services de santé mentale. Suivant plusieurs expositions et malgré ses travaux artistiques en cours, cette artiste talentueuse trouve du temps pour militer pour les intérêts de ses pairs. Plonger vers une nouvelle identité, plonger vers l'avenir, cette artiste se veut continuellement en action et ses œuvres en dégagent toujours la perspective.

Toujours sous la thématique du rétablissement, ce deuxième bulletin de notre série sur cette thématique vous propose un nouveau regard sur la communication. Raconter son histoire de vie, le processus de reconstruction de son identité, rédiger un texte d'opinions, donner un sens à son vécu, écrire peut alors devenir un outil puissant pour le rétablissement de la personne vivant avec un problème de santé mentale mais également, pour susciter l'espoir chez ses pairs et contaminer son environnement de soins à cette approche.

Luce Assad propose donc en ligne directrice un article sur l'importance du récit narratif comme outil d'intervention propice au rétablissement. En effet, par la narration de notre vécu, de nos valeurs et de nos rêves, l'expression devient ainsi un lieu de reconstruction du soi, d'exploration d'une nouvelle identité, d'un ailleurs possible. Pour partager sa passion, Madame Assad nous entretient donc de l'importance de la dimension narrative dans un processus de reconstruction du soi, des éléments théoriques qui appuient cette démarche ainsi que de ses implications pour la pratique. En complément, deux exemples de programmes et services utilisant l'écriture et l'expression comme médium d'intervention soit la Revue Mentalité et Le Pavois Éditeur. Marie-Thérèse Toutant, une représentante des proches reconnue dans le réseau, étudiant elle-même en journalisme et co-auteure du livre *Au-delà des troubles mentaux, la vie*

familiale – Regard sur la parentalité, a rencontré plusieurs personnes utilisatrices de services de santé mentale pour vous faire connaître leurs points de vue quant à ces programmes et leurs impacts dans leur rétablissement. Vous découvrirez que les réalisations littéraires sont pour celles-ci, synonymes de réalisations de soi, de valorisation, de sentiments d'utilités, de nouvelles identités et d'espoirs.

Autre exemple que la narration peut être un outil de reconstruction et de partage, découvrons avec plaisir le témoignage de Véronique Bizier, agente de recherche au Centre Fernand Seguin. Maintenant reconnue pour ses compétences professionnelles, elle accepte aujourd'hui de se dévoiler et de nous partager son histoire de vie, une histoire à la fois touchante et pleine d'espoirs, image poétique d'un processus de rétablissement. Elle se dit prête aujourd'hui à se lancer à l'assaut d'un avenir meilleur. À l'instar de Patricia E. Deegan, psychothérapeute et schizophrène, qui affirmait son droit à un avenir inconnu et incertain, rejetant ainsi la préconception d'un futur sans futur.

Au centre de ce numéro, une traduction libre de l'introduction du document *Voices of transformation : Developing recovery-based statewide consumer/survivor organisations*. Cap sur le rétablissement, une traduction libre de monsieur Charles Rice, coordonnateur de l'Association des groupes d'intervention axés sur le rétablissement en santé mentale (AGIR), un re-

groupement des organismes communautaires en santé mentale de la région de Québec. Un merci spécial à l'AGIR ainsi qu'à monsieur Daniel Fisher, directeur du NEC, de nous avoir autorisé de diffuser ce texte auprès de nos membres.

Finalement, la chronique *Nous avons lu pour vous...* présente trois nouveaux livres. En premier lieu, une critique très intéressante du récent livre *Détresse psychologique en situation de crise*. Monsieur Réjean Langlois, professeur en intervention de crise à l'Université de Montréal, partage ainsi ses réflexions critiques tout en mettant en valeur les avancées que ce livre revêt en terme de nouvelles connaissances. Des textes enrichissants pour lesquels nous remercions chaleureusement les auteurs.

Comme vous avez eu l'occasion de découvrir notre nouvelle chronique franc-tireur, cette deuxième parution offre cet espace de parole à monsieur Dominique Houle, une personne utilisatrice travaillant en recherche. Ce dernier soulève plusieurs questionnements sur l'apport de ses pairs au plan de la recherche et de la connaissance. Quelle place désirons-nous réellement donner au savoir expérientiel ? Quelle est la bonne réponse ? À vous de choisir !

Diane Harvey

3

Quelle est la bonne réponse?

Tout bonnement comme ça, je commencerais par présenter ma tâche dans ce bulletin. Vous connaissez sûrement la fameuse émission diffusée à Télé-Québec : *Les francs-tireurs*. Comme ses animateurs, je poserai des questions pour essayer d'élargir nos perspectives et notre réflexion. De plus, j'exprimerai mon opinion selon la teneur de ce numéro. La seule règle de bienséance que je dois suivre est de respecter les personnes, donc de ne pas les « attaquer ».

Ce numéro touche un thème très à la mode, soit le rétablissement. Depuis plusieurs années déjà, de nombreux chercheurs et utilisateurs de services font état de leurs découvertes face à ce mode de vie. Mais étant moi-même agent de recherche et utilisateur de services en santé mentale, il m'apparaît étrange que la très grande majorité des textes, tant scientifiques qu'autobiographiques, nous vient des États-Unis et d'autres pays anglo-saxons. Pourquoi y a-t-il si peu de recherches et de témoignages de la part de nos chercheurs et de nos utilisateurs de services au Québec? Y a-t-il un manque d'intérêt de nos élites pour encourager la recherche dans ce domaine et le développe-

ment de programmes d'intervention dans les organismes communautaires?

À moins que les efforts des divers acteurs québécois auprès de la population touchée par les problèmes relatifs à la santé mentale soient mal reconnus ou mal vendus (manque de parutions, manque de diffusion des plans d'intervention dans les groupes d'entraide, manque d'inclusion des utilisateurs de services à des colloques, par exemple...)! Avons-nous, en tant que société francophone d'Amérique du Nord, un message différent à apporter au sujet de la santé mentale et du rétablissement? Sommes-nous si distincts des Anglo-Saxons quant à la mise en place de programmes et de modèles?

Pour ma part, je considère qu'il est très louable de souligner l'apport des recherches et des découvertes internationales. Leur contenu nous permet de mieux nous situer en vue de poser un regard clair et plus critique sur l'étendue des questionnements passés et à venir. Par contre, je me demande s'il existe plus de recherches et de modèles québécois sur ce domaine d'études... Il m'apparaîtrait plaisant

et peut-être même réconfortant de savoir que des gens d'ici se penchent sur la problématique du rétablissement.

Pour ce qui est des utilisateurs de services, leur témoignage d'espoir touche. En peu de mots (et cela m'impressionnera toujours), ils arrivent à nous exprimer leur réalité par leur détermination à s'offrir un rétablissement réussi au quotidien. Le parcours du rétablissement est à la fois pavé d'embûches et de victoires. Par des gains sur les plans de la confiance en soi et de la sensibilisation au fait qu'ils sont des personnes, ces témoins démontrent de grandes capacités à s'actualiser dans leur environnement. Je trouve toujours rafraîchissant qu'on permette à des gens de s'affirmer et qu'on leur donne la chance de parler en leur nom propre. En terminant, peut-on faire une plus grande place à des témoignages pour les numéros à venir?

Dominique Houle

Utilisateur de services

Agent de recherche, projet de recherche sur le rétablissement en santé mentale, Centre de recherche Fernand Seguin

LE RÉTABLISSEMENT : UN DÉFI POUR L'INTER- VENTION

Dans le domaine de la santé mentale, les années 90, aux États-Unis, ont été celles de la décennie du rétablissement (Anthony, 2002), ce qui venait marquer un tournant important dans la manière d'aborder les problématiques de santé mentale. Traditionnellement, les services de soins qui s'adressaient aux personnes vivant des troubles psychiatriques étaient basés sur l'idée que celles-ci ne pouvaient pas se rétablir, que leur état ne pouvait que se dégrader, ou dans le meilleur des cas se maintenir, alors que la notion de rétablissement insiste sur la possibilité de mieux-être, de croissance et d'actualisation du soi.

Au Québec, ce mouvement exerce une influence qui se fait maintenant sentir au cœur de différents milieux de pratique. Sa popularité est importante, c'est un principe directeur du plan d'action en santé mentale (2005-2010) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cette nouvelle perspective est inspirante pour plusieurs acteurs du réseau de la santé. Elle invite chacun à s'interroger, à réfléchir aux fondements de son intervention, en le conviant, du coup, à remettre en question sa propre prise de position de spécialiste « connaissant » et à prendre un temps pour scruter et approfondir le regard porté sur la personne qui vit le trouble de santé mentale. Alors qu'historiquement, l'action des professionnels était orientée vers le traitement des maladies et la « réhabilitation » des patients, il est éclairant de constater (Davidson, 2006) que les choses faites pour atténuer la maladie sont différentes de celles qui multiplient les occasions pour une vie pleine de sens, et c'est précisément là qu'œuvre le rétablissement.

L'intervention se présente ainsi comme un lieu propice au service du rétablissement, mais retenons qu'il ne s'agit là que d'un aspect parmi d'autres, car certains autres aspects importants, dont les dimensions sociales, professionnelles, environnementales, mais aussi celle de l'organisation du système de soins, etc., sont aussi à considérer. Donc, plusieurs aspects complémentaires doivent être considérés, et orchestrés, comme autant de stratégies qui concourent ensemble à favoriser le rétablissement des personnes.

Définitions

Des différentes définitions du concept de rétablissement, des éléments communs peuvent être dégagés. En effet, à l'intérieur de celles-ci se recoupent les idées de reconstruction, de réorganisation du sens du soi, du rétablissement d'une nouvelle intégrité, du développement d'un nouveau sens et de nouveaux projets, de même que l'idée de transformation et de renouvellement du sens de l'existence.

Le rétablissement, c'est un processus, une manière de vivre, une attitude, une façon d'aborder les défis du quotidien. Ce n'est pas un processus parfaitement linéaire [...]. Le besoin, c'est de [...] renouveler le sens de son intégrité, de sa valeur, de ses buts, en composant avec les limites engendrées par le trouble et en les dépassant, en étant habité par l'aspiration de vivre, de travailler et d'aimer dans sa communauté, en y actualisant une contribution personnelle significative (Deegan, 1998, traduction libre).

Le rétablissement est défini comme un processus à travers lequel les personnes se reconstruisent, en améliorant, dans leur vie, leurs relations personnelles, sociales, environnementales et spirituelles. C'est un processus d'ajustement de ses attitudes, de ses sentiments, de ses perceptions et de ses buts dans la vie, c'est aussi un processus de découverte de soi, de renouvellement du soi et de transformation (Spaniol et coll., 1994, traduction libre).

Le rétablissement, c'est vivre d'une manière satisfaisante, pleine d'espoir, en contribuant à la vie de son milieu avec les limites engendrées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et de nouveaux buts dans la vie à mesure que la personne grandit au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale (Anthony, 1993, traduction libre).

L'expérience du rétablissement consiste en la transcendance des symptômes, des déficits fonctionnels et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental. Ce processus s'appuie sur des transformations se produisant dans plusieurs sphères, soit la redéfinition et l'expansion du soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir et les relations avec les autres. Ces changements contribuent à renouveler le sens de l'existence, à exercer des rôles sociaux significa-

tifs, à améliorer le bien-être et la qualité de vie de la personne (Provencher, 2002).

L'EXPRESSION DES VALEURS COMME LIEU DE RECONSTRUCTION DU SOI

La reconstruction du soi peut être abordée comme « re-définition et expansion du soi » qui...

...correspond à un soi évoluant vers une plus grande reconnaissance de ses forces et faiblesses et une plus grande complexité. Ces changements dans le rapport à soi découlent de l'expérience subjective reliée à deux processus, soit le processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental et le processus de découverte d'un nouveau soi (Provencher, 2002, 39-40).

Ce qui signifie que le « deuil » et « la découverte d'un nouveau soi » semblent ponctuer la reconstruction du soi. Une reconstruction qui donne place à une nouvelle complexité du soi (Provencher, 2002). Où l'idée de complexité fait référence à de multiples représentations cognitives du soi, comme autant de facettes indépendantes mais complémentaires du soi, qui échangent entre elles; la complexité pourrait être comprise comme un lieu où de multiples dialogues s'établissent entre différentes facettes du soi (nous y reviendrons).

