

le partenaire

BULLETIN DE L'ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR LA
RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

VOL. 2, NUMÉRO 3, SEPTEMBRE 1993

Une trouvaille!

Un excellent guide à l'intention des familles ayant un proche souffrant de maladie mentale est récemment paru.

Il y est question d'admission volontaire et involontaire, de droits, de services sociaux, du rôle de la famille et des regroupements. Les conseils utiles abondent (refus de traitement, aide juridique, testament, et les façons pour les parents de penser à eux-mêmes). La maladie mentale y est expliquée, ainsi que les médicaments et leurs effets secondaires. Ce guide a été préparé pour Montréal-Centre et les sous-régions. La grande liste de services qu'il contient est spécifique à ce territoire.

Conçu par AMI-Québec (Alliance pour les malades mentaux) et par l'Agence de réinsertion communautaire (Projet ARC), ce guide fut révisé et adapté par la Filiale de Montréal de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Le titre: **La maladie mentale:
Un guide régional destiné aux familles**

Ce guide peut être obtenu, au prix de 8.50\$ frais de poste inclus, en écrivant ou téléphonant à:

L'A.C.S.M.
Filiale de Montréal
847, Cherrier, bureau 201
Montréal QC, H2L 1H6
Tél. (514) 521-4993

Nous félicitons les concepteurs du guide et tous ceux qui y ont participé. Il reste à souhaiter que d'autres régions l'adaptent et que les intervenants le recommandent aux parents!

La relation d'aide en réadaptation:

lorsque la technologie ne suffit pas

Par **Loren R. Mosher** et **Lorenzo Burti**.

Loren R. Mosher m.d. est Directeur associé d'un bureau régional de santé mentale à Rockville, Maryland, et professeur de psychiatrie à l'University of the Health Sciences, Uniformed Services, Bethesda, Maryland.

Lorenzo Burti m.d. est Directeur associé des services psychiatriques pour Vérone-sud, École de médecine, Université de Vérone, Italie.

Cet article a paru sous le titre *Relationships in Rehabilitation: When Technology Fails*, dans le *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol. 15, No. 4, Avril 1992. Il est ici traduit par Vesta Jobidon, avec le concours de Dominique Paquette.

Résumé: *La pratique de la réadaptation psychosociale et la littérature qui y est associée, semblent dominées par des techniques et des technologies, tandis que le rôle et l'importance de la relation d'aide dans le processus de la réadaptation sont habituellement relégués au second plan. Cet article veut créer un équilibre, d'abord en rappelant cinq éléments relationnels, génériques à toute intervention psychosociale tels que décrits par FRANK (1971): un contexte aidant, une relation de confiance avec un aidant, l'explication d'une cause plausible, les qualités personnelles du thérapeute qui génèrent des attentes positives et l'opportunité d'expériences de réussite. Viennent ensuite cinq modes relationnels pertinents à la réadaptation psychosociale tels que décrits par Mosher et*

Burti (1989): la flexibilité dans les réponses, l'attention centrée sur le problème, l'attitude de consultation, le partenariat et l'attente d'efforts personnels de la part du client. Il est proposé qu'une plus grande attention à ces variables relationnelles aura comme effet d'humaniser les services de réadaptation psychosociale et de les rendre plus efficaces, et ce, indépendamment du cadre, des caractéristiques individuelles de la clientèle ou des modèles de pratique.

C'est en lisant des articles sur la réadaptation psychosociale et en visitant des programmes que nous fûmes frappés par l'usage fréquent des mots «technologie» et «techniques». La pratique de la réadaptation est décomposée en modules explicites qui, à leur tour, sont décortiqués en techniques spécifiques visant à corriger de façon parcellaire, les habiletés déficitaires du client. Ce processus très

(suite à la page 2...)

sommaire

La relation d'aide en réadaptation	1
Un mot du comité de rédaction	5
Message du président	6
Nous avons lu	7
Répertoire québécois	8

concret, qui permet au praticien comme au client d'enseigner et d'apprendre sans être débordé, est assez souvent efficace. Mais il y a des embûches, comme l'ont remarqué ANTHONY, COHEN & FARKAS (1990): «Il n'est pas étonnant que, même si le processus de la réadaptation psychiatrique composé de diagnostic, de planification et d'intervention est relativement facile à décrire, il ne soit pas facile à fournir» (p.127). Le présent article veut souligner ce qui pourrait être l'élément responsable lorsque «le client ne réussit pas» malgré un excellent travail de la part de l'intervenant. En dépit d'une approche appropriée et d'un client apparemment motivé, l'information parcellisée transmise n'a pas d'effet concret dans la vie du client, peu importe la perfection technique de cette information. Et voilà un échec de la réadaptation! Nous croyons que la cause de cette situation réside dans le fait qu'on n'a pas porté suffisamment d'attention à la *qualité de la relation* entre l'intervenant et le client. Nous ne pouvons quantifier précisément la part que consacre la littérature à la relation d'aide, mais nos lectures et consultations nous amènent à conclure que ce thème est largement ignoré ou, du moins, noyé dans les descriptions des techniques.

