

# le partenaire

vol. 16, n° 2, été 2008



*Le rétablissement : exemples de transformation  
de pratiques au Québec*



ASSOCIATION  
QUÉBÉCOISE POUR  
LA RÉADAPTATION  
PSYCHOSOCIALE

## est le bulletin de

l'Association québécoise  
pour la réadaptation psychosociale



### Siège social :

**AQRP**, 184, rue Racine, bureau 307  
Loretteville (Québec) G2B 1E3  
Téléphone : 418 842-4004  
Télécopieur : 418 842-4334  
Courriel : [aqrp@qc.aira.com](mailto:aqrp@qc.aira.com)  
Internet : [aqrp-sm.org](http://aqrp-sm.org)

**Comité de rédaction :** Véronique Bizier, Rosanne Émard, Diane Harvey, Michel Gilbert, Francis Guérette, Gilles Lauzon, Esther Samson

**Édition :** Diane Harvey, Esther Samson

**Conception et réalisation graphique :**

[www.fleurdelysee.ca](http://www.fleurdelysee.ca)

**Impression :** Copies du Pavois, Québec

**Révision des textes :** Judith Tremblay

**ISSN :** 1188-1607

## sommaire

---

2

- 3 Carnet de l'éditrice
- 3 Chronique du franc-tireur
- 4 Nos pas sur le chemin du rétablissement : Le Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours partage son expérience
- 14 Le rétablissement : Quatre histoires d'intégration dans la pratique
- 20 Partir du bon pied : Un nouveau projet montréalais tente de donner un départ solide au rétablissement par la formation
- 22 Le fou comme un autre soi-même : petite histoire de la pratique de Pech
- 28 Quand l'espoir nous fait vivre
- 31 *Nous avons lu pour vous...* : La vie en tranches - Chroniques et publications de Camillo Zacchia

## vignette sur la une

---

*L'équilibriste*, une œuvre de Christian Watters, artiste de Québec et utilisateur de services en santé mentale. *Le subconscient guide directement ma main gauche de façon créative. Ce que je vois m'apparaît illimité de potentiel. De cet ensemble imaginaire naît une réalité, pas toujours belle, contestable, mais à laquelle mon art abstrait, surréaliste, ajoute un peu d'humour*, écrit Monsieur Watters. Ses toiles, tantôt plus accessibles, tantôt plus abstraites, reflètent la richesse de l'esprit créateur de l'auteur.

Au-delà des modèles et des théories sur l'organisation des services de santé mentale axés sur le rétablissement, objet du numéro précédent du *partenaire*, ce dernier numéro d'une série de quatre portant sur le rétablissement présente des exemples de transformations de pratique.

Tout d'abord, Marie-Luce Quintal, psychiatre et responsable clinique au Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique (CTR) de Nemours, Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard, et ses collaborateurs nous offrent le cheminement de rétablissement de leur organisation. Les auteurs nous communiquent ni plus ni moins que leur journal de voyage : un parcours jalonné de découvertes, d'erreurs et de victoires.

La transformation des organisations, c'est avant tout celle des gens qui les composent. Cette réalité est mise en avant-scène dans le texte suivant, proposé par Lise Boies, gestionnaire à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans

la communauté (DSRHC) au service transitoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, et ses collaboratrices. On y constate que le changement orienté vers le rétablissement signifie un réel défi pour bon nombre d'intervenants qui font face à un choc de valeurs et de culture.

Benoît Côté, directeur général de Pech, nous décrit ensuite *La petite histoire de la pratique de Pech*, organisme dont l'intervention consiste à aider les personnes vivant des problématiques multiples (santé mentale, judiciarisation, toxicomanie, instabilité résidentielle). Selon l'auteur, *sur le plan théorique, la plus grande pureté de Pech réside dans son impureté!* Le modèle d'intervention de Pech est hybride, mais l'approche du rétablissement y trouve aussi sa place.

L'histoire d'Aimé est au cœur du texte suivant. Rapportée par Jean-Jacques Gratton, usager et agent de communication au programme des mesures Interagir du centre Wellington, et ses collaborateurs, cette histoire est un bel exemple de l'effet qu'une transformation organisationnelle

peut avoir sur le rétablissement d'une personne.

Les chroniques de Camillo Zacchias sont l'objet de la rubrique *Nous avons lu pour vous*. C'est avec plaisir que nous vous faisons découvrir ici cet auteur, chef professionnel en psychologie de l'Hôpital Douglas, par le biais du commentaire de Dominique Maheux, étudiant ayant travaillé à l'AQRP.

Dans le prochain numéro du *partenaire*, dont nous prévoyons la sortie à l'automne 2008, nous vous conduirons vers le thème de la citoyenneté, en lien direct avec notre XIV<sup>e</sup> colloque. Nous vous ferons découvrir des textes inspirants qui, nous l'espérons, susciteront la réflexion. Mais laissons tout d'abord la parole à notre franc-tireur, Nicole-Andrée Gay, qui nous entraîne à réfléchir au-delà du rétablissement des gens et des organisations, c'est-à-dire sur la place réelle faite aux personnes utilisatrices de services en santé mentale.

Esther Samson

Depuis quelques années, nous parlons, dans le milieu de la santé mentale, de rétablissement, de pairs-aidants, d'intervenants et d'utilisateurs de services. Je suis heureuse de savoir qu'enfin, les gens en rétablissement pourront avoir leur place, nous n'avons qu'à constater les besoins en main-d'œuvre. Nous ne serons plus des parures... Toutefois, je m'interroge beaucoup sur la relation entre les personnes en rétablissement et certains intervenants ou dirigeants. Nous discutons encore en 2008 d'équité salariale. Une loi a d'ailleurs été décrétée pour que la situation évolue; sans cette loi, rien n'aurait changé! Dans notre société, un travail et un salaire équitable sont essentiels pour vivre décemment! Dans les faits, nous nous retrouvons souvent sans emploi ou sous-payés! Pourtant, plusieurs d'entre nous sommes diplômés, compétents et détenteurs d'une expertise dans notre domaine.

En santé mentale, nous parlons de reconnaissance de notre savoir, d'*empowerment*, de rétablissement, de leadership, de partage, d'égalité, de respect (conférence de Boston, Madame Deagan). Tous les organismes, les ministères (de la Santé, des Services sociaux et autres) ont besoin de notre expertise! Malgré cela, ils veulent encore décider pour nous!

Trop fréquemment, les décideurs qui nous représentent parlent pour nous, pour moi, même si je suis à leurs côtés et que j'ai autant d'expertise, de diplômes et d'expérience de travail qu'eux. Est-ce un sentiment erroné de ma part lorsque je sens que je n'ai pas une place d'égal à égal? Nous tous qui tentons de retrouver notre statut dans la société, sur le marché du travail, sommes à même de connaître les embûches et en mesure de trouver des moyens afin d'obtenir un emploi, du soutien dans le cadre de celui-ci et une reconnaissance dans notre domaine d'expertise. Si notre avis diffère de celui des diverses personnes responsables qui tiennent à nous représenter, il serait quand même opportun de s'y arrêter, d'en comprendre le pourquoi et d'en tenir compte. Je suis une intervenante professionnelle depuis plusieurs années et je me suis récemment affichée en tant que personne vivant un rétablissement. Force est de constater que je me suis sentie plus souvent à l'aise avec les utilisateurs qu'avec les intervenants ou les directeurs. Pourquoi? Parce qu'avec les utilisateurs, je ne me sens pas mise à l'épreuve. Lorsqu'il y a des décisions à prendre, mon expertise n'est pas remise en question, bien au contraire, et je me sens traitée de manière équitable.

Il faut que les choses changent et cela ne sera pas toujours sans heurts. Certains

intervenants et décideurs ont besoin d'exercer un contrôle sur les gens pour se sentir utiles et compétents dans leur travail, souvent sans vraiment comprendre ce qu'est le rétablissement. D'autres, heureusement, ont une approche axée sur ce dernier. Je remercie ces professionnels et intervenants qui m'ont permis de croire en moi et appuyée pour que je puisse avoir confiance en mon jugement et utiliser mes aptitudes, mes compétences, mon expertise. C'est avec ces personnes qualifiées que je travaille, que nous travaillons, pour que les portes s'ouvrent. Merci à certaines personnes au sein de la direction qui me laissent la latitude d'être responsable d'un programme et de prendre les décisions parce que j'en ai l'expérience et la capacité. Merci aussi aux gens en rétablissement avec qui je fais mon travail de *coach* avec tant de bien-être. Nous avons tous à apprendre tout au long de notre vie. Si l'espoir et le rêve sont essentiels au rétablissement, la reconnaissance de nos compétences est un préalable à leur réalisation.

Nicole-Andrée Gay,  
baccalauréat en éducation, spécialisation  
ISEP (développement vocationnel), conseillère  
clinique, intervenante, coach, experte en santé  
mentale en rétablissement.

# Nos pas sur le chemin du rétablissement : Le Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours partage son expérience

Par Marie-Luce Quintal, responsable clinique, Yolande Champoux, travailleuse sociale, Suzanne Corriveau, infirmière, Martine Goudreault, éducatrice, Claude Lamothe, psychologue, Louise Marchand, gestionnaire administrative et H. Wallot, psychiatre; Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours (CTR), Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard<sup>1</sup>

«**P**rompt rétablissement » disons-nous la plupart du temps à quelqu'un qui a été malade, bien qu'on puisse lui souhaiter de « guérir vite ». C'est que la notion de rétablissement est plus large, elle peut évoquer la guérison, mais elle indique surtout un retour à un état antérieur, principalement un équilibre; toutefois, les données présidant à cet équilibre peuvent être modifiées, et c'est là l'espace de ce concept. Cet équilibre ne veut pas dire nécessairement guérison, car il y a des choses dont on ne guérit pas. On ne guérit pas d'un infarctus, on en garde toujours une cicatrice au cœur. On peut néanmoins s'en remettre et se rétablir, se faire même une meilleure santé, moyennant la plupart du temps des modifications dans sa manière de vivre et dans son environnement. Certains symptômes ou même des limitations peuvent subsister qui font voir qu'il n'y a pas de guérison complète, mais qui

Le rétablissement est une notion de plus en plus à la mode actuellement. On en parle dans les programmes de soins, les milieux d'entraide, les milieux communautaires, les établissements psychiatriques sans oublier au ministère de la Santé et des Services sociaux par le biais de son plan d'action. Cette grande popularité ne suffit cependant pas à bien le décrire. Pourtant, nous sommes appelés à organiser nos services et à axer nos interventions pour soutenir ce processus du rétablissement. Comment y parvenir alors que le but n'est que partiellement défini? Au Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours (CTR) du Centre hospitalier Robert-Giffard, nous avons décidé d'entreprendre le voyage du rétablissement en acceptant de modifier notre parcours selon nos découvertes, nos erreurs et nos victoires. Nous pouvons dire que nous sommes, en tant qu'organisation, sur le chemin du rétablissement. Nous

des éléments clés du rétablissement, nous tenterons une analogie avec le processus décrit pour la personne atteinte d'une maladie mentale. La table sera alors mise pour le partage de différents aspects du rétablissement et l'effet de ce dernier sur notre vie personnelle ou professionnelle.

## DE QUOI SE RÉTABLIT-ON QUAND ON EST UNE ORGANISATION DE SERVICES?

Penser rétablissement, c'est d'abord réaliser la souffrance qui nous habite. Sylvie Noiseux décrit cette étape, pour la personne atteinte de schizophrénie, comme la descente aux enfers. Celle-ci est essentielle, dit-elle :

*En effet, on constate que la souffrance incommensurable que ressent la personne au plus profond de cette descente semble être un préalable ou une composante essentielle à la possibilité de vivre un rétablissement.*

Loin de nous l'idée de comparer ce que nous vivons comme intervenant ou comme organisation à une descente aux enfers similaire à celle décrite par les personnes ayant une schizophrénie, mais nous devons souvent comme intervenant faire face à notre impuissance, à l'incohérence du système, à la douleur de l'autre ou à des façons de faire qui heurtent nos valeurs et nos croyances. Dans notre milieu de travail s'est parfois installée une atmosphère dominée par le règne du « chacun pour soi » où des guerres de pouvoir minent la créativité et l'entraide. Quelquefois, c'est le système lui-même qui est en souffrance, aux prises avec un processus bureaucratique qui freine l'action et mobilise trop d'énergie. Au Québec, plus qu'ailleurs au Canada ou même dans le monde, nous traînons un passé asilaire qui a non seulement institutionnalisé les patients

« Au Québec, plus qu'ailleurs au Canada ou même dans le monde, nous traînons un passé asilaire qui a non seulement institutionnalisé les patients mais également les intervenants, les gestionnaires et tout le réseau de soins. »

sont compatibles avec les notions de santé et de rétablissement. Il n'en va pas autrement dans le domaine de la santé mentale. Et lorsqu'on considère une organisation, on peut se représenter ses éventuels problèmes de fonctionnement comme des troubles de santé et le processus pour en sortir comme un processus de rétablissement. C'est ainsi que nous ferons au cours des lignes qui suivent.

réalisons, avec le temps, que pour arriver à aider les personnes utilisatrices dans leur cheminement, nous devons également accepter de nous rétablir comme personne et comme organisation. Dans cet article, nous partagerons notre journal de voyage. Comme point de départ, nous discuterons de la pertinence de parler de rétablissement pour les intervenants ou les organisations puis, dans un deuxième temps, à partir

<sup>1</sup> Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à cet article pour leur temps, leurs commentaires et leurs suggestions.

mais également les intervenants, les gestionnaires et tout le réseau de soins. Nous voilà donc pris dans la souffrance, l'impuissance ou l'aliénation du système. N'est-ce pas là le point de départ nous permettant d'emprunter le chemin du rétablissement?

## LES ÉLÉMENTS CLÉS DU RÉTABLISSEMENT

Malgré l'absence d'une définition précise du rétablissement, certaines constantes se dégagent des études. Nous savons d'abord que l'un des moteurs du rétablissement est sans contredit l'espoir de pouvoir y parvenir un jour. C'est l'espoir qui permet au rêve ou à l'idéal de reprendre sa place et à la personne de se fixer à nouveau des buts et de se mettre en marche. Lorsque celle-ci affronte des pertes importantes liées à la maladie, elle a souvent l'impression qu'elle est condamnée et emprisonnée à vie dans cette maladie. Notre premier travail clinique consistera à susciter de nouveau l'espoir qu'une vie intéressante et satisfaisante est possible et que, malgré les pertes, des forces et des talents qui ne demandent qu'à être exploités demeurent. Pour être ces porteurs d'espoir, il faut nous-même être totalement convaincus que cette personne peut se rétablir. Nous pourrions alors partir avec elle à la recherche des désirs oubliés et tenter de les faire revivre. L'espoir permet de chercher et de trouver un sens et un but, mais cela ne suffit pas, bien que ce soit essentiel. La personne doit pouvoir se recentrer sur ses forces, sur la partie saine à l'intérieur d'elle alors que la maladie prend tellement de place! Que reste-t-il de la vie d'avant? Dans nos interventions, nous omettons fréquemment de refléter à la personne tout ce qui va bien, tout ce qui est beau et sain, étant nous-mêmes centrés sur le travail à faire. Nous voulons aider la personne à réaliser son projet de vie et nous oublions que la partie saine, celle qui intéressait déjà Philippe Pinel au début du XIXe siècle, est le véhicule utilisé par le rétablissement pour aller de l'avant. Cette reconnaissance de la partie saine à l'intérieur de la personne constitue une deuxième constante identifiée par les chercheurs. Nous avons maintenant une destination et un véhicule; pour faire avancer le tout, nous avons besoin d'énergie. La plus efficace serait celle liée à l'*empowerment*, appelé aussi le « pouvoir d'agir », troisième composante

essentielle. Lorsque la personne reprend son pouvoir de décider et d'agir, elle cesse d'être passive. Elle n'est plus en attente de quelque chose qui viendrait de l'extérieur et qui réglerait son problème, elle participe aux changements, elle fait reculer les limites, elle devient partie prenante de son rétablissement. Avec elle, nous partageons le pouvoir d'aller de l'avant. Patricia Deegan décrit ainsi le changement de paradigme du pouvoir :

*[...] nous assimilons le pouvoir à « l'action du pouvoir sur quelqu'un ou quelque chose. [...] Ces rapports hiérarchiques qui déshumanisent et déresponsabilisent ne sont pas les seuls possibles. [...] Le mot « pouvoir » a également le sens « de capacité d'amorcer ou de produire un changement ». Surrey (1987) nous aide à saisir que le pouvoir ne se limite pas à « l'action du pouvoir sur autrui » : il s'entend aussi du « pouvoir partagé » ou du « pouvoir collectif ». (Deegan, 1990)(traduction libre)*

Jusqu'à maintenant, nous avons parlé des éléments clés du rétablissement pour une personne atteinte d'une maladie mentale. Est-ce que tout ceci s'applique à nous, intervenants, gestionnaires et organisations? Nous avons mentionné précédemment que nous vivons aussi de la souffrance et qu'il s'agissait-là du point de départ du processus de rétablissement. Tentons maintenant l'analogie : nous avons besoin d'espoir pour trouver un sens et un but à notre démarche, il faut recourir à nos forces et à nos capacités afin d'amorcer le processus puis sentir que nous pouvons faire les changements, que nous ne sommes

ce mouvement de reprise de pouvoir et même d'en provoquer le surgissement. De la même façon, le rôle du leader de l'organisation est de susciter et d'animer la prise collective du pouvoir. Tout ceci n'est-il qu'une banale analogie ou est-ce une réalité? Avec l'expérience accumulée au CTR, nous pensons que dans cette réalité, les processus de rétablissement s'enchevêtrent et que nous cheminons ensemble, nous entraînant les uns les autres pour en émerger tous changés et grandis. Voilà ce que nous allons maintenant tenter d'exposer.

## L'INTÉGRATION DES ÉLÉMENTS CLÉS DANS LA PRATIQUE

**1. Une gestion qui favorise la reprise du pouvoir et l'association des pouvoirs,** Louise Marchand, gestionnaire administrative, et Marie-Luce Quintal, responsable clinique

Quelle contribution peut-on attendre de la gestion dans le processus du rétablissement? À première vue, nous sommes portés à croire que le rétablissement ne se rattache qu'au volet clinique. Par contre, si nous adhérons à l'hypothèse qu'une organisation de soins et son modèle d'intervention clinique doivent avoir une même inspiration, les processus de rétablissement s'imbriquant les uns dans les autres, alors la gestion devient, elle aussi, un élément essentiel du processus. Au CTR, nous avons connu nos épisodes de désorganisation et de guerres intestines comme partout ailleurs. À certains moments, la morosité

« Si nous adhérons à l'hypothèse qu'une organisation de soins et son modèle d'intervention clinique doivent avoir une même inspiration, les processus de rétablissement s'imbriquant les uns dans les autres, alors la gestion devient, elle aussi, un élément essentiel du processus. »

pas des figurants mais des acteurs essentiels au processus. La reprise du pouvoir sur sa vie ne va pas toujours de soi, elle est souvent mise en échec par ce qu'on appelle les symptômes négatifs. C'est pourquoi le rôle du médecin et de l'intervenant est souvent de déterrer

et le découragement ont remplacé le dynamisme et la créativité. Beaucoup de temps et d'énergie s'est perdu à simplement tenter de garder les morceaux en place. Il fallait agir et vite. Le contexte s'y prêtait bien, le Ministère présentait ses nouvelles orientations

pour l'organisation des services et le Centre hospitalier Robert-Giffard se réorganisait en programmes clientèle. De plus, la clientèle orientée vers le CTR depuis quelques années présentait des problématiques plus complexes qui

démarche de restructuration qui a constitué, d'une certaine façon, notre processus de rétablissement. Le cœur de la démarche s'est échelonné sur une année mais se poursuivra sans cesse. Plus question de statu quo, l'adaptation aux

part aux échanges et aux décisions. Il était de notre devoir de trouver des solutions afin d'apporter les correctifs qui s'imposaient. Ces recommandations n'ont pas toutes été faciles à mettre en place – certaines dérangeaient –, mais elles ont eu au moins le mérite d'être nommées et entendues par tous. Les guerres de pouvoir se sont tranquillement estompées pour faire place à un pouvoir partagé. L'équipe est sortie de sa passivité et s'est engagée prudemment dans l'action. Malgré la réserve et le scepticisme face à notre démarche, l'espoir a repris sa place. Des changements de poste se sont faits dans la coopération et ont permis au plus grand nombre d'intervenants d'être satisfaits. Certains changements plus difficiles ont suscité des réactions normales qui ont pu s'exprimer puis recevoir les explications nécessaires. Finalement, ces réactions ont été gérées par l'équipe sans trop de heurts et avec beaucoup de maturité.