D'abord, le processus du deuil semble se diviser en deux phases. La première moitié est comprise comme étant celle du choc, du déni, de la dépression, de la colère à l'égard de la présence du trouble; la personne interprète son état, avant et après, en terme de pertes. La seconde phase du deuil, c'est une mise à distance graduelle de « l'ancien soi » pour laisser place à l'émergence d'un éventuel « futur soi » et d'ainsi « transformer les pertes en possibilités », et alors, la personne accordera « une plus grande importance à qui « elle veut être » plutôt qu'à « celle qu'elle n'est plus » (Provencher, 2002, 40). À même ce processus, alors que l'espoir semble caractériser surtout la seconde phase du processus de deuil, il semble que des valeurs, elles, se trouvent déjà là dès la première étape. Comme si des valeurs étaient associées au sens même de la vie, et que, déjà à travers le choc, la négation, la dépression, la colère qui caractérisent la première phase du deuil, déjà là, des valeurs sont à l'œuvre. Les valeurs qui s'expriment dans cette colère justifiée, c'est comme la vie elle-même qui résonne. C'est un potentiel en devenir

qui veut vivre, qui dit d'abord « non » aux limites anticipées (d'ailleurs, c'est à partir de cette vie qui crie que la reconstruction naîtra), mais elle devra passer par une acceptation empreinte d'espoir qui semble caractériser davantage la deuxième phase du deuil et conduira vers une nouvelle redéfinition du soi. Comme l'écrit Deegan (1988), « il s'agit du paradoxe du rétablissement, c'est-à-dire qu'en acceptant ce que nous ne pouvons être ou faire, nous commençons à découvrir qui nous pouvons être et qu'est-ce que nous pouvons faire » (Deegan, 1988, 56, traduction libre).

comme un processus de vie (« Recovery appeared to be experienced as a developmental process », Spaniol et coll., 2005), en mouvement dans le temps et l'espace, qui à la base est vrillé par des valeurs, lesquelles sans cesse œuvrent à la reconstruction, des valeurs qui sont celles de la vie elle-même. De la vie qui est tantôt tempête, accalmie, puis nouvelles germinations.

Métaphoriquement, c'est comme un arbre qui, après le passage d'une tornade (et cessant de contempler le ravage de ses branches mortes jonchant le sol!), commence à

perspective semble toute désignée pour aborder le concept de rétablissement en santé mentale, celui de reconstruction du soi.

Par exemple, retenons l'autobiographie de Sherr Klein (1997), intitulée *Slow Dance*, qui met en relief les changements de valeurs qu'a entraînés son grave accident vasculaire cérébral. Ainsi écrit-elle :

Avant mon accident, je croyais à tort que le féminisme signifiait « indépendance », le corollaire tacite était bien sûr que la déficience (et le vieillissement) entraînait la déplorable dépendance envers autrui. J'ai toutefois compris que demander de l'aide d'autrui peut représenter une source d'intimité et de collaboration pour ces gens. Que je leur demande de l'aide en mon nom ou au nom de la communauté de la personne handicapée, je leur offre l'occasion de démontrer leur pleine humanité (Sherr, 1997, 356).

C'est vers une nouvelle appropriation du sens du soi, du rapport aux autres et à la vie en général que le processus de reconstruction conduit, par l'intermédiaire des récits narratifs.

Aussi, en psychologie, plusieurs auteurs (Barker, 2001, 2003; Dimaggio et coll., 2003; Hermans, 1999; Lysaker et Buck, 2006; Roe et Davidson, 2005) s'entendent pour reconnaître la pertinence de s'intéresser aux récits narratifs, c'est-à-dire aux récits de vie des personnes qui vivent ou ont vécues divers troubles de santé mentale, pour favoriser une reconstruction du soi. Comme le précisent Roe et Davidson : « les processus pour redevenir maître de son histoire de vie sont actuellement des composantes intégrales du processus de rétablissement » (Roe et Davidson, 2005, 89, traduction libre).

Ces auteurs illustrent comment jadis « la » manière de voir les personnes souffrant de schizophrénie, entre autres, faisait en sorte d'éliminer toutes considérations vis-à-vis les ressources de ces dernières. Le regard étroit et limité porté sur elles les présentait comme suspectes, incapables, et ce faisant, il cautionnait des pratiques à leur égard sans respect pour leur humanité, des pratiques où le regard borné créait des préconceptions, qui à leur tour limitaient les possibilités mêmes de compréhensions nouvelles. Mais heureusement, nous assistons maintenant à un virage à l'égard de cette ancienne manière dominante de voir, une ouverture s'est faite : une place est donnée à l'éducation; la parole des personnes vivant les troubles est entendue, écoutée et considérée; une reconnaissance nouvelle émerge, etc.

« Métaphoriquement, c'est comme un arbre qui, après le passage d'une tornade, commence à cicatriser les blessures ouvertes de son tronc et mobilise aussi sa sève vers la création de nouveaux bourgeons, de nouvelles feuilles, de nouvelles branches, pour finalement se composer une toute nouvelle silhouette. C'est le processus de la vie à l'œuvre. »

Concernant le processus spécifique de découverte d'un nouveau soi, Davidson et Strauss (1992) ont dégagé quatre phases : découvrir l'existence d'un possible sens du soi plus actif que celui expérimenté depuis l'apparition du trouble; tenir compte des forces et des faiblesses du soi et envisager des possibilités de changement; mettre en action certaines composantes de la découverte du nouveau soi, en intégrant les résultats de ces actions en un nouveau sens du soi; employer ce nouveau sens du soi comme refuge, comme distanciation du trouble, en se créant de nouvelles capacités à composer avec la complexité du monde.

Bref, des valeurs dans la reconstruction du soi semblent être porteuses d'éléments de vie, de qualités proprement humaines, un potentiel de ressources personnelles, au service du mouvement de reconstruction. Comme si ces qualités portaient déjà l'orientation qui affirme que la vie est « valable », qu'elle est « à valoriser ». Ainsi, la reconstruction est un processus de « valorisation », en ce sens qu'elle peut précisément être comprise comme un mouvement qui donne une prise à la valeur de la vie de la personne. Cette idée implique que les valeurs sont présentes tout au long du processus de reconstruction, c'est-à-dire tout au long aussi du processus de rétablissement, puisque la reconstruction avance au fur et à mesure du rétablissement, en s'actualisant autrement, nouvellement.

La reconstruction du soi peut ainsi conduire à concevoir le processus du rétablissement

cicatriser les blessures ouvertes de son tronc et mobilise aussi sa sève vers la création de nouveaux bourgeons, de nouvelles feuilles, de nouvelles branches, pour finalement se composer une toute nouvelle silhouette. C'est le processus de la vie à l'œuvre. Alors, une des questions à poser, c'est de se demander comment favoriser la libre expression de la vie, au cœur d'un sentiment de dévastation chez des êtres conscients, souffrants et un peu perdus parce qu'éloignés de leur référent intérieur connu. La littérature sur le rétablissement nous y initie, notamment par le biais de l'idée de processus (Young et Ensing, 1999; Spaniol, Wewiorski, Gagne et Anthony, 2002).

LA DIMENSION NARRATIVE AU SERVICE DE CETTE RECONSTRUCTION

L'approche narrative est déjà importante dans diverses disciplines, telles l'histoire, la philosophie, l'éducation, la littérature, etc. En éducation morale notamment, elle est une avenue riche, adoptée par plusieurs auteurs (Morris, 2002; Keen et Valley-Fox, 1989; Tappan et Brown, 1991, 1996; Frank, 1995) qui affirment que « l'éducation doit aider l'élève à transformer la matière première de ses expériences en une histoire cohérente » (Keen, 1970, 1971). Où la narration de soi y est comprise comme « le tremplin de la conscience et d'une identité naissantes » (Morris, 2002, 139). Et selon les contextes, dit encore Morris, formuler une histoire permet de passer de la victimisation à l'action. C'est pourquoi cette

Donner un espace aux récits narratifs et les considérer comme partenaires du processus, c'est déjà situer différemment la participation de la personne à son rétablissement, et oser croire, aussi, que celle-ci peut créer du sens avec son expérience, si dévastatrice soit-elle. Une des prémisses à l'actualisation d'une telle démarche, c'est de considérer les récits narratifs comme étant continuellement en train de se réécrire, et comme tout processus vital, comme pouvant être modifiés (Dimaggio et coll., 2003). Bref, cette perspective suggère que les expériences des personnes et les récits narratifs de celles-ci sont un premier pas important pour comprendre comment, de ces discours, se dégage du sens : le sens de leur propre vie (« an active creation of meaning »). C'est qu'un nouveau « sens » du soi peut émerger des récits narratifs, et retenons que lorsqu'il est question d'un « sens » du soi pour aujourd'hui, c'est de valeurs dont il s'agit : valeur de la vie de la personne, nouveau « sens » à valoriser, c'est-à-dire que le sens de la nouvelle identité, ou de la nouvelle construction du soi, s'actualise grâce à des valeurs.

Métaphoriquement, le tumulte d'une désorganisation peut être vécu par la personne comme si le tricot de son histoire de vie qui construit sa complexité par le biais de diverses couleurs, divers motifs,

brève exploration de cette idée, notamment à travers la perspective présentée par Lysaker et Lysaker (2005), parce qu'elle offre une compréhension nouvelle pour aborder la complexité du mouvement articulé par le « soi » lors de récits narratifs.

Ainsi, Lysaker et Lysaker écrivent :

[...] il est crucial de préciser que notre propos ne prétend pas seulement que le « soi » utilise la narration pour synthétiser sa vie, et que cette narration implique des dialogues entre différents aspects de la vie. Ceci se produit sans contredit, et nous tenterons d'expliquer pourquoi et comment. Mais notre prétention va cependant bien plus loin que ça. C'est, qu'à la base, le « soi » qui s'assemble et se révèle à travers la narration, ce « soi », cet être est, lui-même, dialogique. Nous insistons, selon nous, le « soi » est d'abord dialogique, en lui-même, et de ce fait un phénomène multiple de lui-même, et non pas simplement à travers ses représentations du soi (Lysaker et Lysaker, 2005, 1-2, traduction libre).

Ces auteurs précisent qu'une théorie dialogique du soi s'intéresse à la complexité du soi, ce qui déjà est intéressant puisque selon Woolfolk (1999), « des personnes ayant

Selon les moments, les arrangements des différentes positions du soi changent : une hiérarchie se modifie. Bakhtin (1985) soutient l'idée que l'être humain pourrait être défini comme « a polyphonic being ». Hermans (1996) soutient pour sa part que c'est précisément le mouvement continu entre ces positions disparates qui dégage un « sens » du soi. Outre ces différentes « positions du soi », dites positions de premier ordre, qui finalement s'organisent entre elles, certaines métapositions se poseraient, elles, comme issues de réflexions sur nos actes (réflexivité) pour caractériser le regard à porter sur différentes positions, par exemple, « soi-comme-ayant du succès ».

Dans la communication, le langage doit parler du soi en tant que sujet singulier, un « je », car c'est ainsi que les besoins de la personne peuvent être énoncés clairement, et comme des rôles sociaux encadrent ce « je », c'est à travers lui qu'ils deviendront effectifs. Lysaker et Lysaker (2005) se sont laissés inspirer par la théorie de la communication d'Habermas qui montre qu'en acquérant des compétences de communication, nous acquérons non seulement des capacités linguistiques, mais aussi, nous actualisons différents modes du « soi », et d'autres relations, qui encouragent pour ne pas dire requièrent l'adoption d'une perspective du « je ». Aussi, selon la perspective d'Habermas, notre capacité à communiquer à partir d'un regard sur soi (communication et introspection) est à la base de la compréhension de nos histoires de vie. Cette thèse implique que nos compétences de communication rendent possible une certaine connaissance du soi, qui sert de base à nos histoires de vie (on peut comprendre la pertinence de la psychothérapie en regard des récits narratifs). Ainsi, les histoires de vie sont comprises, elles aussi, comme dialogiques, car elles prennent vie par la communication qui, elle, suppose dans son fondement une dimension dialogique. En tant que narration, une histoire de vie peut faire dialoguer différentes positions du soi, c'est comme un mouvement entre les différentes positions de premier ordre et les métapositions. Le « je » n'est pas amorphe dans une histoire de vie, il prend responsabilité de ses actions et ses croyances, passées et à venir.

On peut voir que cette théorie dialogique du soi, associée à celle d'Habermas sur la communication, se présente comme un éclairage nouveau, elle peut conduire à comprendre l'expérience des gens, et notamment des personnes vivant des troubles de santé mentale, différemment, tout en illustrant, aussi, comment l'utilisation de la communication par les récits narratifs peut être au service d'une construction ou d'une reconstruction du soi.

« Donner un espace aux récits narratifs et les considérer comme partenaires du processus, c'est déjà situer différemment la participation de la personne à son rétablissement, et oser croire, aussi, que celle-ci peut créer du sens avec son expérience, si dévastatrice soit-elle. »

divers reliefs, avait, avec l'apparition du trouble, donné le sentiment d'avoir perdu ses « broches à tricoter », et l'impression, pour la personne, que son tricot se « détricote », sans pouvoir d'accès à ses outils pour reprendre et poursuivre son histoire (son tricot). Dans ce contexte, l'actualisation de récits narratifs se présente comme un lieu propice de « reprise de possession » du fil de son histoire (de son tricot) et de ses ressources (ses broches) pour continuer.

POURQUOI LA NARRATION : QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION THÉORIQUE

Chez certains auteurs intéressés par les récits narratifs en santé mentale (Hermans, 1999; Lysaker et Lysaker, 2005), le « soi » est conceptualisé comme étant fondamentalement dialogique. Nous proposons ici une

une plus grande complexité du soi sont mieux armées contre les stressors de la vie courante » (Provencher, 2002, 42).

Selon cette théorie dialogique, le « soi » n'est pas conçu comme un « ego », tantôt conscient, tantôt inconscient, mais plutôt comme un lieu où s'articule un flux continu de dialogues entre différentes positions, très divergentes. L'être humain y est compris comme étant non pas atomisé, séparé, mais plutôt continuellement en interaction, où « l'être » et « l'être avec les autres » semblent tissés ensemble, puisque le développement du soi s'effectue en adoptant, par divers apprentissages, toutes sortes de nouvelles positions : soi-comme-frère, soi-comme-écologiste, soi-comme-anxieux, etc. C'est l'idée de positions multiples du soi. Un dialogue interne s'établit pour présenter une certaine « cohérence du soi ».