Un bref exemple peut illustrer notre propos: dans un récent volume sur l'entraînement aux habiletés sociales (LIBERMAN, DERISI & MUESER, 1989), la nécessité d'une alliance thérapeutique n'est discutée qu'au dernier chapitre («Comment vaincre la résistance à l'entraînement aux habiletés sociales»). Toutefois, le chapitre se lit comme s'il n'avait été inclus que pour compléter le tout. Il ne s'agit pas ici d'établir si la technologie de Liberman et de ses collègues est représentative de l'intervention en réadaptation psychosociale. Mais cet exemple illustre ce que nous croyons être une lacune caractéristique, aussi bien dans la littérature que dans la pratique. En tant qu'intervention psychosociale, la réadaptation comporte nécessairement des relations importantes entre les intervenants et les clients et cela ne peut être ignoré. Le style et le contenu de ces relations forment le thème principal de cet article.

Le personnel en réadaptation doit d'abord orienter ses efforts vers l'établissement de liens avec les clients. À cette fin, il est très utile de commencer en acceptant la réalité du client. Deux questions clé faci-

Il est beaucoup plus facile de modifier les buts et stratégies des interventions dans un contexte de relations positives, coopératives et toujours sensibles aux besoins, tels que perçus par les clients

literont ce processus: 1) *Qu'est-ce que vous désirez?* et 2) *Comment puis-je vous aider à l'obtenir?* Ces questions ne veulent pas dire que l'intervenant met en veilleuse son sens commun ou qu'il cesse d'exercer son jugement. Elles ont plutôt pour but d'initier un processus interpersonnel fondé sur les besoins *tels que perçus par le client*. Il est évident que les désirs complètement irréalistes deviendront l'objet de négociation et de compromis dans le contexte des réalités objectives. Cependant, l'expérience clinique a clairement démontré qu'il est beaucoup plus facile de modifier les buts et stratégies des interventions dans un contexte de relations positives, coopératives et toujours sensibles aux besoins, tels que perçus par les clients. Nous croyons que, lorsque les buts sont définis, élaborés et imposés par les intervenants, le processus est voué à l'échec. Même un accord initial du client sera superficiel et de courte durée. Le désintéressement immédiat du client sera interprété comme un «manque de motivation à changer» et provoquera son départ. Il en résultera une relation conflictuelle où personne ne gagnera. Pour le personnel, ces situations seront source de désappointement et d'insatisfaction au travail, ou «burn-out». Quant aux clients, il se sentiront sans doute coupables et déprimés.

Le texte qui suit énumère en premier lieu une série d'éléments non-spécifiques, importants dans tous les types d'intervention psychosociale. Les intervenants en réadaptation devraient les garder à l'esprit afin de maximiser l'impact de leur travail. Il présente ensuite certains principes qui influent sur les relations entre intervenants et clients et qui orientent la pratique qui en découle. Nous croyons que leur application courante augmentera le taux de succès en réadaptation.

Les facteurs non-spécifiques en traitement psychosocial

(originellement élaborés par FRANK (1971))

1. Un contexte aidant: Le client perçoit l'intervenant, l'organisme ou le programme

comme aidant, ou fournissant un contexte dans lequel il peut s'aider lui-même;

2. Une relation de confiance avec la personne aidante: Nous avons déjà décrit comment l'acceptation de la réalité des clients, et le respect de leurs désirs et de leur vision de l'aide que l'intervenant devrait fournir pour les réaliser, auront comme effet de créer le rapport de confiance nécessaire pour une alliance efficace;

3. Une explication plausible sur la cause du problème: Le clinicien et le client devraient être capables d'arriver à une explication commune sur «comment et pourquoi» le problème s'est développé. Même si cette explication n'est pas le point central de la réadaptation, la compréhension partagée qui découle de cet aspect du processus facilitera le développement d'une collaboration positive qui doit être sous-jacente à toute stratégie d'intervention réussie. Avoir une explication pour un phénomène est utile pour le client comme pour l'intervenant et aidera les deux à persévérer dans leur travail mutuel;

4. Les qualités personnelles des intervenants génèrent des attentes positives: Une approche centrée sur la relation et sur la résolution des problèmes, accompagnée d'un certain optimisme, devrait à la longue aider les intervenants à générer des attentes positives. Les clients s'améliorent presque toujours avec le temps; ce processus peut être facilité par des attentes claires, conséquentes, réalistes et positives. Les attentes sont de puissants déterminants du comportement. Lorsqu'elles sont négatives, elles suscitent des comportements problématiques et favorisent une perception négative du contexte. Cette situation peut être à l'origine d'une spirale destructrice où, finalement, s'accomplissent toutes les prophéties de malheur. L'espoir et l'optimisme sont des qualités personnelles qui s'expriment à travers les attentes positives des intervenants. Elles sont cruciales pour enclencher le processus de «rétablissement

**Fournir des expériences de réussite est un facteur essentiel
au succès de la réadaptation**

**Faire pour le client ce qu'il est capable de faire lui-même,
crée une dépendance inutile**

Les attentes sont des puissants déterminants du comportement

du moral » nécessaire à presque tous les clients d'un programme de réadaptation. En fait, un optimisme réaliste soutient le moral du personnel aussi bien que celui des clients.