On peut émettre deux hypothèses explicatives autour de cette démarche réussie : 1) la congruence du modèle clinique avec le modèle de gestion; 2) l'effet tiers de la présence d'usagers, de parents et d'acteurs d'organismes communautaires au sein des comités de la restructuration.

Relativement à la première hypothèse, mentionnons que depuis plusieurs années, notre discours portait sans cesse sur l'importance de redonner le pouvoir à l'usager, de favoriser sa participation et son engagement dans tout le processus le concernant. Cette même philosophie a été reprise pour soutenir la restructuration du CTR. En étant ainsi interpellés et consultés, les intervenants ont vécu de l'intérieur ce qui leur était demandé comme attitude auprès des personnes utilisatrices de services. Notre façon de faire reconnaissait leur capacité de se rétablir comme collègue et comme membre d'une organisation et d'être partie prenante à ce processus. Nous avons fait confiance à leur jugement, à leur expérience et à leur créativité, et nous avons eu raison.

De plus, la place accordée aux personnes ciblées par nos services, à leurs proches et à nos partenaires semble être, elle aussi, un atout favorisant le succès du processus. Leur vision extérieure nous a d'abord permis de prendre le recul nécessaire à une évaluation plus juste des forces et des difficultés du Centre, puis elle a ouvert un espace de discussion et

## « Depuis plusieurs années, notre discours portait sans cesse sur l'importance de redonner le pouvoir à l'usager, de favoriser sa participation et son engagement dans tout le processus le concernant. Cette même philosophie a été reprise pour soutenir la restructuration du CTR. »

justifiaient des ajustements dans nos services. Ces divers éléments, combinés à l'arrivée d'une nouvelle gestionnaire au CTR, ont été l'amorce d'un changement en profondeur.

Le mode de gestion au Centre hospitalier Robert-Giffard comme au CTR de Nemours se fait conjointement par une responsable clinique (psychiatre et une gestionnaire administrative. De notre point de vue, l'arrivée de cette nouvelle gestionnaire a été la bougie d'allumage qui a su insuffler l'espoir que le CTR avait perdu. Elle croyait en nous et voyait ce que nous ne voyions plus. Elle ne mettait pas l'accent sur nos difficultés, elle nous rappelait aussi nos réussites, percevait nos forces et notre créativité. Mais laissons-la nous raconter ce qui s'est passé.

*Cette équipe où je devenais le chef d'unité, je la connaissais pour y avoir déjà travaillé. Après quelques années, je la retrouve énormément fragilisée, on ne se fait plus confiance, chacun s'est replié sur soi pour éviter des blessures. Les gens étaient démobilisés, en maladie ou en survie. Une firme externe a été invitée à analyser la situation, à établir son diagnostic et à faire ses recommandations. Parallèlement, un nouveau gestionnaire a fait son entrée au programme de formation continue et nous a proposé une formule plus innovatrice. La proposition collait bien à l'approche du CTR, elle a plu et elle a été adoptée. Il s'agissait d'associer un entraîneur aux deux gestionnaires pour qu'il les appuie. Ainsi soutenues et en confiance, ces dernières ont mis en place les conditions pour que les équipes, les usagers, leurs familles et leurs proches puissent s'engager dans une*

*situations devra dorénavant être perpétuelle. Dans la perspective de redonner du pouvoir aux personnes, des comités ont été mis sur pied où tous les intervenants ont été sollicités. On y a également intégré des usagers, des proches et nos partenaires des organismes communautaires. Cette proposition a suscité de la résistance. N'est-il pas sage de laver notre linge sale en famille... alors, pourquoi intégrer aux comités des personnes extérieures? La réponse est simple : il s'agit de l'affaire de tout le monde. Nous ne sommes pas là pour notre fonctionnement interne, mais pour donner des services à des personnes qui ont quelque chose à dire sur ceux-ci. Cette façon de faire permet également de bénéficier d'une vue extérieure à la situation. Entre nous, il est tentant de prendre une position complaisante et d'en rester à des changements superficiels. L'œil de l'autre apporte une vision plus globale et souvent plus objective. En soi, l'inclusion de ces participants externes, par le simple fait de leur présence, le partage de leur vision sur l'organisation et bien sûr, l'apport de leurs observations et suggestions, oblige le groupe à se réorganiser différemment. Ce premier moment de résistance passé, tout le monde s'est attelé à la tâche. Histoire d'établir l'état de la situation, nous avons recueilli l'appréciation de nos services auprès du plus grand nombre possible de personnes. Des sondages-maison ont été envoyés aux utilisateurs de services du programme, aux proches et aux intervenants avec qui nous sommes en partenariat. Le portrait s'est lentement dessiné; nous étions appréciés, bien sûr, mais il y avait des lacunes et des irritants que nous ne pouvions plus ignorer. Il fallait y remédier. Les groupes ont formulé des recommandations qui ont été reprises au comité central, appelé comité de coordination, où là encore, un usager et un proche prenaient*

de création permettant à des solutions novatrices de prendre place. Nous aurions sûrement pu aller plus loin mais nous avons apprivoisé cette proximité et compris qu'elle était essentielle pour tous.

*En rétrospective, nous constatons que le cheminement vers notre réorganisation s'est avéré aussi important que le résultat obtenu. Tout au long du parcours, nous avons repris, en tant qu'organisation, conscience de notre pouvoir d'agir. Nous savons maintenant que nous pouvons nous rétablir, nous sommes sortis de notre impuissance. Bien que le processus de rétablissement ne soit jamais complètement terminé, les services offerts tiennent maintenant compte de nos nouvelles réalités. Ils sont mieux adaptés aux besoins de nos clients et partenaires tout en étant respectueux des préoccupations des employés. De son côté, le travail d'équipe et la confiance mutuelle sont revenus. Le climat de travail est nettement amélioré et tous en bénéficient. Tant sur le plan personnel que sur celui de l'organisation, nous sommes satisfaits et fiers de notre cheminement, au-delà même de nos attentes initiales. La reprise du pouvoir d'agir dans un pouvoir partagé est l'affaire de tous, gestionnaires, intervenants, utilisateurs de services et proches.*

## **2. Une façon de faire qui évite le traumatisme de l'hospitalisation, Suzanne Corriveau, infirmière, en collaboration**

Les périodes de crise font partie de l'évolution normale des personnes. Au CTR, nous avons adapté nos interventions afin de soutenir le processus du rétablissement même lors de ces épisodes.

Lorsqu'un client connaît des moments plus difficiles, il peut d'abord nous joindre au téléphone à toute heure du jour et de la nuit, quel que soit le jour de la semaine. On lui offre alors des moyens qui pourront l'aider à passer à travers ces périodes et ainsi prévenir une rechute. Lors de ces appels, le client peut compter sur une écoute active, une aide afin de gérer le stress, une évaluation de la condition mentale et du risque. Le but n'est pas de trouver la solution au problème, mais d'amener la personne à trouver sa solution et de l'accompagner tout au long du processus. Par la suite, nous assurons le suivi par l'équipe habituelle. Par contre, si ces moyens s'avèrent insuffisants, il y a d'autres possibilités d'interventions. Un membre

de l'équipe peut aller à la rencontre de la personne. Également, celle-ci peut se présenter au Centre pour voir un intervenant et venir passer un moment dans la journée. Elle peut également être référée à d'autres ressources dans la communauté qui pourront répondre à des besoins spécifiques. Enfin, si elle est en voie de se désorganiser ou qu'elle nécessite un traitement plus soutenu, elle est admise au Centre, où nous disposons de lits de traitement, une alternative à l'hospitalisation. Du

« Pour en arriver à placer l'utilisateur dans une situation de rétablissement, l'intervenant doit faire preuve d'une très grande autonomie professionnelle, d'un bon jugement, d'une capacité de prendre des décisions rapides et d'une liberté d'action dans ses interventions. »

personnel infirmier est présent 24 heures par jour et les psychiatres viennent faire leur consultation sur place. Tant que la personne ne représente pas un danger pour elle ou pour les autres et qu'elle est volontaire pour le traitement proposé, elle peut bénéficier des services. Cette manière de faire évite une hospitalisation, souvent vécue négativement par les personnes. Celles-ci sont fières d'avoir réussi à passer au travers sans avoir recours à l'hospitalisation.

Dans le programme du CTR, on place l'utilisateur au cœur de ses décisions, on le responsabilise face à son traitement tout en lui offrant l'encadrement et le soutien nécessaires. Le dosage entre la responsabilisation et la protection n'est pas nécessairement facile et demande des réajustements constants de l'équipe. Ainsi, le respect du rythme de la personne ne doit pas empêcher la stimulation qui permet de contrer les symptômes négatifs de la maladie. De même, le respect de ses choix et de son droit de faire des erreurs ne veut pas dire l'abandonner dans une situation dangereuse pour elle ou pour les autres. Le travail multidisciplinaire, la remise en question de nos façons de faire et l'ouverture à un changement de cap rapide selon l'évolution permettent de maintenir nos interventions à un dosage approprié même s'il n'y a jamais rien d'acquis.

Pour en arriver à placer l'utilisateur dans une situation de rétablissement, l'intervenant doit faire preuve d'une très grande autonomie professionnelle, d'un bon jugement, d'une capacité de prendre des décisions rapides et d'une liberté d'action dans ses interventions. Il doit également être capable de communiquer efficacement avec les membres de l'équipe multidisciplinaire et participer activement au plan d'action mis en œuvre.

Cette façon de faire soulève cependant plusieurs questions; elle nous met face à nos valeurs personnelles, à nos limites et à nos responsabilités en tant qu'infirmières travaillant au sein d'une ressource externe. Par exemple, les règles des politiques et des procédures du Centre hospitalier Robert-Giffard qui ne sont pas toujours en harmonie avec les valeurs du CTR. Il est facile de comprendre qu'une petite organisation clinique communautaire n'a pas besoin des mêmes règles de fonctionnement qu'un hôpital psychiatrique, que l'on pense aux tournées la nuit, à la sécurité ou à la salle des fumeurs pour ne parler que de celles-là.

## **3. Un outil qui permet à la personne de devenir maître d'œuvre de son rétablissement et de nous donner des points de repère, Martine Goudreault, éducatrice, en collaboration**

Un des outils privilégiés des éducateurs est sans aucun doute le plan d'intervention. Dans le passé, cet exercice et les objectifs en découlant se faisaient quelquefois en l'absence de la personne. La prise en charge par l'intervenant, faite en toute bonne foi à cette époque, laissait peu de place à la personne. Les objectifs fixés nous semblaient réalistes et réalisables. Que nous étions loin de l'empowerment! Que de déceptions

aussi!!! Notre bonne volonté conjugée à nos souhaits de bienveillance n'ont pas toujours été source de réussite. Petit à petit, la notion d'*empowerment* a fait partie du langage. Au CTR, nous suivons le courant, nous élaborons notre outil de plan d'intervention intitulé « Maître d'œuvre de mon projet de vie ». À partir de ce moment-là, la personne a commencé à participer activement et à prendre toutes les décisions la concernant.

Le plan d'intervention se fait à partir d'un guide. La personne prend conscience de ses forces, de ses difficultés et amorce ainsi une réflexion qui la conduira à concrétiser ses choix de vie. Ce n'est pas sans heurts que nous lui laissons toute cette place. La route nous apparaît quelquefois longue, les buts irréalistes et l'échec inévitable. Où se situe notre rôle? Nous nous sommes d'abord sentis un peu exclus par cette nouvelle démarche, comme si notre expertise ne comptait plus. Avec le temps, nous réalisons que cette manière de faire permet l'éclosion d'une nouvelle expertise, celle de la personne utilisatrice de services concernant sa propre vie. Elle ne fait pas fi de notre propre expertise, mais elle se conjugue plutôt à celle de tous les intervenants rendant l'ensemble plus efficient. Même si, à première vue, le projet de vie de la personne nous apparaît irréalisable, nous ne la « freinons » pas dans ses rêves. Au contraire, nous utilisons ces derniers comme source de motivation. Nous établissons ensuite avec la personne les étapes intermédiaires indispensables, lesquelles pourront conduire à la réalisation progressive du rêve ou permettront d'ajuster celui-ci à la réalité. Ainsi, en ne mettant pas de côté le rêve, l'espoir naît et agit comme moteur du rétablissement. La lueur de fierté dans les yeux de la personne! Elle est enfin écoutée, elle prend part aux décisions qui la touchent et elle décide de son projet de vie. En lui redonnant du pouvoir sur sa vie, nous lui permettons d'explorer son potentiel et de miser sur elle et son environnement pour cheminer et redevenir la personne trop longtemps oubliée. Tout cela confirme que nous sommes dans la bonne direction.

Malgré tout, la maladie conduit parfois la personne à cesser ses activités ou à prendre un certain recul. Nous lui rappelons alors les efforts qu'elle a faits

jusqu'à maintenant; les éducateurs sont présents et remettent en évidence ses forces. Nous nous relevons ensemble et nous repartons tout simplement. Notre rôle n'est plus celui de spectateur et de décideur, mais celui d'accompagnateur et celui-ci est beaucoup plus confortable.

## « Dans ma pratique clinique, une des surprises agréables reliées au rétablissement est le témoignage de personnes découvrant cette orientation et leur pouvoir dans ce sens. »

Dorénavant, nous ne voyons plus seulement la maladie avec ses multiples symptômes, mais d'abord et avant tout une personne avec ses besoins et ses rêves.

### 4. Des rencontres où l'humain rencontre l'humain

• **Le rétablissement en thérapie, Claude Lamothe, psychologue**

Depuis sept ans au CTR, je travaille avec des personnes dont la vie a été bouleversée par des difficultés qui ont contribué à un enfermement personnel et social. Dans leur lutte pour sortir de cette prison et de leurs contraintes, elles ont décidé de m'ouvrir une porte pour chercher les clés nécessaires à leur libération et à l'amélioration de leur situation.

Sans expérience professionnelle avec ce genre de difficulté, j'ai aussi accepté d'ouvrir ma porte et de me laisser guider sur cette nouvelle route par différentes sources : les personnes elles-mêmes, les intervenants ayant de l'expérience, certaines lectures et ma vie personnelle. J'ai eu la chance de me retrouver dans un milieu de travail ouvert à faire une place privilégiée à la clientèle et réceptif aux démarches des intervenants. Ces ingrédients ont constitué une base commune facilitant le rapprochement et l'ouverture.

Dans ma pratique clinique, une des surprises agréables reliées au rétablissement est le témoignage de personnes découvrant cette orientation et leur pouvoir dans ce sens. Plusieurs personnes reçoivent avec une certaine réserve une invitation à investir dans cette direction. Quand elles découvrent leur pouvoir et les effets de celui-ci, elles expriment qu'elles reprennent goût à la

vie et se libèrent d'un enfermement de plusieurs années. Elles semblent engager une nouvelle lutte pour sortir d'une position de survie. Le rétablissement de leur capacité à communiquer avec elles-mêmes et avec leur entourage représente un moment de bonheur favorisant la

reprise de leur place parmi les autres. Avec ces témoignages vivants, j'ai de plus en plus de facilité à me libérer de certains modèles cliniques et à me laisser guider par celui de la clientèle et de ma propre expérience de vie, incluant ma formation. Dans le fond, ils m'invitent à sortir d'une autre sorte d'enfermement et à poursuivre une nouvelle étape professionnelle. Cette liberté retrouvée redonne de l'énergie pour affronter les contraintes de la vie et traverser des moments extrêmement difficiles avec ces personnes.

J'ai appris que chaque rencontre est unique et correspond au meilleur moment qui m'est offert pour aider une personne sur le chemin de sa vie. J'ai appris à accroître ma tolérance face à l'inconnu et aux « bizarreries » de la vie et à mieux situer ma place et celle de l'autre. J'ai appris que le « mal à dire » nécessite une « écoute inconditionnelle » et que l'apprentissage du langage de la douleur peut ouvrir la porte à un soulagement propre à la personne. J'ai appris que des personnes peuvent se perdre et qu'elles ont besoin de se retrouver pour reprendre une nouvelle route favorisant le rétablissement de leur capacité d'aimer. J'ai appris que la dureté de la vie porte atteinte à l'intégrité des gens et qu'elle peut nécessiter des alliances thérapeutiques diverses afin de rétablir cette intégrité. J'ai appris que la recherche des ingrédients essentiels à notre vie est une lutte quotidienne et que pour être en mesure de lutter, nous avons besoin d'un minimum d'énergie disponible. J'ai appris que sentir le soutien d'une autre personne peut se traduire par une simple présence attentive et représenter la base sécurisante conduisant à un rétablissement. J'ai appris que le temps investi est aussi un élément fondamental dans le processus.

Quelles sont les difficultés liées au rétablissement dans ma pratique clinique? D'une part, ma pratique s'inscrit dans le cadre d'un établissement avec sa mission, ses orientations, ses contraintes légales et administratives, son organisation clinique et ses approches privilégiées... Ce cadre est véhiculé par un ensemble de personnes ayant une formation, une expérience et un statut divers. Il est loin d'être facile et évident de se faire une place personnalisée reconnue positivement si elle dérange l'ordre établi. D'autre part, les personnes admises dans les services répondent à certains critères faisant référence à leur situation problématique. Parmi les critères utilisés, il y a la présence d'une maladie mentale « diagnostiquée » et résistante aux traitements médicaux. Dans les faits, les personnes rencontrées ont souvent eu l'occasion de vivre des traitements qui ont laissé des traces plutôt négatives. Elles se présentent fréquemment dans un contexte de soumission et de conformité aux traitements prescrits, plaçant l'intervenant dans une position d'autorité : elles ont abandonné leur pouvoir aux mains des experts; parfois, elles ont remis leur sort à une toute-puissance divine. À l'occasion, certaines personnes emploient les rencontres pour résister et s'opposer aux autorités médicales. Je n'ai pas encore eu l'occasion de commencer une démarche avec une personne se situant dès le départ comme un partenaire dans la modification de ses conditions de vie. La première étape est régulièrement reliée au rétablissement d'un rapport de personne à personne avec des bagages différents. La recherche des ingrédients qui conviennent fait également partie de cette démarche.

Parmi les autres difficultés, il y a la nature même du défi : tolérer d'être guidé par une personne pouvant être temporairement « aveuglée » par des émotions et disposant de conditions accentuant sa vulnérabilité au regard de l'autre. Le retrait ou battre en retraite représente souvent une façon de se protéger et d'être en mesure de récupérer. Même dans le groupe clairement identifié comme moyen de soutien au rétablissement, les personnes ont ten-

dance à s'absenter lorsqu'elles vivent des moments très difficiles. Quand elles osent prendre une place active dans ces circonstances, elles craignent intensément les répercussions pour elles et pour l'entourage. Accepter cette distance, trouver le dosage approprié, rétablir le lien et évaluer les risques de violence (pour la personne elle-même et pour les autres) met en évidence la vulnérabilité de chacun. La minceur des frontières entre les personnes, entre le réel et l'imaginaire, entre la santé et la maladie, entre la vie et la mort, représente une situation parfois difficilement supportable : un état de crise nous met en contact avec une intensité émotionnelle envahissante où la terreur et le désespoir menacent l'intégrité de la personne.

Ce que j'apprécie le plus dans ma pratique actuelle et que je crois être en lien avec la place faite au rétablissement, c'est la chance de vivre quotidiennement des moments où la santé est présente et mise à contribution pour réduire la place du « mal à vivre » et du « mal » dans la vie. Ce que j'apprécie aussi, c'est la possibilité de pouvoir laisser aux personnes le choix de l'utilisation de mes services : fréquence, durée, contenu... Cette liberté m'apparaît faire partie des ingrédients contribuant au rétablissement de leur pouvoir et à l'établissement d'une alliance thérapeutique. Ce qui m'a le plus touché jusqu'à maintenant, c'est d'être avec des personnes luttant contre « l'enfermement » et retrouvant leur goût de vivre. Ces passages constituent une source très riche d'espoir.