Comme la schizophrénie a souvent été traitée par des images de dévastation, de cataclysme personnel, de perte, de vide, etc. (Lysaker et Lysaker, 2005), elle est comprise comme une modification de la conception du soi qui est associée à celle d'une expérience altérée du monde. Comme si quelque chose était arrivé qui fait que les

du soi endormies). Dans le même sens, Dimaggio et coll. (2003) insistent sur l'importance des émotions, disant que sans accès conscient à ses émotions, la personne n'a pas en sa possession les éléments pour assigner la bonne représentation linguistique à ce qui se passe. Et elle serait incapable, du coup, d'agir

aspects de sa vie, question de dégager un sens du soi. Ainsi, plutôt que de laisser la capacité à se raconter de la personne être déjouée par l'apparition du trouble liée à des histoires de honte, de passivité et de besoin, l'orientation est d'actualiser un processus à travers lequel ces histoires peuvent être sauvées par l'identification et l'intégration de certains aspects du soi préservés ou non affectés par le trouble. Le récit narratif est alors compris comme un lieu de reconstruction d'un sens du soi incluant l'expérience de la personne tant avant qu'après l'apparition du trouble; c'est une occasion pour la personne souffrante de reconquérir un sens d'appartenance à sa propre histoire, à sa propre vie (Roe et Davidson, 2005).

Certains auteurs (Lysaker et Buck, 2006) ont créé une échelle pour aider à identifier la progression manifeste des récits narratifs en psychothérapie. Cette échelle comprend quatre sous-catégories : la conception du trouble, le rapport aux autres, le pouvoir d'influence du soi et l'estime sociale du soi.

D'autres (Dimaggio et coll., 2003) ont insisté sur cinq aspects : l'accès aux états intérieurs de la personne (la dimension affective), l'habileté à décrire les caractères des autres en terme psychologique, la richesse des thèmes abordés, la dimension dialogique à l'œuvre entre les personnes par l'expression de l'interaction tant verbale que comportementale entre eux et le détail descriptif des expériences. Lysaker et Buck (2006) précisent que la psychothérapie orientée vers le rétablissement doit se construire à travers un dialogue non hiérarchique et que le thérapeute ne doit pas suppléer à l'absence de récit. Au contraire, il doit seulement assister la personne pour qu'elle crée son propre récit. Comme l'orientation n'est plus de maintenir ou de stabiliser l'état de la personne, l'intervention est différente parce que le thérapeute est moins habité par une tendance à vouloir empêcher la personne de faire ceci ou d'envisager cela. Question de prévenir une désorganisation? Non, il doit simplement accompagner.

Le récit narratif peut aussi prendre la forme d'un récit écrit relatant sa propre vie, en y intégrant tout ce qui peut concourir à une réappropriation, à une récréation continue intégrant le avant, le pendant et le après l'apparition du trouble; c'est le récit de vie, un récit autobiographique.

Aussi, comme autre avenue d'intervention, nous proposons d'explorer l'idée d'utiliser des œuvres littéraires comme « moyen » pour aider des personnes en processus de rétablissement à communiquer avec elles-mêmes par l'intermédiaire des valeurs exprimées à travers la littérature. Car comme

« Le récit narratif est alors compris comme un lieu de reconstruction d'un sens du soi incluant l'expérience de la personne tant avant qu'après l'apparition du troubles; c'est une occasion pour la personne souffrante de reconquérir un sens d'appartenance à sa propre histoire, à sa propre vie. »

différentes positions du soi ne répondent plus adéquatement à l'expérience, quelque chose qui fait que les différentes positions, et leurs voix, ne soient plus ordonnées de manière à respecter les organisations habituelles propres aux différentes positions du soi. La structure dialogique peut se désintégrer, nous laissant voir que le « capitaine » semble ne plus être à bord. Cette modification se présente comme si toutes sortes de positions du soi faisaient surface, mais sans interaction organisée entre elles. On peut comprendre comment un sentiment d'étrangeté peut alors habiter la personne, car une telle désorganisation peut compromettre le sens du soi. Aussi, comment l'expérience du quotidien peut être difficile à vivre, en ce sens que dans un contexte concret usuel, comme par exemple « aller à l'épicerie », habituellement toute une gamme de « positions du soi » s'organisent pour être « adaptée » à ce contexte social, mais lorsque cette organisation habituelle des « positions du soi » n'est pas là, mais que la personne est plutôt dérangée par toutes sortes d'autres positions incoordonnées et inadaptées par rapport aux exigences du contexte, ça peut devenir très complexe de « seulement » faire l'épicerie...

Comme autre effet du trouble sur la personne, l'affect aplati semble associé à l'absence de direction dans la vie (Lysaker et Lysaker, 2005), et à cet égard, les auteurs précisent que, dénuée d'affect, c'est-à-dire sans l'animation de la puissance affective, l'activité interactive et dialogique du soi semble cesser. Comme si en l'absence de l'affect, c'est la vie elle-même qui devenait amorphe, empêchant la possibilité de dialogues entre les différentes positions du soi, tant à l'intérieur du sujet qu'à l'extérieur, avec les autres (comme si un manque d'orientation et de but rendait les différentes positions

en concordance avec ses désirs, puis-que ce sont les émotions qui donnent de tels indices, informant la personne de la concordance entre ses plans et son action réelle dans le monde.

Ce détour, par la théorie dialogique et celle de la communication, permet d'effleurer la complexité du « soi », qui peut offrir un éclairage nouveau qui saura aider l'intervention, entre autres en offrant une nouvelle compréhension du vécu de la personne dont les troubles affectent le « sens » du soi. Le sens étant compris comme une saisie « centrée » du « qui je suis », de « ma valeur » et de mon « identité ». Après le passage dévastateur du trouble, une reconstruction du soi est nécessaire, et il semble que la communication, grâce aux récits narratifs, puisse favoriser un nouveau contact avec le fil de son histoire de vie, en y dégageant un sens du « soi » renouvelé. La reconstruction semble donner place à de nouveaux dialogues, à de nouvelles hiérarchies entre les différentes positions du soi, à de nouvelles organisations qui incluent des positions du « soi » d'avant et d'après la présence du trouble.

LES IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Le récit narratif se présente comme une avenue au service du rétablissement parce qu'il permet à la personne de rassembler ses diverses expériences et de commencer à en dégager un sens nouveau.

Plusieurs auteurs considèrent l'accompagnement en psychothérapie comme un lieu privilégié pour créer un espace propice à l'émergence de récits narratifs, en permettant à la personne accompagnée de se relier, à travers ce contexte dialogique, à certains

le suggère Morris (2002), des histoires substantielles provenant de sources extérieures peuvent favoriser l'émergence progressive de l'appropriation de sa propre histoire. Dans le même sens, Martha Nussbaum (1986) écrit que lorsque nous pénétrons au cœur du récit des grandes œuvres littéraires, les interprètes que nous devenons sont poussés à agir de manière similaire. Finalement, ces idées suggèrent que les récits se présentent comme un complément éclairant pour s'ouvrir, autrement, à la complexité de la vie.

Conséquemment, il serait intéressant d'envisager l'utilisation de récits publiés sur la maladie et la déficience, car ceux-ci peuvent servir de « modèles permettant de reconquérir le moi » (Frank, 1995, 70), mais aussi d'autres types d'œuvres, des odyssées, des romans, des tragédies. Des œuvres « avec de la substance » qui nécessairement devraient être porteuses de sens, et favoriser l'ouverture à de nouvelles prises de conscience de soi, des autres, du monde; des œuvres habitées par de grands sentiments humains, à l'image de la complexité de la vie, de ses tiraillements, de ses grandeurs, de ses misères.

L'actualisation de l'individu dans la pratique peut prendre la forme de divers ateliers interactifs, comme l'on en retrouve déjà dans divers organismes communautaires, auxquels des personnes intéressées s'inscrivent préalablement. Celles-ci se rencontrent une première fois avec l'intervenant, pour décider de certaines modalités de l'atelier (même livre, livres différents, parties du livre, tout le livre, quel(s) livre(s), etc.) et s'entendent sur les lectures à faire pour chaque semaine. Dans un premier temps, un ouvrage comportant des petites nouvelles peut être stimulant, en offrant plusieurs alternatives, sans être trop exigeant. Idéalement, ces ouvrages sont présélectionnés. Puis, lors du premier atelier, après s'être penché sur les objectifs généraux de la démarche, et que chacun ait nommé ses attentes face à l'atelier, des discussions sont orchestrées, tantôt en petits groupes, tantôt en dyade ou en grand groupe. Et, pour chaque semaine, outre les échanges entre les personnes, toutes sortes de déclencheurs différents sont prévus (accueillir un auteur, faire une mise en scène théâtrale d'extraits de livres, visionner un court-métrage, utiliser des techniques d'expression en arts visuels (fusain, terre, gouache) pour exprimer les sentiments éprouvés, écrire soi-même

un petit conte (seul, en dyade)...). Chaque atelier doit permettre une prise de parole à l'égard des valeurs perçues, des sentiments éprouvés, des changements observés, des questions que les textes soulèvent... Des évaluations systématiques prennent place à la fin de chaque rencontre.

Une des prémisses qui sous-tend la réalisation d'ateliers prônant l'approche narrative, c'est de penser que les dimensions symbolique, métaphorique, créative et représentative sont à l'œuvre lorsque la sensibilité d'un lecteur est touchée par le sens d'un récit. Et de concevoir que par ce « contact », un certain « sens » du soi s'élabore chez le lecteur, c'est-à-dire que de cette interrelation, porteuse de valeurs, l'humanité de l'être peut grandir, guérir, changer (Salomé, 1993).

Il va sans dire qu'une multitude d'autres avenues permettent d'actualiser des récits narratifs tout en œuvrant à la reconstruction du soi. Retenons l'utilisation du journal personnel, les groupes d'entraide (Mead, 2006), les conférences de type « témoignage », la publication de récits de vie... Ou, tout simplement, l'écoute et la considération d'amis, de proches...

BIBLIOGRAPHIE

ANTHONY, W. A., 2000, A Recovery-oriented Service System : Setting Some System Levels Standards, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 159-168.

ANTHONY, W. A., 2002, Pour un système de santé axé sur le rétablissement : Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services, *Santé mentale au Québec*, 27, 1, 102-113.

ANTHONY, W. A., 1993, Recovery from Mental Illness : The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 4, 9-23.

ARENDT, H., 1972, *La crise de la culture*, Gallimard, Paris.

BAKHTIN, M., 1985 (1921), *Problems of Dostoyevsky Poetics*, Translated by C. Emerson, University of Minnesota Press, Minneapolis.

BARKER, P., 2003, The Tidal Model : Psychiatric Colonization, Recovery and the Paradigm Shift in Mental Health Care, *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 96-102.

BARKER, P., 2001, The Tidal Model : Developing an Empowering, Person-centered Approach to Recovery within Psychiatric and Mental Health Nursing, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 233-240.

BLAIS, M., 1980, *L'échelle des valeurs humaines*, Fides, Montréal.

BORGMAN, A., 1992, *Crossing the Postmodern Divide*, University of Chicago Press, Chicago.

CANTO-SPERBER, M., 2001, *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, PUF, Paris.

DAVIDSON, L., O'CONNELL, M., TONDORA, J., STYRON, T., KANGAS, K., 2006, The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation, *Psychiatric Services*, 57, 5, 640-645.

DAVIDSON, L., STRAUSS, J. S., 1992, Sense of Self in Recovery from Severe Mental Illness, *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.

DEEGAN, P., 1988, Recovery : the Lived Experience of Rehabilitation, *Psychological Rehabilitation Journal*, 11, 4, 11-19.

DILLENS, A.-M., 2003, *Le pluralisme des valeurs, entre particulier et universel*, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles.

DIMAGGIO, G., SALVATORE, G., AZZARA, C., CATANIA, D., SEMERARI, A., HERMANS, H. JM 2003, Dialogical Relationships in Impoverished Narratives : From Theory to Clinical Practice, *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 76, 385-409.

FRANK, A., 1995, *The Wounded Storyteller : Body, Illness and Ethics*, The University of Chicago Press, Chicago.

GRAND' MAISON, J., 1998, *Au nom de la conscience, une volée de bois vert*, Fides, Montréal.

GRAND' MAISON, J., 2000, *Quand le jugement fout le camp*, Fides, Montréal.

GRAND' MAISON, J., 2003, *Questions inédites sur le Québec contemporain*, Fides, Montréal.

HERMANS, H. J. M., 1996, Voicing the Self : From Information Processing to Dialogical Interchange, *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.

HERMANS, H. J. M., 1999, Self-Narrative as Meaning Construction : The Dynamics of Self-investigation, *Journal of Clinical Psychology*, 55, 10, 1193-1211.

KEEN, S., 1970, *To a Dancing God*, Harper et Row, New York.

KEEN, S., VALLEY-FOX, A., 1989, *Your Mythic Journey : Finding Meaning in your Life Through Writing and Storytelling*, Jeremy P. Tarcher, New York.

KERLAN, A., 2003, *Philosophie pour l'éducation*, ESF, Paris.

KLEIN, B. S., 1997, *Slow Dance : A Story of Stroke, Love and Disability*, Knopf Canada, Toronto.