5. Fournir des expériences de réussite: une personne démoralisée se définit par une faible estime de soi, par un manque de confiance en soi et par un sentiment d'incompétence et d'inefficacité. En réadaptation, le client qui n'est pas démoralisé fait plutôt l'exception. Le processus d'aide peut être envisagé comme un «rétablissement du moral» dans lequel les clients ont l'occasion de résoudre des problèmes, de surmonter des obstacles et d'atteindre des buts. À cette fin, les clients et les cliniciens doivent s'entendre sur les buts et les stratégies (BORDIN, 1979) pour ensuite passer à l'action. Même la plus petite réalisation (ex. améliorer son apparence), est importante dans ce processus. Pour nous, c'est même un facteur essentiel à une réadaptation réussie et, dans ce contexte, il est donc spécifique.

Une attention soutenue à la redéfinition des buts et des stratégies, aidera les cliniciens à obtenir de bons résultats (*Qu'est-ce que vous désirez? Comment puis-je vous aider à l'obtenir?*). Une réussite engendre d'autres réussites chez le client, de sorte qu'il continuera à aimer le processus et à le trouver utile. En corollaire, le personnel ne devrait jamais faire

ce que le client est capable de faire lui-même. Cette attitude crée une dépendance inutile qui empêche les clients d'assumer leur responsabilité et de développer leur compétence à travers leurs réalisations.

L'utilité de ces facteurs thérapeutiques non-spécifiques peut être maximisée si les intervenants se rappellent et appliquent certains styles relationnels dans leur travail quotidien avec les clients.

Les principes relationnels

MOSHER & BURTI (1989) ont identifié une série de huit qualités relationnelles qui sont utiles dans la plupart des relations d'aide. Cinq d'entre elles sont particulièrement pertinentes à la réadaptation:

1. La flexibilité de la réponse. Ici on vise essentiellement à ce que l'intervenant reste constamment alerte et sensible à des changements dans la situation globale des clients, leur statut clinique et leurs besoins. Ce principe requiert qu'on applique les règlements d'un programme à la lumière de leur pertinence face à un client donné. Il implique que les plans d'intervention soient considérés comme des guides plutôt que comme des prescriptions. Lorsqu'il n'y a pas d'obstruction bureaucratique ou pratique, un plan découlera logiquement et facilement d'une bonne collaboration avec le client, d'une relation qui est attentivement soutenue et redéfinie selon le besoin.

**Un optimisme réaliste soutient le moral du personnel
aussi bien que celui des clients**

2. L'attention centrée sur le problème. Une stratégie fondée sur la résolution de problèmes et le développement d'une relation, accorde habituellement la priorité aux problèmes pratiques quotidiens. Cette approche fournit des occasions de réussite immédiate, ce qui favorise le «rétablissement du moral», en augmentant l'estime de soi et la confiance en soi. La relation se développe parce que les besoins réels sont reconnus, affrontés et comblés. Il ne faut pas oublier non plus que la gratitude aide à entretenir une relation! Ce mode relationnel du «faire avec le client» reste activiste mais évite les dangers du «faire au client», associés à la thérapie.

C'est souvent pendant que l'on accomplit des tâches concrètes que l'on découvre pourquoi cette aide est devenue nécessaire. Nous avons constaté par exemple, que notre personnel apprécie les occasions de «thérapie en auto». On peut, en effet, apprendre beaucoup de choses lorsqu'on fait des courses avec un client qui est généralement peu communicatif! Ensuite, il sera plus facile d'élaborer un programme spécifique d'acquisition de compétences. Nous reconnaissons qu'une approche centrée sur la résolution de problèmes concrets, et particulièrement en ce qui concerne le travail, est une approche traditionnelle en réadaptation. L'insistance nouvelle, ici, concerne sa valeur *quant à la relation* qui est nécessaire pour d'atteindre des buts.