• **Le groupe sur le rétablissement,**  
*Claude Lamothe, psychologue, et Yolande Champoux, travailleuse sociale*

À la suite de la conférence d'une personne ayant elle-même l'expérience de la maladie mentale et exerçant un travail d'intervenant, nous avons offert la possibilité d'une rencontre à tous les gens intéressés à réfléchir au sujet du rétablissement. Nous avons proposé d'utiliser des textes sur le sujet et l'expérience des personnes présentes. Les seules indications

données pour participer à cette rencontre ont été d'avoir de l'intérêt et de s'identifier simplement comme une personne autour de la table. La question du statut a été mise au second plan. Dans notre esprit, un jour ou l'autre, chaque personne a eu l'occasion de vivre des situations très pénibles dont elle a eu à se rétablir. Cette expérience peut contribuer à alimenter la réflexion. Au départ, notre invitation a rejoint une dizaine de personnes ayant une expérience et une formation différentes.

À la première rencontre, il est évident que la consigne de s'identifier d'abord comme une personne ne s'est pas faite de façon spontanée. La disposition des gens autour de la table et leur présentation ont mis en évidence le statut de chacun. En tant que psychologue, je me suis posé la question de l'ouverture que j'allais faire concernant mon expérience personnelle et quel effet pouvait avoir celle-ci sur des personnes que je vois en thérapie individuelle. Je me suis aussi demandé comment elles allaient se situer par rapport à leur participation en groupe. À cette époque, ma réflexion sur le rétablissement s'inspirait d'un passage où j'ai « frappé un mur » sur le plan professionnel. Je faisais également un lien avec le discours de certaines personnes qui associaient la découverte de leur maladie à un mur qui les avait jetées par terre. La distance que j'ai trouvée m'a permis d'ouvrir sur les moyens utilisés et de conserver une grande réserve par rapport à la charge émotionnelle présente durant ce passage. L'échange s'est concentré sur les moyens propres à chacun et les ressemblances quant aux méthodes utilisées pour traverser un moment difficile. L'écoute du groupe et l'ouverture des personnes ont donné le goût de poursuivre cette démarche. Chaque rencontre se traduit par un rapprochement entre les personnes et un investissement sur un chemin en construction : créer une nouvelle relation et réfléchir sur le rétablissement. Les personnes arrivent à prendre la place qui leur convient et contribuent au choix des thèmes de réflexion. Il est possible d'être présent sans prendre activement la parole; il est possible de s'exprimer de façon émotionnelle; il est possible d'être écouté malgré un discours désorganisé en apparence; il est possible d'être là et d'être apprécié pour sa présence. Un noyau se constitue et d'autres personnes s'ajoutent pour faire un bout de route. Graduellement, le groupe fait non seulement une place à la réflexion mais aussi au soutien.

« Chaque rencontre se traduit par un rapprochement entre les personnes et un investissement sur un chemin en construction : créer une nouvelle relation et réfléchir sur le rétablissement. »

L'enthousiasme de cette démarche entraîne même quelques membres du groupe à participer à des colloques pour partager la richesse de cette expérience.

### **Se redonner espoir**

Le premier effet évident est au cœur du processus de rétablissement : l'**espoir**. Garder intacte la flamme de l'espoir ou la rallumer. Qui de nous n'a pas eu ses moments de découragement, de désillusion, de fatigue? Il n'est pas nécessaire d'énumérer toutes les raisons, tous les contextes qui peuvent expliquer, voire justifier, un état temporaire mais sérieux de manque d'enthousiasme et d'abandon de nos idéaux de départ. Nous savons que nous ne pouvons pas transmettre à l'autre la conviction qu'il peut s'en sortir, si nous ne la portons pas en dedans de nous. Dans le groupe sur le **rétablissement**, chacun est porteur

de guérison. La guérison souhaitée par l'entourage et espérée par la personne prend une place légitime sans immobiliser celle-ci dans une attente désespérante. La personne peut rétablir les conditions appropriées pour améliorer sa qualité de vie. L'espoir s'alimente de ces progrès présents dans le quotidien.

Comme les proches, comme les personnes atteintes, nous avons besoin d'une source d'espoir.

**L'espoir est contagieux**, et juste une petite dose peut rallumer l'étincelle qui nous permet de continuer.

### **Accroître sa capacité d'empathie**

Le choix de laisser tomber notre rôle d'intervenant nous oblige à faire l'effort de retracer et de dévoiler des zones d'inconfort et de vulnérabilité où nous devons

cours de ces rencontres « magiques ». Quand quelqu'un prend la parole, il sait mieux que quiconque nommer ce qui l'habite et qui fait sens pour lui. Chacun est l'expert de son propre rétablissement. Chacun découvre son pouvoir d'agir en le partageant avec les autres. Le climat de respect et l'écoute des mots, des silences et des émotions rendent possible une libération par la parole. Et chacun se réapproprie ces mots pour se reconforter et les réinvestir dans son quotidien, dans son travail, dans sa relation avec autrui.

### **Augmenter sa tolérance à l'incertitude, à l'ambiguïté**

Nous avons commencé ces rencontres certes avec enthousiasme, mais sans trop savoir où cela allait nous mener. C'est le groupe qui nous conduit, qui fixe lui-même ses propres règles, son rythme, ses thèmes. Nous ne savons pas à l'avance qui sera présent, ce qui se passera et comment ça se passera. Au début, nous abordions un thème, choisi à la fin de l'échange de la rencontre précédente. Maintenant, nous nous concentrons essentiellement sur le soutien mutuel, et accueillons les personnes comme elles sont au moment où elles se présentent, selon les situations ou les événements qu'elles vivent. Nous apprenons à faire confiance à notre capacité d'écoute et de tolérance, y compris devant les silences, les émotions ou les propos parfois confus qu'entraîne la maladie ou la détresse. Nous savons que les personnes dans le groupe sauront trouver les mots pour reconforter ou encourager, mais aussi pour rire et dédramatiser.

Plus nous participons à ces groupes, plus nous constatons leur richesse, leur dynamisme et leur capacité de procurer l'aide que seuls, nous ne pouvons offrir. Nous sommes moins pris dans le piège du « sauveur », des solutions à trouver pour l'autre, de l'action à mener à tout prix.

### **Diminuer son sentiment d'impuissance**

Comme intervenant, on se sent impuissant quand on veut trouver une solution rapide et qu'on n'en trouve pas; quand on a travaillé tellement fort qu'on a l'impression « d'avoir tout essayé »; quand on porte sur ses épaules le poids de la souffrance et des problèmes de l'autre; quand la situation est complexe et qu'on est seul pour l'affronter, etc. En aidant l'autre à reprendre sa « position de sujet » et à reprendre du pouvoir sur sa vie, nous travaillons à deux à trouver des solutions. En mettant la personne en présence d'autres personnes,

« Plus nous participons à ces groupes, plus nous constatons leur richesse, leur dynamisme et leur capacité de procurer l'aide que seuls, nous ne pouvons offrir. Nous sommes moins pris dans le piège du « sauveur », des solutions à trouver pour l'autre, de l'action à mener à tout prix. »

10

d'espoir. Chacun est à une étape différente de son cheminement, et porte son lot d'échecs et de réussites, de rechutes et de rebondissements. Que ce soit pour lutter contre la maladie mentale ou pour passer à travers des périodes difficiles, la vie est un combat, le rétablissement est aussi un combat pour la vie. Et chacun trouve en lui les façons de le mener. Partager ces récits est extrêmement stimulant, parce que ça nous montre comment chaque effort peut porter ses fruits, et à quel point une toute petite réussite peut être une véritable victoire. Quant aux personnes qui vivent des moments difficiles, l'expérience nous indique que le groupe leur offre le réconfort dont elles ont énormément besoin pour continuer à se battre. Libérer les mots pour dire sa souffrance soulage d'une partie du poids qui nous empêche d'avancer et de retrouver espoir...

L'apprentissage et l'intégration du rétablissement deviennent des facteurs de protection de l'espoir et offrent une plus grande sécurité que les désirs

chercher des moyens et mobiliser toute notre énergie pour nous en sortir. C'est une excellente façon de saisir ce qu'il faut de détermination et de courage pour se rétablir d'une maladie mentale. Nous croyons que cela rend notre écoute plus authentique et plus empathique. Passer par ses propres moments de souffrance nous permet de mieux entrevoir la souffrance de l'autre. Reconnaître quels ont été les repères qui nous ont permis de nous retrouver et de nous remettre sur pied lors de périodes particulièrement difficiles crée une complicité, une solidarité nouvelle avec les personnes du groupe.

### **Reconnaître la compétence des personnes et leur pouvoir d'agir pour leur propre rétablissement**

Nous avons l'occasion de travailler dans un centre où l'approche du rétablissement est privilégiée. Nous avons été touchés par les récits de M. Luc Vigneault, par « L'itinéraire du cœur » de Patricia Deegan. Cependant, jamais nous n'avons autant appris sur le rétablissement qu'au

on lui permet de se voir dans le regard de l'autre, d'être appréciée par ses pairs et de reprendre confiance en sa capacité d'agir. Nous sommes plusieurs à chercher ensemble les chemins du rétablissement, et nous pouvons observer et entendre qu'il est possible d'y parvenir.

• **Un groupe d'entraide : PAR ou POUR les usagers?**, Yolande Champoux, travailleuse sociale

L'origine du groupe d'entraide du CTR remonte à une journée de réflexion réunissant intervenants et personnes utilisatrices, où ces dernières avaient formulé cette demande. Le groupe n'a entrepris ses activités qu'en 2004, soit trois ans après qu'un premier comité d'implantation a discuté des principes de fonctionnement et élaboré des objectifs de travail. Le but était d'en faire un véritable groupe « par et pour » les usagers. Les discussions au sein du comité allaient en ce sens également. Cependant, quand nous avons réuni les personnes utilisatrices lors d'une première rencontre, les attentes exprimées étaient on ne peut plus claires : organiser des activités pour briser l'isolement, se créer un réseau d'amis, échanger, se désennuyer et s'entraider. Les personnes ne désiraient pas chercher un autre lieu de rencontre que celui où il leur était plus facile de venir : le CTR. Nous avons démarré avec le soutien de deux intervenants, et nous sommes toujours présents, malgré la volonté de nous rapprocher le plus vite possible de notre idéal de départ. Nous avons vite constaté que lorsque nous relâchions notre présence, la participation avait tendance à diminuer, parfois même les activités tombaient, même si les personnes elles-mêmes les avaient choisies et organisées.

Nous avons donc maintenu notre assistance en proposant d'autres moyens pour accroître l'engagement des personnes, en respectant leurs intérêts, leurs capacités et leur rythme. Nous avons avec elles continué d'organiser des activités qui leur plaisent, auxquelles elles se sentent libres de participer, comme et quand elles le veulent. Nous avons accepté de mettre « sur la glace » notre idéal, pour coller davantage à ce qu'elles nous demandaient, à ce dont elles avaient concrètement besoin.

« Le rétablissement n'est pas un traitement que l'on applique de l'extérieur, une technique à apprendre, mais plutôt une expérience à vivre et à partager, un processus qui conduit à un nouvel état où peuvent coexister cicatrices et parties saines, que ce soit pour la personne utilisatrice de services, l'intervenant, l'organisation ou le réseau lui-même. »

Nous avons pris des cafés, marché, effectué quelques sorties et activités de plein air, nous avons jaser de tout et de rien, assez peu finalement de la maladie et de ses problèmes. Nous avons ri, écouté des films, discuté des raisons qui faisaient que certains étaient absents ou que telle activité n'avait pas fonctionné. Nous avons souvent parlé du soutien et de l'entraide, de la difficulté à se motiver et à se mettre en action. Puis certains se sont engagés dans des comités, d'autres ont participé à des colloques ou à des projets. Des petits gestes ont été posés, quelques participants se sont appelés puis retrouvés à l'extérieur du CTR. Quelques-uns réalisent présentement une vidéo sur le Centre. Le groupe d'entraide existe, il est en quelque sorte un point de référence pour se retrouver entre pairs. Le soutien et l'entraide sont la conséquence d'un sentiment d'appartenance de plus en plus solide.

Comme quoi il faut parfois lâcher prise quant à nos belles intentions, et laisser les personnes aller là où elles le désirent vraiment. Je sais pertinemment que le groupe d'entraide est important, tel qu'il est, pour les personnes qui le fréquentent, car elles reviennent et s'y sentent bien.

Nous ne savons pas si le groupe d'entraide deviendra un jour autonome et indépendant du CTR. Nous tentons d'offrir les moyens pour que cela devienne possible. Mais il se peut également que cela n'arrive pas, que les personnes aillent ailleurs chercher leur envol : dans d'autres groupes, dans d'autres lieux où elles sauront prendre la parole et leur place de citoyen. Si le groupe d'entraide servait de tremplin, ce serait déjà beaucoup.

**Conclusion**, Marie-Luce Quintal, responsable clinique

Avec cet article, nous avons voulu susciter votre désir de faire partie de la démarche visant à construire un réseau dont les

interventions soutiendront le processus de rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental. Le rétablissement n'est pas un traitement que l'on applique de l'extérieur, une technique à apprendre, mais plutôt une expérience à vivre et à partager, un processus qui conduit à un nouvel état où peuvent coexister cicatrices et parties saines, que ce soit pour la personne utilisatrice de services, l'intervenant, l'organisation ou le réseau lui-même. Il serait dangereux de tenter de reproduire le CTR car chaque organisation, comme chaque personne, est unique. Vous pouvez vous inspirer de sa démarche ou de ses outils, mais vous aurez à créer la « chimie » de votre organisation. En bon médecin, je ne peux terminer sans vous laisser avec une prescription; la voici donc :

→ N'attendez pas avant d'intégrer des utilisateurs de services et des proches dans vos comités lorsque vous planifiez, évaluez ou organisez vos services; ils ont une longueur d'avance dans le processus de rétablissement et ils peuvent être des guides précieux.

→ Ne soyez pas pressés. Une personne utilisatrice m'a déjà dit : « Docteur, on ne peut pas tirer sur la fleur pour qu'elle pousse plus vite ». Cela a été une belle leçon et je me répète souvent cette phrase quand l'impatience me tenaille.

→ Osez, risquez et acceptez de vous tromper et de recommencer. Il n'y a pas d'autre manière de grandir et de changer. Les crises créent un déséquilibre et favorisent le changement.

→ Regardez les étapes une à la fois, ayez une approche de petits pas. La montagne paraît toujours trop haute à escalader, mais un pas à la fois, on peut y arriver.

→ Ne restez pas seul, créez des alliances. Il y aura de la résistance au changement dans le réseau, ne la vivez pas de manière isolée.

→ Bon rétablissement!

# Témoignages de participants au groupe de rétablissement du CTR

## Retrouver sa clé, et retourner à nos moutons! Qu'est-ce que ça m'apporte, l'expérience du groupe de rétablissement? Seule et avec les autres

Par Marie-Noël, utilisatrice de services

Le groupe m'apporte des présences, du soutien avec les autres, me permettant de comprendre, de saisir les besoins des autres qui m'entourent et de socialiser dans un climat de confiance et de partage, d'émotions qui nous touchent, nous rejoignent quelque part en nous.

**Les outils :** ces échanges avec les autres m'aident à me différencier, à ressentir l'**espoir**, la volonté, les forces qui m'habitent, une acceptation de ce qui m'arrive en ce présent, de vivre une **solitude partagée** dans un monde où règnent les peines, la maladie, et tenter de se relever ensemble, chacun à sa façon. Ce qui attire mon attention, c'est une clé qui ouvre la porte : « AGIR » une fois, deux, puis trois et encore; une manière typique de se relever de l'isolement. Mon expérience est un atout lorsque je ferme la porte de mon appartement et avec le sourire aux lèvres, me voilà prête à fréquenter les coins nature, à écrire ou

à dessiner. Puis satisfaite et consciente de mon geste, le désir continue, fière de moi, le cœur battant.

Mon petit bonheur se satisfait de choses telles que les soins corporels, les vêtements appropriés, un appartement propre et agréable à vivre. « Opération agir » est mon remède tout comme la prise de mon PRN, parfois indispensable à cause de l'anticipation du stress, car « les autres me dérangent », j'ai un sentiment de gêne, de honte parfois, une peur d'être critiquée, et je me demande comment agir ou réagir.

Il est essentiel de vivre le sentiment d'**estime de soi** pour accueillir l'amour des autres. À ce moment, la confiance réciproque règne. Aimer et être aimée délivre et réconforte, c'est surprenant et même inattendu; un petit velours comme un PRN.

Ce que j'aime en moi, c'est le sentiment de mon apprentissage et des efforts que j'y fais, une réadaptation à tout ce qui m'est propre, ma vie, les affaires qui m'appartiennent, mes pensées, mes forces émergeant avec le temps. Un branle-bas de ma personnalité, de mes goûts, de mes émotions, de mes

souvenirs. Un plus positif, une imagination créatrice et c'est ça qui me tient debout et m'avoue heureuse et belle. Les autres, par exemple, m'aiment bien plus que je peux m'imaginer, en étant même un modèle pour mes proches, indépendante et rassurée. Quels que soient les contacts que l'on entretient avec les autres, ce qui importe, c'est que chacun a en lui une « lueur » qui vibre, une énergie positive à retenir et à protéger, puis à répandre comme un rayon de soleil. Le boute-en-train, j'imagine.

**Les rechutes** ne sont pas un échec en soi. Elles sont la **manifestation d'un mal-être** général autant physique que dans l'âme qui semble se détériorer, qui me retient prisonnière, renfermée, un moins et encore un moins accumulés. À ce moment, il faut consulter, retourner aux outils, « s'accrocher à ce qui nous fait du bien », dire non à ce qui nous nuit et persévérer pour retrouver la forme, **remonter la pente** de la vie, accepter l'aide, s'abandonner aux petits plaisirs qui renaissent, s'énergiser en **AGISSANT!**

« La pilule est difficile à avaler »; mais ça vaut la peine d'essayer! Et encore... se rétablir pas à pas; et retrouver sa clé!

## Facteurs qui ont contribué à mon rétablissement comme parent (monoparental)

Par Gertrude Bilodeau, parent

1. L'écoute qu'on m'a accordée après des mois et des mois d'errance (4 ans) avant le diagnostic. Ces mois ou ces années ont été les plus pénibles de ma vie, où mon fils était rejeté un peu partout et par le fait même, moi aussi. Ne connaissant rien de la maladie mentale, tous les outils m'ont été offerts comme sur un plateau d'argent, où le mot « espoir » était le plus important, moi qui ne voyais aucun espoir, car mon fils était très atteint.

2. On a exploité à sa sortie de l'hôpital son potentiel. Avec espoir et dignité, en douceur, sans le brusquer, ce qui était très important pour moi, car je l'avais élevé dans la douceur et l'écoute. On a fait de même avec moi. Aujourd'hui, mon fils vole de ses propres ailes, car on lui a redonné des ailes.

3. Mon rétablissement s'est fait progressivement, car les résultats n'ont pas tardé à apparaître. Les phrases positives ont été accueillies avec joie après ces mois d'enfer tant pour lui que pour moi. Tout à coup, il avait du potentiel, une belle personnalité, des valeurs que je ne voyais plus, un homme qui veut beaucoup réussir son rétablissement. Ces mots sont gravés dans ma mémoire pour le reste de mes jours (le pouvoir des mots). Peu à peu, sa dignité est revenue ainsi que la mienne.

4. La baisse de médicaments a contribué aussi. De 16 par jour à l'hôpital, sa psychiatre a baissé à 1 par jour. Ce sevrage a duré 9 mois, je crois. Je ressentais une grande confiance envers son médecin traitant.

5. Des séances sur le rétablissement au CTR à toutes les 4 ou 6 semaines ont contribué aussi à mon rétablissement. J'ai assisté et j'assiste encore à ces séances où l'on retrouve usagers, parents, psychologues, intervenants.