LYSAKER, P., BUCK, K., 2006, Moving Toward Recovery within Clients' Personal Narratives : Directions for a Recovery-focused Therapy, *Journal of Psychosocial Nursing*, 44, 1, 29-35.

LYSAKER, P., BUCK, K., 2006, Narratives Enrichment in the Psychotherapy for Persons with Schizophrenia : a Single Case Study, *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 233-247.

LYSAKER, J., LYSAKER, P., 2005, Being Interrupted : the Self and Schizophrenia, *The Journal of Speculative Philosophy*, 19, 1, 1-40.

MEAD, S., Peer Support : A Narrative Approach, à partir de l'adresse suivante : www.mentalhealthpeers.com/

MORIN, L., NAUD, A., 1978, *L'esquive : l'école et les valeurs*, Conseil supérieur de l'éducation, Québec.

MORRIS, R., 2002, L'approche narrative, dans Bouchard, N., éd., *Pour un renouvellement des pratiques en éducation morale*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 137-170.

NUSSBAUM, M., 1996, *The Fragility of Goodness : Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy*, Cambridge University Press, New York.

NUSSBAUM, M., 2000, *Women and Human Development : The Capabilities Approach*, Cambridge University Press, New York.

PROVENCHER, H. L., 2002, L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec*, 27, 1, 35-64.

PROVENCHER, H. L., 2006 (sous presse), *Le rétablissement : un nouveau modèle en santé mentale*, Santé mentale, France, 106, 59-65.

REBOUL, O. (2^e édition), 1981, *Philosophie de l'éducation*, PUF, Paris.

ROE, D., DAVIDSON, L., 2005, Self Narrative in Schizophrenia : Time to Author a New Story, Medical Humanities, 31, 89-94.

ROY-BUREAU, L., GENDRON, C., Narration et dialogue pour éduquer en morale. À partir de l'adresse suivante : www.inrp.fr/Access/Biennale/5biennale/Contrib/Long/L350.htm

SALOMÉ, J., 1993, Contes à guérir, contes à grandir, Albin Michel, Paris.

SPANIOL, L. et coll., 1994, The Recovery Workbook: Practical Coping and Empowerment Strategies for

People with Psychiatric Disability. Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent, College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University, Boston.

SPANIOL, L., WEWIORSKI, N. J., GAGNE, C. et W. A. A., 2005, The Process of Recovery from Schizophrenia, dans Davidson, L., Harding, C., Spaniol, L. (eds), Recovery from Severe Mental Illness : Research Evidence and Implications for Practice, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University, Boston.

TAPPAN, L., BROWN, L., 1991, Stories Told and Lessons Learned : Toward a Narrative Approach to Moral

Development and Moral Education in .Witherell, C. S., Noddings, N. (eds), Stories Lives Tell : Narrative and Dialogue in Education, Teachers College Press, New York.

TAPPAN, L., BROWN, L., 1996, Envisioning a Post-modern Pedagogy, Journal of Moral Education, 20, 101-109.

YOUNG, S. I., ENSING, D. S., 1999, Exploring Recovery from the Perspective of People with Psychiatric Disabilities, Psychiatric Rehabilitation Journal, 22, 3, 219-231.

Rencontre avec des défricheurs de la communication liée à la santé mentale

Par Marie-Thérèse Toutant, proche, étudiante en journalisme, et co-auteure du livre *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale – Regard sur la parentalité*.

En cette époque où le rétablissement représente la pierre angulaire du système de santé mentale, je vous invite à plonger au cœur de deux initiatives qui soutiennent cette vision. Tout d'abord, nous ferons la connaissance de la revue *Mentalité* et de ses rédacteurs. Par la suite, nous pénétrerons à l'intérieur de la maison d'édition Le Pavois Éditeur, un univers où le processus de l'écriture reliée à la santé mentale prend tout son sens.

LA REVUE MENTALITÉ

D'entrée de jeu, je vous présente Yves Casgrain, animateur et rédacteur en chef de la revue *Mentalité*. Il accompagne, depuis cinq ans, les 14 rédacteurs de la revue. Ces personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale participent à une mesure d'employabilité : INSO. La mission de *Mentalité* est d'appuyer le rétablissement des personnes par l'entremise de la rédaction journalistique. « Tous les sujets abordés dans la revue touchent à la santé mentale »; Monsieur Casgrain est fier d'annoncer que cette revue est la seule, à travers la francophonie, à être porteuse d'une telle mission.

L'horaire d'une semaine s'étale sur trois jours. À chaque début de journée de travail, une revue de l'actualité prend forme. Comme le souligne Yves Casgrain, « Cela est devenu une tradition à *Mentalité* ». En fait, cette approche consiste à faire le tour de la situation politique, économique et générale reliée à la santé mentale à travers les médias. Un débat s'installe entre les rédacteurs afin de choisir les sujets qui figureront dans la revue. Pour participer adéquatement à cette pratique, les intéressés lisent les journaux,

écoutent les revues de presse et se familiarisent avec l'Internet. Bref, ils redeviennent des citoyens engagés. « Je peux vous dire que les débats lèvent très rapidement. Je suis très fier de cette initiative personnelle » raconte Monsieur Casgrain. « Les gens aux prises avec des problèmes de santé mentale sont tellement ostracisés dans la vie que je me suis dit que c'est un moyen par excellence pour faire en sorte qu'ils se sentent partie prenante de la société. Qu'ils sachent qu'ils ont un mot à dire et quelque chose à apporter à la société. » D'ailleurs, cette notion de participation et de prise de pouvoir représente le but premier de la revue *Mentalité*.

Pour Julie, le travail de rédaction représente, en quelque sorte, un exutoire. « On peut se permettre d'écrire un peu de notre histoire, de nous, là-dedans. » De plus, le fait de regrouper des gens capables d'argumenter au sujet d'idées et de différents textes permet aussi de s'identifier personnellement. Cela appuie la thèse de la reconstruction du soi par l'approche narrative du récit de vie élaborée par Luce Assad : « Formuler une histoire permet de passer de la victimisation à l'action ». Comme le note Éric,

Mentalité écarte le tabou entourant la maladie mentale : « C'est pas parce qu'ils ont des problèmes de santé mentale qu'ils ne sont pas intelligents. D'ailleurs, la qualité et la valeur des articles journalistiques peuvent confondre tous les sceptiques qui associent les problèmes de santé mentale avec la déficience intellectuelle ».

Julie affirme que malgré le bagage universitaire détenu par la plupart des rédacteurs, le développement des habiletés d'écriture se déploie à travers la pratique rédactionnelle et l'entraide. Ainsi, un rédacteur possédant un baccalauréat en histoire du cinéma peut montrer la manière de critiquer un film. Julie, qui a déjà travaillé dans un laboratoire pharmaceutique, partage son expertise afin d'enrichir la pratique rédactionnelle. « Quand on écrit un texte à saveur scientifique, il n'y a pas d'émotions là-dedans. Il faut rapporter les faits ».

Outre que par la lecture de plusieurs journaux et la navigation à travers certains sites Web, les rédacteurs doivent aussi s'alimenter par la fréquentation de colloques et de conférences. De plus, les entrevues représentent un moyen efficace

Présentement, une ambiance positivement survoltée émane du groupe. Une dynamique qui permet à Julie et à Éric de s'intégrer avec confiance au sein de cette équipe rédactionnelle unique au Québec. Ces deux rédacteurs dévoilent spontanément leur engouement pour ce type de projet. Le témoignage d'Éric confirme cette assertion : « J'ai accepté de travailler pour la revue *Mentalité* parce que ce n'était pas un travail physique. C'est très rare de trouver des programmes INSO pour du travail intellectuel ».

de couvrir l'actualité en santé mentale. Comme le dit Yves Casgrain : « Ça n'a l'air de rien, une entrevue, mais mettez-vous à la place de quelqu'un qui se fait suivre par un psychiatre et tout d'un coup, vous interviewez un psychiatre. La dynamique n'est plus pareille. Beaucoup de nervosité, mais beaucoup de fierté aussi d'être allé interviewer un psychiatre et poser des questions et sentir la nervosité du psychiatre qui n'est pas habitué d'être interviewé à son tour ». Par la suite, lorsque les reporters transmettent leur expérience aux autres collègues, ces derniers désirent également tenter le coup.

En guise de conclusion, voici le message que Julie et Éric désirent transmettre à leurs pairs ainsi qu'aux décideurs : « S'il y a des gens qui ont besoin de se faire entendre,

n'existe exclusivement pour le créneau de la santé mentale, Monsieur Bussièrres affirme que « Ça donne un but à notre maison d'édition, un sens à mon œuvre ». En tant qu'éditeur et membre du Pavois, il était au courant que certaines personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale écrivaient des textes. Il voulait publier des manuscrits provenant autant de celles-ci que de gens travaillant dans le domaine de la santé mentale. La philosophie de la maison d'édition se fondait sur l'accessibilité du contenu intellectuel pour tous les lecteurs, les spécialistes sont invités à vulgariser leur matière. Les idées ne manquent pas chez Claude Bussièrres : « J'ai aussi décidé de publier des cahiers reliant des textes écrits par différents intervenants et usagers. Le but, c'est de permettre aux auteurs d'écrire tout en permettant à la population de se

projet, il ajoute : « Les gens se disent que s'ils tombent malades, ils ne seront pas abandonnés. Ça les rassure tout en leur faisant du bien ».

Pour sa part, Bernard St-Onge, bachelier en études littéraires de l'Université Laval, fait partie de la première cohorte d'auteurs dont les ouvrages ont été édités par Le Pavois Éditeur. Son cheminement représente très bien le parcours du rétablissement. Avant de fréquenter des établissements de services en santé mentale, il a expérimenté, seul, les phases successives de la maniaque-dépression. Malgré les difficultés engendrées par ce problème de santé, il n'a cessé de poursuivre son chemin. Ainsi, après un court retrait des études universitaires, il a terminé sa formation avec succès.

Puis, lors de son passage au 388, le Centre psychanalytique de traitement pour jeunes adultes psychotiques, il est devenu rédacteur du journal de la clinique. Par la suite, il entretient sa passion de l'écriture en collaborant à diverses publications communautaires. En 1995, il devient un des principaux rédacteurs du journal *La Quête*, un journal de rue appartenant à l'Archipel d'entraide, une association ayant pour mission de venir en aide aux personnes vivant des problématiques multiples. « L'écriture représente un ami à qui tu peux parler et te confier. Tu peux te confier à ton journal. Ça t'aide quand tu es fâché, ça t'aide à sortir le jus ». Journaliste phare dans son milieu, Monsieur St-Onge écrit parallèlement pour Auto-psy, une association communautaire dont la mission est de défendre les droits des personnes présentant des problèmes mentaux, ainsi que pour le Centre social de la Croix Blanche, organisme voué à la réinsertion sociale de ces mêmes personnes.

C'est d'ailleurs sa popularité qui suscite sa rencontre avec l'éditeur Claude Bussièrres. Ce dernier accepta de publier, en 2005, son manuscrit. Intitulé *Esquisse*, ce recueil de textes utilise la prose afin d'esquisser, avec imagination, un monde où le pêcheur et l'explorateur côtoient le pianiste et le funambule.

En conclusion, l'auteur persiste à démontrer que l'écriture permet de se reconstruire une identité tout en participant à l'éradication des tabous. « Quelquefois, il y a des messages qui ressemblent à de la poésie. Je construis des métaphores et je développe l'idée ». « La maladie mentale n'est pas une maladie mortelle, mais il y a beaucoup trop de préjugés qui l'entourent encore de nos jours ».

Quant à la mesure d'employabilité INSO, Éric montre quelques regrets quant à la durée du programme imposée aux rédacteurs. « J'avais espéré que ça dure plus de deux ans. Au bout de ces deux ans, je ne sais pas vers quoi je me tournerai. Ce sont deux mondes différents. Ce n'est pas facile. La barre est haute ». Comme plusieurs, Julie et Éric ont demandé une prolongation de leur contrat. Pour Julie, cette expérience d'intégration est tellement valorisante que « tu ne peux pas te *tanner* de ça ». Elle commente qu'« à tous les jours, tu es sans cesse valorisée dans ce que tu fais. C'est un grand besoin ». Elle anticipe d'ailleurs la fin de son contrat avec un peu de nervosité. Elle croit qu'il n'existe pas d'équivalent à ce type de projet sur le marché du travail. Quelques rédacteurs affichent une certaine désorganisation vers la fin de leur contrat. « Il faut comprendre cette notion quand on élabore ce genre de programme. Je ne comprends pas pourquoi ça ne dure pas plus longtemps », clame Julie. Elle ajoute : « On nous accuse d'être une charge pour la société. *Ben* là, on est utile. Les spécialistes peuvent se servir de nos textes pour mieux comprendre. Au moins, on sait que l'on sert à quelque chose ».

qu'ils le disent. Nous, on va retranscrire et ça nous fera plaisir. Pour ce qui est des politiciens, si vous voulez que nous devenions productifs, alors, implantez d'autres projets comme celui de *Mentalité* et vous allez voir qu'on va devenir productifs. Nous, qui avons des problèmes de santé mentale, aspirons à remplir pleinement notre rôle de citoyen dans la communauté. Nous n'attendons que l'occasion pour le faire ».