3. La consultation. Comme l'ont souligné WYNNE, MCDANIEL & WEBER (1986), la consultation veut dire: faire le point sur la situation, fixer des rencontres, collaborer avec des personnes consultées, mettre l'accent sur le développement des habiletés et des connaissances et impliquer d'autres personnes dans le processus (au moins trois). Il y a plusieurs avantages à une relation axée sur la consultation: 1) elle vise le retour à un fonctionnement adéquat plutôt qu'une «guérison»; 2) c'est une relation orientée vers la collaboration, la débrouillardise et l'entraide plutôt qu'une relation hiérarchique; et 3), elle est centrée principalement sur le développement des compétences plutôt que sur la psychopathologie et sur le dysfonctionnement.

4. Le partenariat. La pratique adéquate exige que le personnel approche les clients avec une attitude d'ouverture et une absence de jugement. Chaque rencontre devrait être vue par l'intervenant comme une

Les différences de statut et de pouvoir sont inhérentes à la relation. Elles sont inévitables. Cependant, afin de minimiser leur effets potentiellement négatifs, ces différences devraient être reconnues, admises et discutées.

occasion d'apprendre quelque chose, de mieux comprendre le client ou lui-même. Ces attitudes se communiquent plus facilement si les intervenants approchent les clients non pas comme des personnes perturbées, mais comme n'importe quel individu. Ce mode relationnel permettra aux deux parties d'éviter les luttes de pouvoir et les tentatives de manipulation. Une orientation de partenariat ne veut pas nécessairement dire une relation égalitaire ou complètement réciproque. Généralement, les clients reçoivent plus de cette relation qu'ils ne donnent. Cela est dû, d'une part, à leur incapacité à résoudre le problème qui les a amenés au programme; d'autre part, à la formation spécialisée et à l'expérience du personnel. Les différences de statut et de pouvoir sont inhérentes à la relation. Elles sont inévitables. Cependant, afin de minimiser leur effets potentiellement négatifs, ces différences devraient être reconnues, admises et discutées. Le but est de développer des relations qui deviendront plus réciproques (ou amicales) avec le temps.

Bien utilisée, cette orientation de partenariat préserve le pouvoir du client, reconnaît la nature temporaire du besoin d'aide et diminue le rôle «d'expert» du personnel. Un intervenant peut être habilement directif, en partageant ses expériences de vie pertinentes sans être autoritaire. Il peut être pédagogue sans être dogmatique. Une relation temporaire, de type parental, est acceptable à condition qu'elle ne soit pas indûment prolongée et ne devienne pas une relation *non-réciproque* ou dépendante.

5. L'attente d'efforts personnels de la part du client. Afin de développer leur habileté à résoudre des problèmes, leur responsabilité, leur pouvoir et leur contrôle, les clients doivent être encouragés à trouver eux-mêmes des stratégies potentielles pour résoudre leurs problèmes. Ils peuvent devenir leur propre «expert». Le personnel devrait intervenir seulement lorsque le client veut essayer une stratégie

qui serait assurément nuisible. S'aider soi-même est, en fait, de l'entraide. Une orientation visant une intervention minimale, aidera le personnel à se concentrer sur la façon dont il peut favoriser, chez le client, l'utilisation de ses propres ressources et le recours aux ressources dans la communauté qui ne comportent pas d'exigence pécuniaire (ex. les groupes paroissiaux).

En appliquant ces modes relationnels de manière claire et conséquente, les intervenants peuvent devenir, avec le temps, des personnes que les clients chercheront à adopter comme modèles et avec lesquelles ils pourront s'identifier. Ce processus d'apprentissage générique peut provoquer un changement substantiel chez le client si les contacts avec le personnel sont perçus comme suffisamment positifs et pertinents aux besoins du client, de sa famille ou de son réseau. La définition de «suffisamment» variera considérablement d'un client à un autre et dépendra des besoins, de l'intensité et de la durée du contact. Pour une personne relativement compétente et dont les relations interpersonnelles ne sont pas atteintes, quelques interventions suffiront. Par contre, pour un jeune de 18 ans qui n'a pas fini son cours secondaire et qui s'était isolé dans sa chambre pendant 2 ans, perdu dans sa folie, il faudra de longs mois intensifs de réadaptation.

Discussion

Dans la perspective de ce qui précède, il reste à préciser les points suivants: d'abord, si nous n'avons pas discuté ni décrit de programmes spécifiques de réadaptation c'est parce que, généralement, ils s'occupent tous d'apprentissage ou de ré-apprentissage. Or, il a été démontré que beaucoup d'apprentissages dépendent du contexte comme c'est le cas, par exemple, pour les habiletés sociales. Cela veut dire que les habiletés apprises dans un lieu, (ex. un hôpital), sont fréquemment non transférables dans un

contexte nouveau, comme une résidence dans la communauté. Il est donc probable que la réadaptation pratiquée dans la communauté ait plus de chance de déboucher sur un apprentissage utilisable par les clients. Pendant plusieurs années, les programmes behavioristes dans les hôpitaux préparaient les clients à retourner dans la communauté. Malheureusement, les clients revenaient presque aussitôt parce qu'ils semblaient avoir «oublié» leurs habiletés une fois rendus dans la communauté. Afin d'assurer le transfert des habiletés apprises d'un contexte à un autre - le principe de «généralisation» en théorie behaviorale - il est nécessaire que les mêmes intervenants, c'est-à-dire ceux avec qui les clients ont des relations stables et continues, puissent aussi assurer l'entraînement dans les nouveaux contextes. Ceci est un principe crucial pour la réussite d'un programme de réadaptation.