Ces échanges m'ont permis de voir des gens à l'écoute, sans jugements, de recevoir beaucoup de réponses à mes questions. Voir des usagers utiliser plein d'outils a contribué à solidifier cet espoir.

6. Comme nous voulions tous les deux, mon fils et moi, nous rétablir, on nous a donné la main et aujourd'hui, je vois un fils merveilleux, aimant, reconnaissant, qui vit en appartement, qui travaille à temps partiel dans la communauté, très apprécié de son employeur, autonome, qui contribue à mon bonheur. À l'hôpital, quand on a établi le diagnostic de schizophrénie, on m'a laissé entendre (dit clairement) qu'il se bercerait le reste de ses jours en fumant. Aujourd'hui, j'aimerais bien leur présenter mon fils. Je crois qu'ils n'en croiraient pas leurs yeux. Un fils transformé et une mère épanouie.

Merci au CTR du fond du cœur.

## Témoignage sur le groupe de rétablissement du CTR

Par Mireille Bourque, utilisatrice de services

J'ai entendu parler du rétablissement, il y a deux ans. J'avais appris par hasard que le personnel du Centre où je suis suivie allait recevoir une formation sur le sujet. Je me demande encore comment j'ai eu le courage de demander à assister à une formation qui s'adressait uniquement aux employés.

J'étais loin de croire au rétablissement. J'avais plusieurs rechutes à mon actif. Mais ce jour-là, j'ai réalisé que non seulement le rétablissement était possible, mais que j'y étais déjà engagée.

C'est donc avec un vif intérêt que j'ai commencé à participer aux rencontres dès que l'idée a été lancée. J'étais là avec d'autres clients, des intervenants, des membres des familles. Nous avons découvert que nous étions tous en processus de rétablissement, que ce soit à cause de la maladie, d'une rupture, d'un deuil, d'une situation difficile.

J'ai échangé sur ce qui me faisait du bien, comme faire une marche, prendre un bain chaud ou une tisane, dessiner et écrire. J'ai échangé mes trucs sur comment me sortir de la colère, de la déprime, de l'anxiété. J'ai découvert à la lumière des témoignages que je n'étais pas jugée pour mes propos, pas plus que je ne l'étais sur les périodes où j'allais moins bien, et que je comptais davantage sur

le groupe pour me guider dans mon processus de rétablissement. Il y avait toujours ce partage d'espoir, ces échanges d'expérience et de vécu, le désir de comprendre et d'être compris.

Chacun a une richesse à partager, une beauté intérieure à laquelle nous ne sommes pas indifférents. J'étais souvent émue, touchée. Le groupe donnait un nouveau sens à ma vie et me rappelait que je n'étais pas seule pour trouver des solutions à mes inforts. Nous avons parlé de la famille, du réseau social, de l'importance d'aimer et de se sentir aimé. Nous avons abordé nos émotions, des moments forts de l'année, des PRN autres que la médication, vous savez, toutes ces petites douceurs, tous ces petits gestes qui touchent et qui font du bien. Nous avons orienté nos échanges sur le positif, des petits détails qui nous font vibrer et apprécier la vie. De cette manière, nous nous outillons pour faire face aux difficultés, les prévenir ou du moins en atténuer les conséquences.

Le groupe, c'est un échange d'égal à égal. Cela me conduit à relativiser les choses. Ce que je croyais être des symptômes s'avère parfois des difficultés inhérentes à la vie de tout être humain. Je me sens moins marginale. Tranquillement, je tasse la maladie. Ce n'est plus elle qui gère ma vie. J'ai du pouvoir.

En groupe, nous partageons nos trucs, ce qui nous fait du bien, ce qui nous aide, ce qui allume une petite lumière. J'apprends à découvrir la grandeur et la beauté des petites

choses dans mon quotidien. Je suis appréciée comme personne et non comme malade. Autour de la table, cette notion de maladie n'a pas sa place. On s'assoit comme personne en processus de rétablissement. Nous sommes tous sur le même pied d'égalité. Nous avons tous à apprendre des autres et à donner à travers nos témoignages.

Des fois, je mets des mots sur mon vécu et je me fais refléter : « Tu as trouvé les mots que j'ai toujours cherchés » ou encore : « Tu as des images qui me parlent tellement », et ça me fait plaisir. De la même manière, les autres m'apportent du soutien, m'aident à voir autrement, à me réconcilier avec moi-même. Je me sens valorisée. Je prends contact avec les forces qui m'animent, les qualités que je possède, et je découvre que même dans les moments difficiles, il y a une partie de moi qui demeure saine, qui continue d'espérer, qui m'amène à prendre position, à retrouver mon pouvoir d'agir sur ma vie et sur mon quotidien. J'ai commencé à m'engager dans ma communauté. Je profite du groupe pour me ressourcer, pour faire le plein, pour m'abreuver de toute la richesse des échanges, pour prendre conscience que je ne suis pas seule et qu'ensemble, nous marchons vers le rétablissement, un long processus, souvent inégal, parfois stagnant, mais qui finit toujours par quelques pas en avant et une meilleure connaissance de soi et des autres. L'espoir fait place à une réalité satisfaisante et épanouissante. Que demander de plus?

13

## BIBLIOGRAPHIE

Deegan, P. (1990). Spirit breaking : When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist*, 18(3), 308.

L'AQRP est fière d'annoncer la collaboration de nombreux partenaires dans l'organisation de son

## XIV<sup>e</sup> COLLOQUE : Rétablissement et citoyenneté dans l'espace francophone.

Pour un gage de succès : une équipe de partenaires hors du commun !

- |                                                                              |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| • Ministère de la Santé et des Services sociaux                              | • Consulat général de France                 |
| • Agences de santé et des services sociaux du Québec                         | • Emploi-Québec                              |
| • Association des personnes utilisatrices de services de la région de Québec | • Fondation Travail et Santé Mentale         |
| • Centre hospitalier et Institut universitaire Robert-Giffard                | • Instituto Italiano di Cultura              |
| • Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine                                     | • Institut universitaire et hôpital Douglas  |
| • Centres locaux d'emploi                                                    | • Le Pavois                                  |
| • Comité santé mentale travail de Montréal                                   | • Office des personnes handicapées du Québec |
| • Centre le Havre                                                            | • Ville de Beaupré                           |
|                                                                              | • Vincent et moi                             |
|                                                                              | • Et d'autres à venir !                      |

**Le Rétablissement : un passeport vers la Citoyenneté. La Citoyenneté : un passeport vers le Rétablissement.**

# Le rétablissement : Quatre histoires d'intégration dans la pratique

Par Lise Boies, gestionnaire à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) au service d'hébergement transitoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine,

Julie F. DesRochers, agente de programmation, coordonnatrice des programmes de préparation et de soutien à l'emploi du Service des programmes de réadaptation vocationnelle (SPRV) de la DSRHC de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine,

Sophie Maher, agente de programmation, coordonnatrice clinique au Centre de soutien à l'intégration sociale (CSIS) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine,

Francine Pagé, utilisatrice de services

**L**e texte qui suit est le fruit de la rencontre de personnes qui partagent une même passion et un même rêve d'influencer les soins et les services dans une perspective de rétablissement pour les personnes atteintes de maladie mentale. Dans ce groupe, il n'y a pas d'expert, de professionnel, d'usager ou de gestionnaire. Il y a Francine, Lise, Julie et Sophie qui ont décidé de se remettre en question et de participer à ce changement à travers leurs actions quotidiennes.

en réadaptation et des nouvelles attentes et besoins des utilisateurs de services. Il y avait un désir également de consolider et de mieux documenter l'expertise accumulée sur le terrain. Les réflexions ont donné lieu à une révision des pratiques et des offres de service et ont conduit en septembre 2006 au dépôt d'un cadre de référence : *Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement*. Ce cadre est inspiré notamment des courants de pensée de la réadaptation psychosociale, du modèle Traitement-Réadaptation-Réhabilitation ainsi que de la perspective du rétablissement.

et parfois même ses échecs. Cette peur de l'échec nous a souvent conduits à adopter des pratiques axées sur la protection et le contrôle en oubliant que tout être humain apprend davantage de ses erreurs que de ses succès. Pourquoi en serait-il différent pour une personne atteinte de maladie mentale dans son parcours de rétablissement? L'abolition des codes de vie nous a obligés à trouver de nouveaux mécanismes de régulation de la vie de groupe en sollicitant davantage par exemple les comités de résidents dans la recherche de solutions. Ainsi, dans une résidence, il y avait des plaintes concernant un résident qui mangeait à lui seul toute la brique de fromage. Il prétendait être incapable de se contrôler car sa chambre était à côté de la cuisine. Un de ses pairs, dont la chambre était située à l'étage du dessus, lui a alors proposé l'échange de leurs chambres. Cette simple solution a réglé la situation sans avoir à mettre en place un moyen coercitif qui autrefois aurait pu prendre la forme d'un cadenas sur le frigo.

Les valeurs fondamentales de respect des droits, de croyance au potentiel et d'espoir sont placées au cœur de l'intervention. Ces valeurs ont donné lieu à l'abolition des codes de vie dans les différents milieux d'hébergement de façon à ce que la personne utilisatrice soit considérée comme citoyenne à part entière soumise aux mêmes règles de vie que le reste de la société. Ce changement a suscité au départ de nombreuses résistances, car il impliquait de la part des intervenants un changement de rôle majeur. L'intervenant passait de contrôleur des règles à accompagnateur soutenant la personne dans son quotidien, dans le respect de ses désirs et de ses projets, et à travers ses obstacles

En tant que gestionnaire, je dois soutenir davantage les intervenants dans cette prise de risque essentielle à la reprise de citoyenneté des personnes dans leur processus de rétablissement. Je dois favoriser l'instauration d'un climat de confiance et une ouverture à la créativité qui permettent aux intervenants de rechercher des solutions novatrices pour des problèmes de plus en plus complexes. Je crois que dans des services orientés vers le rétablissement, les mêmes valeurs doivent s'appliquer dans les pratiques de gestion comme dans celles de réadaptation.

Le changement de paradigme du rétablissement demeure encore un choc de valeurs et de culture en psychiatrie pour bon nombre d'intervenants. Notre

14

## LE DÉFI DE LA GESTION

Par Lise Boies

Je suis gestionnaire à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) au service d'hébergement transitoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine depuis maintenant six ans. La DSRHC a effectué d'importantes remises en question de l'ensemble de ses services au cours des dernières années tant du point de vue de l'hébergement que de ses autres secteurs soutenant l'insertion des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale. Après avoir créé de nombreux services au fil des années, il fallait revoir leur pertinence en fonction des tendances

« Le changement de paradigme du rétablissement demeure encore un choc de valeurs et de culture en psychiatrie pour bon nombre d'intervenants. Notre formation a été axée davantage sur l'évaluation et la reconnaissance des symptômes et des déficits. »

formation a été axée davantage sur l'évaluation et la reconnaissance des symptômes et des déficits. On nous a enseigné que nous étions les experts. *Le rétablissement vient bousculer certaines croyances, car il met les rêves et les désirs au premier plan puisqu'ils sont le moteur de ce processus.* La personne redevient le maître d'œuvre de son propre cheminement et l'expert de sa propre vie. Le rôle de l'intervenant se modifie, il n'est plus seul à décider du plan d'intervention. Il doit s'assurer de la participation de la personne dans l'élaboration de son plan pour déterminer ses propres objectifs. Ce changement entraîne un déplacement du pouvoir qui peut être inconfortable, surtout quand les choix de la personne heurtent certaines de nos valeurs personnelles. Comment aider une personne qui consomme des drogues ou qui se prostitue dans le contexte d'une approche axée vers le rétablissement? Entant que gestionnaire, je dois m'assurer que les intervenants disposent d'un soutien adéquat dans leur travail quotidien. L'aide d'un psychologue conseiller clinique et

dans la communauté à la suite d'une hospitalisation.

J'ai foi en la poursuite de la transformation de nos services et de nos pratiques orientées vers le rétablissement, car ces changements créent à la fois une expérience positive pour la clientèle et une plus grande satisfaction des intervenants face à leur nouveau rôle.

## LE DÉFI DU SOUTIEN À L'INTÉGRATION SOCIALE

Par Sophie Maher

Je travaille comme agente de programmation et coordonnatrice clinique au Centre de soutien à l'intégration sociale (CSIS) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Le CSIS a été créé en 2006 par la DSRHC à la suite d'une réorganisation du service des centres de jour afin de mieux répondre à sa mission, soit élaborer et actualiser une programmation spécialisée visant l'intégration sociale des personnes vivant avec un trouble grave de santé

Dans le cadre du mandat qui m'a été confié en 2007, je devais concevoir un programme pour une clientèle ayant une problématique de santé mentale avec des troubles associés. La principale caractéristique de cette clientèle réside dans ses difficultés relationnelles qui engendrent des problèmes de fonctionnement ou d'adaptation :

Ces personnes ont recours à des comportements autodestructeurs (toxicomanie, prostitution, automutilation...);

- Leur engagement est fluctuant dans plusieurs sphères de leur vie. Elles n'adhèrent pas aux services traditionnels; elles ont de la difficulté à évoluer dans un cadre déterminé;
- Elles ont de bonnes capacités cognitives, mais elles sont limitées par leurs difficultés relationnelles; elles ont tendance à s'opposer à la norme.

Le défi était donc de créer un programme pour une clientèle qui ne se conforme pas aux services du CSIS.

Parallèlement à ce mandat, j'ai eu l'occasion de participer à la formation *Training for Trainers*<sup>1</sup> sur le rétablissement. Au-delà du savoir comme connaissance théorique, cette formation a été pour moi une confrontation de mes valeurs au « savoir être » et au « savoir faire ». « Placer la personne au centre de nos préoccupations et de nos actions » et « Soutenir la personne dans son processus de rétablissement » me sont apparus comme deux éléments distincts. J'ai donc amorcé une réflexion personnelle concernant l'application de ces notions dans une démarche de conception de programme.

Cette réflexion s'est poursuivie au sein de l'équipe, à l'intérieur du programme « Santé mentale et troubles associés<sup>2</sup> ». Notre désir était d'instaurer un programme orienté vers le rétablissement, en considérant les caractéristiques spécifiques de la clientèle et ses besoins. Nous avons entrepris une démarche de travail comprenant une revue de la littérature et une démarche de consultation auprès

## « Nous avons été guidés par la volonté de placer la clientèle au centre de son processus d'intégration sociale en favorisant son engagement dans la conception même de la programmation. »

d'une sexologue est parfois nécessaire pour leur permettre de prendre un recul face à ces situations, pour éviter que des valeurs personnelles viennent interférer dans le cadre d'intervention.

Même si je considère que beaucoup de chemin a été accompli au cours des dernières années au sein de la DSRHC pour revoir les pratiques dans une visée de rétablissement, il reste encore des étapes à franchir qui représentent des défis de taille. Entre autres, nous commençons à prendre en compte les utilisateurs au sein de nos différents processus décisionnels. De plus, nous avons démarré un projet pilote d'embauche d'un travailleur pair-aidant à l'intérieur d'une équipe d'hébergement transitoire dont la mission est de soutenir les personnes lorsqu'elles reviennent

mentale. L'orientation du CSIS vise donc à accompagner les personnes dans leur processus d'intégration sociale afin qu'elles puissent exercer leur rôle de citoyen comme elles le désirent.

À la suite de réflexions sur les éléments facilitant l'intégration sociale, l'organisation des services du CSIS s'est effectuée selon des profils de clientèle et en fonction de trois objectifs généraux :

- Soutenir différents milieux d'intervention dans leurs actions auprès des personnes;
- Aider les personnes dans leur processus de rétablissement et les habiliter à poursuivre celui-ci;
- Promouvoir et soutenir l'action des personnes afin qu'elles puissent s'intégrer dans la communauté et y améliorer leur qualité de vie.

<sup>1</sup> Formation effectuée en 2007 et donnée par des formateurs de l'Université de Yale.

<sup>2</sup> Cette appellation est aussi un sujet de réflexion pour l'équipe. Nous aimerions trouver un terme significatif qui va au-delà des difficultés rencontrées par les personnes, pour éviter une double stigmatisation. Malheureusement, n'ayant pas encore découvert ce terme et pour les besoins actuels, nous employons cette appellation pour identifier le programme.

de personnes utilisatrices de services et d'intervenants afin de mieux connaître les besoins et les intérêts de la clientèle ciblée. Nous avons été guidés par la volonté de placer la clientèle au centre de son processus d'intégration sociale en favorisant son engagement dans la conception même de la programmation. Ainsi, nous avons consulté 95 personnes utilisatrices de services provenant de 12 milieux de vie différents<sup>3</sup>.

Tout au long de notre démarche de travail, nous avons invité une personne utilisatrice de services en processus de rétablissement à nous faire part de son expérience et de ses commentaires, ce qui nous a aidés pour l'organisation et le contenu du programme.

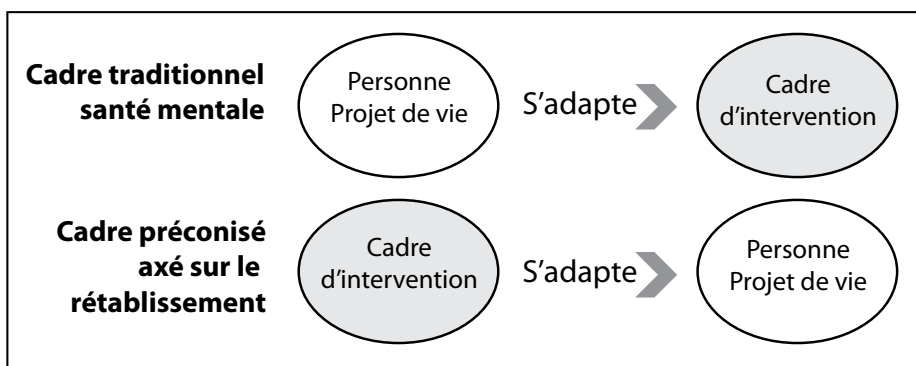
Le bilan de cette démarche nous a permis de préciser le profil et les besoins spécifiques de la clientèle, les stratégies facilitant l'intervention ainsi que la mise en place du programme. Ce qui ressortait davantage, c'était que les personnes voulaient travailler certaines habiletés par l'entremise d'éléments de plaisir et d'intérêts divers. Le fait d'avoir une activité centrée sur une résolution de problèmes ou sur un apprentissage dirigé ne semblait pas leur convenir. Il fallait donc penser à un moyen de créer un contexte d'apprentissage stimulant et dynamique, tout en évitant de leur imposer une structure trop lourde.

Plusieurs besoins et intérêts similaires sont ressortis de la démarche de consultation, tels que le besoin d'être en relation et d'avoir un rôle social de même que des intérêts pour les sports, les arts, les loisirs et la culture. Nous avons donc pensé monter une programmation à

avoir une banque d'activités afin de pouvoir présenter différentes options. Si l'activité désirée n'est pas élaborée, nous allons nous adapter et la mettre sur pied. La participation de la clientèle sera ainsi motivée par ses intérêts et l'activité deviendra en même temps un milieu propice à l'accroissement de ses habiletés. L'apprentissage se fera à travers l'activité, celle-ci permettant une actualisation concrète d'habiletés affectives, relationnelles et sociales. À travers l'activité, les personnes auront l'occasion de vivre une expérience personnelle, laquelle prendra un sens significatif à leurs yeux. En fonction de ses besoins et de son cheminement, chacune d'entre elles pourra utiliser cette expérience pour consolider son apprentissage.

constatons quelques défis qui se présentent à nous dans la mise sur pied et la continuité des services.

Au-delà de l'adhésion de l'équipe aux fondements du rétablissement, la mise en application concrète de ces notions doit demeurer au centre de nos discussions. Avoir une compréhension commune est certainement une base; or, l'intégration et l'application peuvent demeurer difficiles. Le cadre d'intervention étant modifié, les intervenants peuvent ressentir une certaine insécurité. Par le fait même, une tendance à adopter une attitude paternaliste ou débonnaire peut paraître sécurisante. L'alliance thérapeutique devra ainsi prendre la forme d'une coopération axée sur un partage de connaissances et fondée sur



Par cette organisation, nous souhaitons promouvoir une approche individualisée des services qui permet une participation active de la personne à l'élaboration de la programmation. Par la diversité des intervenants, le rôle de facilitateur vers l'intégration sociale prend tout son sens. Les différentes disciplines offrent un soutien plus élargi à la personne pour le

les besoins et les intérêts des personnes utilisatrices.