LE PAVOIS ÉDITEUR

En deuxième partie, je désire vous présenter deux personnes engagées dans la mission du Pavois, organisme communautaire de Québec qui soutient un programme de réadaptation dont les buts sont l'insertion sociale et l'intégration au marché du travail d'adultes vivant un problème de santé mentale. La première s'appelle Claude Bussièrres. Il est le fondateur de la maison d'édition Le Pavois Éditeur. Étant donné qu'aucune autre maison d'édition

familiariser avec l'univers entourant la santé mentale ».

Pour aider les auteurs qui désirent écrire, l'éditeur a réussi à recevoir une subvention gouvernementale. « On commence à être reconnu. Je crois qu'on a un bon matériel sous la main. Il y a du potentiel, il suffit de bien l'exploiter ». Il poursuit son message en révélant que le rétablissement consiste à permettre à une personne de retomber sur ses pieds. Claude Bussièrres confie qu'il a eu cette chance. Son changement de perception vis-à-vis de la maladie mentale provient de son expérience personnelle. Il croit au renouvellement et déclare que « Ça vaut la peine d'aller devant soi et de croire que notre vie a un sens ». Il termine en invitant les décideurs à encourager les initiatives reliées à la santé mentale. « Un peu d'argent, un peu d'aide, ça apporte tellement! C'est tellement apprécié ». Finalement, sachant que toute la société bénéficie d'un tel

Le rétablissement tel qu'il a été défini par le Mouvement des utilisateurs de services américains

Traduction de l'introduction du document *Voices of Transformation : Developing Recovery-Based Statewide Consumer/Survivor Organisations*

Par Charles Rice, AGIR en santé mentale



National Empowerment Center and the Recovery Consortium, *Voices of Transformation : Developing Recovery-Based Statewide Consumer/Survivor Organisations*, 2006 (PDF).

SAMHSA, *Consensus Statement on Mental Health Recovery*, 16 février 2006. Traduction libre, novembre 2006

CAP SUR LE RÉTABLISSEMENT : UN NOUVEAU PARADIGME EN SANTÉ MENTALE

PREMIÈREMENT, QU'EST-CE AU JUSTE QUE LE RÉTABLISSEMENT?

« Le rétablissement en santé mentale est un parcours de rémission et de transformation habilitant la personne ayant un problème de santé mentale à vivre une vie épanouie dans une communauté qu'elle a choisie tout en s'efforçant d'actualiser son plein potentiel ».

Le rétablissement consiste à choisir de vivre une vie remplie et qui en vaut la peine. Bien que certaines personnes se rétablissent complètement et ne manifestent plus aucun symptôme psychiatrique, le rétablissement ne veut pas nécessairement dire qu'elles deviennent libres de tout problème. Pour plusieurs personnes, une partie importante du rétablissement consiste à s'éloigner de l'identité du « patient psychiatrique », du « client » ou même du « consommateur », dans laquelle elles se retrouvent souvent confinées.

- › Le rétablissement signifie que je suis un participant à part entière de la communauté et que je dirige ma propre vie;
- › Le rétablissement signifie que je ne me considère plus comme un « malade

mental », mais plutôt comme un travailleur, un parent, un étudiant, un voisin, un artiste, un locataire, un amoureux et un citoyen;

- › Le rétablissement signifie que je compte principalement sur le soutien personnel et social en dehors du système de santé mentale;
- › Le rétablissement signifie que je m'adapte aux stress dans ma vie et que j'essaie de vivre la vie selon ses propres termes.

Partout au pays et dans le monde, des organismes « par et pour » ont démontré la réalité du rétablissement. Nous en sommes la preuve scientifique! Partout dans le monde, le concept du rétablissement permet de concevoir autrement les problèmes graves de santé mentale, leur traitement et les résultats attendus, et il est de plus en plus accepté et intégré dans les programmes traditionnels de santé mentale. Il n'est pas rare d'entendre des praticiens et des fonctionnaires en santé mentale parler de rétablissement. Plusieurs professionnels de la santé mentale cherchent de nouvelles façons d'interagir et d'intervenir avec ceux qui utilisent des services en santé mentale. Plusieurs cherchent des moyens pour transformer leurs programmes afin que le virage en faveur du rétablissement soit manifeste.

D'OÙ VIENT CETTE IDÉE?

L'origine de ce virage en faveur du rétablissement est à la fois étendue et profonde. Le mouvement des usagers a certainement été le catalyseur principal visant à promouvoir le rétablissement au sein du secteur de la santé mentale, puisant à même les expériences personnelles, les valeurs de justice sociale, les droits sociaux et les droits de la personne et étant fortement animé par la volonté de changer le système de santé mentale. Une autre influence a été l'émergence et la reconnaissance de l'entraide et des programmes Douze étapes, tel que celui des Alcooliques Anonymes. Ces programmes ont été l'occasion pour des personnes aux prises avec des problèmes de consommation ainsi qu'avec d'autres difficultés personnelles de se rencontrer entre

pairs qui partagent la même expérience et de s'entraider.

EST-CE QUE LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE EST LE MÊME QU'EN TOXICOMANIE?

Non. Il y a des similitudes, mais il y a aussi des différences fondamentales entre le concept de rétablissement en santé mentale et en toxicomanie.

Par exemple, une des différences essentielles tourne autour de la question du pouvoir et de l'impuissance. Une des exigences des programmes Douze étapes est de reconnaître son impuissance et de s'en remettre à une Puissance supérieure. Bien que nous reconnaissons l'importance de la spiritualité chez plusieurs personnes, le rétablissement en santé mentale met également l'accent sur le pouvoir d'agir (*empowerment*) et l'autodétermination. Il s'agit d'aider les personnes à trouver leur propre voix et de prendre en charge leur propre vie. Ceci s'appuie sur l'idée que les personnes doivent s'approprier leur pouvoir, et non le confier à d'autres. C'est là le premier pas dans une démarche de rétablissement.

Une autre différence importante est que, dans le cadre de programmes traditionnels Douze étapes, les participants sont invités à s'étiqueter en fonction de leur dépendance ou de leur problématique : « Je suis un alcoolique », « ...un toxicomane » et ainsi de suite. Dans une démarche de rétablissement en santé mentale, les personnes sont invitées à NE PAS s'identifier ni à laisser les autres les identifier, de façon à ce que le diagnostic médical soit leur caractéristique distinctive et prédominante.

Être étiqueté d'un diagnostic de maladie mentale grave entraîne souvent aussi un processus interne et externe de stigmatisation et d'oppression. Souvent, la personne ainsi étiquetée est dépeinte comme étant incapable de gérer sa vie ou de jouer un rôle quelconque dans la société.

Y A-T-IL DE LA RECHERCHE SUR LE RÉTABLISSEMENT?

Beaucoup! La masse de données anecdotiques provenant de récits de personnes s'étant rétablies a été confirmée par les résultats de recherche de Courtenay Harding et ses collègues, dans le cadre d'une étude longitudinale sur la schizophrénie. Cette recherche confirme et met en lumière les données d'autres études internationales, à savoir qu'une majorité de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie peuvent se rétablir et, dans les faits, se rétablissent.

Présentement, il y a un éventail de recherches en cours aux États-Unis, au Canada et sur la scène internationale, qui invitent à se

Le terme « transformation » a été utilisé de façon spécifique par la Commission pour bien exprimer le fait que de simples réformes au système actuel sont insuffisantes : « Il est temps de changer les fondements même du système de dispensation de services de santé mentale pour qu'ils répondent aux besoins des personnes et des familles pour lesquels ils existent ».

Le rapport final de la Commission présidentielle enjoint aux services de santé mentale d'être gérés par les consommateurs et d'être axés sur le rétablissement. Nous savons ce que cela signifie. Nous sommes au cœur de cette transformation.

Une conférence sur le rétablissement en santé mentale, tenue sous les auspices du SAMHSA

sur le rétablissement. Pour les organismes « par et pour », ils représentent notre principale raison d'être et peuvent nous aider à orienter nos programmes, notre travail de militant ainsi que nos processus décisionnels de tout ordre.

QUEL EST LE RÔLE DU MOUVEMENT DES USAGERS DANS LA TRANSFORMATION DES SERVICES EN FAVEUR DU RÉTABLISSEMENT?

Il nous appartient, de par la sagesse de notre vécu, de maintenir en vie l'esprit et le sens du rétablissement et d'influencer positivement et de manière constructive le système de santé mentale. Dans le passé, le but des services en santé mentale se limitait à gérer les symptômes de la personne et à stabiliser son état.

Par le militantisme, l'action directe et l'éducation populaire réalisée par le mouvement des usagers, ceux qui reçoivent des services en santé mentale ont des attentes de plus en plus élevées envers le système et peuvent entrevoir le rétablissement comme une possibilité. Ceux qui ont des attentes plus élevées poussent pour que le système soit à la hauteur de cette vision. Ce virage est le résultat de pressions continues sur le système pour qu'il reconnaisse le vécu et les droits des personnes, de façon à façonner les services qu'elles reçoivent.

Les orientations arrêtées par la Commission présidentielle en faveur du rétablissement et de services « par et pour » sont une occasion de créer un nouveau paradigme dans les soins de santé mentale. Il est temps de dépasser le clivage « nous » contre « eux », de s'unir, d'apprendre l'un de l'autre et de reconnaître que nous partageons une humanité commune. Il est temps de reconnaître que ce n'est pas seulement les individus recevant des services qui progressent vers le rétablissement. Le système lui-même doit également s'engager dans un processus de rétablissement, en transformant ses politiques et ses pratiques actuellement centrées sur la pathologie pour les axer sur le rétablissement, en encourageant chaque individu à s'épanouir tout en le soutenant.

Toutefois, au fur et à mesure que le concept du rétablissement prend de l'ampleur, il y a un risque que ses pratiques et ses principes soient dilués et deviennent dénués de sens. Prenons par exemple les expressions « pouvoir d'agir » et « pair aidant ».

Pour le mouvement des usagers, la première expression signifie que les personnes qui utilisent les services en santé mentale exercent des choix, contrôlent leur propre vie et assument la responsabilité des choix et des

« Être étiqueté d'un diagnostic de maladie mentale grave entraîne souvent aussi un processus interne et externe de stigmatisation et d'oppression. »

consacrer davantage à ce champ de recherche. Jean Campbell de l'Université du Missouri a réalisé depuis quelques années des études sur l'entraide entre pairs et sur les programmes et les services gérés « par et pour ». Par exemple, cette recherche multites démontre que la participation des personnes à des services gérés par les utilisateurs améliore de façon significative leur mieux-être, à la suite de leur engagement dans ces programmes.

EST-CE QUE CES IDÉES SE TRADUISENT DANS LES POLITIQUES DE SANTÉ MENTALE?

Oui. Récemment, plusieurs documents officiels et politiques appuient l'idée de la transformation du système de santé mentale en faveur d'une orientation axée sur le rétablissement. En 1999, le *Surgeon General* des États-Unis a diffusé un rapport sur la santé mentale qui reconnaît pour la première fois sur la scène nationale l'importance du rétablissement en santé mentale chez les adultes. Il affirme que « le concept du rétablissement a un impact considérable auprès des consommateurs et des familles, sur la recherche en santé mentale et la dispensation des services ».

En 2003, le rapport final de la Commission présidentielle sur la santé mentale postule que le rétablissement doit être « le résultat partagé et reconnu des services de santé mentale ». Il affirme de façon non équivoque que « l'objectif des services de santé mentale est le rétablissement ».

(*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*), a produit une déclaration commune en vue de dégager un consensus sur le rétablissement en santé mentale, dévoilée en février 2006. Plus de 110 personnes y ont participé, incluant des consommateurs, des familles, des dispensateurs de services, des militants, des chercheurs, des académiciens, des élus sur les plans local, national et autres.

La version finale de cette déclaration commune définit les dix composantes essentielles au rétablissement et doit servir de cadre de référence auprès des prestataires de services, des responsables de politiques publiques et des groupes sociaux qui souhaitent s'orienter en faveur du rétablissement. La version intégrale de cette déclaration apparaît en annexe.

LES PRINCIPALES COMPOSANTES DU RÉTABLISSEMENT EN DIX POINTS (SAMHSA AUX ÉTATS-UNIS)

- › Autodétermination
- › Individualisé et centré sur la personne
- › Pouvoir d'agir (*empowerment*)
- › Holistique
- › Non linéaire
- › Axé sur les forces
- › Entraide entre pairs
- › Respect
- › Responsabilité
- › Espoir

Ces valeurs et principes forment le socle sur lequel reposent les programmes axés

décisions qu'elles prennent. Le véritable pouvoir d'agir suppose un revirement des rapports de pouvoir dans le système traditionnel de santé mentale, de sorte que les personnes ne soient plus contraintes d'agir contre leur volonté.

Mais l'expression « pouvoir d'agir » est souvent dépouillée de son sens, quand des services de santé mentale qui prétendent vouloir favoriser le pouvoir d'agir de leurs clients conservent dans les faits la plupart des pouvoirs décisionnels. Lorsque des intervenants affirment favoriser le pouvoir d'agir ou donner du pouvoir à leurs clients, ceci révèle une incompréhension des fondements même du concept. Le pouvoir d'agir est quelque chose qui se manifeste à partir de la personne. Ce n'est pas quelque chose que l'on peut donner à quelqu'un d'autre, bien que nous puissions certainement aménager un environnement qui en facilite l'expression. Lorsque nous accompagnons les personnes pour qu'elles exercent leur pouvoir d'agir, nous les aidons à trouver leur propre voie, à prendre leurs propres décisions et à assumer leurs propres responsabilités afin qu'elles trouvent leur propre parcours vers le rétablissement.