Ensuite, nous avons expressément évité la terminologie diagnostique psychiatrique et la référence à la maladie. Nous croyons que ces catégories ne sont pas pertinentes à la pratique de la réadaptation. Elles ne peuvent prédire ni le cours ni le pronostic de la maladie. Elles ne définissent pas des traitements uniques ou spécifiques. Elles ne prédisent pas le potentiel à la réadaptation et, finalement, elles ne suggèrent pas de balises pour des programmes de réadaptation spécifiques. La réadaptation a besoin de *solutions*, pas de descriptions. Dans cette perspective, dépenser beaucoup de temps et d'énergie à l'évaluation de la psychopathologie individuelle est une erreur. Cependant, ces catégories peuvent parfois rassurer le personnel qui, en conséquence, peut établir des liens plus distants et plus confortables, où la place de l'aidant et de l'aidé est clairement identifiée.

Par définition, la réadaptation psycho-sociale doit être thérapeutique. Pour les praticiens, le défi consiste à s'assurer que ce qu'ils font soit effectivement aidant, sans pour autant qu'ils fassent «de la thérapie». Notre but a été de fournir quelques balises concernant *la relation d'aide*, balises qui permettront de relever ce défi, ne serait-ce qu'en partie.

N.B. Faute d'espace, les références des articles traduits seront désormais omises. Les lecteurs intéressés qui ne trouvent pas le texte original, peuvent cependant les obtenir en s'adressant au secrétariat de l'A.Q.R.P.

Un mot du comité de rédaction

Un cours des dernières années, la loi américaine sur la réadaptation des personnes ayant des incapacités(*) a connu d'importants changements. Ce sont particulièrement les amendements concernant **l'intégration au travail** de ces personnes qui donnent à la législation sociale américaine une longueur d'avance sur celle du Canada. Devenus loi en 1992, ces amendements fournissent un nouveau cadre de référence pour la planification et la coordination des services d'intégration au travail.

La principale qualité de cette loi est de tenir compte des valeurs de la réadaptation psychosociale et des connaissances récentes sur l'efficacité de l'intervention. Il n'est donc pas surprenant de trouver dans la littérature américaine récente des références nombreuses et enthousiastes à cette nouvelle loi qui soulève beaucoup d'espoir. On ne sait pour l'instant comment se concrétisera cette volonté politique sur le terrain, dans les divers États. En attendant, il nous semble important de prendre connaissance de cette législation, au moins dans ses très grandes lignes.

Le principe fondamental de cette loi « repose sur la prémisse que tout individu aux prises avec une incapacité, peu importe la sévérité de celle-ci, peut bénéficier de services de réadaptation en vue de l'obtention d'un travail. En d'autres mots, la loi suppose que cet individu est capable, non seulement de se préparer à occuper un emploi en fonction de ses habiletés et capacités, (...) mais encore à conserver cet emploi **si les services et le soutien appropriés lui sont disponibles** » (1) La notion de

travail comprend ici le travail à temps très partiel. Notons aussi que cette loi n'est pas coercitive.

« Il en résulte un changement fondamental dans la façon dont les services de réadaptation seront désormais offerts. (...) Il y aura un accès plus facile, l'accent sera mis sur l'emploi intégré, le choix de l'usager, la coopération entre les différents programmes... » (2).

L'Association américaine pour la réadaptation psychosociale (IAPSR) a travaillé fort pour se faire entendre et aider à apporter ces changements. Lorsque l'on compare l'attitude gouvernementale qui prévaut chez nous face aux gens « inaptes au travail », à qui on « permet » de participer aux mesures d'employabilité conçues pour les bien-portants, on se demande si l'A.Q.R.P. ne devrait pas former un comité pour étudier cette question et faire des représentations auprès des instances concernées. Y-a-t-il des volontaires?

Les extraits cités sont tirés de *Community Network News*, Vol. 9, No. 3, été 1993.: (1) K. Furlong-Norman, p.1; (2) L.C. Gloeckler, p.4., traduits par V.J. Voir aussi, sur le même sujet, Vol. 8, No.2.

Community Network News est publié quatre fois l'an par le Center for Psychiatric Rehabilitation. Ce bulletin peut être obtenu au coût de \$10.00 U.S. en écrivant à: Center for Psychiatric Rehabilitation, 730 Commonwealth Ave., Boston, MA, 02215.

(*) Rehabilitation Act; Americans with Disabilities Act

Le **PARTENAIRE** est le Bulletin de L'Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale

Siège social : C.P. 47099
Québec, QC
G1S 4X1
Téléphone: (418) 527-4019
Fax: (418) 683-7135

ISSN 1188-1607

Coordonnatrice : Vesta W. Jobidon

Comité de rédaction : Lise Tessier, Jean-Pierre Ruest, Vesta Jobidon, Dominique Paquette

Révision du texte : Élisabeth White

Conception graphique : Sylvie Brodeur

Le comité de rédaction du **PARTENAIRE** tient à remercier le *Psychosocial Rehabilitation Journal*, revue de l'International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPSR), Boston, pour leur permission de résumer et traduire leurs articles.

Nous portons d'ailleurs à l'attention de nos lecteurs les **numéros spéciaux** de cette excellente revue:

Special Issue: Supported Employment
Vol. XI, No. 2, Oct. 1987
(disponible en photocopie seulement)

Special Issue: Supported Housing
Vol. 13, No. 4, April 1990

Special Issue: Clubhouses
Vol. 16, No. 2, Oct. 1992

Special Issue: Supported Education
Vol. 17, No. 1, July 1993

Chacun de ces numéros se vend au prix de \$15 U.S. et peut être obtenu à l'adresse suivante:

Psychosocial Rehabilitation Journal
730 Commonwealth Ave
Boston, MA 02215, U.S.A.

Faites le chèque en dollars U.S. Un escompte de 20% est accordé à l'achat de 10 copies et plus d'un même numéro.

Fax: 617-353-7700; Tél. 617-353-3549

Message du président

Chers amis,

Le III^e Colloque de l'A.Q.R.P. qui s'est tenu à Québec les 27 et 28 mai 1993 a été un franc succès. Sous le thème: «Le soutien dans la communauté», nous avons réuni plus de 600 participants qui ont beaucoup apprécié, tant les exposés en séance plénière que le travail en ateliers. Des félicitations ont été adressées, par le Conseil, à l'équipe de Québec qui a organisé cette rencontre et aux membres du comité de programme qui ont su stimuler l'intérêt des participants venus de milieux fort différents et de tous les coins du Québec.

La mission de l'A.Q.R.P., telle qu'acceptée en assemblée générale, précise notre volonté d'être un lieu où se rassemblent toutes les personnes concernées par la réadaptation psychosociale. Si on en juge par la participation croissante à chaque colloque, notre association offre une réponse fort acceptable à un besoin bien réel.

Permettez-moi maintenant de vous présenter les membres du nouveau Conseil d'Administration élu en assemblée générale et nommés aux divers postes, à la première réunion du Conseil: Michel J. Messier, Président; Jennifer-Ann Corriveau, Vice-présidente; Denyse Bernard, Trésorière; Lorraine Malo, secrétaire; Françoise Beauregard, Daniel Gélinas, Danielle Gervais, Vesta Jobidon et Danielle Riverin, membres.

Lors de cette réunion au mois de juillet, le Conseil a décidé de créer le poste de Coordonnateur général de l'A.Q.R.P. et ce, dans le but de favoriser davantage le rôle de forum et de lien de l'association auprès de tous ses membres. Ceci nous permettra d'assurer la publication du PARTENAIRE quatre fois l'an et aidera à la mise sur pied du centre de documentation. De plus, notre représentation auprès de différentes instances institutionnelles et communautaires en sera facilitée.

Par la suite, ce poste a été confié à madame Vesta Jobidon qui devient donc la première employée de notre jeune association. Elle a dû, évidemment, démissionner du Conseil d'administration. En conformité avec nos règlements, la vacance a été comblée par le Conseil pour le reste du terme à écouler. Après consultation auprès des personnes de la région de Québec, le Conseil a nommé monsieur Jean-Pierre Ruest qui s'est joint à l'équipe au mois d'août pour préciser le plan d'action de l'année 1993-94.

En plus de mandater la création d'un comité ad hoc sur le P.S.I., nous avons formé un groupe de travail qui rédigera un document de travail précisant la philosophie et les principales valeurs défendues par l'A.Q.R.P.. Ce document sera soumis aux membres pour discussion et validation. Nous chercherons aussi à établir des liens de collaboration avec les associations représentant les groupes communautaires, les divers groupes de professionnels, les associations de parents et amis et les personnes intéressées au sein des Ministères

de l'Éducation, du Travail et de la Sécurité du revenu. Finalement, plusieurs idées ont été émises quant à l'organisation de notre prochain Colloque en 1994. Il nous paraît souhaitable, à ce moment-ci, que cette activité inclue une période de formation et une autre de partage plus large, le tout se déroulant de préférence à l'extérieur de Montréal ou de Québec. Tout groupe intéressé est prié de contacter madame Vesta Jobidon d'ici le 8 octobre 1993, car une décision doit être arrêtée à la prochaine réunion du Conseil, à la mi-octobre.

Nous vous invitons enfin à communiquer à loisir avec notre secrétariat pour obtenir ou apporter toute information susceptible d'être profitable à ceux qui s'intéressent au domaine de la réadaptation psychosociale. D'ici notre prochaine rencontre, nous vous souhaitons imagination, énergie et succès dans toutes vos entreprises.

Michel J. Messier

UNE IMPORTANTE NOUVELLE!

Nous avons maintenant un secrétariat permanent, une coordonnatrice (voir message du président), et une nouvelle adresse!

Pour nous contacter, écrivez à:

l'A.Q.R.P.

Vesta Jobidon, coord.

C.P. 47099, Québec, QC G1S 4X1

ou téléphonez, À PARTIR DU 28 SEPTEMBRE:

Tél.: (418) 527-4019 Fax: (418) 683-7135

C'EST À NOTER!

Nous avons lu...

Tracas de tous les jours et personnes atteintes de maladies mentales.

Sutherland Miller & Robin L. Miller. An exploration of Daily Hassles for Persons with Severe Psychiatric Disabilities. Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol. 14, No. 4, April 1991. Traduit et résumé par Vesta W. Jobidon

Pour les personnes atteintes de maladie mentale, l'impact des tracas quotidiens est au moins aussi important que les grands événements de la vie. Mais quels sont les détails ou les situations perçus comme stressants par cette clientèle et quelle est leur fréquence et leur intensité?

Dans le cadre d'un projet visant à réduire et à gérer le stress chez une clientèle atteinte de troubles mentaux sévères, les auteurs ont adapté pour cette population une échelle déjà existante (le «Hassles Scale» de Kanner et al.). Un questionnaire fut rempli par deux groupes: d'un côté, par 69 résidents d'une ressource d'hébergement pour personnes malades mentales; de l'autre, par un groupe témoin de 35 personnes choisies intentionnellement parmi la population générale.

Les réponses se présentent comme suit: parmi les dix stressors les plus fréquemment retenus à la fois par les deux groupes (faire le ménage, prendre une décision, perdre un objet, manquer de repos), il y avait des similarités. La différence principale entre les groupes se situe au niveau des occupations. Alors que les membres du groupe témoin se disent «trop occupés», les membres du groupe des résidents ont indiqué comme stressant les items concernant le désœuvrement et la solitude.

Quant à l'intensité des agents stressors, les réponses du groupe témoin ont trait à la qualité de vie en général (criminalité, détérioration du voisinage, transport, etc.), tandis que les réponses des résidents reflètent la stigmatisation et le rejet ainsi que les problèmes de santé reliés à la

médication. Généralement, le degré d'intensité du stress fut plus élevé pour le groupe des résidents que pour le groupe témoin.

Les auteurs discutent les résultats obtenus et suggèrent les façons d'adapter des instruments de mesure pour mieux cerner cette clientèle.

L'activité physique: une composante valable dans la réadaptation des jeunes adultes atteints de troubles mentaux.

Karen V. Unger, G.S. Skrinar, D.S. Hutchinson, A.M. Yelmokas. Fitness: A Viable Adjunct to Treatment for Young Adults with Psychiatric Disabilities. Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol. 15, No. 3, January 1992. Traduit et résumé par Vesta W. Jobidon.

L'article décrit un programme-pilote ayant pour but de mesurer l'impact d'un programme d'entraînement physique sur un groupe de six jeunes adultes atteints de troubles mentaux. Les principaux objectifs visent à démontrer la capacité de ces personnes à participer à un tel programme et à déterminer si les personnes ayant des troubles mentaux peuvent en tirer des bénéfices physiques et psychologiques.

L'entraînement était progressif et supervisé, au rythme de deux fois/semaine pendant dix semaines. Les participants déterminaient individuellement leurs objectifs et choisissaient leur combinaison d'exercices.

Les jeunes adultes ont augmenté leur capacité cardiovasculaire de manière significative et en ont tiré des bénéfices psychologiques. La socialisation semble être un facteur majeur du succès du programme. Un suivi formel et informel pendant l'année subséquente a démontré que la plupart des participants ont continué à s'entraîner individuellement.

Nous avons lu...en français!

NOUVELLES PRATIQUES SOCIALES

Vol. 5, No. 1, Printemps 1992

Ce numéro est entièrement consacré à la santé mentale

Voici les principaux titres:

- Vers un nouveau paradigme du changement social
- La judiciarisation de la santé mentale
- Vivre chez soi: désir des personnes psychiatriquées et défi des intervenants
- Sur la Maison St-Jacques
- Trois modèles de concertation en santé mentale
- Entrevue avec Marc-Yvan Côté

Collaborateurs recherchés!

Vous avez lu un article intéressant sur un aspect de la réadaptation psychosociale qui pourrait enrichir les autres membres?

Vous avez assisté à un colloque intéressant?

Partagez votre plaisir et faites-nous en parvenir l'essentiel à:

L'A.Q.R.P.
C.P. 47099
Québec, QC
G1S 4X1

RÉPERTOIRE QUÉBÉCOIS DES RESSOURCES EN RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

Centre de jour de santé mentale, 180 rue Bouleau, Rimouski, QC G5L 5S9, Tél.: (418) 723-6522

Titre du programme: *Le Centre de jour de santé mentale*, service de réadaptation psychiatrique au Centre hospitalier régional de Rimouski; ouvert depuis 1987.

Description de la clientèle:

1. Il s'agit de personnes adultes souffrant de difficultés émotionnelles sévères et persistantes. Leur âge se situe entre 20 et 50 ans. La plupart d'entre elles sont sans travail et habitent soit en chambre soit en résidence d'accueil.
2. Le service accueille également les familles des personnes vivant des difficultés émotionnelles sévères et persistantes.

Besoins exprimés:

1. Les personnes vivant un trouble émotionnel durable reconnaissent éprouver des difficultés d'adaptation à leur nouvel handicap et sont désireuses de reformuler un ou des projets de vie qui tiennent compte de cette nouvelle situation. Les besoins qu'ils ressentent sont propres à toute personne.
2. Les familles sont désireuses de mieux comprendre la maladie mentale qui affecte un des leurs. Elles recherchent support, entraide et habiletés pour accompagner adéquatement un fils, une fille, un conjoint, une conjointe, un frère, une sœur ou un parent, porteur d'un handicap émotionnel.

Buts du programme

Offrir aux personnes souffrant de difficultés émotionnelles sévères et durables et à leurs proches, des moyens de s'adapter aux changements provoqués par la présence de la maladie mentale.

Pour les personnes souffrantes, viser l'augmentation du niveau de leur compétence sociale; pour les familles, favoriser l'acqui-

sition de connaissances et d'habiletés de communication utiles à l'accompagnement d'une personne souffrant de difficultés émotionnelles.

Description des moyens:

Pour la personne souffrante:

La résidence qui loge le *Centre de jour de santé mentale* est située dans un secteur dévolu aux services communautaires. On peut y avoir accès directement ou avec une référence. Une demande formelle de service ou l'introduction dans un groupe d'accueil et de socialisation, sont les façons de s'inscrire au programme de réadaptation. Les rencontres subséquentes ont pour objectif d'élaborer un plan de réadaptation. Dans cette démarche, «l'histoire de vie» est plus importante que l'histoire médicale puisqu'il s'agit, à cette étape, de redonner un sens à sa vie, de nommer ses forces et ses limites, les siennes propres et celles de son environnement.

Le plan de réadaptation doit poursuivre des objectifs réalistes et stimulants. Les entrevues individuelles et les rencontres de groupe supportent les différents apprentissages, que ce soit celui des habiletés de communication, d'expression de sentiments ou d'affirmation de soi. Il y a au moins une activité par semaine. Le Centre assure un soutien en temps de crise; au besoin, cette intervention se fait conjointement avec l'hôpital.

Les services du Centre ne sont pas limités dans le temps. Les clients peuvent revenir en tout temps, de sorte que 80 clients gravitent autour du Centre plus au moins régulièrement, selon leur besoins.

Pour les familles:

Le service offre un support individuel ou de couple. De plus, un groupe d'entraide pour parents et amis ou amies s'est développé, avec le soutien des intervenants du Centre de jour. L'approche psychoéducative est privilégiée pour ce volet du programme.

Les ressources humaines:

Le Centre compte sur une équipe de 6 personnes: une secrétaire-réceptionniste accueille et soutient la clientèle 3 jours/semaine. Une psychologue, un psychoéducateur, une infirmière et une travailleuse sociale exercent des tâches d'agent de réadaptation. Un médecin omnipraticien coordonne les activités du service.

Les ressources financières:

Le Centre est entièrement financé par le Centre hospitalier régional de Rimouski.

Évaluation:

Le Centre de jour adhère aux valeurs de la normalisation des rôles sociaux. Périodiquement, les rubriques du programme d'analyse des systèmes de services (P.A.S.S., élaborés par W. Wolfensberger et L. Glenn) servent de guide à une évaluation attentive du programme du Centre.

Personne à contacter: Claude Bouchard, coordonnateur

L'A.Q.R.P. souhaite constituer - et éventuellement publier - un répertoire de toutes les ressources québécoises dans le domaine. Pour participer, veuillez utiliser à peu près le même format de présentation et l'envoyer au PARTENAIRE, C.P. 47099, Québec, QC, G1S 4X1. Tél. (418) 527-4019