Nous devons aussi envisager des moyens pour réévaluer régulièrement nos pratiques et nos interventions. Nous avons entre autres pensé à un comité qui nous guiderait quant à la satisfaction face à nos services et à leur pertinence.

## « Afin de mieux accompagner les personnes dans leur processus d'intégration sociale, nous devons accepter un changement de rôle traditionnel d'intervenant pour laisser place à un rôle de facilitateur. »

partir de quatre thèmes : éducation physique, art et créativité, loisirs et culture, ateliers thématiques. En fonction des intérêts des personnes, nous produisons actuellement une programmation d'activités qui correspond à leurs choix. Pour chaque thème, nous allons

plein épanouissement de son potentiel (promotion de la santé, augmentation de compétences, accompagnement dans la communauté, etc.).

Malgré le désir d'obtenir un programme orienté vers le rétablissement, nous

Considérant que la programmation sera élaborée en fonction des besoins et des intérêts des personnes, chaque membre de l'équipe devra posséder une bonne capacité d'adaptation, faire preuve de flexibilité et bien connaître les ressources de la communauté. Afin de mieux accompagner les personnes dans leur processus d'intégration sociale, nous devons accepter un changement de rôle traditionnel d'intervenant pour laisser place à un rôle de facilitateur. L'écoute des besoins et des intérêts ainsi que la croyance au potentiel de la personne prendront une place centrale dans l'intervention.

<sup>3</sup> Échantillonnage fait auprès de la clientèle résidant dans les ressources d'hébergement de la DSRHC.

Outre la connaissance des ressources de la communauté, un travail doit être effectué en ce qui a trait aux préjugés et à la discrimination pour favoriser une intégration sociale dans les divers milieux. Par conséquent, la première étape dans l'équipe sera de démystifier nos propres préjugés concernant la clientèle.

Un autre défi à prendre en considération a trait aux partenaires référents. Faire la promotion d'un programme basé sur des thèmes sans le cadre structurel traditionnel peut paraître flou pour certains. L'engouement actuel vers les *meilleures pratiques* nous ramène à une certaine définition précise d'activités et à l'exercice d'une pression envers les intervenants quant à leurs actions. Il semble y avoir une certaine rivalité entre les *données probantes des meilleures pratiques* et les *données qualitatives* des services orientés vers le rétablissement. Il nous apparaît parfois difficile d'appuyer notre programme sur ces *données qualitatives* peu reconnues scientifiquement. Nous tenons à maintenir notre orientation vers les forces et la subjectivité des personnes, donc à nous orienter vers des *pratiques suffisamment bonnes*<sup>4</sup>.

Nous ne prétendons pas établir un programme unique et strictement orienté vers le rétablissement. Nous sommes conscients que plusieurs autres dimensions devraient être modifiées sur le plan des cadres structurel et organisationnel. Cependant, nous croyons que nos assises théoriques sont intéressantes puisque ce sont les personnes utilisatrices de services qui guident nos interventions; avec l'espoir qu'un jour, elles puissent faire partie intégrante de notre équipe!...

#### LE DÉFI D'ENTENDRE, sur trame d'intégration en emploi

Par Julie F. DesRochers

Je suis agente de programmation, coordonnatrice des programmes de préparation et de soutien à l'emploi du Service des programmes de réadaptation vocationnelle (SPRV) de la DSRHC de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

L'implantation de ces nouveaux programmes de préparation et de soutien à l'emploi s'est amorcée en septembre 2006, après une réflexion en profondeur et une transformation majeure des programmes

## « En fait, avant de prendre part à cet événement formatif, expérientiel et réflexif, j'entretenais, sans le savoir, certaines résistances et idées reçues tenaces face au paradigme du rétablissement »

existants, le but étant de mettre de l'avant et de consolider une mission dorénavant clairement réadaptive, visant l'intégration en emploi. C'est dans la foulée de ce virage, sous-tendu par les principes de la réadaptation psychosociale et de services orientés vers le rétablissement, que j'ai décidé de me joindre à l'équipe du SPRV.

J'avais été « exposée » antérieurement à quelques reprises à ce nouveau paradigme du rétablissement, surtout par le biais de conférences et de lectures sur le sujet. J'avais toutefois à l'époque un peu de difficulté à voir comment transposer concrètement dans le quotidien les valeurs et les principes de services orientés vers le rétablissement, tout en ayant la conviction que ce dernier était possible. L'idée apparaissait séduisante, en ceci qu'elle rejoignait mes valeurs d'intervenante, soit qu'une personne aux prises avec un problème de santé mentale puisse vivre une vie ordinaire et significative, selon ses choix, dans sa communauté...

Quelques mois plus tard, ma supérieure immédiate, Mme Lorraine Malo, chef du SPRV, me glissait un mot au sujet de l'initiative *Training for Trainers*. En fait, avant de prendre part à cet événement formatif, expérientiel et réflexif, j'entretenais, sans le savoir, certaines résistances et idées reçues tenaces face au paradigme du rétablissement. Notamment, quelle place occupait la notion d'évaluation dans une approche orientée vers le rétablissement? N'étions-nous pas tenus de poser un « diagnostic fonctionnel » avant de « permettre » à quelqu'un de se lancer dans un projet de vie, un projet d'emploi de surcroît? N'augmentions-nous pas les risques pour la personne en l'accompagnant dans l'atteinte de ses propres buts

et désirs, si ceux-ci nous apparaissaient irréalistes? Les notions de responsabilité et de rôle de l'intervenant en santé mentale étaient au cœur de mes propres dilemmes face au rétablissement.

Dans le domaine de l'intégration en emploi, cet enjeu de rôle et de responsabilité de l'intervenant m'apparaît fondamental, d'autant plus que le travail, comme nous le savons, peut être un aspect déterminant dans un processus de rétablissement, s'il est significatif pour la personne. Or, nombreuses sont les situations où une personne se présente dans nos services avec un projet de travail qui peut *apparaître* irréaliste en fonction de l'expérience et des capacités antérieures. Quel sera donc mon rôle, moi qui suis à la porte d'entrée des programmes, et quel sera celui des intervenants par la suite? Évaluer les capacités de travail? Offrir des étapes préparatoires pour s'assurer que la personne soit *prête*? Quelle sera la valeur de ces activités préparatoires?

En fait, bien que ma réflexion soit encore incomplète, la personne la mieux placée pour répondre à ces questions est l'utilisateur même, sauf dans les cas où il représente un risque pour sa propre sécurité ou celle d'autrui. Sinon, mon rôle et celui des intervenants de nos programmes est d'explorer avec la personne son projet et ses aspirations, de voir avec elle son fonctionnement au travail, d'encourager l'autoévaluation, d'offrir des choix et des possibilités, de l'informer et de discuter avec elle du coût et des bénéfices des interventions proposées et de ses choix, et avec son consentement éclairé et sa décision, proposer l'intervention appropriée et significative pour elle, en connaissance de cause des enjeux et des conséquences de ses choix. Comme Patricia Deegan le

## « Les notions de responsabilité et de rôle de l'intervenant en santé mentale étaient au cœur de mes propres dilemmes face au rétablissement. »

<sup>4</sup> Ce concept d'*assez bonnes pratiques* a été énoncé par D. W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique.

suggère, les personnes ont droit « à la dignité du risque » et « à l'échec », pour apprendre de leurs propres erreurs.

Actuellement, nos programmes de préparation et de soutien à l'emploi comportent quatre volets, élaborés à partir des besoins exprimés en matière d'intégration au travail :

- Le volet « Exploration », offert aux personnes qui se posent des questions sur leurs intérêts vocationnels ou leurs capacités. Ce volet prend la forme de stages sur le marché du travail, dont le format est individualisé selon les besoins. Une équipe mobile d'intervenants, d'éducateurs spécialisés, soutient les personnes dans leur cheminement.
- Le volet « Préparation et entraînement au travail » est présenté à ceux qui expriment le besoin d'une période préparatoire pour accroître activement certaines compétences avant d'intégrer le marché du travail. Ce volet prend la forme de stages sur le marché du travail avec suivi par un intervenant ou encore, de stages en atelier de production avec intervenants sur place.
- Le volet « Intégration en bénévolat » est proposé aux personnes qui souhaitent devenir bénévoles dans un organisme communautaire, sans nécessairement viser un retour en emploi.
- Le volet « Intégration et soutien à l'emploi » est offert aux personnes qui souhaitent s'intégrer en emploi ou qui expriment le besoin d'avoir un soutien à l'emploi grâce au suivi fait par un intervenant.

Pour ce dernier volet, nous implantons en ce moment le modèle *Individual Placement and Support* (IPS), approche orientée vers le rétablissement et *meilleure pratique*, qui favorise l'intégration et le maintien en emploi sur le marché du travail régulier des personnes qui le souhaitent, en minimisant les activités préparatoires. Néanmoins, nous faisons le pari de maintenir une gamme variée de services, en poursuivant l'offre d'activités préparatoires à l'emploi pour les personnes utilisatrices qui en expriment le besoin et en font

la demande. Cette offre diversifiée de services pose un défi : comment sera déterminé le volet de nos programmes vers lequel une personne sera orientée? Qu'advient-il lorsqu'une offre d'activités préparatoires à l'emploi ne fait pas sens pour la personne? Ce défi rejoint les notions de « dignité du risque » et de « droit à l'erreur » : dans une approche orientée vers le rétablissement, une personne qui fait le choix de tenter une intégration en emploi sur le marché du travail devrait pouvoir recevoir un service de soutien en ce sens.

Ceci étant dit, la transformation des services orientés vers le rétablissement ne passe pas uniquement ou forcément par l'implantation de nouveaux programmes. Il peut s'agir de petits changements quotidiens dans nos pratiques. À la suite de la formation *Training for Trainers*, la ou les premières

« Je crois en ce beau projet qui est d'engager des pairs-aidants pour accompagner les utilisateurs dans la réalisation de leurs rêves et de leurs passions. Si on utilise davantage les rêves et les passions des personnes au lieu de se centrer uniquement sur leurs problèmes, on les aide à avancer dans leur cheminement. »

rencontres avec la personne ont pris un virage : plutôt que de dresser la liste des problèmes, ce sont d'abord les passions, les désirs ou les projets qui sont explorés et qui deviennent le moteur de la démarche. *Qu'est-ce qui est important pour vous, qu'est-ce qui vous passionne?* Question plus puissante qu'il n'y paraît... Après seulement viendront les questions sur les possibilités, les ressources requises et les défis et les obstacles auxquels la personne devra faire face.

Autre exemple, notre souci pour les mois à venir sera de mettre en place des mécanismes de consultation et de participation des personnes utilisatrices des services offerts pour elles. Et puis, pourquoi ne pas faire de l'espoir une culture, espoir que toute personne aux prises avec des problèmes de santé mentale puisse se rétablir, par la voie qui lui conviendra.

## L'ENVIE DE REDONNER AU SUIVANT

Par Francine Pagé

Je m'appelle Francine et je suis utilisatrice de services. Mon cheminement personnel a commencé avec une thérapie de 14 mois à Portage avec ma petite fille qui à l'époque avait 4 ans. J'ai rechuté et c'est à partir de cette rechute de cocaïne et d'alcool que j'ai eu un trouble grave de dissociation. J'étais constamment en crise du matin au soir, il fallait que d'autres mamans s'occupent de ma petite fille, parce que je n'en avais pas la possibilité ni les habiletés pour le faire. On devait constamment s'occuper de moi car je m'automutilais et je me berçais toute la journée avec un regard vide. Aussi vide que mon intérieur. Et là, j'ai eu de belles personnes qui m'ont aidée, comprise et respectée.

Mon diagnostic est un trouble sévère de la personnalité et un trouble de dissociation (j'ai 5 personnages : la petite fille d'environ 3 ans, la méchante, la délinquante, la suicidaire et la gentille). Donc, lorsque je vis de fortes émotions, je deviens l'un de ces personnages, tout dépendant de l'émotion du moment.

J'ai été soignée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et je dois vous raconter certains détails. J'ai été hospitalisée durant 5 mois, ça été très long pour moi. J'ai reçu de très bons soins et la nourriture était très bonne, mais la seule chose que je déplore, c'est qu'il n'y avait pas assez d'employés avec qui on pouvait discuter lorsque ça allait moins bien.

Quand j'étais en dissociation, on me disait de me calmer car sinon, on devrait m'attacher. C'est parfois ce qui arrivait et ça, je ne suis pas du tout d'accord. Je crois que si on avait pris le temps de me

parler, je serais redevenue moi-même. Il aurait été important de prendre le temps de m'écouter au lieu de m'attacher. Mais ils n'avaient pas le temps, faute de personnel, j'imagine.

À la suite de cette hospitalisation, je suis allée demeurer dans une ressource d'hébergement qui s'appelle La Relance, en attendant d'avoir mon appartement supervisé. J'ai adoré cet endroit, j'y ai ressenti beaucoup d'amour, d'écoute, d'encouragement et j'avais l'impression qu'on me comprenait. Lors des crises, on prenait le temps de m'écouter. Et si aujourd'hui, je vais bien, c'est en partie grâce à ces personnes qui ont cru en moi. Mes crises ont beaucoup diminué, j'ai rencontré de très belles personnes et aujourd'hui, les intervenantes – que je revoie encore – m'encouragent à réussir la carrière que je souhaite faire en santé mentale comme pair-aidante.

Après avoir habité à La Relance durant 14 mois, j'ai enfin eu mon appartement supervisé. L'intervenante qui y travaillait était très gentille, elle m'encourageait dans tout. Elle me respectait et je sentais qu'elle m'aimait bien. Elle prenait le temps de m'écouter et de m'encourager dans mes démarches. J'ai dû être hospitalisée un moment et j'ai

dû aller dans un centre de crise durant 10 jours parce que je n'allais pas bien du tout et que j'avais le goût de mourir. C'est Johanne, mon intervenante, qui me l'avait suggéré et j'ai suivi ses conseils. Mon psychiatre – que j'adore – avait modifié ma médication et ça a joué un rôle sur mes humeurs et mes émotions. Il a recalculé la bonne dose et tout est rentré dans l'ordre.

Mes intervenantes m'ont permis de participer à une formation (*Training for Trainers*) sur le rétablissement en santé mentale en me recommandant comme étant une personne ayant les qualités pour réussir dans ce domaine. Ça m'a énormément plu de recevoir autant de gratification. Ça a fait monter en moi la confiance et l'espoir, et c'est très bon de ressentir qu'on est aimé et apprécié. J'ai également été formatrice dans des séminaires sur le rétablissement à la suite de cette formation et ça a augmenté de beaucoup mon estime personnelle. J'espère que ces expériences m'ouvriront des portes pour travailler en santé mentale.

Je crois en ce beau projet qui est d'engager des pairs-aidants pour accompagner les utilisateurs dans la réalisation de leurs rêves et de leurs passions. Si on utilise davantage les rêves et les passions

des personnes au lieu de se centrer uniquement sur leurs problèmes, on les aide à avancer dans leur cheminement. Toutes ces belles personnes – et il y en a aussi bien d'autres – ont fait de moi quelqu'un de bien. Je suis aujourd'hui très épanouie, j'ai regagné l'estime de moi-même, la confiance en moi et aussi en l'avenir. J'ai de beaux projets de carrière, j'ai des rêves et des passions que j'espère atteindre un jour.

En résumé, tout ce que je peux dire, c'est que la meilleure façon de m'aider (je parle pour moi), c'est d'être à mon écoute, de me comprendre et surtout de respecter mon rythme sans me juger. J'ai besoin aussi de beaucoup d'encouragement et d'amour, car tous ces attributs m'aident à cheminer dans la poursuite de mes buts et de mes rêves. Un de mes plus grands rêves est de donner à d'autres qui souffrent comme j'ai souffert de l'espoir, de l'amour et beaucoup d'encouragement. Je veux qu'ils réussissent eux aussi à retrouver l'espoir d'une vie meilleure et plus enrichie. Je veux les aider à atteindre leurs rêves et leurs passions, et leur montrer qu'ils sont des gens merveilleux et forts. J'ai le devoir personnel de redonner au suivant tout ce que j'ai reçu et qui fait de moi la merveilleuse personne que je suis.

## Prochain numéro du partenaire

Vol. 17, no 1, automne 2008 :  
*Citoyenneté et santé mentale*

### Quelques articles à ne pas manquer dont, entre autres,

- Un texte de **Michèle Clément**, chercheure au CSSS de la Vieille-Capitale, directrice de l'équipe GRIOSE-SM
- Un article de **Catherine Vallée, Ph.D., erg.**, boursière postdoctorale FCRSS-IRSC, Institut national de la santé publique du Québec et **Jean-François Pelletier, Ph. D.**, boursier postdoctoral RAMHPS – IRSC, Université de Montréal / Yale School of Medicine Program for Recovery and Community Health
- La chronique du Franc-Tireur, par **Myreille Bourque**, artiste et pair-aidante



# Partir du bon pied : - Un nouveau projet montréalais tente de donner un départ solide au rétablissement par la formation

Par Myra Piat, Ph. D.

Chercheur, Douglas Institut universitaire en santé mentale,  
Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill  
myra.piat@douglas.mcgill.ca

**L**e concept du rétablissement comme but atteignable pour les usagers fait ressortir des attitudes et des comportements bien ancrés relativement à la santé mentale. Plusieurs ne perçoivent pas de quelle manière cela peut être envisagé. Cela peut-il vraiment fonctionner?

Pour leur part, les membres de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas y croient, mais personne autant que le Dr Myra Piat, chercheuse possédant une formation en travail social et de l'expérience avec les groupes communautaires. C'est elle l'instigatrice d'un nouveau projet pour

tenter d'assurer le succès à long terme des services de santé mentale orientés vers le rétablissement dans la région de Montréal.

## SUCCÈS À YALE

L'Université Yale est reconnue pour être à l'avant-garde du mouvement du rétablissement en Amérique du Nord. À travers ses recherches, sa formation et son militantisme, elle a activement contribué au fait que les projecteurs se soient braqués sur le rétablissement et elle était enchantée d'accueillir l'Institut universitaire en santé mentale Douglas dans le mouvement.

En 2005, le Dr. Piat a dirigé une délégation montréalaise à l'Université Yale pour en apprendre plus sur son Center on Recovery and Community Health (Centre pour le rétablissement et la santé communautaire).

Ce que les 13 membres de la délégation y ont entendu les a tellement impressionnés que 2 chercheurs de Yale ont par la suite été invités à Montréal pour former un groupe de personnes qui pourraient, le moment venu, en initier d'autres à la façon d'implanter des services orientés vers le rétablissement. Seulement quelques personnes parmi les 23 formées sont

## XIV<sup>e</sup> COLLOQUE du 8 au 10 octobre 2008 dans la région de la Capitale-Nationale, Mont Sainte-Anne, Beauré

### *Rétablissement et Citoyenneté dans l'espace francophone*

D'ores et déjà, l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale est fière de compter sur la mobilisation, le dynamisme, la créativité et la grande capacité à orchestrer des activités de tous genre, de ses partenaires et des acteurs de la Capitale nationale pour vous présenter son XVI<sup>e</sup> colloque. Ensemble, partons découvrir l'aventure du rétablissement vers une plus grande intégration citoyenne, dans ce berceau de l'Amérique française

- Le rétablissement : un passeport vers la citoyenneté.
- La citoyenneté : un passeport vers le rétablissement !

Nous remercions les membres du COMITÉ D'ORGANISATION LOCALE de ce XIV<sup>e</sup> colloque, tous complices dans la réalisation de cet événement d'envergure nationale.

- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- Agir en santé mentale
- Centre hospitalier et Institut universitaire Robert Giffard
- CSSS Québec nord
- Emploi Québec, Direction régionale de la Capitale-Nationale
- La Boussole
- Le Pavois
- Office des personnes handicapées
- Pech

*Surveillez le programme du  
XIV<sup>e</sup> colloque,  
disponible en juin 2008.  
[www.aqrp-sm.org](http://www.aqrp-sm.org)*

« Nous avons vu que la première étape était de pouvoir fournir une formation à des personnes qui allaient ensuite pouvoir la transmettre elles-mêmes, à la fois dans les organismes communautaires et dans les organisations formelles. »

des professionnelles. Ce que le Dr Piat a organisé ressemble plutôt à une mosaïque de partenaires, comme elle se plaît à les appeler. Ceux-ci proviennent de différents secteurs de la ville et incluent sept usagers, des représentants de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, des hôpitaux Louis-H. Lafontaine et Sacré-Cœur, d'IMPACT ainsi que d'AMI-Québec.

En tant qu'institut universitaire, le Douglas était désireux de jouer un rôle de leader dans l'implantation de services orientés vers le rétablissement à Montréal. « Plutôt que de rester

assis et d'attendre que quelqu'un nous dise quoi faire », indique le Dr Piat, « nous avons été proactifs, nous nous sommes approprié le concept et nous continuons à avancer. Nous avons vu que la première étape était de pouvoir fournir une formation à des personnes qui allaient ensuite pouvoir la transmettre elles-mêmes, à la fois dans les organismes communautaires et dans les organisations formelles. »

Les chercheurs de Yale sont arrivés en avril dernier pour une formation de 8 jours. Une fois celle-ci terminée, les 23 participants ont passé une partie de l'été

à chercher la meilleure méthode pour adapter le matériel reçu et identifier les personnes à qui leur nouveau savoir pourrait être transmis.

Un bénéfice important a déjà émergé : un partenariat formel est actuellement mis en place entre McGill et Yale au Douglas.

### Projets pilotes

Six projets pilotes ont commencé cet automne et cet hiver. Trois équipes de formateurs (usagers et intervenants) ont déjà donné une formation de 2 jours à plus de 103 personnes provenant de l'est, de l'ouest et du centre-ville de Montréal. Les participants à cette formation étaient des personnes utilisatrices de services en santé mentale ou travaillaient dans des établissements en santé ou dans des organismes communautaires. La réaction des participants a été si positive que 3 autres groupes de formation sur le rétablissement sont prévus pour le printemps 2008!

### *Avis aux personnes utilisatrices :*

*Il est toujours temps de nous faire parvenir vos textes exprimant votre perception de ce que représente pour vous « être un citoyen à part entière ».*



Transmettez-nous un texte d'au maximum 500 mots décrivant ce que représente pour vous le plein exercice de votre citoyenneté. Être citoyen, qu'est-ce que cela représente pour vous ? Quels sont les obstacles et les défis que vous rencontrez dans votre démarche pour être ou devenir un citoyen heureux et accompli ?

Le **tirage** d'un ordinateur portable sera effectué parmi l'ensemble des auteurs qui soumettront un texte. Les textes reçus seront considérés la propriété des organisateurs du colloque et pourront être utilisés à cette fin.

Envoyez votre texte par la poste ou par courriel :



XIV<sup>e</sup> Colloque AQRP  
184, rue Racine, bureau 307  
Loretteville, Québec  
G2B 1E3  
(418) 842-4004  
Fax : (418) 842-4334  
aqrp@qc.aira.com

date limite 30 août 2008

# Le fou comme un autre soi-même : petite histoire de la pratique de Pech

Par Benoît Côté, directeur général, Pech

« L'obscurantisme est de retour. Mais cette fois-ci, nous avons affaire à des gens qui se recommandent de la raison »

Pierre Bourdieu

15 octobre 1988

G., une soucoupe, un casque de bain, selon l'argot du milieu, vient d'être relâché du Centre de détention de Québec. Un sac en papier brun contient les vestiges de sa citoyenneté : un portefeuille vide, pas d'adresse fixe, le trajet de l'autobus n° 39, un billet de bus et l'adresse de la Maison de Lauberivière, un refuge pour personnes itinérantes au centre-ville de Québec. G. a été arrêté, il y a cinq jours, après avoir commis un délit mineur : troubler la paix coûte 60 \$ à l'auteur et les policiers ont demandé un examen d'aptitude à comparaître à la cour municipale qui ne s'administre qu'au Centre de détention, même si la loi n'exige aucunement que l'examen se fasse en un tel lieu. Motif du délit : à la porte d'un commerce de la rue Saint-Jean, G. interpelle les passants et se prend pour un des faisceaux d'un bouclier antimissile branché au cerveau de Ronald Reagan. Manifestement, G. est intoxiqué, il dérange. Le commerçant a appelé la police. Les policiers se présentent à l'hôpital du coin. G. ne sera pas hospitalisé, ni référé à une ressource de première ligne. Deux heures plus tard, il retourne devant le commerce...

18 novembre 1988

G., une soucoupe, un casque de bain, selon l'argot du milieu, vient d'être relâché du Centre de détention de Québec. Un sac en papier brun...

## L'histoire d'une pratique

**E**n 1988, à l'initiative de deux agentes de probation de Québec, d'organismes communautaires en santé mentale et en justice, d'intervenants de CLSC, regroupés sous l'égide de la Table de concertation Justice-Psychiatrie, les premiers balbutiements du programme d'encadrement clinique et d'hébergement (Pech) s'expriment confusément. Les membres de la Table constatent que le ballottement des personnes vivant avec la double problématique de la justice et de la psychiatrie les conduit dans un cul-de-sac : elles sont perçues comme trop délinquantes pour le réseau de la psychiatrie et de la première ligne, et trop malades pour la prison! À la fin des années 1980, 50 % des personnes reçues à la Maison de Lauberivière, à Québec, un lieu d'accueil pour personnes itinérantes, présentent des antécédents psychiatriques et judiciaires. Cette ressource semble alors se poser en arrière-cour du Centre hospitalier Robert-Giffard et du Centre de détention de Québec. Par la suite, le comité du projet Pech recommande la création d'un organisme qui offrira des services multidisciplinaires afin de répondre aux besoins de la clientèle psychiatrie-justice. Ainsi, en 1992, Pech voit le jour, inspiré largement des pratiques de suivi communautaire et de non-judiciarisation de l'organisme Diogène à Montréal et du modèle de proaction de L'Archipel d'entraide de Québec tel qu'il est proposé à l'origine par Jérôme Guay. Dans une monographie qui vient de paraître sur l'expérience de Pech, l'auteure campe les enjeux sociaux et politiques qui prévalaient à la naissance de Pech et qui ont toujours cours aujourd'hui :

*PECH tend à répondre à un souci commun du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de la Sécurité publique afin que les personnes qui ont besoin de services sociaux, plutôt que de sanctions, reçoivent*

*des services pour que leur soit évitée la judiciarisation (Protocole de partage des responsabilités entre le MSSS et le MSP, 1989 dans Côté, 2000). Car, selon le « Plan d'action relatif aux services requis par la clientèle présentant le double problème de la maladie mentale et de la délinquance », [...] la nature mineure du délit est souvent une demande d'aide, davantage un symptôme de leur maladie que celui d'un agir typiquement délinquant. (Groupe de travail interministériel MSSS-MJQ-MSJQ dans Côté, cité par Bizier, 2007)*

Au milieu des années 1990 et en raison du morcellement des services destinés à ces personnes et des réponses nécessairement partielles de l'organisation de services qui en découle, l'usage des modèles de réadaptation traditionnels s'avère caduc. La désaffiliation sociale des personnes de même que leur stigmatisation accrue du fait de l'étiquette « judiciarisées » (fou + judiciarisé = fou dangereux) nous poussent à nous tourner vers des approches proactives, enracinées dans la communauté, avec adhésion volontaire de la personne à l'accompagnement offert « in vivo » dans la communauté. Il apparaît évident que dans le Québec d'alors, un modèle de pratique qui respecte les besoins de la personne, tant dans la survie que dans le rythme de changement de celle-ci, qui a un parti pris éthique pour la défense des droits de l'utilisateur, ne fait pas l'unanimité. À l'époque, plusieurs intervenants de la première ligne s'indignent de l'approche de non-judiciarisation de Pech, nous accusant d'essayer de soustraire à leurs responsabilités des gens que l'appareil judiciaire essaye justement de... responsabiliser!

Nous avons pu constater que la prison ne constitue pas, par essence, un lieu d'apprentissage de la responsabilité. L'incarcération ou la judiciarisation s'avère plutôt une expérience traumatisante qui accentue le stress des personnes et contribue à la détérioration de leur état mental.

Nous voulions alors substituer la prise en charge traditionnelle des personnes par le soutien de leur apprentissage et de leurs compétences, de même que par l'accompagnement dans la recherche de solutions concrètes et souvent matérielles à leurs problèmes. L'établissement d'une relation avec des personnes exclues socialement et ostracisées par les réseaux professionnels d'aide pose un double défi : celui de l'adhésion de la personne à l'offre d'accompagnement et celui de la complexité des problématiques

*Les problèmes d'ordre émotionnel ou psychologique sont par contre très présents au sein de la clientèle correctionnelle du Québec, alors qu'un contrevenant sur deux (51,5 %) a déjà consulté un professionnel pour un problème de cet ordre, un sur trois s'est fait prescrire des médicaments et un sur cinq a fait l'objet d'une hospitalisation. (Ministère de la Sécurité publique, 2002)*

Essentiel et au cœur de notre pratique, l'établissement d'une vraie relation avec ces exclus n'est possible qu'en soutenant

municipale de Montréal affirme que la voie judiciaire était à l'époque la seule option, le seul moyen pour les policiers d'obtenir la prise en charge d'individus perçus comme dérangés, dérangeants, malades ou ayant besoin de soins. En d'autres termes, cette voie constituait, du point de vue de la police, une porte d'entrée pour l'obtention de soins en santé mentale pour les personnes qu'elle définissait comme des « cas psychiatriques ».

Dans les années 1990, et à de nombreuses reprises, nous avons pu corroborer le fait que certains patrouilleurs de la Rive-Sud de Québec, faute de soutien du réseau de la santé ou carrément par souci « d'efficacité », ont fait traverser le pont de Québec à des utilisateurs avec la consigne de se rendre par eux-mêmes au Centre hospitalier Robert-Giffard ou à la Maison de Lauberivière, la traverse de Lévis, quant à elle, ayant plus d'une fois servi de nef des fous.

« Nous avons pu constater que la prison ne constitue pas, par essence, un lieu d'apprentissage de la responsabilité. L'incarcération ou la judiciarisation s'avère plutôt une expérience traumatisante qui accentue le stress des personnes et contribue à la détérioration de leur état mental. »

rencontrées. Ces « polypockés » ont des problèmes graves de santé mentale, consomment de l'alcool et des drogues, et vivent de l'instabilité résidentielle. En 2005-2006, 92 % des personnes que nous accompagnons au soutien communautaire ont un problème de santé mentale associé à une, deux, trois ou même quatre des problématiques suivantes : instabilité résidentielle/itinérance, justice, toxicomanie, déficience intellectuelle. Constat alarmant dans les pays industrialisés, de plus en plus de personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale se retrouvent dans le réseau correctionnel et de la justice.

« Il n'est pas rare que les médecins, lors des visites des établissements (prisons), indiquent qu'environ 30 % des détenus avaient des antécédents psychiatriques et que la moitié d'entre eux a des troubles psychologiques » note le député Louis Mermaz dans un rapport remis à l'Assemblée nationale au nom de la commission d'enquête sur les prisons françaises. En fait, il ne s'agit pas d'un retour à la ville de Pinel et d'Esquirol – ce qui serait un moindre mal par rapport à la situation actuelle –, mais d'un retour à l'hôpital général de Louis XIV, au temps où les pauvres, les délinquants et les fous étaient tous enfermés dans le même endroit. (Coupechoux, 2006)

Au Québec, selon une étude traitant du portrait de la clientèle correctionnelle en 2001, à la rubrique santé mentale, on peut lire :

un rapport égalitaire et une approche globale avec eux, tout en favorisant l'appropriation de leur pouvoir d'agir. Au milieu des années 1990, il n'y a pas que les réseaux institutionnels qui ferment leurs portes à cette clientèle particulière; souvent, le réseau communautaire en santé mentale n'en veut pas sur son perron...

Issues des pratiques du mouvement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale, les pratiques

Le mythe de la dangerosité des personnes qui ont des problèmes de santé mentale a la vie dure. Au moins deux fois par année, les médias électroniques me joignent afin d'en entendre plus (et non d'en savoir plus!) sur cette réalité. Lorsque je leur indique en préambule qu'en quinze ans, il n'y a eu aucune agression d'un utilisateur sur un intervenant de Pech, souvent, il n'y a plus d'entrevue : la démarche s'arrête net! Les psychiatres québécois hésitent à dégonfler le mythe de la dangerosité des malades mentaux.

« C'est une minorité qui commet des délits. Une personne atteinte de problèmes de santé mentale n'est pas plus susceptible de commettre un délit criminel qu'une personne saine d'esprit. »

naissantes et en devenir de Pech n'aborderont pas avant le début des années 2000, sous l'influence des travaux d'Hélène Provencher et de Catherine Vallée, les dimensions observables et mesurables du rétablissement.

**Le mythe de la dangerosité des utilisateurs comme tremplin à l'exclusion**

Une étude de Danielle Laberge (Laberge et Morin, 1992) à propos de la clientèle psychiatrie-justice à la cour

Pourtant, l'un d'entre eux, le Dr Gagné, psychiatre judiciaire, l'a récemment affirmé publiquement :

*C'est une minorité qui commet des délits. Une personne atteinte de problèmes de santé mentale n'est pas plus susceptible de commettre un délit criminel qu'une personne saine d'esprit. (Gagné, cité par Quérion, 2007)*

Coupechoux, dans son ouvrage, montre que le fou est l'exclu par excellence

qu'on veut enfermer ou exiler parce qu'il perturbe notre vision de la norme. Les médias ne font pas exception.

L'équation « délinquant + fou = encore plus dangereux » est donc dans l'air du temps. Pas seulement dans les journaux ou les émissions télévisées, ce qui ne retire rien à la responsabilité des journalistes. Pas seulement dans une stigmatisation archaïque de la part de l'opinion publique, même si celle-ci existe, bien entendu. Elle fait partie des ressorts mêmes de notre fonctionnement social, tout comme l'exclusion. (Coupechoux, 2006)

### D'une pratique de *case-management* au modèle axé sur les forces et le rétablissement

En quinze ans, l'appellation de notre pratique de suivi communautaire à Pech a subi nombre de soubresauts. De l'encadrement clinique à la gestion de cas, du *case-management* au suivi communautaire, notre dernière mutation nous pousse vers le modèle de soutien communautaire axé sur les forces (*Strengths Model*).

24

Adaptée au contexte culturel québécois, notre pratique d'intervention de soutien communautaire consiste à aider les femmes et les hommes de 18 ans et plus, judiciarisés ou susceptibles d'être judiciarisés, à trouver une réponse personnelle à l'ensemble de leurs besoins et à redécouvrir un pouvoir d'action dans toutes les sphères de leur vie. La finalité du soutien communautaire de Pech vise à soutenir les capacités de changement des personnes vivant des problématiques multiples (santé mentale, judiciarisation, toxicomanie, instabilité résidentielle) dans un processus significatif d'intégration dans la communauté et d'amélioration de leurs conditions de vie.

Sur le plan théorique, la plus grande pureté de Pech réside dans son impureté! Modèle d'intervention hybride, Pech emprunte son cadre théorique au début des années 1990 au modèle de *case-management* issu de la réadaptation (Test et Stein, 1980) ainsi qu'au *Training in Community Living*, de Engstrom et coll. (1990). Sur le terrain de la proaction, Pech s'inspire d'une pratique de soutien communautaire fondée sur l'autodétermination et le pouvoir d'agir de la personne; cette pratique, expérimentée à Burlington

au Vermont (Curtis et coll., 1992), est basée sur l'idée centrale que le choix exprimé par l'utilisateur est la clé de toute décision et que le soutien de cette habileté sociale est au cœur de son rétablissement. En fait, la pratique de la réadaptation psychosociale se déplace dans les lieux où la personne évolue et utilise des situations réelles en communauté afin de réaliser des tâches d'entraînement aux habiletés sociales en milieu naturel.

Par ailleurs, du programme *The Bridge* de Chicago, inspiré du modèle Pact (*Program of Assertive Community Treatment*), nous avons retenu l'intervention dans un contexte de crise (Engstrom et coll., 1990).

### Des services, une pratique, une identité

Issue du mouvement progressiste québécois des pratiques communautaires alternatives en santé mentale et du mouvement progressif de la réadaptation de la côte est des États-Unis, la pratique de Pech, dans tous ses volets de services, a un commun dénominateur, une formule générique. Elle repose sur l'accroissement de l'autonomie des personnes : l'activation du sens à la vie, la participation sociale, la défense des droits sociaux des personnes et le fait de considérer celles-ci comme des citoyens à part entière, tel que le stipule notre code d'éthique adopté en 2002.

À Pech, et de manière transversale dans l'organisation, nous favorisons l'appropriation du pouvoir d'agir des personnes tant sur le plan psychologique et individuel que sur le plan social et

collectif, dans nos six volets de services : 1) le soutien communautaire; 2) le travail de milieu; 3) le service de crise 24 heures par jour, 7 jours par semaine; 4) l'hébergement transitoire; 5) le soutien au logement social; 6) la formation.

### De la pratique de suivi communautaire au modèle de soutien communautaire axé sur les forces des personnes

Le soutien communautaire de Pech constitue un véritable laboratoire à partir duquel s'est élaborée la pratique de Pech.

Afin de faire un pas supplémentaire dans le sens d'une pratique axée sur le rétablissement des personnes, les équipes de Pech ont été formées au modèle de soutien communautaire axé sur les forces (*Strengths Model*) afin que les pratiques de Pech collent aux ingrédients actifs du rétablissement.

L'AGIR en santé mentale a traduit un manuel de formation de l'Université du Kansas (Carlson et coll., 1998) afin de faciliter la transmission pédagogique de ce modèle. Cette formation, d'une durée de quatre jours, a été donnée aux intervenants de Pech par l'équipe de formateurs de l'organisation à l'automne 2005 et, par la suite, à d'autres partenaires du milieu communautaire.

### L'approche axée sur les forces des gens

L'approche axée sur les forces va de pair avec le rétablissement. Le modèle de soutien communautaire axé sur les forces des gens a été mis au point par Ronna Chamberlain à l'Université du Kansas, aux États-Unis. D'abord utilisé avec des personnes ayant des troubles mentaux graves, il a aussi été adapté à



d'autres populations, dont les personnes âgées et les enfants. Ce modèle a été créé et systématisé dans les années 1980 par Charles A. Rapp et d'autres collègues de l'Université du Kansas.

Une formation a été conçue pour les praticiens de la santé mentale et donnée partout au Kansas, dans 40 autres États des États-Unis, en Grande-Bretagne, en Irlande et en Australie. Une mise à jour a récemment été entreprise ajoutant à cette formation plus de contenu relié au rétablissement. Le personnel de l'École de service social de l'Université du Kansas est maintenant partenaire avec des personnes utilisatrices pour présenter cette formation au Kansas et à travers les États-Unis. Cette approche se base sur six principes :

- Le soutien est centré sur les forces, les intérêts de la personne plutôt que sur le diagnostic;
- La personne possède la capacité inhérente d'apprendre, de grandir et de changer;
- L'utilisateur est le maître d'œuvre de la relation d'aide;
- La relation utilisateur/intervenant devient un facteur essentiel du processus de soutien;
- Le mode d'intervention privilégié est l'accompagnement de l'utilisateur dans des contextes de vie en société;
- La communauté est une oasis de collaborateurs potentiels au processus de soutien.

### **Pech : un réseau de services intégrés et intersectoriels**

Au départ, l'idée même de travailler avec les milieux judiciaires et correctionnels – comme les services de probation, la détention, les policiers – fait un croc-en-jambe au concept de contrôle social au profit de la solidarité sociale.

L'expérience de Pech indique qu'un partage des responsabilités entre les acteurs améliore la résolution des problèmes. Cette situation force les partenaires à se mettre en mouvement et à redéfinir leur rôle.

En résumé, les conditions de réussite de la dynamique intersectorielle de Pech se fondent sur la confiance des partenaires, la vision commune des acteurs et l'engagement à participer à un réseau de façon volontaire.

« L'expérience de Pech indique qu'un partage des responsabilités entre les acteurs améliore la résolution des problèmes. Cette situation force les partenaires à se mettre en mouvement et à redéfinir leur rôle. »

S'il est permis de parler du caractère novateur de Pech, j'estime qu'il se situe dans ses actions intersectorielles réalisées avec le réseau correctionnel et de la justice ainsi qu'avec celui de la santé, par le volet « soutien communautaire » offert aux personnes à trois moments : avant, pendant et après la judiciarisation. L'action intersectorielle se déploie aussi par notre service de crise 24 heures par jour, 7 jours par semaine, notre pratique de non-judiciarisation avec les services policiers, notre partenariat avec le réseau de l'itinérance par le travail de milieu, la mise en place d'une accessibilité plus grande au logement social avec le réseau de l'habitation de même que par notre maison d'hébergement en lien avec les urgences psychiatriques et nos équipes sur le terrain.

Véritable *work in progress*, la genèse des pratiques de Pech se dessine depuis quinze ans à partir des besoins des personnes et de leur parcours d'exclusion sociale (difficultés pour les personnes qui vivent avec des problématiques multiples d'avoir accès à un logement décent et à la vie citoyenne). Ainsi, l'importance accordée par Pech au logement social s'appuie sur les besoins mille fois exprimés par les personnes utilisatrices d'avoir accès à un logement décent à un prix raisonnable. Le logement à titre de puissant déterminant de santé nous a poussés à créer, à partir de 1999, des places d'hébergement pour les personnes qui, à la suite d'une hospitalisation, faisaient face au défi de se relocaliser. En 2003, nous avons fait un pas de plus en faisant construire un immeuble de onze logements dont nous sommes propriétaires et qui permet à des personnes utilisatrices de bénéficier d'un logement subventionné de qualité. Les services intégrés de Pech se présentent (partiellement, bien sûr) comme autant de réponses, regroupées en un seul organisme, aux besoins multiples des personnes que nous accompagnons. La prise en compte du

point de vue des utilisateurs et de leur parcours a été un élément clef du réseau de services intégrés et intersectoriels de Pech.

*L'action intersectorielle est par définition une forme d'innovation par rapport aux traditions des services sectoriels. [...] Un cadre de référence serré, transmis d'en haut, est futile lorsqu'on est engagé dans une forme d'action inédite. L'existence d'un cadre de référence transforme l'action en un exercice d'exécution plutôt que d'innovation, un exercice où la flexibilité et la possibilité de repenser rapidement ses décisions, selon l'évolution du projet, est limitée (sic). L'innovation est un processus itératif. [...] C'est pourquoi l'action intersectorielle, qui par définition va à l'encontre des structures sectorielles déjà en place, demande du courage. Elle requiert aussi une grande fidélité envers la population visée et la problématique en cause, une fidélité qui dépasse celle que l'on ressent pour les règles du jeu et la culture de son secteur particulier. (White et coll., 2002)*

### **L'évaluation du programme de soutien communautaire de Pech**

Nous avons demandé à monsieur Steve Paquet, professionnel de recherche au CSSS de la Vieille-Capitale et doctorant en sociologie, d'effectuer une recherche exploratoire et évaluative du programme de soutien communautaire de Pech (Paquet, 2006). Dans le cadre de cette recherche, neuf utilisateurs du service de soutien communautaire (5 hommes et 4 femmes) ont été rencontrés. Des entretiens de type semi-dirigé d'une durée moyenne de 75 minutes ont été menés avec les personnes sélectionnées. Le travail d'analyse des données a consisté à dégager, à extraire les thèmes récurrents dans les propos tenus par les utilisateurs concernant les différentes dimensions étudiées.

Cette recherche exploratoire avait pour but de mieux saisir le rôle joué par Pech dans le processus de rétablissement des

## Les faits saillants de la recherche

1. L'accès rapide à un intervenant de Pech est un facteur favorisant, chez les utilisateurs, une meilleure gestion
  - des idées délirantes;
  - de la consommation d'alcool;
  - de la gestion de la médication;
  - des situations de crise.
2. Le lien créé avec l'intervenant agit comme un moteur qui enclenche le processus de rétablissement des personnes :
  - Un lien empreint de respect sans la dimension « paternaliste »;
  - Un lien où les utilisateurs développeront l'intime conviction d'être enfin écoutés, entendus;
  - Un lien qui fait naître chez les utilisateurs un sentiment de sécurité.

C'est à travers l'espace du lien thérapeutique que passent, que transigent les relations que les utilisateurs nouent avec la collectivité et avec l'entourage.

Le processus de reconnaissance inhérent au lien à l'intervenant donne l'occasion aux utilisateurs

  - de s'appartenir à eux-mêmes;
  - de se reconstruire une subjectivité plus forte;
  - d'expérimenter de nouvelles manières d'entrer avec confiance en interaction avec les autres;
  - de se sentir approuvés dans ce qu'ils entreprennent;
  - de faire l'apprentissage des rôles sociaux et de la citoyenneté.
3. Le nombre d'hospitalisations et de renvois au système judiciaire est moindre.
4. Le fait pour plusieurs utilisateurs d'avoir repris contact avec la communauté, d'avoir brisé leur isolement, leur a permis
  - de recommencer à faire de l'exercice;
  - de perdre du poids;
  - d'arrêter de fumer ou de diminuer l'usage du tabac;
  - d'améliorer leur alimentation;
  - d'améliorer leur hygiène corporelle.
5. La possibilité d'habiter un logement subventionné à l'intérieur duquel les utilisateurs se sentent en sécurité et « enfin chez eux » semble jouer un rôle significatif dans leur processus de rétablissement.
6. Les signes transmis par les intervenants aux utilisateurs agissent comme des miroirs de l'humanité de ces derniers.
7. Le désir de changement des utilisateurs quant à l'organisation du programme touche les éléments suivants :
  - La possibilité de participer à des activités de groupes et d'entraide afin de sociabiliser avec les autres usagers de Pech devrait être mise en place;
  - Une plus grande disponibilité des intervenants de Pech en situation de crise – par exemple, une accessibilité 24 heures par jour, 7 jours par semaine – devrait être instaurée.

personnes ayant eu recours aux services de l'organisme. Deux dimensions de ce processus ont été explorées avec plus d'attention : 1) la capacité des personnes à exercer des rôles sociaux et à s'insérer socialement; 2) l'amélioration de l'état de santé (autant physique que mentale) des utilisateurs.

Pour couvrir ces deux dimensions, différents « indicateurs » ont été utilisés, parmi lesquels nous retrouvons : la participation à des activités sociales, la capacité à créer et à maintenir des relations significatives avec un réseau de proches (amis, voisins, famille, etc.), l'insertion à l'emploi ou dans des activités de bénévolat, le nombre d'hospitalisations, le contrôle des symptômes associés à la maladie, les démêlés avec la justice.

Au cœur de cette démarche d'évaluation, à la suite des travaux de Rodriguez et de Guay (Bourgeois et coll., 2006), nous visions le savoir tacite

ou l'expérience des utilisateurs en lien avec nos pratiques. L'importance des données qualitatives, d'un système d'évaluation basé davantage sur les valeurs éthiques que sur les structures, nous a guidés.

### **Passer de la réinsertion sociale à la participation sociale**

Rapidement au cours des entrevues, la question du « lien » (de la relation) créé entre les intervenants et les utilisateurs s'est révélée occuper, pour ces derniers, une place toute particulière dans leur trajectoire et leur parcours de vie. C'est à partir de ce lien à l'autre, de ce rapport significatif entretenu avec leur intervenant, que bien des utilisateurs ont parlé de ce qui les a menés à retrouver un état de mieux-être, l'espoir de vivre, à participer à la vie sociale, en somme, à se rétablir.

Plutôt que de considérer la réinsertion sociale d'un utilisateur comme une

finalité absolue, nous pensons à Pech que l'élément clé du rétablissement est l'inclusion ou la participation sociale, antidote à la désaffiliation sociale :

*Le soutien communautaire offert dans une approche alternative ne s'effectue pas nécessairement dans une visée d'intégration sociale ou d'adaptation au milieu, mais se réalise plutôt en fonction des forces individuelles et du milieu, vers le mieux-être de la personne concernée. (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 2006)*

### **Les pistes de réflexion**

Comme nous l'avons vu, la primauté de la relation ou du lien constitue une des lignes de force du soutien communautaire de Pech et, paradoxalement, comme l'autre face d'une même médaille, elle en détermine la limite. Comment allons-nous profiter de ce lien afin de favoriser la participation sociale des utilisateurs?

« Comme nous l'avons vu, la primauté de la relation ou du lien constitue une des lignes de force du soutien communautaire de Pech et, paradoxalement, comme l'autre face d'une même médaille, elle en détermine la limite. Comment allons-nous profiter de ce lien afin de favoriser la participation sociale des utilisateurs? »

Il y a encore chez nous, à tous les paliers de l'organisation (conseil d'administration, direction générale, intervenants), d'importantes forces d'inertie qui encapsulent chez certains l'idée de la toute-puissance des intervenants.

L'apparente immobilisation de certains utilisateurs dans leur processus de rétablissement ne fait que conforter l'idée qu'ils ne peuvent se rétablir, alors qu'il s'agit, en fait, de mieux former le personnel de l'organisation aux conditions facilitant le processus d'apprentissage dans leur parcours de rétablissement. Le mouvement des utilisateurs américains émet à l'attention des planificateurs de service des mises en garde à ce chapitre :

*Aujourd'hui, alors que le système de santé mentale intègre le rétablissement dans ses programmes et pratiques, certaines personnes sont considérées comme pas tout à fait prêtes pour le rétablissement ou indéfiniment « en rétablissement ». A certains égards, ceci consiste simplement à désigner par de nouveaux mots, une vieille réalité, à savoir une condition à vie dont le mieux que l'on puisse espérer est « le maintien ». Cette approche ne reconnaît pas que les personnes peuvent et réussissent à se rétablir, ainsi les personnes demeurent immobilisées. (National Empowerment Center and the Recovery Consortium, 2006)*

Parmi les prochains pas de Pech, l'intégration de pairs aidants dans les équipes et la mise sur pied d'un comité d'utilisateurs constituent des balises importantes. De plus, il nous faudra maximiser nos capacités à mieux utiliser les ressources de la communauté afin de substituer le plus

possible aux réseaux professionnels d'aide des utilisateurs des réseaux naturels dans la communauté.

## BIBLIOGRAPHIE

Bizier, V. sous la direction de Morin, P., et Dorvil, H. (2007). *Le Projet d'Encadrement clinique et d'Hébergement (Pech) : Monographie d'un organisme ayant un volet d'hébergement transitoire et de soutien au logement social pour des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale*. Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Les Cahiers du Larepps no 07-02, p. 38.

Bourgeois, L., Guay, L., Landry, Y., Pinard, J.-L., et Rodriguez, L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : Changer de perspective*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Carlson, L., McDiarmid, D., et Rapp, C. A. (1998). *Instructor's manual the strengths model, case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. Oxford University Press.

Coupechoux, P. (2006). *Un monde de fous : Comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris, Le Seuil, p. 231.

Curtis, L. C., Tanzman, B. H., et McCabe, S.S. (1992). *Orientation manuel for local level, supported housing staff. The center for community change through housing and support*, Burlington, Vermont.

Engstrom, K., Brooks, E.B. Jonikas, J., Cook, J.A. et Witheridge, T.F. (1990). *Creating community linkages : A Guide to assertive outreach for homeless persons with severe mental illness*. Chicago, Thresholds inc., Traduit et adapté du manuel pour intervenants du programme THE BRIDGE par V. Jobidon pour l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

Laberge, D., et Morin, D. (1992). *Les clientèles « psychiatrie-justice » : Problèmes de prise en charge et d'intervention*. Montréal, Les Cahiers du G.R.A.P.P.P.

Ministère de la Sécurité publique (2002). *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001, rapport synthèse*.

National Empowerment Center and the Recovery Consortium (2006). *Voices of transformation : Developing recovery based statewide consumer/survivor organisations*. SAMHSA, Consensus statement on mental health.

Paquet, S. (2006). *Du rapport à l'autre au mieux-être de soi : Pour une idée du rôle actif des intervenants de Pech dans le processus de rétablissement des personnes*. Pech.

Quérion, R. C., *Santé mentale : Tout pour éviter le tourbillon du système judiciaire*. La Tribune, 3 février 2007. *Recovery*, 16 février 2006. Traduit par Charles Rice, AGIR en santé mentale, novembre 2006, p. 7.

Test, M. A., et Stein, L. L. (1980). *Alternative to mental hospital treatment : III. Social cost*, Archives of general psychiatry, 37, 409-412.

White, D., Jobin, L., McCann, D., et Morin, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus : L'action intersectorielle en santé mentale*, Les Publications du Québec.

Par Jean-Jacques Gratton, usager et agent de communication au programme des mesures Interagir au Centre Wellington, Nicole Lahaie, coordonnatrice clinique au Spectrum et Michel Ouellet, enseignant en intégration socioprofessionnelle du Centre des ressources éducatives et pédagogiques (CREP) de la Commission scolaire de Montréal (CSDM), attaché au Centre Wellington.

Le texte qui suit nous présente un exemple concret, principalement par le biais de l'expérience d'un usager, de l'effet qu'une transformation organisationnelle peut avoir sur le rétablissement d'un individu. Au cœur du processus, on retrouve l'espoir : l'espoir d'un usager en son rétablissement, mais aussi l'espoir comme valeur de base d'un établissement en situation de transformation organisationnelle.

**A**u fil des ans, l'équipe du Spectrum a pris une position claire par rapport à son désir d'aller au-delà de la réadaptation et de briser le cercle vicieux dans lequel se trouvent bien souvent les personnes utilisatrices de services. Nous avons pris conscience de l'importance de faciliter la création de nouvelles occasions d'inclusion sociale et de susciter une reprise de pouvoir pour les personnes ayant un problème de santé mentale. Or, une telle démarche n'a été possible que par la modification ou la transformation de certaines structures.

Plusieurs éléments ont influencé ce virage. Au début des années 2000, Spectrum a implanté un programme de soutien à l'emploi au marché régulier du travail et nous avons constaté que les utilisateurs veulent travailler et avoir accès aux mêmes possibilités que les autres membres de la société. Cette initiative nous a nettement fait voir que les personnes utilisatrices sont non seulement exclues socialement des domaines liés à l'emploi, à l'éducation, etc., mais qu'elles subissent, en plus, les conséquences dévastatrices de la pauvreté. Nous avons réalisé qu'une action collective avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale est primordiale. Depuis, Spectrum mène de l'avant avec ses clients un dossier politique pour tenter de modifier les règlements de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles pour favoriser de meilleurs bénéfices financiers liés à l'intégration au marché du travail régulier.

D'autres éléments internes ont également influencé le tournant. D'abord, la restructuration du service de réadaptation commencée en 1998 a permis de localiser au cours de l'année civile 1999-2000 une grande partie de ses services dans la communauté, au Centre Wellington. Œuvrer dans un environnement situé hors de l'hôpital a facilité l'émergence d'une approche beaucoup plus communautaire. À l'époque, la coordonnatrice clinique a complété une recherche qualitative sur l'appropriation du pouvoir dans le cadre de son mémoire de maîtrise. Ceci a influencé la vision, l'orientation des services et la sensibilisation du personnel à l'égard des désirs et des choix des usagers.

Un projet de recherche mené par Myra Piat sur le rétablissement a suscité de nombreuses conversations et analyses ainsi qu'une mobilisation des membres de l'équipe pour mettre en place des services orientés vers le soutien du processus de rétablissement des personnes. Depuis, quelques membres du personnel se sont rendus à New York pour approfondir nos connaissances sur le modèle du rétablissement et certains d'entre nous donnons de la formation sur celui-ci. Des comités de travail mettant en collaboration les membres du personnel et les clients ont été introduits et deviennent de plus en plus une norme dans nos services.

Spectrum instaure des services qui visent à promouvoir des possibilités sociales et communautaires pour permettre à ses clients d'assumer des rôles concrets et significatifs. Ces rôles sont directement liés à ce que toute personne conçoit comme valable dans notre société, soit l'accès au travail, aux études, à un revenu décent et à un milieu de vie convenable. L'intégration sociale se manifeste également sur d'autres plans et s'harmonise avec des besoins tels que : avoir de nouveau un emploi du temps, retrouver un sens du quotidien et vivre des expériences interpersonnelles significatives.

Nous estimons que ces faits, parmi d'autres certainement, ont soutenu des changements organisationnels au sein de nos services.

L'article qui suit se veut donc un exemple de transformation de services de santé mentale orientés vers le soutien du processus de rétablissement de la clientèle et pour bien l'illustrer, nous avons choisi de le faire au travers de l'histoire d'un client racontée par Jean-Jacques Gratton.

L'histoire se déroule au Centre Wellington qui fait partie du Spectrum, service de réadaptation psychosociale et de soutien communautaire de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

## Une remise en question

Quand Nicole Lahaie m'a demandé d'écrire quelque chose pouvant illustrer ma perception d'une « structure organisationnelle orientée vers le rétablissement », j'ai tout de suite été interpellé par deux questions : qu'est-ce que le rétablissement pour moi?; quelle histoire pourrait le mieux en témoigner?

## Des mots pour le dire

La première question aurait dû être facile. J'ai lu des dizaines de définitions écrites par des gens de talent ayant consacré leur vie à l'étude du rétablissement et j'ai même eu l'occasion d'en écrire une dans le cadre d'une conférence que Myra Piat, chercheuse à l'Institut universitaire Douglas, avait eu la gentillesse de m'inviter à coanimer avec elle.

Mais aucune de ces définitions ne me touchait au cœur et à l'âme. Puis, dernièrement, tout est devenu clair : j'avais ma définition qui tenait en un seul petit mot de sept lettres « PASSION ». La voici : « Le rétablissement est l'ensemble des outils et des processus qui conduisent une personne à découvrir, puis à vivre, SA vraie passion dans SA vie ».

La seconde question comportait aussi ses difficultés; je ne me sentais pas prêt à parler de moi. J'en suis donc venu à

me demander ce qui représentait à mes yeux l'exemple le plus parfait de cette recherche de la passion tranquille qui est pour moi le vrai rétablissement. C'est à ce moment que j'ai pensé à mon ami Aimé, lui qui a découvert au Centre Wellington une passion sans borne pour le bois, passion qui l'a tant aidé dans son évolution.

*Ma tête est comme un bilboquet, elle essaie de rester sur mes épaules*

Aimé

### Connaissez-vous mon ami Aimé?

C'est un homme dans la cinquantaine, gentil et sympathique, ayant (presque) toujours le sourire aux lèvres. Il me fait un peu penser à Albert Einstein (la moustache en moins). J'aimerais vous parler de lui car il est, pour moi, l'exemple numéro un d'un véritable parcours de rétablissement et la preuve qu'avec beaucoup de volonté et l'aide de personnes qui veulent sincèrement nous aider (à condition que l'on ait le courage et l'humilité d'accepter cette aide), il y a de l'espoir même pour nous.

### Le rêve américain

Comme pour la plupart d'entre nous, la maladie est arrivée dans la vie d'Aimé avec la force et la violence de la foudre. Aimé travaillait depuis plus de 25 ans dans le domaine des arts graphiques, il s'y était fait une solide réputation d'expert, il était celui qu'on allait voir quand personne d'autre n'avait la solution. Il travaillait dans un secteur où il était apprécié, gagnait très bien sa vie et s'était acheté une maison. À tous les points de vue, il vivait le rêve américain.

Puis, ça a été la brisure qui a eu comme déclencheur un besoin de toujours se donner plus à sa carrière. Des journées de travail qui se poursuivaient tard dans la nuit. Des boulots qui finissaient par manger tous les temps libres, des repas que l'on prend à toute vitesse sur un coin de table et des tonnes de café que l'on avale pour trouver la force de terminer ces maquettes qui, selon le patron, sont toujours si urgentes. Quelque chose devait casser et c'est ce qui est arrivé.

### La fin d'un rêve

Du jour au lendemain, mon ami Aimé s'est retrouvé derrière les portes verrouillées d'un hôpital, sans force, sans énergie, incertain de l'avenir. Lui, qui avait toujours aidé les autres, devenait celui que les autres aidaient. Mais ce n'était pas encore le fond du panier; la vie lui réservait quelques mauvais tours.

Parce que la vie continue de l'autre côté des murs de l'hôpital et qu'il faut bien payer ses factures, Aimé a signé procurations après procurations à quelqu'un en qui il avait confiance, mais son choix n'a pas été le bon et il s'est retrouvé bientôt sans maison, sans argent et incapable de retourner à son ancien travail. Le rêve américain venait de prendre le visage du cauchemar.

### La transition

Malheureusement, ce n'est pas encore le fond du baril. Aimé vivra plusieurs séjours à l'hôpital (quatre en tout) puis ira dans un foyer d'accueil pour les gens ayant vécu les mêmes choses que lui. Aimé appelle ça une « maison de transition », mais il y restera quatre ans, jusqu'à la fermeture de celle-ci (une bien étrange et bien longue « transition », à mon avis).

### L'amour d'une mère

À la fermeture de la maison, c'est sa mère qui le recueille. Il passera dix longues années à se bercer sur sa chaise en fumant et en regardant la télévision. J'ai entendu des professionnels (des gens très intelligents, des sommités en santé mentale) dire que le rétablissement, c'est la recherche d'une stabilité dans sa vie alors que pour moi, c'est tout à fait le contraire. La personne souffrant de problèmes de santé mentale a habituellement une vie très stable, faite de routines imposées par les autres et par ses propres peurs. Ce qu'elle n'a pas, c'est l'espoir et la passion qui permettent de changer. Vous ne me croyez pas? Achetez-vous une chaise berçante et bercez-vous pendant dix ans, vous me direz si ce n'est pas le summum de la stabilité...

De plus, quand on vit une détresse (mentale, physique, émotionnelle ou financière), ce qui nous permet de survivre, ce sont nos petits rituels que l'on finit par suivre à la lettre et qui deviennent, à mes yeux, la définition même de la stabilité.

### Le point de bascule

Le choc, le moment où tout change dans notre vie, brutalement, d'un seul coup, en une fraction de seconde... La maman d'Aimé meurt. La tristesse, les larmes, le vide, c'est le désespoir, la peur, la fin de la fameuse stabilité, mais aussi le début de quelque chose, pas encore l'espoir mais peut-être sa caricature. On est en 1998 et Aimé a atteint son point de bascule.

Mon ami se réfugie dans la lecture. En peu de temps, il lira cinquante livres de philosophie, cherchant dans ces ouvrages de quoi alimenter ses réflexions. Son psychiatre, le Dr Johanne Baillargeon, en qui il a confiance, lui suggère le Centre Wellington. Aimé n'a plus rien à perdre, il accepte.

### Le Centre Wellington

Quand j'ai rencontré Aimé pour la première fois en décembre 2003, à l'atelier d'ébénisterie de Roger Pigeon, il était déjà un membre actif du Centre Wellington depuis presque un an. Il partageait une table de travail avec un autre client et les deux passaient leurs journées à décaper des chaises dans le cadre d'un programme d'aide financière, une occupation peu stimulante à mes yeux. Depuis ce temps, l'atelier a beaucoup grandi, s'est beaucoup amélioré. Aimé aussi.

Aimé parle avec chaleur des clients et des intervenants du Centre Wellington, de même que de son psychiatre qui l'ont aidé et épaulé dans son cheminement. Mais quelle a donc été au juste cette progression? Je laisse Nicole et Michel vous en parler.

*Aimé avait un rêve... celui de démarrer son entreprise en ébénisterie...*

*Le désir d'Aimé a été entendu, mais comment les services du Centre Wellington pouvaient-ils l'aider? Il fallait donc créer de nouvelles occasions...*

*En 2003, l'administration du Centre Wellington a demandé aux professeurs du CREP de la CSDM qui travaillent au Centre de structurer un cours « d'entrepreneuriat » pour ses clients. Aimé s'est inscrit au cours et y a participé avec beaucoup d'enthousiasme. Il a ainsi pu donner forme à son projet de lancer une entreprise.*

## « Les professeurs du CREP l'ont aidé dans ses démarches pour bâtir son plan d'affaires et par la suite enregistrer son entreprise au Registraire des entreprises du gouvernement du Québec. C'est en 2004 que l'Ébénisterie Les Patriotes du Québec a vu le jour. »

Les professeurs du CREP l'ont aidé dans ses démarches pour bâtir son plan d'affaires et par la suite enregistrer son entreprise au Registraire des entreprises du gouvernement du Québec. C'est en 2004 que l'Ébénisterie Les Patriotes du Québec a vu le jour. Parallèlement, Aimé participait à un suivi psychosocial hebdomadaire au Centre Wellington pour l'aider à gérer ses tensions et son stress, ce qui lui a permis d'augmenter sa confiance en ses capacités et d'avoir une attitude plus tolérante et positive envers sa propre vie.

Simultanément, Aimé a entrepris des démarches, qu'il jugeait difficiles, pour informer les fonctionnaires de la sécurité du revenu de son projet d'entreprise. Le Centre Wellington l'a soutenu pendant ces étapes critiques et complexes en l'accompagnant aux rencontres avec son agente d'aide sociale et aussi en l'aidant à remplir tous les documents mensuels requis et obligatoires. Progressivement, Aimé est devenu de plus en plus confortable avec les règlements de la loi sur la sécurité du revenu en vertu de son nouveau statut de travailleur autonome et la partie administrative qui lui faisait si peur avant ne lui causait plus d'anxiété.

Au cours de l'année 2004, le Centre Wellington entreprenait une démarche auprès des services techniques de l'hôpital pour permettre à Aimé de gérer sa petite entreprise dans l'atelier de menuiserie du Centre, moyennant un loyer mensuel approprié à ses revenus. Ce qui a été accepté. En 2005, Aimé a officiellement démarré son entreprise et reçoit depuis des contrats de la part de clients de la communauté.

Aimé poursuivait un autre rêve..., celui de voir reconnaître ses acquis en ébénisterie. Voici comment le service de réadaptation psychosociale et de soutien communautaire de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas a appuyé ses espoirs.

À la suite de l'analyse de son dossier par son enseignant en intégration socioprofessionnelle du CREP au Centre Wellington, Aimé a profité des services d'une conseillère en formation pour qu'elle l'accompagne dans l'ensemble du processus de reconnaissance des acquis et

des compétences. Ainsi, il a pu monter son portefeuille avec toutes ses réalisations (meubles, accessoires, inventions) et remplir sa demande en formation professionnelle.

Depuis le dépôt de sa demande, il a rencontré un spécialiste de contenu de la CSDM. Cette entrevue a eu pour objectif de vérifier, à l'aide de mises en situation de travail, s'il possédait les compétences définies dans chacun des modules du programme de formation. Les compétences acquises par Aimé ont été évaluées en référence aux objectifs du programme de formation professionnelle élaborés par le ministère de l'Éducation et des Loisirs du Québec.

À ce jour, Aimé est dans l'attente de la décision finale. Ainsi, il pourrait se voir reconnaître l'équivalent d'un diplôme d'études professionnelles en ébénisterie, représentant 1800 heures de formation, ou alors avoir à suivre quelques modules seulement avant de se voir attribuer une équivalence.

Étant donné qu'Aimé aimerait un jour avoir son propre atelier d'ébénisterie, la reconnaissance de ses compétences en tant qu'ébéniste ajoute à sa crédibilité comme artisan du bois.

Aimé signe plusieurs réalisations artisanales et a de plus réalisé jusqu'à quel point travailler le bois est une grande passion pour lui. Son but à long terme est de déménager son entreprise en région et d'y vivre.

### Un cœur qui se remet à battre

Depuis 2004, Aimé amasse lentement son outillage, passant parfois des semaines à remettre à neuf un outil acheté pour presque rien parce que son ancien propriétaire l'avait laissé rouiller dans le coin d'une cave pendant des années. Je l'ai aussi très souvent vu, assis à la cafétéria, un livre dans une main, la fourchette dans l'autre (mauvaise habitude héritée de son ancienne vie), en train d'étudier une technique de rénovation de vieux meubles ou une autre pour en faire de nouveaux.

En plus, Aimé s'est ouvert à l'amour. Au Centre Wellington, en 2002, il a rencontré celle qu'il appelle affectueusement « Poupou mon Petit Bonheur ». Leur relation a lentement grandi. Lise a été sa collègue, puis une amie, puis sa meilleure amie et sa confidente pour, lentement, devenir l'image même de quelque chose de beaucoup plus profond. Elle est devenue, pour Aimé, le symbole de ce que la vie peut encore offrir à quelqu'un qui a vécu tellement de souffrance. Lise, c'est l'espoir.

**Ce que je veux pour le futur..., c'est un Avenir**

Aimé

### Comment se sait-on en rétablissement?

Aimé définit son rétablissement par trois étapes importantes.

- 1) Je commence à me rappeler des bonnes choses qui se sont passées dans ma vie. Ce qui est un bon signe de rétablissement parce que j'ai été dix-sept ans sans me souvenir de quoi que ce soit. Ce n'était que de la haine et de l'amertume. Des souvenirs agréables, totalement enfouis, commencent à remonter à la surface. C'est comme si une porte fermée depuis des années s'entrouvrirait lentement. Son cœur lui permet d'accepter les bonnes choses du passé et celles du présent : Ça change, tout est plus beau et j'ai le goût d'être bien et calme.
- 2) Aimé explique que le rétablissement est le fait de posséder quelque chose. D'avoir des choses qui m'appartiennent auxquelles je tiens beaucoup. J'ai mes outils maintenant. Ça représente pour moi une grande liberté, une source d'inspiration... Moi, j'avais tout perdu. Maintenant, mes outils m'aident à vivre mon rêve.
- 3) Le rétablissement, c'est d'avoir son rêve et de le vivre concrètement. C'est la possibilité d'aller toujours plus loin avec celui-ci et de s'actualiser comme personne.

Aimé et Lise ont des rêves qu'ils visualisent tous les jours. Ils quitteront le Centre Wellington pour vivre en région dès que Lise aura terminé son cours et Aimé veut continuer de gérer son entreprise là-bas.

# La vie en tranches - Chroniques et publications de Camillo Zacchia

Auteur : Camillo Zacchia, Ph. D. - Psychologue

Par Dominique Maheux, étudiant

Nous avons lu pour vous...



Camillo Zacchia est le chef professionnel en psychologie de l'Hôpital Douglas, Institut universitaire en santé mentale. Depuis 2005, il rédige une chronique bimensuelle sur la psychologie et la nature humaine dans le Journal Métro. Cette publication, distribuée gratuitement aux usagers du métro, rejoint des milliers de personnes. Camillo Zacchia a récemment publié un nouveau recueil reprenant les chroniques du précédent<sup>1</sup> et présentant celles qui ont été publiées par après (jusqu'en janvier 2008), ainsi que d'autres articles parus dans plusieurs autres journaux et revues. On peut aussi avoir accès aux chroniques de Camillo Zacchia à partir de son blog<sup>2</sup> : [www.blog.douglas.qc.ca/psychospeak](http://www.blog.douglas.qc.ca/psychospeak).

Chère lectrice, Cher lecteur,

Je m'appelle Dominique Maheux et je suis commis de bureau pour la période estivale à l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). J'entre à l'Université Laval au baccalauréat en Mathématiques à la session d'automne. Sans aucune connaissance du monde de la santé mentale, j'ai été initié à ce domaine il y a de cela quelques semaines. J'ai dû lire plusieurs textes au sujet des pairs-aidants, du système de santé mentale et de divers thèmes connexes aux troubles mentaux. Un de ces textes m'a toutefois particulièrement touché. *Les Chroniques de Camillo Zacchia*, écrit par ce dernier, regroupe plusieurs petites capsules du *Journal Métro* visant à éliminer chez les personnes « ordinaires » – soit celles qui n'ont aucune instruction sur le sujet – les préjugés à l'égard de la maladie mentale.

Généralement sous forme de courtes histoires, le livre s'attaque à des préoccupations que nous avons tous déjà connues, tel le sentiment d'isolement social ou de dévalorisation dans un groupe. Comme on peut le constater rapidement au cours de la lecture, il s'agit de sentiments qui ne sont pas nécessairement dus à des problèmes de santé mentale graves. Plusieurs personnes supposent trop vite que certains événements vécus par elles sont automatiquement reliés à une maladie mentale. Toutefois, l'auteur nous apprend bien vite la distinction entre une réaction dite « normale » et une autre causée par la maladie mentale. Par ailleurs, il touche aux différentes maladies mentales (la schizophrénie, l'hypocondrie et la dépression pour ne nommer que celles-là) souvent mal vues ou mal comprises par le public. De plus, il nous fait part de son expérience personnelle et de ses opinions sur divers problèmes ou faits de la vie courante. Finalement, il nous relate l'histoire de quelques-unes de ces personnes courageuses qui font preuve d'espoir et de joie de vivre malgré la maladie.

Le côté familial des chroniques est une partie fondamentale du recueil. L'auteur partage sa vision des choses avec des textes simples, courts, parfois accentués d'une touche d'humour ou de tristesse. En d'autres mots, le livre *Les Chroniques de Camillo Zacchia* sensibilise parfaitement le public cible, soit monsieur et madame Toutlemonde. Parallèlement, le livre émeut directement le grand public en utilisant des événements tragiques survenus au Québec, événements qui nous ont tous marqués d'une manière ou d'une autre : la fusillade au Collège Dawson, le drame de l'École polytechnique, la crise du verglas... En somme, le chroniqueur montre beaucoup d'humanisme, ce qui rend le texte agréable, contrairement aux lourds articles scientifiques que j'ai eu l'occasion de lire dans le cadre de mon travail!

Tel que je l'ai mentionné précédemment, Monsieur Zacchia réussit à nous faire changer d'opinion sur notre manière de comprendre les personnes ayant des problèmes mentaux ou les individus possédant des caractéristiques (physiques, vestimentaires, raciales...) différentes des nôtres. Il est important de rappeler que l'auteur ne s'étend pas seulement sur les maladies mentales graves, mais aussi sur les cas de dépression ou d'épuisement mineur auxquels nous pouvons faire face au moins une fois dans notre vie. Il nous redit une vérité cruciale : l'être humain est loin d'être parfait et les suppositions n'aident jamais à régler le problème. Il est normal de se sentir mal à l'occasion.

En tant qu'étudiant, je suis constamment « poussé » vers la performance afin d'atteindre des standards élevés. Je viens tout juste de commencer à suivre le rythme effréné de la vie quotidienne des jeunes adultes et le temps manque pour profiter de loisirs ou m'instruire par moi-même. La mission de l'auteur me semble particulièrement essentielle pour les

personnes de tout âge qui, à défaut d'avoir du temps ou même de l'intérêt, transforment les rumeurs et les préjugés en vérités. Lutter contre les préjugés est un objectif encore plus primordial à atteindre chez les jeunes. Pour ma part, je crois que ceux-ci sont très mal informés sur les maladies mentales (comme moi avant de commencer à travailler dans le domaine). Ainsi, des documents comme *Les Chroniques de Camillo Zacchia*, faciles à lire et à comprendre, me paraissent tout indiqués pour éclairer les adolescents et les jeunes adultes sur l'effet des maladies mentales sur la vie et les idées préconçues. Il faut aussi penser aux jeunes en difficulté; souvent effrayés d'eux-mêmes, ils vont jusqu'à imaginer qu'ils ont une maladie mentale sévère sans même savoir ce qu'est une « maladie mentale ». L'ignorance du public, et surtout des jeunes, doit être éliminée.

Un point particulièrement apprécié dans cette lecture? Les chroniques de l'auteur peuvent intéresser tout le monde; les sujets proposés dans les différents textes touchent toutes les générations et tous les genres. Le chroniqueur passe de la difficulté d'intégration des enfants et des adolescents jusqu'à l'épuisement professionnel chez les adultes. On ne peut s'empêcher de s'identifier dans certaines situations qu'il décrit avec simplicité et clarté.

En définitive, l'auteur atteint son but avec brio. Pour ma part, les textes m'ont permis de remettre en question mes suppositions sur la santé mentale et sur les gens atteints de tels problèmes. Mon séjour à l'AQRP, malgré sa courte durée, m'a aidé à modifier la perspective avec laquelle je voyais la maladie mentale. *Les Chroniques de Camillo Zacchia* me semble donc un outil formidable pour combattre le manque de connaissances générales de la population sur la maladie mentale et pour éliminer les préjugés à ce sujet.

<sup>1</sup> Dans ce texte, l'auteur fait référence au recueil précédent, *Les Chroniques de Camillo Zacchia*.

<sup>2</sup> Un blog ou blogue est un site Web constitué par la réunion de billets écrits dans l'ordre chronologique et classés la plupart du temps par ordre antéchronologique (les plus récents en premier). Chaque billet (appelé aussi *note* ou *article*) est, à l'image d'un journal de bord ou d'un journal intime, un ajout au blog; le blogueur (celui qui tient le blog) y délivre un contenu souvent textuel, enrichi d'hyperliens et d'éléments multimédias, sur lequel chaque lecteur peut généralement apporter des commentaires ou des opinions personnelles. (Wikipédia)

# XIV<sup>e</sup> COLLOQUE

DU 8 AU 10 OCTOBRE 2008

dans la région de la Capitale-Nationale  
Mont Sainte-Anne, Beauséjour

Cet événement d'envergure en santé mentale se tiendra du 8 au 10 octobre 2008, sous le thème :

## LE RÉTABLISSEMENT : UN PASSEPORT VERS LA CITOYENNETÉ, LA CITOYENNETÉ ; UN PASSEPORT VERS LE RÉTABLISSEMENT !

### *Rétablissement et Citoyenneté dans l'espace francophone*

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) est fière de s'associer à de nombreux partenaires pour présenter son XIV<sup>e</sup> colloque dans le cadre du 400<sup>e</sup> anniversaire de la fondation de la ville de Québec et dans le contexte du Sommet des pays francophones.

Nous vous donnons rendez-vous dans un décor féérique, au pied du majestueux Mont Sainte-Anne en plein cœur de la saison des couleurs. Nous vous invitons à voyager avec nous sur les thèmes du rétablissement et de la citoyenneté.

Conférenciers, activités et événements diversifiés sont prévus. Venez assister à nos **débats**, suivre l'une ou l'autre de nos **formations** et choisissez parmi la vaste gamme d'**ateliers** offerts.

### *Au menu...*

#### **Des débats passionnants :**

- ❑ **Traitement et réadaptation :** *La désinstitutionnalisation a-t-elle vraiment favorisé le rétablissement et l'intégration citoyenne des personnes vivant avec un trouble grave de santé mentale ?*
- ❑ **L'intégration au travail :** *Si le travail est la santé, comment, étant pauvre et malade, puis-je travailler ? Doit-on développer un système en parallèle du marché du travail régulier ?*
- ❑ **Le logement :** *Du lit d'hôpital à l'appartement, sommes-nous réellement passés de l'hébergement au logement ?*
- ❑ **Citoyenneté et rétablissement :** *Du fou au citoyen : redevenir une personne « merveilleusement ordinaire » est-il possible ?*

#### **Des formations enrichissantes :**

- ❑ **Notions fondamentales en réadaptation psychosociale et rétablissement**, par Michel Gilbert et Alain Boismenu
- ❑ **L'approche par les forces au service du rétablissement**, par Rosanne Emard, M.Ed., consultante-formatrice
- ❑ **Les entendeurs de voix** (groupe de formation et de soutien – une innovation au Québec), par Sébastien Lepage, Huguette Savard, Brigitte Soucy, et Myreille St-Onge, Ph. D.
- ❑ **Troubles concomitants : santé mentale et toxicomanie** par Dr Pierre Rouillard, psychiatre et spécialiste en toxicomanie, Rosanne Labrie, B.SC.

*et d'autres encore...*