Pareillement, l'expression « pair aidant » signifiait à l'origine des personnes qui s'entraidaient entre elles pour réaliser leurs propres buts. Les pairs aidants, qu'ils soient bénévoles ou non, étaient là pour aider la personne à définir ce qu'elle veut dans la vie et à revendiquer elle-même sa place. Les pairs aidants servaient également de modèle, démontrant qu'il est possible pour des personnes ayant

aidants font partie d'une équipe qui insiste sur l'observance du traitement comme valeur première, ils ne peuvent fournir un véritable soutien entre pairs, c'est-à-dire travailler ensemble pour réaliser des buts définis par la personne elle-même.

Aujourd'hui, alors que le système de santé mentale intègre le rétablissement dans ses programmes et ses pratiques, certaines personnes sont considérées comme pas tout à fait prêtes pour le rétablissement ou indéfiniment « en rétablissement ». À certains égards, ceci consiste simplement à désigner par de nouveaux mots une vieille réalité. « Avoir une condition « à vie » dont le mieux que l'on puisse espérer est le maintien ». Cette approche ne reconnaît pas que les personnes peuvent se rétablir; elles demeurent donc immobilisées.

Le rétablissement représente davantage que d'être dans un état de « rémission » ou de « maintien ». Il consiste à quitter le rôle de patient ou de client et à opter pour ceux plus valorisants d'étudiant, de travailleur, de parent, ainsi de suite. Ce qui veut dire être des membres actifs et participants de la communauté dans laquelle on vit.

ANNEXE

Les principales composantes du rétablissement en dix points (SAMHSA aux États-Unis)

Le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), l'agence fédérale responsable de la santé mentale aux

« Le rétablissement en santé mentale est un parcours de recouvrement et de transformation permettant à la personne ayant un problème de santé mentale de vivre une vie significative dans une communauté qu'elle a choisie, tout en s'efforçant d'actualiser son plein potentiel ».

› Autodétermination

Les consommateurs mènent, contrôlent, exercent leurs choix et déterminent leur propre chemin conduisant au rétablissement en optimisant l'autonomie, l'indépendance et le contrôle des ressources pour accéder à une vie qu'ils déterminent eux-mêmes. Par définition, le processus de rétablissement doit être dirigé par la personne elle-même, qui définit son propre projet de vie et conçoit le chemin unique qui y conduit.

› Individualisé et centré sur la personne

Il y a plusieurs chemins conduisant au rétablissement en s'appuyant sur les propres forces de l'individu, sur sa capacité de résilience autant que sur ses besoins, ses préférences, ses expériences (compréhension des traumatismes qu'il a vécus), son bagage culturel. Les personnes définissent le rétablissement comme un cheminement continu et un résultat à atteindre, un paradigme d'ensemble permettant d'accéder à un mieux-être et à une santé mentale optimale.

› Pouvoir d'agir (empowerment)

Les consommateurs ont le pouvoir de choisir parmi un éventail d'options et de participer à toute décision (y compris l'allocation de ressources) qui a une incidence sur leur vie. Ils sont formés et soutenus en ce sens. Ils ont la capacité de se joindre à d'autres consommateurs et de parler collectivement de leurs besoins, de leurs volontés, de leurs désirs et de leurs aspirations. Par l'appropriation du pouvoir (*empowerment*), la personne acquiert le contrôle de sa propre destinée, ce qui lui permet d'influencer la structure organisationnelle et sociétale dans laquelle elle vit.

› Holistique

Le rétablissement s'étend sur l'ensemble de la vie d'une personne : l'esprit, le corps, la spiritualité et la communauté. Il embrasse tous les aspects de la vie, incluant l'habitation, l'emploi, l'éducation, la santé mentale, les services de santé, les médecines douces et complémentaires, les services de toxicomanie, la recherche spirituelle, la créativité, le réseau social, la participation dans la communauté et l'aide aux familles, tels qu'ils sont déterminés par la personne. Les familles, les intervenants, les organisations, les systèmes, les communautés et la société jouent un rôle crucial en créant et en maintenant de véritables possibilités d'obtenir un soutien.

« Il est temps de reconnaître que ce n'est pas seulement les individus recevant des services qui progressent vers le rétablissement. Le système lui-même doit également s'engager dans un processus de rétablissement, en transformant ses politiques et ses pratiques actuellement centrées sur la pathologie pour les axer sur le rétablissement, en encourageant chaque individu à s'épanouir tout en le soutenant. »

eu un diagnostic de maladie mentale de s'accomplir et de vivre une vie satisfaisante.

Malheureusement, dans plusieurs programmes de santé mentale actuels, les personnes que l'on désigne en tant que « pair aidant » sont utilisées pour encourager et même imposer les buts du système plutôt que ceux de la personne. Lorsque des pairs

États-Unis, a produit un dépliant de deux pages résumant les principales composantes d'une démarche de rétablissement en dix points.

Ces éléments ont fait l'objet d'un consensus auprès d'un groupe de 110 experts provenant de différents milieux, y compris des représentants d'utilisateurs de services et de familles.

› **Non linéaire**

Le rétablissement n'est pas un processus étape par étape mais il se base sur une croissance continue, marquée par des revers occasionnels et la possibilité d'apprendre de nos expériences. Il commence par une étape initiale de sensibilisation où une personne réalise que des changements sont possibles. Cette prise de conscience lui permet d'avancer, de s'engager plus à fond dans une démarche de rétablissement.

› **Axé sur les forces**

Le rétablissement consiste à valoriser l'individu et à construire à partir de ses capacités multiples, de sa résilience, de ses talents, de ses habiletés et de sa valeur inhérente. En construisant sur ces forces, les consommateurs quittent les rôles stéréotypés dans lesquels ils sont confinés et s'engagent dans de nouveaux rôles (exemples : partenaire, aidant, ami, étudiant, employé). Le processus du rétablissement consiste à avancer en interagissant avec les autres dans le cadre de relations « soutenantes » qui reposent sur la confiance.

› **Entraide entre pairs**

L'appui mutuel (comprenant le partage de connaissances et d'habiletés d'apprentissage social acquises par l'expérience) joue un rôle inestimable dans le rétablissement. Des consommateurs encouragent d'autres consommateurs et les incitent au rétablissement, ce qui procure à chacun un sentiment d'appartenance, des relations « soutenantes » et des rôles sociaux valorisés.

› **Respect**

La communauté, les systèmes, l'acceptation sociale et l'appréciation des consommateurs, comprenant la protection de leurs droits et l'élimination de la discrimination et de la stigmatisation, sont cruciaux pour atteindre le rétablissement. S'accepter et retrouver l'estime de soi s'avère particulièrement vital. Le respect assure l'inclusion et la participation active de la personne dans tous les aspects de sa vie.

› **Responsabilité**

Les consommateurs doivent s'occuper d'eux-mêmes et assumer leur propre

responsabilité face à leur cheminement vers le rétablissement. Entreprendre des démarches afin de réaliser leur but peut demander beaucoup de courage. Il leur faut s'efforcer de comprendre leur expérience et de lui donner un sens. Ils ont à identifier les stratégies leur permettant de composer avec la réalité ainsi que le processus de guérison qui favorise leur mieux-être.

› **Espoir**

Le rétablissement fournit le message essentiel et motivant pour des lendemains meilleurs : Que les personnes peuvent surmonter les barrières et les obstacles qu'elles doivent affronter. L'espoir est une qualité intériorisée, mais il peut aussi être stimulé et alimenté par les pairs, les familles, les amis, les intervenants et d'autres. L'espoir est le catalyseur d'une démarche de rétablissement.

À surveiller...

Deux numéros spéciaux

Automne – Hiver, 2007 – 2008

Dossier :

Santé mentale et Toxicomanie

Une douzaine d'articles proposés par
les experts du Québec en la matière!



Un voyage en Grèce avec l'AQRP

sous le signe du rétablissement : de l'obsession à la libération



Il y a des gens qui se sentent condamnés et d'autres qui se conservent le droit et la grandeur de rêver.

Par Véronique Bizier¹¹, vbizier@hotmail.com

Sur le chemin des Crêtes, il y a cinq ans, j'ai eu la peur de ma vie... Au sommet de ces routes tortueuses, je regardais la mer qui s'agitait, tel le reflet de mon désarroi intérieur. Une idée obsédante : sauter dans le vide, en finir, MOURIR. Cette pulsion de mort m'assaillait. Dans cet état de dépression majeure, je ne parvenais plus à raisonner. Mais, devant ces plus hautes falaises de la France, qui auraient pu voir mon dernier saut, je décidai de rester immobile. Je résistai à l'envie immense de m'approcher de ces escarpements qui constituaient pourtant un exutoire, un moyen de mettre fin à ma souffrance insoutenable. Une conviction soudaine : il me fallait m'éloigner de ce gouffre. Pour la première fois depuis des mois, je me suis mise à rêver. Un rêve grandiose à l'époque, celui de faire le choix de rester en vie. Plus encore, celui de vivre pour voir un jour la continuité de ces rochers blancs du chemin des Crêtes... en Grèce.

Mais quelques jours plus tard... le retour à la réalité est brutal : nous sommes en septembre 2001. Pendant que le monde tressaille devant les attentats du *World Trade Center*, je suis accablée par ma vie en décombres.

DES ESPOIRS DÉCHUS

Moi, qui avais terminé mon baccalauréat en psychologie, je ne pouvais malheureusement que constater avec impuissance les symptômes de la dépression majeure en moi. De surcroît, lors de ce séjour fatidique au Paséo à Nîmes, mes espoirs professionnels se sont écroulés. Je me sentais désorientée. Heureusement, ma mère était à l'écoute de ma détresse. Juste retour des choses... Moi, qui depuis mon enfance ai occupé le rôle inverse. Par ailleurs, je n'oublierai jamais aussi la compassion et le dévouement d'un ami breton. Cela a contribué à me garder en vie. Mais la dépression a établi ses quartiers et envahi l'ensemble de ma vie, d'où l'urgence de revenir au pays. À bout de souffle, je prends l'énergie minime dont je dispose pour faire le voyage en avion jusqu'à Montréal.

UN RETOUR DIFFICILE AU BERCAIL

À mon retour, je me sens étrangère. Plongée dans ma torpeur, je vis dans l'ombre de moi-même, incapable d'imaginer pouvoir sortir de mon lit, de mon appartement sans âme, de la prison qu'est devenue ma vie sans espoir.

LES HAUTS ET LES BAS DU TRAITEMENT

Puis, une lueur, un traitement. La médication psychiatrique commence à faire effet. Je me sens mieux, moins dans les brumes de mon esprit. Je recommence à parler un peu, à penser à sortir de chez moi, à souhaiter entrer en relation avec les autres. Cela se met à aller bien, tellement bien! Puis, à la suite d'un choc médicamenteux, je bascule en quelques semaines à peine dans l'autre pôle, la manie. Sans suivi médical de mon psychiatre, qui manque à son devoir en ne voulant pas, même à la demande expresse de mon entourage, me rencontrer d'urgence, ni me référer à d'autres spécialistes ou organismes..., la folie s'empare de moi. Les événements et les gens défilent à vive allure à l'image de la rapidité des connexions dans mon cerveau. Je perds le contact avec la réalité et commence à entrevoir l'univers qui m'entoure comme une menace.

énergie incommensurable pour dire et faire entendre à tous que j'existe... Mais mon reflet « psychosé » fera éclater le miroir de ma vie en fracas.

LE POINT DE RUPTURE

Mon entourage reste pantois devant ces changements. Mes proches passent du déni à l'incompréhension, à la tristesse et à la peur de certains comportements à la limite de la dangerosité. Devant la folie qui m'envahit, c'en est trop! Direction à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, en ambulance, de force.

Pendant deux mois, je tente de résister à l'envie de tout abandonner. Ma vie s'écroule devant mes yeux ébahis. Je me retrouve, après des études universitaires, sans emploi, sans logis. Ma meilleure amie s'éloigne, venant de mettre au monde son enfant. Et au comble de ce paroxysme : mon mari m'annonce qu'il met fin à notre relation après presque neuf ans ensemble, ceci à l'hôpital, devant le psychiatre traitant... Heureusement que les mots d'une infirmière dévouée résonnent en moi : *Je suis certaine que tu vas t'en sortir, tu es forte!* Ces mots rassurants ont su créer l'espoir en moi. Cependant... C'est encore le néant, le vide. Ma santé mentale est à reconstruire. Et plus encore, ma vie en entier...

« Un grand chantier s'ouvre à moi. J'ai le choix de le contempler impuissante ou de déployer toute mon énergie pour rebâtir ma vie. »

De la catatonie de la dépression majeure à l'agitation de la psychose maniaque, en quelques mois, mon être vit de grandes transformations.

Après avoir éprouvé une pulsion de mort, je me sens maintenant mue par une pulsion de vie insatiable. J'explore des confins obscurs en me liant spontanément d'amitié avec des étrangers. Je veux tout connaître, je vis intensément chaque seconde. Paradoxal, non? Quelques mois plus tôt, je souhaitais annihiler mon existence, me terrer dans l'oubli et maintenant, je déploie une

LE DÉFI DE LA RECONSTRUCTION

Un grand chantier s'ouvre à moi. J'ai le choix de le contempler impuissante ou de déployer toute mon énergie pour rebâtir ma vie. À ma sortie de l'hôpital, mon père m'offre généreusement de séjourner temporairement chez lui et sa compagne, à Québec. Ce soutien précieux, couplé à des séances de thérapie à Quatre-Saisons pour comprendre la maladie bipolaire et vivre avec ma nouvelle condition, me donne un ancrage et des outils pour paver la voie à

un nouveau départ. Mais aussi et surtout, un désir de vivre malgré tout et de continuer. De la résilience, quoi!

LE RÉTABLISSEMENT PAR LE TRAVAIL

Je voyais maintenant ma vie s'orienter, s'aligner vers un but, ceci après avoir eu une *jobine* et fait du bénévolat. En réalisant des travaux en continuité des recher-

2004. Depuis peu, je copréside le CNSMT. Sans oublier qu'en 2005, je suis devenue secrétaire du conseil d'administration de l'AQRP.

UNE OCCASION INESPÉRÉE

Dans le cadre de ma participation au sein du conseil d'administration de l'AQRP, j'ai eu le privilège d'être déléguée au IX^e Colloque international de la *World Association for*

sur le chemin des Crêtes. Du haut de ce paysage à couper le souffle, je m'étais laissé emporter par la douce brise d'un « ailleurs meilleur ». J'avais alors espéré voir un jour le paysage de la Grèce. Quelle coïncidence... la vie me permettait aujourd'hui de réaliser cette vision.

UNE VIE DIFFÉRENTE ET DES PROJETS PLEIN LA TÊTE

Depuis que le diagnostic a été posé, je suis en démarche de rétablissement vers un fragile équilibre. J'ai appris à reconnaître les signes de la maladie et je compose avec les hauts et les bas de la bipolarité. Au jour le jour, d'heure en heure, je vis avec cette sensibilité. Je sais que je suis vulnérable au stress et que les grands événements heureux et dramatiques me demandent beaucoup d'énergie. Mais depuis que j'ai vécu la déchéance et les grandeurs de mon état, je suis plus à même de mettre mes limites et d'exprimer mes besoins. Je sais maintenant que je suis capable de grands accomplissements et que ma traversée singulière est fabuleuse et remplie de rêves et d'action... Depuis peu, je suis extrêmement fière d'avoir fondé avec Luc Vigneault et Nathalie Lagueux, mes deux comparses et modèles, la Fédération québécoise des personnes vivant un trouble de santé mentale : *Les Porte-Voix du Rétablissement*. L'avenir nous dira comment ce « par et pour », unique au Québec, pourra répondre à son mandat de défense des intérêts.

Enfin, je tiens à souligner que d'écrire mon histoire aujourd'hui est un grand pas dans mon rétablissement. Pendant longtemps, j'ai résisté à l'idée de faire un témoignage, voulant d'abord me faire reconnaître pour mes compétences. Mais l'acte d'écrire a représenté une voie libératrice, un moyen de mettre des mots sur mes souffrances et de me projeter vers l'avenir. À ce sujet, l'un des signes les plus tangibles pour moi de mon rétablissement est la reprise de pouvoir sur ma vie. J'ai à présent de l'espoir et des rêves à réaliser pour l'avenir. Pour la première fois de ma vie, j'entrevois le futur avec optimisme et confiance. L'un des rêves les plus chers à mon cœur est de fonder une famille avec mon amoureux dévoué et attentionné. L'autre rêve est de faire le grand saut. Oui, je rêve encore aujourd'hui de sauter du haut des falaises du chemin des Crêtes. Mais, cette fois-ci, pour m'élancer dans le vide afin de contempler la grandeur et les beautés de l'existence du haut d'un parapente!

« Écrire mon histoire aujourd'hui est un grand pas dans mon rétablissement. Pendant longtemps, j'ai résisté à l'idée de faire un témoignage, voulant d'abord me faire reconnaître pour mes compétences. Mais l'acte d'écrire a représenté une voie libératrice, un moyen de mettre des mots sur mes souffrances et de me projeter vers l'avenir. À ce sujet, l'un des signes les plus tangibles pour moi de mon rétablissement est la reprise de pouvoir sur ma vie. J'ai à présent de l'espoir et des rêves à réaliser pour l'avenir. Pour la première fois de ma vie, j'entrevois le futur avec optimisme et confiance. »

16

ches sur le logement et le travail comme déterminants de la santé et du bien-être, j'ai pris conscience de l'importance que représentaient pour moi ces aspects dans mon parcours personnel de rétablissement. Je vivais aussi l'euphorie d'occuper un nouvel emploi en tant qu'agente de recherche, un emploi valorisant à la hauteur de mes compétences et aspirations.

UN PLUS GRAND ENGAGEMENT

J'ai également eu le bonheur de côtoyer des personnes engagées qui m'ont fait connaître la réadaptation psychosociale. Ma première incursion dans cet univers a été avec le Comité national santé mentale travail (CNSMT) de l'AQRP. Par la suite, j'ai mis sur pied le comité des utilisateurs et j'en suis la responsable depuis sa création en

Psychosocial Rehabilitation en Grèce. C'est avec plaisir et connivence que j'ai effectué ce voyage inoubliable avec trois autres aventuriers : les deux acolytes Diane Harvey et Diane Paradis, et l'homme de cette délégation, Pierre Ghislain Lafortune.

UN VOYAGE SYMBOLIQUE AU PAYS DE ZORBA

Athènes a accueilli non seulement une fière représentante du Québec, mais aussi et surtout une femme en quête de sens. Un sens à donner à mon histoire et un but à trouver à l'ensemble de ma vie actuelle. Ce voyage en Grèce a représenté une véritable catharsis, me délivrant de mon passé. Paradoxalement, c'est à l'étranger que j'ai pris contact pour la première fois avec ma grande vulnérabilité et c'était maintenant outre-mer que je pouvais contempler le chemin parcouru depuis ce jour fatidique

¹ Véronique Bizier est une personne utilisatrice de services de santé mentale. Elle est agente de recherche et de développement à l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec et agente de recherche au Centre de recherche Fernand Seguin en lien avec la recherche sur le rétablissement. À l'AQRP, elle est secrétaire du conseil d'administration en 2005 et 2006, coprésidente du Comité national santé mentale travail (CNSMT), instigatrice et responsable du comité des utilisateurs et membre du comité d'édition du bulletin *le partenaire*.

Mouvement de crise : trajectoire et territoire

Particulièrement intéressant, parfois très touchant et un brin décevant. Voilà en quelques mots le fruit spontané de ma récente lecture du livre *Détresse psychologique en situation de crise*, publié tout récemment.

Par Réjean Langlois, chargé du cours *Intervention en situation de crise*
Certificat en santé mentale, Université de Montréal

De fait, il s'agit d'un ouvrage collectif courageux dirigé par Suzanne Larose et Marie Fondaire qui ont été et sont toujours très engagées dans la pratique communautaire de l'intervention en situation de crise. Des collaborateurs, dont Mario Poirier, Yvon Lefevre, Danielle Lafortune et Gilles Marsolais, ont été invités à bonifier le propos du livre par leurs réflexions, leurs recherches et leur expérience sur le terrain.

Bref, un ouvrage inédit sur la réalité québécoise des pratiques de l'intervention en situation de crise. Avec le livre *L'intervention en situation de crise et en situation post-traumatique*¹ publié en 2006, nous nous retrouvons aujourd'hui enrichis tant sur le plan des concepts que sur celui des meilleures pratiques d'intervention à privilégier en matière de crise. Qui plus est, une réédition de l'ouvrage collectif *Approches systémiques et santé mentale*, où cette fois-ci un chapitre sera consacré à l'intervention en situation de crise, nous est annoncée pour l'automne 2007.

Mais est-ce là un phénomène spécifique au Québec? Au contraire, nous assistons depuis le 11 septembre 2001 à l'édition de nombreux ouvrages sur la crise et les manières d'y répondre, ceci surtout pour les situations post-traumatiques. Comme la quasi-totalité de ces œuvres est de langue anglaise et destinée à un public américain, il faut saluer bien bas l'arrivée d'un bouquin en français et qui tient compte du contexte québécois. Excellente nouvelle, donc, pour les praticiens d'ici de l'intervention en situation de crise, qu'ils travaillent en milieu institutionnel ou communautaire, les étudiants, les enseignants, les formateurs et tous ceux qui s'intéressent à la question.

L'intérêt suscité par cette publication se situe sur plusieurs plans. Tout d'abord, une revue exhaustive des notions sur la crise nous est proposée ainsi qu'une réflexion en profondeur sur les limites de celles-ci par rapport à un type de crise en santé mentale qui crée par son caractère répétitif beaucoup d'impuissance et de souffrance chez les intervenants. Les auteurs nous suggèrent des pistes prometteuses pour mieux comprendre les

situations de crise de la clientèle « fidélisée », en introduisant les concepts de *trajectoire* et de *territoire*.

Par la suite, les auteurs dressent un portrait de l'évolution des centres de crise au Québec en nous rappelant qu'ils ont, pour les plus anciens, déjà vingt ans. Un peu plus loin, une étonnante incursion au cœur de la vie des centres de crise nous permet de partager le quotidien de ces femmes et de ces hommes de cœur et d'espoir dans leurs rapports avec la souffrance des autres, leurs propres doutes et leurs élans d'espoir parfois contagieux. Il s'agit là très certainement d'un vibrant et touchant témoignage d'actes de vie posés journallement et dans l'anonymat la plupart du temps.

Enfin, il émerge de tout cela quelques interrogations parfois troublantes, mais pour lesquelles la complexité des réponses à apporter peut laisser le lecteur songeur. Et il y a aussi certaines déceptions que j'aimerais transmettre.

UN REGARD NOUVEAU SUR DE VIEILLES NOTIONS

Dans le premier chapitre, *La crise dans tous ses états*, Mario Poirier réexamine l'ensemble des principaux concepts liés à la compréhension de la crise.

Identifiant avec justesse les travaux de Caplan² (1964) (et plus récemment, il faut inclure la réédition d'un traité sur l'intervention de crise sous la direction de Roberts³ (2005)) comme étant un des points marquants des théories sur la crise, il rappelle le rôle de l'événement déclencheur et celui de la perception de cet événement comme étant à la base de la compréhension de la crise et de la manière de la catégoriser. Au passage, il établit les caractéristiques propres aux situations d'urgence et de crise.

Le grand intérêt de cet exercice de réflexion apparaît dans un autre chapitre. Face au constat que la majorité des centres de crise

du Québec est régulièrement aux prises avec une clientèle marquée par une souffrance vive qui se traduit par des crises répétées, Suzanne Larose et Marie Fondaire proposent une révision des concepts traditionnels de la crise et souhaitent une nouvelle définition.

Cette nouvelle définition fait appel aux termes *trajectoire* et *territoire*, introduits de la façon suivante dans la définition de la crise :

[la crise] se situe au carrefour d'une trajectoire et d'un territoire coincé à l'intérieur des perceptions et représentations de chacune des personnes concernées et où l'accident de parcours, l'événement déclencheur met en lumière la nature du processus.

Précisons brièvement le sens des deux concepts à la base de la définition proposée. La *trajectoire* fait référence à l'histoire de vie de la personne au travers des vulnérabilités et des forces qui ont influencées son évolution. Le *territoire*, qui se réfère davantage à une perspective systémique, permet de comprendre les interactions significatives de la personne par rapport aux différents réseaux auxquels elle appartient. Enfin, précisons que ces deux notions deviennent d'une importance capitale pour la compréhension de la crise, plus précisément pour celle qui a un caractère répétitif.

Voilà quelque chose de neuf et de rafraîchissant sur le phénomène qu'est la crise répétitive et la clientèle « fidélisée », phénomène au cœur même du désarroi et de l'impuissance des praticiens de l'intervention en situation de crise. Presque un sujet tabou, cette réalité a fait l'objet, à ma connaissance, de peu de publications pertinentes récentes. Dans cet esprit, la réflexion de Larose et Fondaire se situe dans la même perspective que celle de Kagan et Scholsberg⁴ (1989) ainsi que de Brendler, Silver, Haber et Sargent⁵ (1991) et contribue à donner un sens à ce qui, parfois, en est dénué.



Fait à souligner, les auteurs proposent un remarquable inventaire de pratiques d'intervention qui, de leur point de vue, apparaissent « probantes » pour appuyer la définition révisée de la crise.

UNE PLONGÉE AU CŒUR DE L'ACTION

Les propos les plus touchants de ce livre, colligés par Suzanne Larose et Marie Fondaire, des praticiennes engagées dans l'intervention en situation de crise, nous invitent à

avec la réalité de plusieurs centres de crise du Québec, dont celui de Montréal. Me permettant de rencontrer ainsi des intervenants ayant des pratiques d'intervention en milieu institutionnel et communautaire, cette expérience a été très enrichissante pour moi et elle le demeure toujours.

Comme à cette époque, j'ai eu l'impression de retrouver au travers des propos des auteurs le même sentiment d'impasse, l'évocation des mêmes contradictions et surtout, les arguments d'un débat déjà entendu

De par leur compréhension des *trajectoires* de la clientèle « fidélisée », leur proximité du terrain et leur flexibilité organisationnelle, les centres de crise auraient, à mon avis, un très grand intérêt à acquérir une connaissance fine des *territoires communautaires* de la clientèle « fidélisée ». Le résultat de cet investissement ne pourrait qu'être extrêmement bien reçu par les centres de santé et de services sociaux, dont le mandat, dans le cadre de la réforme, est d'organiser les soins et les services pour la population de leur territoire, en veillant à accorder une attention particulière aux clients vulnérables.

« Répondre à la détresse dans un contexte de crise et avoir à composer simultanément avec soi et les autres, voilà le fil conducteur qui transcende les différences et les divergences d'approches, les cadres théoriques et les méthodes d'intervention. »

partager une vision interne de la réponse à la crise. Nous découvrons là les gestes à la fois simples et complexes, exécutés au quotidien, qui adroitement ou maladroitement nous confirment que pour faire de l'intervention en situation de crise, il faut avant tout « être ».

Je suis convaincu que les propos des auteurs ainsi que le choix de leurs « clips de vie » vont profondément rejoindre tous ceux qui, de par leurs fonctions en milieu institutionnel ou communautaire, ont à répondre à la souffrance de l'autre. C'est certainement dans cette partie du livre que nous retrouvons les éléments qui rassemblent l'ensemble des praticiens de l'intervention en situation de crise, qu'ils soient en milieu institutionnel, communautaire ou alternatif.

Répondre à la détresse dans un contexte de crise et avoir à composer simultanément avec soi et les autres, voilà le fil conducteur qui transcende les différences et les divergences d'approches, les cadres théoriques et les méthodes d'intervention.

UN SENTIMENT D'IMPASSE DÉJÀ EXPRIMÉ MAIS UN PARADOXE QUI PERDURE

Il y a de cela quelques années, voire probablement plus d'une décennie, j'ai eu le privilège dans le cadre de l'animation d'activités de formation de prendre contact

qui dénonce – probablement avec raison – le manque de reconnaissance, l'impression d'être à la merci du « système » et l'obligation à peine voilée de s'y soumettre. Avec, en conséquence, le nécessaire engagement militant d'aujourd'hui à lutter pour la sauvegarde de la « différence », alors qu'hier, la lutte visait la survie.

Il me semble qu'il y a là un paradoxe qui perdure : au fil des ans, les centres de crise ont développé une expertise remarquable pour répondre en première ligne à la détresse d'une clientèle diversifiée, par des interventions de crise de plus en plus appropriées. Mais simultanément, ils sont devenus de plus en plus coincés par une clientèle de troisième ligne requérant des interventions spécialisées, continues, coordonnées et faisant appel à des expertises fines. Alors, comment échapper à cette impasse?

QUELQUES ISSUES

À cet égard, je me dois d'exprimer un brin de déception par rapport à la réflexion des auteurs. Au sujet du devenir des centres de crise, il me semble déceler au fil des propos un penchant à s'investir dans la compréhension de la *trajectoire* de la clientèle « fidélisée », ceci – à mon sens – au détriment de l'exploration des *territoires* et de la mise à contribution des réseaux de soutien formels et informels dans la communauté.

Il me semble qu'il s'agit là d'une occasion à saisir par les centres de crise pour qu'ils soient reconnus comme un des acteurs clés de la mise en place des réseaux locaux de services dont le mandat est de répondre aux besoins de la population.

EN CONCLUSION ET UN MOT SUR LA FORME

Comme vous pouvez le constater par mes propos, ce livre au contenu un peu éclaté m'a stimulé par le regard nouveau posé par ses auteurs sur les notions qui permettent de comprendre la crise. Il m'a aussi enrichi par les nouveaux concepts de *trajectoire* et de *territoire* introduits dans la compréhension de la crise de la clientèle « fidélisée ».

L'historique rétrospectif de l'évolution des centres de crise fait œuvre de mémoire dans la réflexion sur les enjeux et les défis qu'ils doivent affronter. Les incursions dans le vécu quotidien des intervenants et l'identification de pratiques probantes m'apparaissent utiles au développement des façons de faire et surtout des façons d'être en intervention en situation de crise.

Évidemment, s'interroger sur le devenir des centres de crise et les avenues proposées peut susciter des inquiétudes et surtout des débats, mais cette démarche a le mérite de poser des questions de fond, à partir d'un point de vue unique, celui du terrain.

Enfin, quelques mots sur la forme du livre. Parce que les auteurs situent leurs propos selon différentes perspectives (théorique, évaluative, prospective, et parfois pamphlétaire), le format ne souffre pas d'une surabondance du texte mais d'un manque de synthèses et de tableaux récapitulatifs qui permettraient au public visé (s'il s'agit bien des intervenants en situation de crise) de comprendre rapidement les notions sur la crise et les façons d'y répondre adéquatement.

¹ Monique Séguin, Alain Brunet et Line LeBlanc. 2006, *L'intervention en situation de crise et en situation post-traumatique*, Montréal, Gaëtan-Morin.

² Gerald Caplan. 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books.

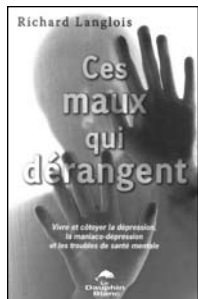
³ Albert R. Roberts. 2005, *Handbook of Crisis Intervention*, Oxford Press.

⁴ Richard Kagan et Shirley Scholsberg. 1989, *Families in Perpetual Crisis*, Norton.

⁵ John Brendler, Michael Silver, Madlyn Haber et John Sargent. 1991, *Madness, Chaos and Violence*, Basic Books.

Ces maux qui dérangent, de Richard Langlois, agent de liaison, AGIR en santé mentale. Par Lydia Trahan, agente d'intégration socioprofessionnelle

À travers le partage simple de son histoire par le biais de son premier livre intitulé *Le fragile équilibre*, nous rappellerons que Richard Langlois nous a permis de mieux comprendre la maniacodépression, de nous sensibiliser. Cet ouvrage se voulait porteur d'espoir, autant pour les personnes vivant avec une problématique de santé mentale que pour les proches et les amis.



Dans son deuxième livre, *Ces mots qui dérangent. Vivre et côtoyer la dépression, la maniacodépression et les troubles de santé mentale*, paru aux éditions le Dauphin

(Blanc), l'auteur continue d'être un porteur d'espoir en allant plus loin, en sensibilisant le lecteur à l'augmentation des troubles de la santé mentale dans notre société et à l'échelle planétaire. En passant par toutes

les étapes, c'est-à-dire en dressant un portrait général de la situation mondiale, en parlant du moment où la maladie frappe, du rétablissement, du diagnostic, de la prévention et de la personne avant tout, Monsieur Langlois nous porte à réfléchir sur de multiples sujets et valeurs.

Il expose en toute simplicité son expérience, son cheminement, et tient compte de tous les acteurs : personnel médical, parents, amis, pairs aidants, disparus signifiants, ressources d'entraide, thérapeutes, collègues de travail ou d'étude, sans oublier le plus important, la personne atteinte.

Il propose des pistes de réflexion et des solutions. Il conduit le lecteur à s'arrêter et à examiner plus en profondeur les réalités et les valeurs fondamentales, à retourner au centre de lui-même, à cette essence qui le définit, pour ensuite faire des choix améliorant son bien-être, toutes questions auxquelles nous nous arrêtons de moins en moins, entraînés que nous sommes par le tourbillon des dé-

sirs, de l'avoir et de la performance. Il s'interroge quant aux écarts de valeurs que nous subissons bien malgré nous.

Richard Langlois veut nous faire réfléchir au langage utilisé et à son effet sur notre vie, aux éléments du rétablissement, à l'atteinte de la stabilité, au milieu de travail, aux facteurs de stress – éléments bien définis qui nous guident dans notre introspection étant donné que nous ne sommes plus habitués à nous arrêter et à penser à nous –, à l'industrie de la relation d'aide, aux préjugés, à l'importance du rythme de la personne.

Par sa vision globale, l'auteur suggère maints petits gestes à mettre en pratique afin de revenir à la base, à des valeurs plus fondamentales, et de faire le choix de réduire le stress auquel nous sommes soumis. Enfin, ce livre s'adresse à tous, autant aux personnes atteintes qu'aux proches et aux amis, autant aux intervenants qu'aux différents acteurs du rétablissement, en passant par tous ceux qui ont à cœur la sensibilisation et la fin des tabous.

Anna et la mer de Rebecca Heinisch Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale. Par Gabrielle Grondin, 12 ans.

« Lorsque j'ai terminé ma lecture (...), j'étais à la fois émue et ravie! Des noms et des visages d'enfants et de parents défilaient dans ma tête. Tant d'enfants dans l'attente, dans le doute et la confusion... et que dire de leur souffrance?

L'enfant qui ne reconnaît plus son parent devenu bizarre, comme « étranger », différent dans ses manières et ses paroles... Cet enfant-là souffre et se pose un tas de questions qui souvent ne franchissent pas ses lèvres. En effet, enfant, comment dire, comment demander, et d'abord, à qui en parler? La très belle histoire d'Anna et la mer vient enfin apporter des réponses, offrir du support à l'enfant dont le parent souffre de maladie mentale » (préface du livre par Dr Johanne Piché, pédopsychiatre).

Je m'appelle Gabrielle Grondin, j'ai douze ans et ma mère, Nathalie, est atteinte d'un trouble de santé mentale. Cela ne veut pas dire qu'elle n'est pas intelligente. Au contraire, les personnes qui ont cette maladie sont très brillantes. La maladie de ma maman ne change rien à mon mode de vie car ma mère fait tout ce que les mamans font. Elle prépare de bons petits plats, elle me fait rire et bien

sûr elle s'occupe de moi à merveille. Mais je ne vous cache pas qu'elle a eu des périodes difficiles. Aujourd'hui, elle se sert de ça pour aider d'autres personnes comme elle, c'est son métier. Honnêtement, j'ai un peu peur d'avoir la maladie mentale moi aussi. Car quatre personnes de ma famille l'ont ou l'ont déjà eu. La crainte que j'ai, c'est de l'avoir dans mes gènes.

Ma mère, ma mamie, mon papi et mon père ont ou ont déjà eu une maladie mentale. Ce qui veut dire que ma famille est réellement folle! Mais j'en suis fière. Je n'en ai aucunement honte. Ce n'est pas plus pire qu'un cancer! Ma mère non plus n'a pas honte de sa maladie, même qu'elle en rit avec moi! J'aime beaucoup appuyer ma mère. En septembre dernier, nous avons fait la marche pour la santé mentale, accompagnées de ma mamie. En novembre, mon frère, ma mamie et moi, sommes allés au colloque de l'APUR que ma mère avait organisé.

Pour cet article, j'ai dû lire un livre que je conseille à tous les enfants ou adolescents qui ont un parent ayant une maladie mentale. Ce

livre a pour titre « Anna et la mer ». C'est un livre super qui est très bien expliqué. Personnellement, je conseillerais à tous parents qui veulent lire ce livre à leur enfant, de leur expliquer en même temps. Cela faciliterait plus la compréhension de votre enfant. J'aimerais aussi ajouter que les images sont très jolies. Les couleurs utilisées sont vives et dynamiques. Si quelqu'un m'avait lu ce livre à l'âge de cinq ans, lorsque mon père est mort, ça m'aurait aidé. J'aurais certainement mieux compris pourquoi, à ce moment-là, j'ai été vivre avec ma grand-mère et mon grand-père. Maintenant, je le sais, c'est parce que ma mère est bipolaire et qu'elle faisait des psychoses à l'époque. Elle n'était pas en mesure de s'occuper de mon frère et moi. Ma mère était très triste de cela car c'est une maman « folle de ses enfants »!

Pour conclure, pour moi, un bon rétablissement serait : un bon psychiatre, des pilules, être soutenu par ceux qu'on aime et bien sûr, prendre sa vie en main! Et je veux vous dire que j'ai vraiment aimé faire cet article. Je me suis amusée en le faisant. J'aimerais aussi ajouter de ne pas avoir honte de ce que vous êtes!



QUÉBEC 2008

XIV^e colloque de l'association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Dans le domaine de la santé mentale, à travers l'espace francophone et après 400 ans de parcours entre l'espoir et le doute :

Comment s'engager dans le rétablissement et l'affirmation citoyenne?

Profitant de l'occasion des célébrations entourant le 400^e anniversaire de la fondation de la Ville de Québec et de la tenue du Sommet des pays francophones qui se déroulera en octobre 2008, l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, avec la collaboration de nombreux partenaires, vous convie à participer à un événement unique qui marquera une avancée d'importance dans la promotion de la réadaptation, du rétablissement et de l'affirmation citoyenne des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

À travers différentes thématiques dont entre autres : le soutien dans la communauté, l'habitation et le logement social, la parentalité, les proches et la famille, le retour et le soutien aux études, le développement de l'employabilité et le travail, les innovations sociales et le développement des communautés, la pauvreté et l'accès à la richesse, l'exercice et l'épanouissement de la citoyenneté; l'AQRP, appuyée de ses partenaires, vous invite à participer activement en vue de s'engager collectivement dans la concrétisation de nos rêves lors du XIV^e colloque national en réadaptation psychosociale qui se déroulera en octobre 2008, sur le magnifique site du Mont Sainte-Anne paré de ses couleurs automnales.



Avec nous, à travers l'espace francophone, venez vous engager dans le rétablissement et l'affirmation citoyenne!



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE