



COLLECTION
PROBLÈMES SOCIAUX
& INTERVENTIONS SOCIALES

LE MOUVEMENT DE L'ÊTRE

Paramètres pour
une approche alternative
du traitement
en santé mentale

ELLEN CORIN,
MARIE-LAURENCE POIREL
et LOURDES RODRIGUEZ



Presses de l'Université du Québec

**Fondée par Henri Dorvil (UQAM)
et Robert Mayer (Université de Montréal)**

L'analyse des problèmes sociaux est encore aujourd'hui au cœur de la formation de plusieurs disciplines en sciences humaines, notamment en sociologie et en travail social. Les milieux francophones ont manifesté depuis quelques années un intérêt croissant pour l'analyse des problèmes sociaux, qui présentent maintenant des visages variables compte tenu des mutations des valeurs, des transformations du rôle de l'État, de la précarité de l'emploi et du phénomène de mondialisation. Partant, il devenait impératif de rendre compte, dans une perspective résolument multidisciplinaire, des nouvelles approches théoriques et méthodologiques dans l'analyse des problèmes sociaux ainsi que des diverses modalités d'intervention de l'action sociale, de l'action législative et de l'action institutionnelle à l'égard de ces problèmes.

La collection *Problèmes sociaux et interventions sociales* veut précisément témoigner de ce renouveau en permettant la diffusion de travaux sur divers problèmes sociaux. Pour ce faire, elle vise un large public comprenant tant les étudiants, les formateurs et les intervenants que les responsables administratifs et politiques.

Cette collection était à l'origine codirigée par Robert Mayer, professeur émérite de l'Université de Montréal, qui a signé et cosigné de nombreux ouvrages témoignant de son intérêt pour la recherche et la pratique en intervention sociale.

Directeur:

Henri DORVIL, Ph. D.,

École de Travail social, Université du Québec à Montréal

Codirectrice:

Guylaine RACINE, Ph. D.,

École de Service social, Université de Montréal



**LE MOUVEMENT
DE L'ÊTRE**

Membre de
L'ASSOCIATION
NATIONALE
DES ÉDITEURS
DE LIVRES

Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone : 418 657-4399 – Télécopieur : 418 657-2096

Courriel : puq@puq.ca – Internet : www.puq.ca

Diffusion/Distribution :

Canada et autres pays : Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec)
J7H 1N7 – Tél. : 450 434-0306/1 800 363-2864

France : Sodis, 128, av. du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99

Afrique : Action pédagogique pour l'éducation et la formation, Angle des rues Jilali Taj Eddine
et El Ghadfa, Maârif 20100, Casablanca, Maroc – Tél. : 212 (0) 22-23-12-22

Belgique : Patrimoine SPRL, 168, rue du Noyer, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 02 7366847

Suisse : Servidis SA, Chemin des Chalets, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».



LE MOUVEMENT DE L'ÊTRE

Paramètres pour
une approche alternative
du traitement
en santé mentale

**ELLEN CORIN,
MARIE-LAURENCE POIREL
et LOURDES RODRIGUEZ**



Presses de l'Université du Québec

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Le mouvement de l'être : paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale
(Collection Problèmes sociaux & interventions sociales; 49)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-3072-0

1. Services communautaires de santé mentale - Québec (Province). 2. Soins de santé mentale - Québec (Province). 3. Malades mentaux - Québec (Province) - Entretiens. I. Corin, Ellen E. II. Poirel, Marie-Laurence, 1964- . III. Rodriguez, Lourdes. IV. Collection: Collection Problèmes sociaux & interventions sociales; 49.

RA790.7.C3M68 2011 362.2'209714 C2011-940597-0

Les Presses de l'Université du Québec reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada et du Conseil des Arts du Canada pour leurs activités d'édition.

Elles remercient également la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC) pour son soutien financier.

Mise en pages: INTERSCRIPT

Couverture – Conception: RICHARD HODGSON

Illustration: *Le guide intérieur*, HÉLÈNE GRANDBOIS,

<<http://www.flickr.com/photos/15045442@N06/>>, <hgrandbois@citenet.net>

2011-1.1 – Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2011, Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 3^e trimestre 2011 – Bibliothèque et Archives nationales du Québec/Bibliothèque et Archives Canada – Imprimé au Canada

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes qui, entre 2006 et 2009, ont participé au comité traitement du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) pour l'importance et la qualité de leur engagement dans le processus qui a mené à l'élaboration de ce livre: Monique Goulet et Diane Latulipe (Centre L'Élan); Linda Gendreau (L'Ensoleillée du Lac-Mégantic); Mario Lortie et Michèle Lafrance (Maison l'Éclaircie); Pauline Lacroix (Maison L'Entre-deux); Carole Breau, Martin Carrier et Nancy Gagnon (Maison Jacques-Ferron); Pierre Forest (Maison Saint-Jacques); Gérald Mongeau (Maison Vivre); Pierrette Richard (Prise II); Guy Châteauneuf (Réseau d'aide Le Tremplin); Ginette Rousseau et Raymond Beaunoyer (RRASMQ), ainsi que Gaëtan Perreault, Marie-Élaine Dubois et Colette Rondeau (conseil d'administration du RRASMQ).

Nous exprimons notre respect et notre gratitude à tous les usagers, intervenants et responsables de ressources alternatives de traitement qui ont accepté de nous faire part de leur expérience, et sans qui ce livre n'aurait pu voir le jour. Nous adressons tous nos remerciements à Diana Gagnon, agente de recherche pour l'équipe Érasme, qui a participé avec sensibilité à la réalisation des entrevues.

Nous remercions le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) pour la subvention qu'il nous a accordée, qui a rendu possible la réalisation de l'étude à la base de ce livre. Nous remercions le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), qui soutient l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (équipe en partenariat Érasme) dans les activités de laquelle s'inscrit notre étude.

NOTE AU LECTEUR

Ce livre s'adresse aux cliniciens, aux intervenants, aux chercheurs et plus largement à celles et à ceux qui sont préoccupés par la question de l'humain dans l'intervention en santé mentale et dans les services sociaux.

Il est plus particulièrement destiné à celles et à ceux qui s'interrogent sur les enjeux et les défis qui se posent actuellement dans le champ des théories et des pratiques en santé mentale et en psychiatrie, dans un contexte où les paramètres et les référents de l'intervention sont en pleine mutation.

L'utilisation du masculin sert uniquement à alléger le texte.

REMERCIEMENTS	VII
AVANT-PROPOS	1

PARTIE 1	
LA SANTÉ MENTALE	
Un champ en transformation	3

CHAPITRE 1	
LES RESSOURCES	
ALTERNATIVES DE TRAITEMENT	
EN SANTÉ MENTALE	5
1. DES RESSOURCES EN MOUVEMENT	8
2. UN PROCESSUS INTERNE DE QUESTIONNEMENT	10

CHAPITRE 2	
LA QUESTION DU TRAITEMENT	13
1. UN MONDE EN TENSION	13
2. ... ET LA TENSION DANS LE CHAMP PSYCHIATRIQUE	15

PARTIE 2

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES..... 25

CHAPITRE 3	
UNE DÉMARCHE DE RECHERCHE QUALITATIVE ET PARTICIPATIVE	27
1. UNE POSTURE QUALITATIVE.....	28
2. LE PARI D'UNE PLURALITÉ DES PERSPECTIVES.....	30
3. LA STRATÉGIE D'ANALYSE.....	33

PARTIE 3

TRAJECTOIRES..... 37

CHAPITRE 4	
TRAJECTOIRES D'USAGERS DE RESSOURCES ALTERNATIVES DE TRAITEMENT EN SANTÉ MENTALE	41
LISE : UNE EXPÉRIENCE D'ENRACINEMENT ET DE RÉCONCILIATION	43
Une expérience de sécurité	44
Une expérience relationnelle forte :	
confiance et reconnaissance	45
L'expérience d'un travail sur soi en profondeur	46
DOMINIQUE : L'EXPÉRIENCE DU LIEN	47
Le sentiment d'appartenir à une « <i>bonne maison</i> »	47
Une expérience relationnelle :	
la mise à contribution d'un désir de relation.....	48
L'expérience d'un travail sur soi en profondeur	49
LUC : UNE EXPÉRIENCE D'APAISEMENT	50
L'expérience d'une vie de groupe.....	51
L'expérience d'un travail sur soi en profondeur	51
L'ampleur et la pluralité des possibilités trouvées à la ressource alternative de traitement.....	52
MARIE : UN MOUVEMENT DE TRANSFORMATION DE L'EXPÉRIENCE INTÉRIEURE ET RELATIONNELLE	53
Une expérience de sécurité	53
Une expérience relationnelle fondamentale.....	54

L'expérience d'un travail sur soi en profondeur	54
L'ampleur et la pluralité des possibilités trouvées dans la ressource alternative de traitement	55
JOSÉE: L'APPRIVOISEMENT DES LIMITES	56
Une double expérience relationnelle: inauguratrice et conductrice.....	57
L'expérience d'un travail sur soi en profondeur	58
L'ampleur et la pluralité des possibilités trouvées dans la ressource alternative de traitement	58
VALÉRIE: UN MOUVEMENT DE RETOUR À SOI	59
Une expérience relationnelle: point d'appui du travail sur soi....	60
L'expérience d'un travail sur soi en profondeur	60
L'ampleur et la pluralité des possibilités trouvées à la ressource alternative de traitement.....	60
ANDRÉ: L'ABOUTISSEMENT D'UN LONG CHEMINEMENT	62
Un « sentiment global d'hospitalité ».....	62
L'expérience d'un travail sur soi en profondeur	63
La flexibilité de la ressource alternative de traitement.....	63
DAVID: UNE EXPÉRIENCE DE CRÉATION	64
Un événement fondamental	65
Une expérience relationnelle: repère et point d'appui	65
L'expérience d'un travail sur soi: le travail de création comme ancrage.....	66

PARTIE 4

DIMENSIONS DU TRAITEMENT DANS LES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE

DES CONVERGENCES FONDAMENTALES ET DES DIFFÉRENCES.....	70
PLURALITÉ DES RESSOURCES ALTERNATIVES DE TRAITEMENT: LE TRAVAIL AVEC DES PERSONNES PSYCHOTIQUES COMME RÉVÉLATEUR	72

CHAPITRE 5

L'ATMOSPHÈRE	75
1. UN LIEU OÙ IL FAIT BON VIVRE	76

2. UN LIEU QUI CRÉE ET TRAVAILLE LES LIENS	77
2.1. Une qualité de rencontre entre usagers et intervenants.....	77
2.2. Une qualité de rencontre entre usagers	79
3. UN REGARD CONSTRUCTIF POSÉ SUR LA PERSONNE	81
4. UN LIEU D'ANCRAGE RÉEL ET SYMBOLIQUE.....	82
5. LA PART DU NÉGATIF.....	83
6. DES ZONES D'ÉCART	84

CHAPITRE 6

LA PHILOSOPHIE	87
1. UNE PRÉOCCUPATION POUR CE QU'IL Y A D'HUMAIN DANS L'HUMAIN.....	88
1.1. Une attention à la singularité de la personne	89
1.2. Une attention à la personne humaine : redonner son amplitude à la personne souffrante	90
2. UN LIEU QUI PERMET UNE MISE AU TRAVAIL DE LA PERSONNE.....	92
3. DES ZONES D'ÉCART	93
3.1. Des références théoriques.....	94
3.2. Les personnes avec lesquelles travaille la ressource alternative	96
3.3. L'engagement de la personne	97
3.4. La vocation de la ressource.....	99

CHAPITRE 7

LES PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES	101
1. UNE COMPRÉHENSION DE CE QUI EST FONDAMENTALEMENT EN JEU CHEZ LA PERSONNE SOUFFRANTE	102
2. L'EXTENSION DU TRAVAIL : UN TRAVAIL SUR L'EXPÉRIENCE.....	104
2.1. Un espace qui permet de travailler à la fois l'expérience intérieure et relationnelle de la souffrance et le retour à la vie	104
2.2. Faire place à la souffrance	105
2.2.1. Face au délire	106
2.2.2. Libérer les émotions	107
2.3. Un travail de (ré)élaboration, de (re)construction, de (re)déploiement.....	108

3. LES APPUIS OU MOYENS	110
3.1. L'importance de la parole.....	111
3.2. Travailler aussi avec d'autres moyens que l'expression verbale.....	112
3.2.1. S'adresser au corps.....	112
3.2.2. La voie de l'art.....	113
3.3. L'utilisation de différents espaces pour aller plus loin	114
3.4. Le travail de groupe	115
4. DES CONDITIONS.....	116
4.1. Miser sur les possibilités de la personne	116
4.2. Adapter la nature du travail à la singularité des personnes....	117
4.3. Le manque	118

CHAPITRE 8

LES DISPOSITIFS	119
1. LA PLURALITÉ DES DISPOSITIFS.....	121
2. UN EFFET DE SYSTÈME	122
3. L'IMPORTANCE DE LA VIE COMMUNAUTAIRE	123
4. LA FLUIDITÉ DES DISPOSITIFS	124
5. DES CONTRAINTES.....	125
6. DES ZONES D'ÉCART	126
6.1. La place de la thérapie.....	126
6.2. L'importance du groupe.....	127
6.3. L'organisation des dispositifs: autour d'un programme ou sans programme type	127
6.4. Le travail d'équipe.....	128

CHAPITRE 9

UNE POSITION SINGULIÈRE DE L'ALTERNATIVE DANS LE CHAMP CONTEMPORAIN DU TRAITEMENT EN SANTÉ MENTALE	131
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

PARTIE 5

PAR-DELÀ UNE LOGIQUE D'OBJECTIFS ET DE RÉSULTATS	135
DES ATTENTES.....	137
QUELS CHANGEMENTS?.....	139

CHAPITRE 10

UN AUTRE REGARD SUR LE CHANGEMENT

Le point de vue d'usagers de ressources alternatives de traitement en santé mentale	143
1. VERS UN MOUVEMENT DE L'ÊTRE	144
1.1. Le rapport à la souffrance.....	145
1.2. Le rapport à soi : vers une transformation de l'expérience intérieure.....	147
1.3. Le rapport aux autres.....	148
1.4. Un mouvement d'ouverture face à la vie et au monde	148
1.5. Prendre part au monde commun.....	149
2. LE PASSAGE DANS LA RESSOURCE ALTERNATIVE DE TRAITEMENT	150
3. UN AUTRE REGARD SUR LE TRAITEMENT	152

CHAPITRE 11

TRAVAILLER DANS UNE RESSOURCE ALTERNATIVE DE TRAITEMENT EN SANTÉ MENTALE

Le point de vue d'intervenants sur une pratique de proximité	155
1. DES CONDITIONS DE POSSIBILITÉ.....	157
1.1. L'engagement personnel	157
1.2. Le travail sur soi.....	158
1.3. Le souci de l'autre	159
2. DES NŒUDS.....	160
2.1. Une confrontation à la souffrance	160
2.2. Une position de proximité.....	162
3. DES DÉFIS.....	163
3.1. Se garder de trop vouloir pour l'autre.....	164
3.2. Mettre entre parenthèses ce que l'on sait.....	164
3.3. Croire en l'autre	165
3.4. Garder une ouverture.....	165

CHAPITRE 12

**LES RESSOURCES ALTERNATIVES DE TRAITEMENT
ET LEUR DEHORS.....**

167

1. LES RAPPORTS AU CHAMP PSYCHIATRIQUE :

À LA RECHERCHE D'UN DIALOGUE..... 167

1.1. Pour un bon usage du médicament..... 169

1.2. Le recours à l'hospitalisation..... 170

1.3. Le suivi posthébergement..... 170

2. LES RAPPORTS À LA SOCIÉTÉ..... 171

CONCLUSION

REDÉPLOYER LE REGARD ET L'ACTION 173

ANNEXEBREF PORTRAIT DES RESSOURCES ALTERNATIVES
DE TRAITEMENT AYANT PARTICIPÉ À LA DÉMARCHE
DE RECHERCHE

179

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 191**NOTICES BIOGRAPHIQUES.....** 197

Ces dernières années, un certain nombre de ressources alternatives¹ en santé mentale du Québec, qui se définissent comme des organismes de traitement dans la communauté, ont voulu réfléchir à leurs orientations et à leurs pratiques, ainsi qu'à leur contribution propre au champ de la santé mentale, particulièrement par rapport aux troubles mentaux graves. Dans cette perspective, elles ont soumis une demande de recherche à des chercheurs faisant partie de l'équipe de recherche en partenariat Érasme, à laquelle participe le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, à titre de partenaire de recherche communautaire. De cette rencontre entre des acteurs du terrain et des chercheurs en sciences humaines et sociales a émergé une réflexion de fond sur ce qui constitue un traitement en santé mentale, une réflexion sous-tendue par la question de l'humain. Cette réflexion s'appuie sur les résultats d'une étude qualitative réalisée au sein d'une dizaine de ressources alternatives de traitement en santé mentale; elle donne la parole aux usagers, aux intervenantes et intervenants et aux responsables de ces milieux de pratique non traditionnels. Entrelaçant réflexions, analyses et témoignages, ce livre est ainsi le fruit d'une rencontre entre des perspectives plurielles, dans laquelle les acteurs du terrain tiennent un rôle central. Cette proximité par rapport au terrain et à la parole des acteurs donne son ton et son articulation à cet ouvrage.

1. Le terme «ressource» tel qu'il est utilisé ici doit être compris dans le sens d'«organisme» ou de «centre».

Tout au long de la démarche de recueil des témoignages et de l'analyse, le principal défi a été de mettre entre parenthèses ce que l'on associe habituellement à la notion de traitement, en fonction des référents qui dominent dans la culture et sur la scène sociale. Le propos de l'étude demande donc un décentrement considérable, puisqu'il s'agit d'interroger le traitement à partir de lieux particuliers où il est au travail, et de tenter de cerner l'expérience qu'en ont des acteurs directement engagés dans sa mise en acte, de recueillir leurs observations et leurs réflexions. C'est ainsi d'un autre regard sur le traitement en santé mentale que ce livre entend rendre compte, un regard de l'intérieur sur ce qui le constitue et ce qui en est signe.

Le livre est composé de cinq parties, les trois dernières portant directement sur ce qui émerge de l'analyse des témoignages et de leur croisement. La première partie situe les ressources alternatives de traitement et, plus largement, la question du traitement telle qu'elle se pose aujourd'hui dans le champ plus large des approches et des pratiques en santé mentale et en psychiatrie. La deuxième précise les repères méthodologiques de l'étude. La troisième partie porte sur des trajectoires individuelles d'utilisateurs de ressources alternatives de traitement et fait ressortir ce qui, de leur point de vue, a particulièrement marqué leur passage dans la ressource alternative. À partir des témoignages des différents acteurs, la quatrième partie dégage les principales dimensions du traitement à l'œuvre dans les ressources alternatives. La cinquième partie situe la position particulière des ressources alternatives de traitement par rapport à une logique d'objectifs et de résultats; elle pose aussi la question de ce qui constitue un changement positif et de ce qui y contribue, du point de vue d'utilisateurs de ressources alternatives de traitement en santé mentale.

P
A
R
T
I
E

1

LA SANTÉ MENTALE
Un champ en transformation

1

**LES RESSOURCES
ALTERNATIVES DE TRAITEMENT
EN SANTÉ MENTALE**

Ce livre porte sur des milieux de pratique non institutionnels qui se sont donné le nom de ressources alternatives de traitement en santé mentale. Au Québec, les ressources alternatives de traitement en santé mentale font partie d'un groupe plus large d'organismes non institutionnels, communautaires¹, ayant développé une diversité d'activités et de pratiques en santé mentale, et qui se reconnaissent comme ressources alternatives². La plupart des ressources alternatives constituent aussi un milieu de vie et un lieu d'appartenance pour les personnes qui les fréquentent, qui vivent pour la plupart des problèmes de santé mentale graves, et qui pour beaucoup se trouvent dans des situations de grande précarité sociale. De façon générale, les ressources alternatives ont vu le jour à partir d'initiatives locales le plus souvent indépendantes les unes des autres, en réponse aux manques perçus dans le système de services existant et de demandes émergeant de

-
1. De manière plus large, on a souvent souligné la grande richesse des pratiques et des approches issues des organismes non institutionnels et communautaires du Québec, leur contribution importante au champ social et au champ sanitaire, ainsi que leur apport au renouvellement des approches et des pratiques. Voir notamment Lamoureux (2002); Poirel, Lacharité et Rousseau (2006).
 2. On retrouve parmi les principales activités des ressources alternatives en santé mentale la défense des droits, l'entraide, l'accompagnement de la crise, l'hébergement, la thérapie sous différentes formes, le soutien dans la communauté et l'accompagnement dans une démarche de retour au travail. Certaines ressources se spécialisent autour d'une activité ou d'un volet particulier. D'autres ont une vocation plus large et diversifiée.

la communauté locale³. Depuis leur apparition dans les années 1970⁴, les ressources alternatives en santé mentale ont voulu proposer un « ailleurs » et un « autrement » pour les personnes touchées par la « folie » : accueillir la souffrance « ailleurs et autrement », et donner parole et citoyenneté à des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale⁵.

Dans le paysage plus large des approches et des pratiques en santé mentale au Québec, ces ressources se distinguent par une philosophie, une approche et des pratiques traversées par une triple exigence : un regard critique porté sur la psychiatrie institutionnelle et la société ; une contribution au renouvellement des pratiques en santé mentale ; l'exigence éthique que comporte le rapport à la personne souffrante. D'emblée, ces ressources se sont ainsi posées comme des espaces de résistance : par rapport à ce qui leur apparaît comme un oubli de l'humain dans le système des soins et des services publics en santé mentale et en psychiatrie, un système qu'elles perçoivent comme largement rivé à des préoccupations de gestion ; par rapport aux répercussions du réductionnisme biologique qu'elles observent et dénoncent dans les approches et les pratiques qui dominent le champ de la santé mentale ; enfin, par rapport aux effets des tendances déstructurantes et déshumanisantes qui dominent la société contemporaine. Leur positionnement relativement à l'État et aux services publics apparaît d'emblée complexe : organismes non institutionnels financés par l'État, les ressources alternatives en santé mentale revendiquent leurs différences et leur spécificité ; elles refusent une complémentarité qui serait orchestrée par le système public, à partir de repères qui sont extérieurs aux modèles de pratique alternatifs. Pourtant, dans un contexte qui promeut de plus en

-
3. Parmi les fondateurs de ces ressources figurent à la fois des intervenants formés dans diverses disciplines des sciences humaines et sociales et des personnes « psychiatisées », selon les termes que ces personnes utilisaient et revendiquaient alors.
 4. Relativement peu nombreuses dans les années 1970, les ressources alternatives en santé mentale dépassent maintenant la centaine d'organismes ; on en retrouve dans les différentes régions administratives du Québec.
 5. Après s'être donné une structure commune à partir de 1983 avec la constitution du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), les ressources alternatives se sont dotées en 1991 d'un manifeste qui pose les bases d'une approche *alternative* en santé mentale qui sera réaffirmée et réénoncée en 1999. Le *Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec* s'articule autour de quelques grands principes qui invoquent en particulier une conception globale de la personne, la notion d'appropriation du pouvoir sur les plans individuel et collectif, l'importance de l'entraide, la qualité de l'accueil dans des ressources « à taille humaine », l'enracinement dans la communauté et l'engagement social et politique des ressources alternatives (RRASMQ, 1999a).

plus l'organisation intégrée des services, des pressions s'exercent parfois et de façon croissante sur ces ressources pour qu'elles répondent aux « besoins » et aux « clientèles » qualifiés de prioritaires⁶.

Parmi la centaine de ressources qui constituent le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), une douzaine se sont plus particulièrement identifiées comme des ressources alternatives de *traitement*, évoquant ainsi la possibilité que le traitement puisse se définir et se déployer en marge des milieux psychiatriques institutionnels, même par rapport aux problèmes graves de santé mentale. Sur le terrain, ce positionnement n'a pas impliqué le refus de tout lien avec les services psychiatriques qui, souvent, accompagnent parallèlement les usagers de ces ressources. De près ou de loin, les ressources alternatives de traitement sont amenées à composer avec les services psychiatriques, tout comme ces derniers le font parfois avec ces ressources⁷.

Les ressources alternatives de traitement, qui revendiquent une philosophie et des valeurs communes, sont par ailleurs loin de former un bloc uniforme et homogène. Elles ne se réfèrent pas nécessairement à des approches thérapeutiques similaires; elles ont développé une diversité de pratiques et de dispositifs, c'est-à-dire d'activités et d'espaces de thérapie, ainsi que différents modes d'organisation spatiale et temporelle de leurs activités au sens large. Les ressources alternatives de traitement comptent aussi bien des milieux d'hébergement que des milieux de jour, des ressources où la durée du séjour est de quelques mois, ainsi que des ressources dont la fréquentation peut s'étendre sur plusieurs années. Certaines d'entre elles s'adressent à des personnes qui vivent des types de difficultés ou des « troubles » particuliers; d'autres ont fait le pari de travailler avec des personnes vivant des problèmes diversifiés de santé mentale, le plus souvent des problèmes graves. Chaque ressource alternative de traitement, apparue dans un milieu particulier, en réponse à la perception de certains manques,

6. Si l'autonomie des organismes communautaires est un principe désormais reconnu par la loi québécoise (en vertu, depuis 2001, d'une politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire, *L'action communautaire: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001), la situation est souvent plus complexe sur le terrain.

7. Nous abordons rapidement quelques aspects de cette question au chapitre 12, à partir de ce qui ressort des récits que nous avons recueillis dans neuf ressources alternatives de traitement.

présente une histoire et une texture propres, un projet thérapeutique singulier⁸. Ce livre rend par ailleurs peu compte de la singularité de chaque ressource, sa visée restant plus générale⁹.

Les ressources alternatives de traitement se sont engagées très tôt dans un processus de réflexion et de questionnement concernant leurs approches, leurs pratiques et leurs dispositifs, une interrogation animée à la fois par leur expérience et par la philosophie et les valeurs portées par ces ressources. C'est d'abord de l'intérieur de chaque ressource que ce processus s'est amorcé, comme en témoigne l'histoire respective des ressources alternatives de traitement. Depuis la fin des années 1990, les ressources alternatives de traitement se sont aussi engagées dans une démarche concertée au sein du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. Cette démarche vise à préciser, collectivement, les conditions d'une approche et de pratiques alternatives de traitement en santé mentale.

1. DES RESSOURCES EN MOUVEMENT

L'histoire singulière des ressources alternatives de traitement montre que celles-ci font preuve d'une étonnante vitalité, se modulant et se transformant au fil des expériences, rebondissant face à l'imprévu et devant l'adversité¹⁰. Le *Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec* insiste sur l'importance de maintenir un mouvement, une fluidité, dans les approches et les pratiques. Un tel mouvement est posé comme un trait essentiel définissant une position alternative dans le champ plus large des pratiques en santé mentale ; il apparaît comme un antidote au risque d'institutionnalisation des pratiques. Ce trait ressort avec force des récits des intervenants et des responsables que nous avons rencontrés dans le cadre de notre étude. Ces interlocuteurs décrivent les ressources alternatives de

8. Plusieurs monographies concernant ces ressources figurent parmi les contributions au numéro spécial de la revue *Santé mentale au Québec*, publié en collaboration avec le RRASMQ en 2000, qui porte sur *Les ressources alternatives de traitement*. Il s'agit d'autoportraits réalisés par des responsables ou des intervenants de ressources alternatives de traitement.

9. Nous présentons en annexe un bref portrait de chacune des neuf ressources ayant participé à la démarche de recherche dont ce livre présente les résultats.

10. Voir en annexe les brefs portraits de chacune des ressources ayant participé à la recherche. Sur ce point, on peut aussi se reporter au numéro spécial de la revue *Santé mentale au Québec: Les ressources alternatives de traitement*, 2000, et plus particulièrement aux monographies portant sur différentes ressources.

traitement comme des « *espaces de créativité*¹¹ », des « *espaces d'expérimentation* », des « *espaces pour bâtir ensemble* ». « *On a tellement l'impression de faire quelque chose d'important.* » « *Je vois la ressource alternative comme un laboratoire social.* » Les intervenants de ces ressources soulignent encore la possibilité trouvée, et souvent favorisée, dans les ressources alternatives de traitement de « *sortir des zones de confort* ». Ils parlent de la souplesse des ressources, d'une « *liberté pour essayer des choses différentes* », de la possibilité de « *prendre des risques* ». « *On ne se tient pas dans les normes.* » Les nombreux témoignages que nous avons recueillis présentent les ressources comme étant elles-mêmes toujours au travail. On peut supposer que cet aspect des ressources alternatives représente pour les intervenants un élément important de stimulation leur permettant de continuer à y travailler dans des conditions qui, pourtant, exigent de leur part certains sacrifices. Pour des postes et des parcours de formation globalement équivalents, les organismes communautaires et alternatifs ne sont pas en mesure d'offrir à leur personnel les mêmes conditions de travail en matière de salaires et d'avantages sociaux que les organismes du secteur public institutionnel œuvrant dans le même champ.

Comme l'indique la trajectoire propre à chacune des ressources, le mouvement qui y est à l'œuvre répond à un certain nombre de facteurs et de contingences qui peuvent se nouer en une conjoncture particulière ou demeurer plus isolés. Ainsi, c'est parfois à la faveur de l'arrivée d'un nouveau responsable ou d'un nouvel intervenant, ou encore à l'occasion du départ d'un membre de l'équipe de travail, que les pratiques se mettent à bouger, les intervenants étant le plus souvent partie prenante des nouvelles expérimentations et du développement de la ressource alternative de traitement. Dans d'autres cas, c'est le surgissement d'une crise qui est l'occasion de transformations importantes. Les sources d'une telle crise sont variées : conflits à l'intérieur du groupe d'utilisateurs ou entre des membres de l'équipe de travail, épuisement du personnel, prise de conscience des limites de l'aide apportée ou désir d'explorer des approches différentes, confrontation à l'évidence de l'inadéquation ou de l'insuffisance des dispositifs existants, ou encore décision d'élargir ou de restreindre les types de problèmes dont s'occupe la ressource ou le type de suivi qu'elle se sent prête à offrir. Jusqu'ici, les ressources alternatives de traitement ont non seulement survécu aux changements et aux crises, mais elles semblent aussi, le plus souvent, en être ressorties renforcées. Le trajet emprunté par les ressources avec lesquelles nous avons travaillé témoigne en même temps d'une profonde continuité et d'une cohésion fondamentale de leur positionnement en tant que ressources *alternatives*.

11. Les extraits d'entrevues recueillis dans le cadre de la recherche dont ce livre rend compte apparaissent en italique et entre guillemets pour les distinguer du reste du texte.

2. UN PROCESSUS INTERNE DE QUESTIONNEMENT

De manière plus large, les ressources alternatives en santé mentale s'interrogent depuis plusieurs années sur la spécificité de leurs pratiques et sur ce que celles-ci viennent changer ou non dans la vie des personnes qui fréquentent ces ressources. Par ailleurs, pour rendre compte de leur action et de son effet, les ressources alternatives en santé mentale empruntent généralement peu au langage de l'efficacité et de l'efficience, qui est de plus en plus utilisé dans le réseau public de la santé mentale et dans la recherche financée. Ce sont d'autres stratégies et d'autres notions qu'elles mettent de l'avant pour s'interroger sur leurs pratiques.

Ainsi, depuis le début des années 1990, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec est partenaire de recherche de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (Érasme), une équipe réunissant des chercheurs rattachés à différentes universités et de disciplines variées, ainsi que des organismes communautaires travaillant avec des personnes vulnérables et marginalisées. Les recherches que le RRASMQ a développées dans ce contexte partenarial donnent une place centrale au point de vue des personnes souffrantes; elles sont portées par le souci de préserver la possibilité d'une pluralité de perspectives et de pratiques en santé mentale.

Une première recherche effectuée dans ce contexte a été particulièrement significative, puisqu'elle a permis la mise au point d'une approche et d'une méthode (Corin, Rodriguez et Guay, 1996; Rodriguez, Corin et Guay, 2000; Corin, 2000). Portant sur la spécificité des pratiques alternatives en santé mentale, elle a été réalisée à la fois dans des groupes d'entraide, des milieux de jour et des ressources d'hébergement. Cette étude est partie de la signification et des répercussions des problèmes de santé mentale dans le contexte plus large de la trajectoire de vie des personnes. Elle a montré la continuité qui existe entre ces problèmes et des difficultés beaucoup plus larges, qui remontent souvent à l'enfance et à des conditions de vie particulièrement délétères. En s'appuyant sur la parole des usagers, les auteurs ont illustré le degré auquel ces problèmes s'inscrivent dans un tissu de difficultés relationnelles et sociales qui semblent à la fois participer à leur genèse et en amplifier la portée, et qui mettent en cause la possibilité de se situer comme sujets dans la société. C'est par rapport à ce contexte de vie que l'influence des ressources alternatives est décrite comme ayant été particulièrement marquante et significative pour les usagers, leur redonnant un sentiment de maîtrise au moins partielle sur leur vie, et surtout un sentiment de dignité qui contraste avec des années de disqualification perçue. La recherche a ainsi montré la contribution significative des ressources alternatives en santé mentale à un processus de transformation positive du rapport à soi, aux autres et à la vie. Elle illustre concrètement l'effet sur les

personnes du soutien global, multidimensionnel, offert par les ressources alternatives en santé mentale, l'importance de l'ouverture qu'elles permettent d'amorcer, ainsi que « l'accès à des espaces de relation, d'intégration, de participation, d'entraide et d'action qui permettent aux personnes d'expérimenter de nouvelles formes de reconnaissance et d'être ensemble, de formuler des projets de vie et, parfois, de participer à des mouvements collectifs plus larges » (Rodriguez, Corin et Guay, 2000, p. 93). L'une des principales conclusions de cette recherche est la confirmation de la nécessité d'élargir le champ du thérapeutique au-delà d'un cadre formel et strictement balisé. Par ailleurs, le portrait qui s'en dégage demeure général, puisque cette étude a porté sur un ensemble hétérogène de ressources alternatives. Cette étude n'a pas permis de dégager de manière systématique les paramètres mobilisés dans les pratiques des groupes qui se situent plus directement dans une perspective de traitement, de décrire l'éventail des façons dont s'incarnent ces paramètres ni d'examiner la spécificité de leur incidence sur l'expérience ou de déterminer les limites et les contraintes de ces pratiques. Ce n'était pas son objectif.

Par ailleurs, vers la fin des années 1990, les ressources alternatives de traitement ont amorcé une démarche collective plus précise de questionnement et d'approfondissement concernant leurs approches et leurs pratiques, démarche coordonnée par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. En 1997, des représentants de ces ressources ont formé un groupe de travail (comité) sur l'approche alternative du traitement. D'emblée, la pertinence de continuer à se référer aux notions de « traitement » et de « thérapie » n'a pas fait l'unanimité. Pour des raisons pragmatiques et stratégiques, le comité a cependant décidé de les maintenir.

La mise en place de ce groupe de travail a répondu à des préoccupations à la fois internes et tournées vers l'extérieur. L'objectif était de soutenir une démarche réflexive collective concernant les pratiques et les approches mobilisées dans le traitement tel qu'il se déploie à partir des ressources alternatives. Il s'agissait d'en cerner les effets et l'apport, de préciser leurs limites et les contraintes auxquelles elles sont confrontées. Il s'agissait aussi d'étendre la visibilité du travail et de la contribution des ressources alternatives de traitement dans le champ plus large de la santé mentale. Les travaux du groupe ont conduit à l'élaboration de plusieurs documents dont, en 2005, *Balises pour une approche alternative du traitement en santé mentale*¹². En prenant appui sur l'approche alternative telle qu'elle est énoncée dans le *Manifeste*

12. Les *Balises pour une approche alternative du traitement en santé mentale* (RRASMQ, 2005) ont été précédées d'un *Cadre de référence pour l'approche alternative de traitement dans les ressources du RRASMQ* (RRASMQ, 1999b) et de la parution du numéro spécial de la revue *Santé mentale au Québec: Les ressources alternatives de traitement* (2000), auquel plusieurs ressources alternatives de traitement ont collaboré.

du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, ce document précise la philosophie et les valeurs d'un projet thérapeutique alternatif qui, fondamentalement, s'appuie sur une compréhension de la souffrance psychique et des problèmes de santé mentale au-delà des diagnostics, et sur une approche globale de la personne.

L'origine de la démarche de recherche ayant mené à l'élaboration de ce livre se situe dans le prolongement du souci qu'ont continué à exprimer les ressources alternatives de traitement, soit celui de poursuivre et d'approfondir un questionnement portant sur le caractère alternatif des pratiques et de l'approche du traitement dans les ressources alternatives en santé mentale, et sur la spécificité de ce qu'elles apportent dans la vie des personnes qui fréquentent ces ressources. Il s'agissait cette fois de se centrer sur les pratiques effectives plus que sur les principes, afin d'en évaluer la portée du point de vue des différents types d'acteurs directement engagés dans le traitement.

LA QUESTION DU TRAITEMENT

1. UN MONDE EN TENSION

Les pratiques dans le champ de la santé mentale ne se développent pas en vase clos. Quelles que soient les définitions que l'on en a données, on peut dire que la santé mentale et les problèmes de santé mentale engagent ce qui est proprement humain dans l'être humain et ce qui, dans l'humain, porte plus précisément les traces du langage et de la culture. En parallèle, et quelles que soient leurs causes, on peut considérer que les problèmes de santé mentale sont inséparables d'un malaise social plus général, un malaise que les personnes qui souffrent de ces problèmes perçoivent souvent ou révèlent de manière particulièrement aiguë. On peut aussi penser que la manière d'y répondre et les modèles de pratique développés dans le champ de la santé mentale ne peuvent que refléter, au moins en partie, les forces qui animent la société.

Un tel ancrage social et culturel des représentations, des attitudes et des pratiques en matière de santé mentale a été mis en évidence dans d'autres cultures ou dans d'autres sociétés (Kleinman, 1987, 1988; Good, 1994). C'est là le territoire des anthropologues, qui ont montré à quel point les conceptions et les pratiques que développe une société en regard de la santé mentale renvoient à une conception culturelle particulière de la personne et des émotions, ainsi qu'aux manières de penser les rapports entre l'individu, les autres et le monde; ou encore aux rapports établis entre la temporalité de la vie humaine et une temporalité plus longue; ou à la façon dont on délimite les contours de la réalité et dont on se représente ce qui la transcende ou l'enveloppe, à la place donnée à l'imaginaire ou à des savoirs non empiriques relatifs à la réalité des êtres et des choses.

Par contre, lorsqu'il s'agit de nous, nous avons le plus souvent l'impression d'être situés dans le registre d'une réalité pure, qui se donnerait à nous telle quelle ou à laquelle nous donneraient directement accès les techniques et les savoirs scientifiques, un peu comme si ces derniers nous affranchissaient d'une dépendance à la culture et nous offraient un savoir direct sur les êtres et les choses. Ce monde contemporain, le nôtre, semble soumis à un double développement accéléré : celui de la technique et celui de la bureaucratie. De la technique, on peut dire que d'instrument de maîtrise de la réalité et de progrès, elle semble de manière croissante promue en critère d'une réalité dont elle définirait à la fois les contours et le sens, comme elle fixerait les finalités et les moyens de l'action (Adorno, 1980; Castoriadis, 1990). Le règne de la bureaucratie en étend l'efficacité et impose au monde des schémas d'organisation censés être en phase avec la réalité, transcendant les cultures et les sociétés. On peut dire que l'encadrement des pratiques dans un projet technocratique est le pendant du règne de la technique, sur le plan de la gestion (Kahn, 2004). C'est ainsi que nos experts se font les nouveaux missionnaires des manières dominantes de voir et de faire, tant à travers le monde qu'ici au Québec, traversant les domaines et les champs de pratique. L'alliance entre les logiques techniques et bureaucratiques renforce le poids respectif de chacune; elle colore la scène publique et les pratiques qui lui donnent forme et l'animent, souvent à notre insu. Quels que soient l'efficacité de cette approche et les progrès qu'elle permet, on doit s'interroger sur ce qu'il en est de l'humain dans un monde ainsi redéfini, la nature des postulats implicites qui le régissent et ce qu'ils laissent éventuellement en marge ou rejettent à leur périphérie. Michel Foucault disait ainsi que chaque société se définit autant par ce qu'elle intègre que par ce qu'elle rejette comme non pensable parce que ses catégories de pensée ne lui permettent pas de l'approcher (Foucault, 1994).

Cependant, une telle vision est à son tour partielle dans la mesure où elle accentue indûment les savoirs et les pratiques dominants au détriment d'une réalité plus ambiguë et plus paradoxale. En effet, en marge des discours prévalents, la scène sociale et l'imaginaire public sont aussi habités par des voix plurielles, singulières ou collectives, qui revendiquent la possibilité de participer à une redéfinition des visions, des valeurs et des modes d'existence qui fondent les pratiques dans une variété de domaines (Lamoureux, 2002). Ces voix demeurent minoritaires, mais elles tissent un filet d'échanges et de dialogue entre des personnes et des groupes mis en résonance par-delà les frontières habituelles qui circonscrivent les alliances et les heurts, ou encore entre des acteurs qui cherchent à fonder d'autres manières de voir et d'agir à l'échelle locale.

Sous leur apparente uniformité, les sociétés contemporaines paraissent ainsi beaucoup plus paradoxales, en tension entre des mouvements qui s'entrelacent et se développent suivant des logiques et des dynamiques chaque fois particulières. Là où semblaient régner une ou plusieurs couleurs dominantes, effaçant les nuances et les ombres, apparaît une texture moirée, polychrome, dont le jeu des couleurs se révèle à un regard oblique, déplacé par rapport aux idées dominantes; une texture qui témoigne d'une réalité qui renvoie à un autre sens de l'humain et de ce qui importe lorsque l'on parle de l'humain dans l'homme et la femme (Corin, 2000).

C'est une tension parallèle qui marque les pratiques dans le champ de la santé mentale, un rapport de forces analogue entre des courants dominants et un flux de pratiques en marge, se réclamant d'une autre idée de l'humain.

2. ... ET LA TENSION DANS LE CHAMP PSYCHIATRIQUE

En reformulant fondamentalement les paramètres du diagnostic psychiatrique en matière de critères précis et objectivables, les auteurs du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) ont concrétisé leur souci de faire entrer la psychiatrie de plain-pied dans le champ de la médecine scientifique. Les recherches avaient en effet montré de très grandes variations quant à la manière de poser un diagnostic et aux frontières qui séparent les entités diagnostiques, selon les pays mais aussi selon les allégeances théoriques et l'expérience des chercheurs et des cliniciens. Une telle variation était perçue comme un obstacle significatif à la constitution d'échantillons homogènes et comparables de patients, tel que le requièrent principalement la recherche biomédicale et pharmacologique, mais aussi les études portant sur différents modèles de thérapie. Le souci central des auteurs du DSM-III en est donc un de fidélité (Klerman, 2004) : non pas une fidélité à la personne individuelle et à la complexité de son monde, mais une fidélité au sens statistique du terme, qui concerne les évaluateurs eux-mêmes et demande une objectivation maximale de leur regard, de sorte que les diagnostics qu'ils posent sur la même personne coïncident absolument. Une telle fidélité repose sur deux préalables: l'adoption d'une position en extériorité par rapport aux symptômes, ainsi que la mise entre parenthèses de toute subjectivité. Ce sont ainsi les rapports entre ceux qui posent le diagnostic que privilégie cette approche plutôt que les rapports qui pourraient se tisser entre le chercheur ou le clinicien et la personne souffrante.

Il s'agit là d'un changement significatif sur plusieurs plans: par rapport à tout un courant de la psychiatrie, principalement européenne, où les signes et les symptômes, tout en étant décrits avec une grande précision, étaient approchés comme pointant à la fois vers un diagnostic particulier et vers les particularités de l'altération de la subjectivité qui leur est associée (Jaspers, 1963); et par rapport à l'utilisation de la subjectivité du clinicien comme outil lui permettant d'avoir accès à la modification particulière de l'expérience associée à certains diagnostics telle la schizophrénie (Ey, Bernard et Brisset, 1974).

Quels que soient ses objectifs de départ, un tel resserrement des critères diagnostiques a eu des implications sans doute non voulues ou non anticipées sur les pratiques cliniques. Nancy Andreasen, l'une des chercheuses de pointe en neurobiologie psychiatrique, a dénoncé à diverses reprises ce qu'elle perçoit comme un gauchissement ou une dérive des objectifs premiers du DSM-III; elle en a déploré les effets tant sur la formation des psychiatres que sur les pratiques cliniques (Andreasen, 1997). Elle relève en particulier la façon dont l'utilisation de routine du DSM-III a modifié et appauvri la notion d'histoire clinique. Plus près de nous, un clinicien exceptionnel, le D^r Heinz Lehman, connu pour avoir introduit le Largactil au Québec, a lui aussi émis des réserves importantes quant aux répercussions de cette nouvelle approche diagnostique sur les pratiques cliniques (Lehman, 1986).

C'est aussi plus généralement le savoir psychiatrique qui semble se replier de manière croissante sur le biologique, la génétique et les neurosciences. On met l'accent sur des déficits neurocognitifs dont on décrit les ressorts au niveau d'un dysfonctionnement de l'activité cérébrale ou des neurotransmetteurs. Une revue récente des travaux sur la schizophrénie¹ confirme la place prééminente que revêtent les recherches centrées sur les mécanismes biologiques et génétiques associés à un dysfonctionnement particulier du cerveau ainsi que la centralité des déficits cognitifs dans le diagnostic et le traitement de la schizophrénie. Les auteurs font aussi état des zones d'ombre et des controverses qui traversent les consensus apparents, mais ces éléments d'incertitude sont saisis comme un appel à des recherches plus raffinées dans ces mêmes champs, plutôt que comme une incitation à explorer des approches complémentaires centrées sur d'autres dimensions. Or il existe des liens étroits entre les savoirs et les interventions, ne fût-ce qu'en raison de la visibilité et de la légitimité que les premiers confèrent à certains aspects de la réalité, tout en en délégitimant d'autres

1. Au début de l'année 2009, le *Journal of Clinical Psychiatry* a publié un rapport d'experts élaboré à partir d'un sommet sur la schizophrénie: Nasrallah *et al.* (2009). On peut aussi consulter MacDonald et Schulz (2009).

qui ne cadrent pas avec les représentations dominantes. Ainsi, actuellement, la thérapie proprement dite des problèmes de santé mentale tend à se centrer sur la médication et sur la correction comportementale et cognitive des perceptions, des idées et des comportements déviants (Fowler, Garety et Kuipers, 1999). Comme dans le cas du diagnostic, le savoir psychiatrique et les pratiques se développent ainsi en extériorité par rapport au sujet et négligent les médiations personnelles, interpersonnelles et collectives qui infléchissent et modulent l'effet des déterminants sur l'expérience, quels qu'ils soient, en raison même de la complexité de l'humain. Peu de lieux demeurent qui permettraient d'énoncer, d'entendre et de recevoir une parole singulière racontant une expérience de souffrance qui déborde toujours largement ce qu'en montrent les symptômes.

Par ailleurs, aujourd'hui, l'appel à la scientificité des pratiques en santé mentale revêt essentiellement un nouveau visage : celui des *evidence-based practices*, qui permettent de classer les interventions selon la quantité et la qualité des « évidences » empiriques démontrant leur efficacité. Le niveau supérieur et idéal d'« évidence » demeure celui de vastes recherches randomisées avec groupes témoins rigoureux et produisant des résultats non équivoques. En français, on parle aussi de « pratiques fondées sur des données probantes » afin de refléter le souci de fonder les interventions sur des données scientifiques recueillies à l'aide d'instruments standardisés et, autant que possible, dans le cadre de devis expérimentaux ou quasi expérimentaux. Toutefois, l'idée d'« évidence » avec le poids de « réalité brute » qu'elle comporte implicitement, demeure la toile de fond des nouveaux modes d'intervention ; c'est donc ce terme d'*evidence-based practices* que nous avons choisi de conserver ici pour en garder les postulats à l'esprit.

Il faut s'inquiéter du fait que les chercheurs et les praticiens qui prennent cette notion d'« évidence » empirique comme critère de bonne pratique fassent le plus souvent l'économie d'une interrogation plus profonde concernant le type de réalité documenté dans ces recherches et la manière dont l'instrument utilisé pour établir et décrire cette réalité contribue à construire la réalité même telle qu'elle se trouve perçue et prise en compte. Il y a plus d'un demi-siècle déjà, Jaspers, psychiatre et philosophe, avait insisté sur le fait que la vision que l'on se fait de la réalité est indissociable des instruments et des méthodes que l'on utilise pour y avoir accès et la décrire (Jaspers, 1963). Il importe dès lors de se demander ce que les instruments standardisés utilisés dans la recherche psychiatrique et dans les services de santé laissent de côté parce que cela n'est pas mesurable par de tels instruments de même que de s'interroger sur la signification et la portée, pour les personnes elles-mêmes, de ce qui échappe à de tels outils de mesure.

Il n'est pas étonnant que les *evidence-based practices*, par la standardisation et l'uniformisation des pratiques qu'elles demandent, aient reçu un accueil enthousiaste de la part des gestionnaires de la santé mentale. En effet, les postulats sur lesquels elles se fondent convergent avec une tendance lourde à la bureaucratisation des pratiques, dans une logique d'efficacité, et avec un souci de les encadrer en fonction de critères posés *a priori* et applicables de manière générale. Les *evidence-based practices* semblent au premier abord répondre à une logique gestionnaire permettant de pré-définir un rapport simple entre le portrait d'une situation en termes de symptômes et de déficits cognitifs et comportementaux, les interventions qui y correspondent et les critères de l'atteinte de résultats, une logique dont l'objectif ultime serait aussi de préciser les critères d'allocation de ressources toujours limitées². S'il est sans doute légitime de vouloir préciser de tels critères, on peut se demander si celui des *evidence-based practices* est suffisant et s'il permet de définir à lui seul ce qui est de l'ordre du légitime et du crédible dans le champ de la santé mentale. Les problèmes surgissent cependant surtout lorsque l'on veut en faire le fondement et le critère des interventions cliniques dans des cas singuliers.

Comme c'était le cas pour la mise en place du DSM-III, le règne des *evidence-based practices* se fonde sur une préoccupation légitime par rapport au flou et parfois à l'apparence de « n'importe quoi » qui a souvent dominé les interventions dans le champ de la santé mentale, ainsi que sur un souci de définir des critères de bonne pratique. Toutefois, l'adoption généralisée et non critique de la notion d'*evidence-based practices* et leur promotion enthousiaste par les administrateurs et les gestionnaires de la santé mentale font craindre une dérive des pratiques similaire à celle qu'a dénoncée Andreasen dans le cas du DSM-III et de ses versions subséquentes. Gupta, parmi d'autres, relève la force de l'influence que les *evidence-based practices* ont sur la manière dont la psychiatrie étudie et comprend les troubles psychiatriques, nonobstant le fait que certains aspects des troubles psychiatriques et de leur traitement pourraient bien très mal cadrer avec leurs postulats (Gupta, 2007)³. Ce à quoi s'opposent les auteurs qui ont émis des critiques à l'égard de ce nouveau courant est moins le fait que l'on cherche à mettre un peu d'ordre dans le foisonnement des pratiques dans le champ de la santé mentale, et à le contrôler, que le caractère hégémonique de cette nouvelle notion et ses prétentions à régir l'ensemble ou l'essentiel des pratiques.

2. Voir par exemple Heller (2006).

3. Voir aussi Anthony, Rogers et Farkas (2003).

D'autres voix se sont élevées récemment pour s'opposer à une application non réfléchie des *evidence-based practices* dans le champ de la psychiatrie. Elles revendiquent une spécificité de la psychiatrie en regard de la médecine et surtout, elles dénoncent la simplification abusive que de telles «évidences» impliquent quant à la nature complexe et interpersonnelle de la clinique psychiatrique (William et Garner, 2002; Maier, 2006). Il faut en effet tenir compte non seulement de la singularité des patients (Oakley-Browne, 2001) mais aussi, ce qui est peut-être encore plus important, du caractère nécessairement itératif du diagnostic et de la thérapie, dans un contexte où les décisions doivent être constamment réévaluées (Maier, 2006). Ce qui est mis en question ici, c'est la valeur possible d'une position d'incertitude relative par contraste avec un type de savoir expert, qui saurait d'emblée ce qui est en jeu pour le patient et sa famille. Une telle incertitude s'avère susceptible de maintenir l'échange ouvert et de le relancer (Corin, Gauthier et Rousseau, 2007).

Ces dernières années, la notion de «rétablissement» s'est imposée comme un objectif alternatif des interventions dans le champ de la santé mentale. Cette perspective met l'accent sur le point de vue des personnes quant à leur propre devenir; elle vise à établir et soutenir ce qui favorise un processus de rétablissement du point de vue des personnes (Corin, 2002). Elle invite ainsi les intervenants à maintenir ouverte une position d'écoute, avec la marge d'incertitude et de flexibilité qu'elle comporte nécessairement, et souligne la portée thérapeutique d'une telle attitude.

Cette approche a été portée par une rencontre entre deux grands courants. Le premier a émergé de l'intérieur même de la recherche, plus particulièrement d'une série d'études longitudinales. Celles-ci ont montré que des personnes ayant un diagnostic de «trouble grave et persistant» tel que la schizophrénie ont des trajectoires d'évolution beaucoup plus diversifiées qu'on ne le pensait, et que les variables pronostiques classiques ne suffisent pas à expliquer ces différences d'évolution. On s'est alors intéressé aux stratégies que les personnes élaborent pour faire face à leurs problèmes, ou pour les apprivoiser, ainsi qu'aux facteurs de l'environnement qui semblent soutenir une évolution positive des problèmes, ou au contraire lui faire obstacle (Ciompi, 1980; Strauss, 1986). Ces recherches déplacent ainsi le centre d'attention vers les manières dont les personnes affectées et leurs proches cherchent à affronter et à intégrer une expérience généralement douloureuse et profondément déstabilisante, ainsi que vers les ressources qu'elles vont puiser dans leur entourage ou dans la culture. L'autre courant est celui des récits autobiographiques, écrits à la première personne, dans lesquels les personnes affectées font état de leur parcours, des contraintes qu'elles ont rencontrées et de leur expérience des services de santé mentale, de leurs stratégies d'existence. Ces récits mettent en

relief le caractère multiple et toujours singulier du processus de rétablissement, ainsi que la créativité et l'endurance dont font preuve les personnes, la singularité aussi de ce qui est perçu comme rétablissement par les personnes concernées et leurs proches (Corin, 2002). On peut ajouter, dans le cadre de ce second courant, le rôle essentiel qu'ont joué les organisations et les regroupements de patients ou d'usagers. Ils ont offert une voix collective à des personnes dont la parole demeure souvent évasive ou fragmentée, ou dont l'expérience paraît à première vue trop singulière pour fonder un questionnement plus général relatif aux pratiques psychiatriques. Leur voix collective sert d'étayage aux récits individuels et permet aux personnes de trouver des mots pour extérioriser une expérience souvent aux limites de ce qui peut être exprimé, pour la faire entendre dans l'espace public. Sur le plan de la culture, le mouvement des droits de la personne a donné à cette démarche une légitimité incontestable, ce qui ne signifie pas que ces voix soient réellement entendues et prises en compte dans le champ de la santé mentale.

Actuellement, la vogue de la notion de rétablissement semble redonner une nouvelle impulsion aux tenants des approches cliniques centrées sur l'humain. On peut cependant craindre que le consensus peut-être trop rapide créé autour de cette notion entre des acteurs aux visions traditionnellement divergentes ne soit la source de nouvelles confusions et ne rabatte un mouvement novateur sur des pratiques déjà là, recyclées ou renommées dans les termes du nouveau paradigme (Corin et Lauzon, 1986). Parmi les pièges auxquels se heurte l'idée de rétablissement, il faut mentionner le risque d'une renormalisation du rétablissement sous la forme d'un « modèle maître » marqué par une nouvelle orthodoxie (Gauthier, Corin et Rousseau, 2008; Corin, 2002). Un tel piège paraît renforcé par une absence de réflexion, dans le cadre des savoirs dominants, sur ce qu'il en est de l'humain et de l'altération de l'expérience dans les troubles graves de santé mentale, sur ce qu'implique pour des personnes singulières le fait de « se rétablir » et de retrouver dans le monde une place qui soit la leur, ainsi que sur les types de pratique et de soutien qu'elles trouvent ici particulièrement aidants. Une telle réflexion exige le temps de l'écoute et celui de la pensée, temps qui fait cruellement défaut dans l'organisation actuelle des services.

Cette question est d'une actualité particulière à une heure où, au Québec⁴ et au Canada comme ailleurs, on est en train de redéployer l'essentiel des services de santé mentale dans la communauté autour de la première ligne. Il paraît dès lors important et urgent de redéfinir

4. Voir Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005).

les paramètres concrets en fonction desquels développer de nouvelles formes d'intervention au plus proche des personnes, de ce qui compte pour elles et de leurs milieux de vie.

Alors que certains minimisent l'écart entre la perspective du rétablissement et celle des *evidence-based practices* (Bond *et al.*, 2004), d'autres insistent sur le changement de paradigme qu'impose le fait de se centrer sur le rétablissement et sur ses conséquences quant au type de recherche qu'il s'agit de promouvoir. Anthony et ses collaboratrices soulignent par exemple la nécessité, dans une perspective de rétablissement, de modifier ce que l'on considère comme « résultat » et d'y inclure ce qui compte le plus pour les usagers, la nécessité donc de prendre en compte la dimension subjective de la notion de résultat (Anthony, Rogers et Farkas, 2003)⁵. Ils invitent à s'interroger sur les raisons qui font que les interventions qui relèvent des *evidence-based practices*, tout en produisant un certain nombre de résultats objectifs et mesurables, semblent ne pas avoir d'effet sur les indices de rétablissement. Anthony et ses collaboratrices recommandent de donner plus de place à l'examen des relations entre soignants et patients, et de décomposer les modèles globaux d'intervention afin d'en déterminer les composantes les plus bénéfiques. Ils insistent aussi sur la nécessité d'inclure les usagers dans la démarche de recherche, dans la ligne de ce que vise justement le rétablissement.

Les services de santé mentale se développent ainsi sur une scène ambiguë : du côté des services psychiatriques proprement dits, on voit se renforcer la tendance à développer des services se voulant spécialisés en fonction d'un diagnostic et à définir des protocoles d'intervention en fonction des symptômes ou des déficits et de leur évolution ; de l'autre, du côté des politiques de santé mentale et de certains modèles de pratique tels les plans de service individualisés, on dit vouloir se centrer sur la singularité des personnes et promouvoir une perspective de rétablissement. Toutefois, le souci de standardisation des pratiques révélé et promu à travers les *evidence-based practices*, souci qu'embrassent les gestionnaires de la santé pour des raisons évidentes et sans doute légitimes de leur point de vue, fait craindre que ces orientations novatrices de pratique ne se voient absorbées dans le paradigme dominant, faute d'avoir pris suffisamment au sérieux le degré de décentrement exigé par une prise en compte véritable de l'expérience comme nouveau critère de définition et d'évaluation des pratiques (Rodriguez *et al.*, 2002). Par exemple, le fait de rabattre les notions de désir et d'attente sur celles de déficit et de besoin et de définir ces dernières sur le plan de critères préétablis et mesurables de manière standardisée infléchit

5. Voir aussi Corin (2002).

significativement la notion de services se voulant « centrés sur les personnes », comme le prônait la politique de santé mentale promulguée au Québec au début des années 1990. De plus, si l'on évalue les besoins en matière de services disponibles pour y répondre, on risque fort de voir ces derniers définir ce qu'il en est des premiers. Ce risque est d'autant plus présent que les personnes souffrant de problèmes graves de santé mentale ont souvent du mal à trouver les mots pour exprimer une expérience qui les dépasse, et que c'est peu à peu qu'en viennent à se clarifier des désirs et des projets qui prennent souvent de nouveaux contours à mesure que la situation subjective et relationnelle des personnes se transforme.

En parallèle, on note dans les écrits une absence remarquable et troublante de réflexion sur la notion de traitement proprement dite, c'est-à-dire sur ce qui soutient un parcours vers la guérison ou le rétablissement, quel que soit le sens que l'on donne à ces mots. On a l'impression que le « traitement » comme tel demeure un point de fuite virtuel situé à l'horizon des études, mais peu interrogé en tant que tel. La majorité des travaux publiés sur ce thème concernent soit des traitements ou des approches thérapeutiques particuliers pour tel ou tel groupe de patients, que ces dernières soient pharmacologiques, comportementales ou cognitives, soit, plus rarement, l'incidence du lieu ou du contexte dans lequel est donné le traitement. De manière générale, l'impression qui ressort des écrits et de l'examen des modèles de pratique dominants est que la notion de traitement se trouve absorbée dans un paradigme biomédical, alors que les autres pratiques sont reléguées à un rôle d'adjuvant au traitement proprement dit, particulièrement dans le cas des troubles graves⁶.

C'est cette perspective que remettent en question les ressources alternatives en santé mentale et particulièrement, parmi elles, celles qui se qualifient de ressources de traitement. À leur demande, et dans le cadre du partenariat établi avec l'équipe Érasme⁷, nous avons voulu nous interroger avec elles et décrire ce que signifie le « traitement » pour elles, et surtout pour les personnes qui les fréquentent. Nous l'avons fait à partir des pratiques qu'elles développent et de leur effet perçu par les divers acteurs engagés dans ces ressources : usagers, intervenants et responsables des ressources. Leurs récits ont fait ressortir l'importance de prendre en compte ce que les usagers établissent comme des signes significatifs de changement, et de considérer les pratiques sous l'angle de la manière dont elles soutiennent

6. Au Québec, cette approche limitative du traitement a notamment été mise en question dans Apollon et Bergeron (1990).

7. Voir le chapitre 1.

et permettent de tels changements. Le projet dont il est question ici s'inscrit dans le mouvement plus général de questionnement qui anime le RRASMQ, et en particulier les ressources alternatives de traitement.

L'approche que met en œuvre la recherche qui fonde les réflexions présentées ici prend appui sur une série de travaux antérieurs effectués par chacune des auteures, individuellement et en collaboration. Ainsi, Corin a conduit une série de recherches visant à saisir l'expérience de la psychose du point de vue des personnes affectées elles-mêmes (Corin, 2003; Corin et Lauzon, 1994). Il s'agissait de partir des mots auxquels recourent les personnes pour parler de leurs problèmes et de la manière dont elles les vivent et y réagissent. En termes anthropologiques, l'objectif est de voir comment une expérience souvent très brutale, celle de problèmes de type psychotique, modifie le flux de l'expérience globale de soi et du monde telle qu'elle s'élabore au cours d'une vie (Bruner, 1986). Pour soutenir et étoffer son souci de se distancer des savoirs dominants, en prise sur les savoirs psychiatriques plus que sur l'expérience des personnes, Corin s'est appuyée sur l'anthropologie interprétative et critique, ainsi que sur la phénoménologie psychiatrique européenne, qui s'est développée dans la mouvance de la phénoménologie philosophique de Husserl et de Heidegger. Ses recherches l'ont conduite à mettre en question la définition normative de ce en quoi consiste une évolution positive, ainsi que les critères qui lui correspondent, et à déstabiliser le sens que l'on associe à des notions telles que celles d'intégration sociale et de fonctionnalité dans le cas de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Elles attirent l'attention sur la prégnance et la signification d'une position, qu'elle a qualifiée de « retrait positif », que construisent certaines personnes ayant reçu un diagnostic de psychose, dans leurs tentatives d'apprivoiser et d'élaborer une expérience qui demeure toujours profondément déstabilisante. Les travaux de Corin ouvrent aussi sur la place et la signification de la spiritualité dans plusieurs des récits recueillis dans divers contextes et dans différentes cultures⁸. Un autre trait qui revient ici est la limite des mots lorsqu'il s'agit, pour les personnes, de rendre compte de la dérive de leur être dans la psychose (Corin, Rodriguez et Guay, 2008). Enfin, nous l'avons mentionné, des recherches effectuées en collaboration avec Rodriguez del Barrio et en partenariat avec le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec ont fait ressortir la place et la signification que possède le recours à des ressources alternatives du point de vue des usagers eux-mêmes (Corin, Rodriguez et Guay, 1996; Rodriguez, Corin et Poirel, 2001; Rodriguez, Corin et Guay, 2000). De manière plus générale, Corin s'est attachée à faire ressortir la manière dont les références culturelles disponibles

8. Voir par exemple Corin (1990); Corin et Lauzon (1992); Corin, Thara et Padmavati (2004).

et des dynamiques sociales et culturelles plus larges participent à une articulation significative de l'expérience, pour les personnes comme pour les proches (Corin, Thara et Padmavati, 2004; Corin, 2007).

Les travaux de Rodriguez del Barrio ont contribué au développement de méthodes novatrices d'évaluation des pratiques et des politiques en santé mentale qui tiennent compte de la perspective des personnes utilisatrices des services⁹. En collaboration avec Corin et Poirel, elle a notamment étudié l'effet de différentes modalités d'organisation des services de santé mentale sur l'expérience et les conditions d'existence des usagers. Cette étude a mis en évidence l'importance, du point de vue des usagers, d'un réseau de santé mentale constitué d'une pluralité d'acteurs porteurs de positions diversifiées dégageant la possibilité d'espaces réels de parole et de négociation pour les personnes (Rodriguez *et al.*, 2002). Dans le cadre d'une recherche participative engageant différents acteurs du réseau des ressources alternatives en santé mentale, des usagers, des intervenants et des responsables de ressources, Rodriguez, Poirel et Corin ont accompagné le développement d'une approche novatrice concernant les médicaments utilisés en psychiatrie. Cette approche a permis de transformer les plaintes individuelles des personnes en une prise de parole collective et de proposer des pratiques plus respectueuses de la diversité des expériences par rapport à la prise de médicaments psychotropes (Rodriguez et Poirel, 2007; Rodriguez, Corin et Poirel, 2001). Cette approche est connue sous le nom de « gestion autonome de la médication ». Le rayonnement de cette approche s'est par la suite étendu à des organismes du réseau public de santé mentale.

Outre sa participation à ces recherches, Poirel s'est intéressée à la place et au rôle du savoir d'expérience des intervenants qui pratiquent en santé mentale, ainsi qu'à leur pouvoir de questionnement par rapport aux savoirs dominants. Cette étude appliquait à un champ particulier, celui de la détresse postnatale des femmes, les orientations générales de recherche prônées par l'équipe Érasme, au sens où elles relativisent l'hégémonie des savoirs experts et visent à établir et à faire reconnaître la pluralité des savoirs portés par différents types d'acteurs dans le champ du social et de l'humain (Poirel, 2007).

9. Voir en particulier Rodriguez *et al.* (2006).

P
A
R
T
I
E

2

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

UNE DÉMARCHE DE RECHERCHE QUALITATIVE ET PARTICIPATIVE

L'idée d'une recherche qui permettrait de réinvestir, ou plutôt de rouvrir, la question du traitement en santé mentale à partir d'espaces de pratique non traditionnels a donc mûri à la faveur d'une rencontre entre des chercheuses en sciences humaines et sociales et des acteurs et actrices de terrain, intervenants et responsables de ressources alternatives de traitement en santé mentale. Pour ces derniers, de qui émergeait la demande, il s'agissait d'abord de parvenir à mieux préciser les principaux paramètres d'une approche alternative du traitement en santé mentale. Cette demande exprimait un souci de pousser la démarche au-delà des tentatives antérieures d'autoprésentation et d'autodéfinition pilotées par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. Le risque, assumé, était de pouvoir être amenés, à partir de ce qui allait surgir de la recherche, à réinterroger et à remettre sur le métier leurs propres repères de pratique et les pratiques elles-mêmes. Cette démarche s'inscrivait aussi dans une préoccupation plus ancienne de rendre plus visibles le travail et la contribution particuliers des ressources alternatives de traitement dans le champ des pratiques en santé mentale.

Du côté des chercheuses, il s'agissait de brosser un portrait de l'intérieur des pratiques de traitement développées par les ressources alternatives en santé mentale. Cela exigeait une immersion dans leur champ de discours propre et la mise en relief de ses articulations principales. Il ne fait pas de doute que cet angle d'approche et le lieu dans lequel se sont faites les entrevues ont coloré ce que les personnes nous ont dit et ne représente qu'un point de vue, particulier comme tous les points de vue, sur une réalité infiniment complexe. Cette recherche a toutefois le mérite de faire ressortir

qu'au-delà des différences de pratique, le décalage entre les ressources alternatives de traitement en santé mentale et les services qui relèvent de la psychiatrie mettent en jeu des façons très contrastées de percevoir ce qui est en jeu dans les problèmes de santé mentale et dans leur traitement. C'est à ce niveau qu'il faut s'interroger sur leurs différences, et pas seulement au niveau de pratiques distinctes.

Sensibles à la demande qui émergeait du terrain, les chercheuses ont d'emblée décidé de l'inscrire dans une perspective plus large qui remettrait sur le métier la notion de traitement en santé mentale et en psychiatrie. Par rapport à certaines tendances lourdes de la psychiatrie contemporaine, le pari était de diriger l'attention vers des approches qui paraissent faire œuvre de résistance et demeurent centrées sur l'humain. Seule une méthodologie qualitative de recherche semblait susceptible de faire ressortir les différentes dimensions de la question du traitement dans les ressources alternatives en santé mentale et d'en illustrer la texture.

1. UNE POSTURE QUALITATIVE

Pendant une longue période, les approches qualitatives ont occupé une position relativement marginale dans le domaine de la recherche en psychiatrie et en santé mentale, malgré l'intérêt croissant plus général suscité par les méthodes qualitatives au cours des dernières décennies. Dans le contexte d'une psychiatrie préoccupée de faire reconnaître son statut de science médicale, la préséance était largement donnée aux méthodes quantitatives.

S'inscrivant dans une tradition qualitative, les travaux d'auteurs comme J.S. Strauss, Sue Estroff, Ellen Corin et Larry Davidson¹ illustrent pourtant de façon éloquente l'importance d'accéder à l'expérience subjective des troubles psychiatriques et d'interroger de l'intérieur la trajectoire thérapeutique lorsque l'on se questionne sur l'accessibilité réelle, l'effet et la portée des services de santé mentale. Ces auteurs font ressortir l'intérêt que présente alors le fait de déplacer et d'élargir le regard porté sur les pratiques et les services psychiatriques, en documentant la perspective des acteurs engagés dans ces pratiques et services. Leurs travaux illustrent les possibilités qu'ouvrent des méthodes de type qualitatif lorsqu'il s'agit de cerner la dynamique d'un milieu de pratique particulier et d'en dégager les contraintes, tout comme les conditions d'ouverture.

1. Voir par exemple Estroff (1989, 1995); Corin (1998, 1990); Corin et Lauzon (1992); Davidson et Strauss (1992).

Comme nous l'avons relevé plus haut, la mobilisation récente autour du concept de rétablissement (*recovery*) semble avoir inauguré un nouvel intérêt pour la recherche qualitative et attiré l'attention sur la nécessité de dépasser l'idée d'une chronicité des troubles psychiatriques (Anthony, 1993). Il s'agit de mettre en relief le jeu des forces qui contribuent au rétablissement et de décrire les modalités de ce dernier, quelle que soit par ailleurs la position des personnes sur l'axe des maladies mentales. Cette nouvelle orientation a des répercussions significatives sur la façon de concevoir la recherche (Anthony, Rogers et Farkas, 2003).

Toutefois, et étonnamment, le paradigme du rétablissement ne s'est pas traduit par une véritable remise sur le métier de la notion de traitement en tant que telle. Les travaux qui s'en inspirent et s'en revendiquent semblent en effet avoir eu tendance à contourner la question du traitement. On peut dire que, de façon générale, une préoccupation pour le rétablissement s'accompagne implicitement d'une sorte de mise à l'écart des enjeux du traitement, ce dernier étant perçu comme appartenant à un ancien paradigme dont on appelle le dépassement (Davidson *et al.*, 2008), même si l'on reconnaît par ailleurs le plus souvent la part de la dimension de traitement dans le rétablissement.

Le projet de recherche dont il est question ici a voulu se centrer précisément sur ce qui demeure largement un *impensé* dans le monde d'aujourd'hui : le traitement en santé mentale et en psychiatrie. Comment continuer à penser cette question sans la refermer d'emblée sur des enjeux biologiques et pragmatiques? Qu'en est-il de l'expérience des ressources alternatives de traitement? Qu'est-ce qui, de cette expérience particulière, permet d'interpeller plus largement les champs de la psychiatrie et de la santé mentale contemporaines?

Pour étudier de l'intérieur les pratiques des ressources alternatives de traitement, nous avons voulu mettre en résonance la manière dont les acteurs décrivent les pratiques, le regard qu'ils portent sur elles et leur expérience personnelle, subjective de ces pratiques. Il s'agissait plus précisément de s'interroger sur ce qu'il en est d'une approche alternative du traitement en santé mentale, une approche qui, nous en faisons l'hypothèse, demeure essentiellement centrée sur l'humain².

Le fait de privilégier la perspective des acteurs posait d'emblée un certain nombre de défis. D'une part, il faut avoir conscience que ce que disent d'elles et de leurs pratiques les personnes interrogées s'inscrit dans

2. Le projet de recherche qui a permis d'explorer ces questions a été financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) sous le titre *Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*.

une image qu'elles s'en forment et qu'elles veulent transmettre à leur interlocuteur. Leurs récits sont aussi formulés, au moins en partie, en réponse à ce qu'elles supposent être les attentes de l'interlocutrice ou de l'interlocuteur. D'autre part, par rapport à celui ou à celle qu'elle interroge, la personne qui fait l'entrevue est porteuse de ses propres préjugés, qui se reflètent dans les questions qu'elle pose ou ne pose pas, dans la manière dont elle les formule, dans la façon dont elle interprète le sens des réponses. Les discours ne sont jamais un reflet direct et transparent de la réalité, qu'il s'agisse d'ailleurs de recherches qui utilisent une méthode quantitative et recourent à des instruments standardisés ou encore d'études essentiellement qualitatives, comme c'est le cas ici. Nous avons fait le pari qu'un effet de sens émerge de la parole d'un sujet humain sur soi, sur l'autre et sur le monde, un effet qui surgit de la rencontre entre des sujets humains et qui est donc susceptible d'émerger de la mise en relation d'une pluralité de perspectives.

2. LE PARI D'UNE PLURALITÉ DES PERSPECTIVES

Notre recherche a porté sur neuf ressources alternatives de traitement parmi les 12 ressources qui participent au groupe de travail sur le traitement du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (voir le chapitre 1). Six de ces ressources existent depuis plus de vingt ans; les plus jeunes, depuis plus de dix ans. Elles couvrent un large éventail de pratiques et de milieux, urbains et semi-urbains. Six d'entre elles sont situées à l'intérieur ou à proximité d'un grand centre urbain; les autres se retrouvent dans de petites localités plus ou moins éloignées des grandes agglomérations. Les ressources alternatives de traitement présentent une grande diversité d'organisation et de dispositifs, au sens de ce qui est mis concrètement en place en matière d'activités, d'accompagnement et d'organisation spatiale et temporelle. Les dispositifs élaborés par les ressources à l'étude permettent de regrouper les ressources alternatives de traitement en trois grandes catégories: les ressources d'hébergement à moyen et long termes, lesquelles accueillent de façon privilégiée des personnes psychotiques (deux ressources); les ressources offrant un programme intensif limité dans sa durée, que ce soit ou non dans un contexte d'hébergement (trois ressources); les ressources de type milieu de jour, qui offrent un dispositif ouvert (trois ressources). Une des ressources étudiées propose un autre mode d'organisation dans lequel le dispositif s'articule essentiellement autour de la thérapie de groupe. Nous présentons un bref portrait de chacune des ressources participantes en annexe.

Ces neuf ressources ont accompagné le processus de la recherche à ses différentes étapes. Le projet d'une étude largement participative a été discuté et adopté dès le départ, lors de rencontres entre les chercheuses

et ces groupes. La recherche a été portée tout au long du processus par les différents participants, chercheuses et représentants des milieux de pratique. L'importance accordée à la dimension participative du projet a demandé une mise au travail en profondeur de part et d'autre. Il était entendu au départ qu'il ne s'agissait pas que la recherche vienne cautionner les pratiques existantes; elle n'était pas dans une position de service par rapport aux milieux de pratique. On a aussi évoqué la possibilité que les résultats de la recherche soulèvent certaines questions par rapport aux pratiques et aux repères sur lesquels celles-ci s'appuient. Les chercheuses s'engageaient pour leur part à mettre à profit les résultats qui émergeaient au fur et à mesure du processus d'analyse, à travers une série de séminaires réunissant les représentants des ressources et les chercheuses. Par ailleurs, la dimension participative de la recherche n'a nécessité à aucun moment et en aucune façon que les représentants des milieux de pratique aient accès au matériel brut de la recherche (les entretiens), lequel a fait l'objet d'une stricte confidentialité.

Le choix a d'emblée été de recueillir et de comparer les perspectives exprimées par différentes catégories d'acteurs: les usagers, les intervenants et les responsables des ressources. Ainsi, dans chacune des ressources participantes, nous avons rencontré dans le cadre d'entretiens individuelles la personne responsable, deux intervenants, dont au moins un était plus particulièrement chargé du suivi thérapeutique³, ainsi que deux personnes ayant souffert ou souffrant de problèmes de santé mentale graves⁴, et qui avaient une expérience assez étendue de fréquentation de la ressource (la durée restant relative aux dispositifs particuliers de chaque ressource, certaines proposant de longs séjours et d'autres des séjours plus courts); un de ces deux usagers avait achevé son séjour dans la ressource. C'est à partir de ces indications générales que le recrutement des participants à la recherche a été effectué. Dans le cas des intervenants et des usagers, le recrutement a été effectué par l'intermédiaire de la personne responsable de la ressource; nous lui avons demandé de présenter le projet aux membres de la ressource, puis de mettre en contact les personnes intéressées à y participer avec un membre de l'équipe de recherche⁵. Nous avons donc rencontré 43 personnes dans le contexte d'une entrevue individuelle: neuf responsables de

3. La réalisation de cette recherche nous a par la suite amenées à relativiser l'importance de cette distinction. Voir le chapitre 11.

4. Voir le début de la troisième partie pour une présentation générale et succincte des usagers que nous avons rencontrés.

5. Le processus a été différent dans une ressource qui souhaitait ne pas intervenir dans le processus de recrutement des usagers. Dans ce cas, une demande de participation à la recherche a été affichée dans les locaux de la ressource.

ressources, 17 intervenants⁶ et 17 usagers⁷, des personnes qui, pour la plupart, vivent ou ont vécu des problèmes de santé mentale graves. Chacune des personnes avec lesquelles des entrevues ont été réalisées a signé un formulaire de consentement, et le projet comme tel a été accepté par le comité d'éthique de la recherche de l'Université McGill.

Plusieurs des personnes que nous avons interrogées étaient fragiles et vivaient des problèmes de santé mentale graves. Nous avons été particulièrement attentives aux risques, pour les usagers, que pouvait comporter le fait de participer à la recherche. L'angle d'étude privilégié semblait par ailleurs permettre de limiter les risques encourus, l'entrevue ne portant pas directement sur l'expérience de vie et de souffrance de la personne. Elle visait fondamentalement à cerner la dimension thérapeutique de la ressource, à partir de ce qu'en perçoit la personne, et à faire ressortir ce qui a contribué ou contribue au processus thérapeutique. Tout au long de l'entrevue, nous avons été extrêmement attentives à respecter les limites que la personne voulait assigner à l'entrevue, voire à l'aider à mettre des limites si nous sentions que l'entrevue devenait trop chargée émotionnellement pour elle.

Nous ne saurions trop insister : l'expérience et l'expertise particulières que les usagers ont des services en santé mentale constituent une base fondamentale pour la compréhension et l'évaluation des pratiques et des programmes. C'est là une perspective de travail dont on reconnaît de plus en plus la pertinence dans les milieux de la recherche et des services. Nos travaux antérieurs ont amplement confirmé à quel point le point de vue des personnes directement concernées représente une contribution importante à l'approfondissement et à la transformation positive des pratiques. C'est dans cet esprit que plusieurs des usagers interrogés ont désiré participer à la recherche, un désir qu'ils ont directement exprimé au moment de l'entrevue.

Les témoignages des différents participants (usagers, intervenants, responsables de ressources) ont été recueillis dans le cadre d'entrevues semi-structurées d'environ une heure trente à deux heures. Pour les usagers qui le souhaitaient, l'entrevue s'est déroulée en deux étapes. La plupart des entrevues ont eu lieu dans les locaux de la ressource. Lorsque les personnes en ont manifesté le désir, les entrevues se sont déroulées à leur domicile.

6. Dans une ressource où les effectifs en matière de personnel sont très limités, nous avons rencontré une seule intervenante. Dans cette même ressource, la personne responsable tient aussi le rôle d'intervenante.

7. Dans le cas d'une ressource, un seul usager a été rencontré.

Nous avons utilisé des grilles d'entrevue semi-structurée que nous avons appliquées aux trois catégories de personnes; elles comportaient un tronc commun de questions et des questions plus précises. Les questions de chacune de ces grilles explorent en effet différents domaines qui se recoupent d'une grille à l'autre, mais qui couvrent aussi des champs plus précis selon les acteurs considérés. Ainsi, dans le cas de la grille d'entrevue destinée aux usagers, les questions explorent: le contexte de l'arrivée à la ressource, les attentes et l'accueil reçu; les programmes de traitement de la ressource, la perception du travail thérapeutique poursuivi, ce qui a été le plus aidant et les limites rencontrées, les rapports avec les intervenants; l'effet thérapeutique plus global que l'on attribue au fait d'avoir fréquenté la ressource; la trajectoire thérapeutique générale de la personne. Dans la grille d'entrevue destinée aux intervenants, les questions explorent: le travail dans la ressource et le parcours antérieur de l'intervenant; la perception des usagers et celle des difficultés et des ennuis qu'expriment ces derniers; les programmes de traitement de la ressource; les dimensions thérapeutiques de la ressource considérées de manière plus générale; les mécanismes de retour sur les pratiques; le soutien à l'intervention. La grille d'entrevue destinée aux responsables de ressources reprend les mêmes grandes questions, tout en explorant aussi quelques questions liées à l'historique de la ressource et à ses relations avec l'extérieur.

La collecte, la transcription et l'analyse des données se sont déroulées dans le respect de la confidentialité. Seules les membres de l'équipe de recherche ont eu accès au contenu des entrevues. Pour assurer la confidentialité, nous avons utilisé des pseudonymes lors de la retranscription intégrale des entrevues qui avaient été enregistrées (un enregistrement exclusivement sonore). Ces pseudonymes ont été utilisés tout au long du travail d'analyse et d'écriture. Afin de préserver l'anonymat des répondants, les références à l'histoire personnelle ont été significativement réduites. Dans le même esprit, les ressources étudiées ne sont pas nommément identifiées dans les extraits d'entrevue qui jalonnent le texte.

3. LA STRATÉGIE D'ANALYSE

Pour analyser le matériel recueilli, nous ne sommes pas parties d'un cadre ou de repères définis au préalable et qui auraient fait écho à nos questions de recherche ou encore aux questions posées lors des entrevues. Les grandes catégories de l'analyse ont progressivement émergé du contenu des entrevues.

Dans une première étape, la lecture transversale d'une partie significative des récits (entrevues) a fait ressortir certains thèmes qui paraissaient à la fois significatifs et récurrents. À partir de cette première étape, nous avons précisé un certain nombre de rubriques d'analyse, qui ne recoupaient donc pas directement les dimensions abordées dans les grilles d'entrevue. Six grandes rubriques se sont dégagées à la lecture des récits et ont balisé une partie significative du travail ultérieur d'analyse : l'atmosphère, la philosophie, les principes thérapeutiques, les dispositifs, les attentes de changement et les changements effectifs. La liste des thèmes et des sous-thèmes qui s'articulent aux différentes rubriques est restée ouverte, les thèmes étant complétés et dans plusieurs cas reformulés au fil de l'analyse des récits et de leur mise en relation.

Nous avons poursuivi l'analyse en plusieurs étapes. Chacun des récits a d'abord été considéré individuellement et son contenu, examiné en fonction des grandes rubriques de l'analyse. Une visée d'exhaustivité animait cette étape, où nous avons repris l'essentiel du contenu de l'entrevue et placé dans un tableau l'ensemble des extraits correspondant à telle ou telle rubrique. Il s'agissait de faire ressortir les thèmes et sous-thèmes que les récits mettaient de l'avant, en fonction des grandes rubriques de l'analyse, ainsi que leur formulation par les différents acteurs. C'est à partir de cette lecture attentive de chacun des récits et de ce travail d'analyse individualisé que nous avons pu passer à la seconde étape, qui visait à comparer les perspectives des différents acteurs (usagers, intervenants et responsables) en fonction des grandes rubriques, d'abord au sein d'une même ressource. Une approche d'analyse par « trios » avait été explorée et expérimentée dans des recherches antérieures par l'une d'entre nous⁸, et nous pouvions ainsi nous inspirer de certains repères méthodologiques déjà expérimentés en les adaptant au contexte particulier de cette recherche.

Nous avons ainsi construit une première série de tableaux synthèses permettant de mettre en parallèle et d'illustrer, pour chacune des ressources à l'étude, les thèmes et sous-thèmes qui apparaissaient dans les récits des différents acteurs en fonction des six grandes rubriques d'analyse. Ces tableaux synthèses ont permis de faire ressortir à la fois les thèmes et sous-thèmes autour desquels se rejoignaient les récits et ceux qui n'apparaissaient que dans certains d'entre eux.

À partir de ce tableau synthèse par ressource, nous avons ensuite préparé un tableau condensé reprenant les thèmes organisateurs des récits par groupes d'acteurs (groupe des usagers, d'une part, groupe des

8. Voir notamment Corin, Thara et Padmavati (2005).

intervenants et responsables, d'autre part) et selon les grandes rubriques de l'analyse. Cela nous a permis de distinguer à la fois les thèmes partagés par les deux groupes et les différences au sein d'une même ressource.

À partir de ces derniers tableaux, nous avons élaboré des tableaux comparatifs des thèmes exprimés dans les différentes ressources, regroupées en fonction de certains points de ressemblance notamment en matière de dispositifs. Ces tableaux comparatifs permettaient en même temps de prendre en compte les décalages entre les thèmes abordés par les différents groupes d'acteurs. Cette démarche comparative progressive a permis de faire ressortir les thèmes et sous-thèmes autour desquels les récits recueillis dans les différentes ressources se rejoignent, d'affiner certains thèmes et sous-thèmes et de dégager certains contrastes entre les ressources et entre les différents groupes d'acteurs. La quatrième partie du livre, qui porte sur les dimensions du traitement dans les ressources alternatives, rend directement compte des résultats de cette démarche.

Centrale à notre stratégie d'analyse, cette démarche ne l'épuisait cependant pas. En parallèle, et de façon complémentaire, nous nous sommes attachées tout au long du processus d'analyse à faire ressortir, pour chaque récit, un certain nombre de nœuds ou de centres de gravité. Cette démarche nous permettait de rester à l'écoute de la singularité de chaque récit et de la trajectoire dont il rendait compte. Elle nous a permis de faire ressortir ce que l'on pourrait appeler la charpente de chacun des récits et d'illustrer la portée de la fréquentation de la ressource pour chacun des acteurs concernés, dans le contexte d'une trajectoire de vie ou professionnelle plus large. Les chapitres qui concernent les trajectoires et les perspectives d'usagers (chapitres 4 et 10) et celui qui présente les perspectives et questionnements portés par les intervenants (chapitre 11) reflètent plus directement cette démarche.

Considérée de façon plus globale, la stratégie d'analyse que nous avons progressivement mise en place a rendu possible une analyse que l'on peut qualifier d'assez exhaustive du matériel recueilli. Elle nous semble avoir eu le mérite de nous permettre de rester connectées aux récits et aux trajectoires individuels sans renoncer à un effort de synthèse, ainsi que d'approcher et d'examiner à ces différents niveaux et dans ces différentes directions, l'ensemble du matériel très riche dont nous disposions. Nous avons aussi pu à la fois dégager des paramètres communs et faire ressortir le caractère pluriel des ressources alternatives de traitement et les grandes convergences entre les entretiens, mais aussi les écarts qui caractérisent parfois les récits recueillis dans une même ressource (voir la quatrième partie). Cette stratégie d'analyse nous a permis de demeurer au plus près

des trajectoires individuelles et des singularités et de faire ressortir des particularités qui pouvaient tenir à la position particulière occupée dans l'organisme, que ce soit comme usager ou comme intervenant.

L'angle privilégié de notre propos, qui vise fondamentalement à explorer la question du traitement en santé mentale, de ses finalités, de ses cibles et de ses moyens, du point de vue des différents acteurs dans le contexte particulier des ressources alternatives, et les stratégies de collecte et d'analyse développées dans cette perspective ne nous ont pas permis d'accorder l'attention qu'elles méritaient à certaines questions touchant aux contraintes structurelles de la vie sociale et à la part sociale de la souffrance⁹. Ainsi, le problème des conditions d'existence des personnes n'est pas abordé et discuté en tant que tel. C'est une limite des analyses et des réflexions présentées dans ce livre.

9. Une publication collective de l'équipe Érasme a porté plus directement sur ces enjeux. Voir Blais (2008) et plus particulièrement Corin, Rodríguez et Guay (2008).



TRAJECTOIRES

Tous les usagers¹ qui ont accepté de partager leur expérience de la ressource alternative de traitement et de parler de la place de cette ressource dans leur trajectoire de vie² vivent

1. Dix femmes et sept hommes ont participé à la recherche. Au moment de l'entrevue, les deux tiers des personnes interrogées avaient entre 40 et 55 ans, trois personnes avaient moins de 30 ans et deux, plus de 55 ans. Huit personnes ont des enfants, dont elles ont parfois été séparées en raison de leurs problèmes de santé mentale; trois ont un conjoint. À l'exception de l'une d'entre elles, les personnes que nous avons rencontrées n'avaient pas d'emploi rémunéré à l'époque où les entrevues ont été réalisées.
2. Sur les 17 personnes que nous avons interrogées, au moment de l'entrevue, sept avaient terminé leur séjour dans la ressource alternative de traitement, et ce, depuis au moins un an, sauf pour l'une d'entre elles. Les 10 autres personnes fréquentaient toujours la ressource, depuis plusieurs années pour cinq d'entre elles; trois personnes se trouvaient presque au terme de l'accompagnement prévu par les dispositifs de la ressource.

ou ont vécu ce que l'on appelle des problèmes graves en santé mentale, qui se sont exprimés dans la durée. La plupart de ces personnes ont fait l'expérience du système psychiatrique; elles y ont reçu un diagnostic de trouble grave (schizophrénie, trouble de la personnalité, dépression majeure, trouble bipolaire)³, ainsi qu'un traitement par médicaments psychotropes; elles sont souvent passées par des périodes d'hospitalisation en psychiatrie⁴, parfois durant de longues périodes. Certaines personnes évoquent l'accompagnement significatif dont elles ont bénéficié dans un service psychiatrique, soutien qui s'est poursuivi parallèlement à la fréquentation de la ressource alternative de traitement. Dans d'autres cas, les rapports à la psychiatrie sont ou ont été vécus avec difficulté, très douloureusement parfois. On a alors l'impression que, du point de vue de la personne, l'expérience psychiatrique est venue redoubler la souffrance plutôt que la soulager.

Dans plus de la moitié des récits recueillis, les personnes ont évoqué, le plus souvent avec beaucoup de pudeur, une lourde histoire personnelle, marquée par de profondes blessures et des mauvais traitements (de la maltraitance). Dans d'autres récits, moins nombreux, on retrouve l'empreinte d'une grande instabilité familiale ou celle d'une forte rigidité ou d'une emprise parentales. Par ailleurs, pour la plupart des personnes, l'expérience des problèmes de santé mentale s'est accompagnée d'une forme de marginalité sociale, souvent elle-même source de souffrance.

Les personnes nous ont présenté leur cheminement dans la ressource alternative de traitement tantôt en rupture avec tout ce qui l'a précédé, tantôt en continuité avec d'autres expériences d'accompagnement et de traitement. Plusieurs personnes font état d'expériences antérieures de thérapie, parfois significatives et d'autres fois d'une importance très relative, en ce qu'elles leur paraissent être demeurées « à la surface » de la souffrance, selon les mots de certaines des personnes que nous avons rencontrées.

Certains récits mentionnent l'expérience d'un travail personnel en profondeur qui a précédé la fréquentation de la ressource alternative de traitement, un travail qui s'est poursuivi et approfondi au cours du séjour dans la ressource. Dans d'autres récits, l'arrivée à la ressource semble avoir inauguré une expérience entièrement nouvelle.

3. Ce genre d'informations est tiré des récits. Soulignons par ailleurs qu'aucune question de l'entrevue ne portait directement sur le diagnostic reçu ou le traitement médical en tant que tel.

4. Les deux tiers des personnes interrogées ont évoqué une expérience d'hospitalisation en psychiatrie.

En présentant de manière succincte les points importants qui ressortent des récits d'un certain nombre d'usagers, notre objectif est d'illustrer la manière dont les différentes dimensions du traitement que nous allons décrire plus loin s'inscrivent dans des vies toujours singulières, dont elles semblent parvenir à réorienter le cours. Ces récits indiquent aussi ce qui, du point de vue des personnes concernées, constitue un changement significatif, bien au-delà de la disparition ou de l'aménagement des symptômes. Le chapitre 10 en synthétisera les principales dimensions. C'est sur l'horizon de ce que les personnes nous disent de leur trajectoire propre que doit être située et repensée la question du traitement pour des personnes souffrant ou ayant souffert de problèmes graves de santé mentale.

4

**TRAJECTOIRES D'USAGERS
DE RESSOURCES ALTERNATIVES
DE TRAITEMENT
EN SANTÉ MENTALE**

Les récits des usagers de ressources alternatives en santé mentale que nous avons recueillis sont d'une grande richesse ; ils témoignent éloquemment, mais aussi avec beaucoup de pudeur, de la profondeur des expériences et des cheminements qu'évoquent les personnes. Le chapitre 10 mettra plus directement en évidence les dimensions principales selon lesquelles s'organisent les changements les plus significatifs décrits par les usagers. C'est sur cette base, donc à partir de ce que disent les personnes des transformations qui ont le plus compté pour elles, que nous paraît s'imposer la nécessité de rouvrir la question du traitement en santé mentale et en psychiatrie.

Pour illustrer le caractère singulier de la voix des personnes les plus directement concernées et celui de leur parcours, nous avons retenu ici quelques-uns des récits recueillis auprès des usagers. Ils mettent en évidence la manière dont se dessinent et s'articulent, dans chaque cas singulier, les principaux champs autour desquels s'est articulée la trajectoire de la personne dans la ressource alternative de traitement en santé mentale, et ils en feront ressortir l'importance sur l'arrière-plan général de son histoire. Nous abordons ainsi chacun des récits avec une double préoccupation : celle de mettre en évidence ce que le passage par la ressource a rendu possible pour la personne, comme mouvement et parfois comme changement, et celle de préciser ce qui, dans la ressource et à partir d'elle, a permis que quelque chose advienne.

Le résumé nécessairement incomplet que nous présentons ici repose sur le témoignage des usagers interrogés. Les processus qui se dégagent des récits sont complexes, de même que l'articulation entre les différentes dimensions sur lesquelles s'est situé le travail accompli dans la ressource ; en effet, le passage dans cette dernière met toujours en œuvre plus d'une action thérapeutique ou aidante et se déploie dans plus d'un domaine. Les ressources alternatives de traitement ne proposent pas de mode d'emploi ou de cheminement type. Les récits illustrent au contraire la mesure dans laquelle chaque usager construit sa trajectoire à partir de ce qu'il est et de ce qu'il entrevoit comme possible dans l'espace de la ressource. En même temps, nous voyons émerger des récurrences et des points de rencontre entre les différents récits, témoignant chaque fois et fondamentalement que quelque chose parvient à se (re)mobiliser chez la personne au fil de son passage par la ressource ; on peut souvent parler d'une (re)mobilisation de son être même.

Par ailleurs, les expériences les plus significatives vécues dans la ressource alternative et à partir d'elle se recourent souvent beaucoup d'une personne à l'autre. Dans tous les récits, la personne semble découvrir dans la ressource alternative un espace et un temps lui permettant de faire l'expérience d'un travail sur soi en profondeur, c'est-à-dire s'interroger à savoir ce qui a pu contribuer à ses problèmes et à la manière dont ceux-ci affectent sa vie, comment elle s'inscrit dans le champ des relations, où elle en est par rapport aux désirs et aux pensées qui l'habitent, bref, qui elle est et vers quoi elle tend. Des thèmes analogues peuvent aussi revêtir des significations différentes d'une personne à l'autre. C'est par exemple le cas des relations vécues dans la ressource alternative de traitement, une dimension qui revient dans tous les récits. Dans certains cas, cette expérience relationnelle semble inaugurer une véritable transformation de l'expérience de soi et de l'être avec autrui. Les récits de Lise, de Dominique et de Marie en témoignent de manière particulièrement éloquente, bien que de façons différentes. Dans d'autres cas, et sans qu'il faille pour autant la minimiser, l'expérience relationnelle semble avoir eu un rôle facilitateur plutôt que réellement initiateur.

Nous allons nous centrer ici sur les récits de huit personnes, quatre femmes et quatre hommes, qui fréquentent ou ont fréquenté une ressource alternative de traitement, pendant une période qui va d'un an à quelques années. Ces récits sont reliés à des personnes qui ont fréquenté six des neuf ressources à l'étude.

À l'exception de l'une d'entre elles, toutes ces personnes ont reçu un diagnostic de trouble psychiatrique grave, ont été hospitalisées ou ont connu une lourde prise en charge psychiatrique préalablement à leur arrivée dans

la ressource alternative de traitement. Pour plusieurs d'entre elles, la prise en charge médicale s'est poursuivie parallèlement à la fréquentation de la ressource alternative et après le passage par celle-ci, tout en se trouvant alors significativement allégée¹.

Les éléments de biographie personnelle ont été réduits au minimum, et des pseudonymes ont été systématiquement utilisés.

LISE : UNE EXPÉRIENCE D'ENRACINEMENT ET DE RÉCONCILIATION

Lise, qui était âgée d'une cinquantaine d'années à l'époque où nous l'avons rencontrée, a quitté la ressource alternative depuis quelques années, après y avoir passé cinq ans. Profondément marquée depuis l'enfance par des « *traumatismes de toutes sortes* », elle est arrivée à la ressource alternative de traitement très souffrante et « *complètement décrochée de la société* », avec de surcroît le sentiment d'avoir connu « *le fond de la psychiatrie* », où elle a reçu un diagnostic de trouble de personnalité limite. Souvent hospitalisée à la suite de tentatives de suicide, elle commente : « *j'étais toujours rendue en contention et en isolement* ».

Longtemps plongée dans un « *tunnel profond* », elle trouve peu à peu, au fil de son séjour dans la ressource alternative, de plus en plus de « *lumière* » : « *J'ai cheminé beaucoup.* » Le récit de Lise témoigne à la fois de l'importance du chemin parcouru dans le rapport à soi, aux autres, au monde et à la société, dont elle ne se sent désormais plus « *décrochée* », et du poids des traumatismes du passé, encore prégnant dans sa vie présente. C'est ce qui, selon elle, rend toujours nécessaire son recours à ce qu'elle désigne comme la « *béquille* » des médicaments.

Depuis qu'elle a quitté la ressource, Lise vit dans un logement autonome ; elle a développé un réseau social et est engagée dans « *beaucoup d'activités* ». Elle fréquente régulièrement un groupe d'entraide et elle est bénévole dans un autre centre. Elle peut compter sur « *plein de filets de sécurité* » : des personnes et des ressources dans lesquelles elle a une grande confiance et qui ne relèvent pas, ou ne relèvent plus, de la ressource alternative ; elle a elle-même largement contribué à les mettre en place. Autrefois fréquent, le recours à l'hospitalisation est devenu rare.

1. Rappelons que les seules données dont nous disposons à cet égard sont tirées des témoignages recueillis auprès des personnes elles-mêmes.

Quand Lise parle de son long séjour dans la ressource alternative de traitement, son récit s'articule autour de trois points principaux : une expérience de sécurité qui s'avère tout à fait fondamentale pour elle, une expérience relationnelle qu'elle vit principalement avec les intervenants, et une expérience de travail sur soi en profondeur dans laquelle elle s'engage progressivement. C'est grâce à la rencontre de ces trois expériences, qui semblent répondre chez elle à trois expériences sous-jacentes de manque, que Lise peut cheminer dans la ressource alternative.

UNE EXPÉRIENCE DE SÉCURITÉ

Du récit de Lise se dégagent un sentiment et une expérience de profonde sécurité, sans lesquels rien n'aurait été possible pour elle : *« J'étais en sécurité à la ressource, c'est ça qui a permis aussi que je m'en sorte. »* Cette expérience de sécurité se déploie à plus d'un niveau. Lise évoque ainsi la sécurité de la durée ; elle ne s'est jamais sentie poussée à quitter la ressource alors qu'elle n'était pas prête : *« ils ne nous jettent pas dehors comme ça »*. De plus, Lise trouve à la ressource la sécurité d'être respectée dans son rythme : *« le temps où je n'étais pas prête... ils m'ont respectée là-dedans »*.

Elle insiste aussi sur la présence en permanence d'intervenants dans la ressource, une présence fondamentale pour elle qui était très suicidaire ; elle évoque la sécurité de sentir les intervenants non seulement présents, mais aussi disponibles pour elle. C'est dans sa relation avec eux qu'elle découvre encore la possibilité de faire pleinement confiance : *« Quelque chose aussi qui a fait partie de ma sécurité d'être ici : j'étais sûre que ça se répétait jamais. »*

Un tel sentiment de sécurité aurait aussi pu constituer un piège : *« Ma sécurité était là. Ça fait que ça n'a pas été facile pour moi de partir »*, remarque-t-elle. En même temps, sans que cela soit dit explicitement, le récit de Lise laisse supposer qu'à un niveau plus fondamental, elle est parvenue, grâce à son passage par la ressource alternative de traitement, à reconnaître, à expérimenter et à intégrer la possibilité même de la sécurité ; on pourrait dire, à faire l'expérience intérieure de la sécurité, ce qui lui permettra de partir, de construire de nouvelles bases à partir desquelles poursuivre sa route et sa vie. Le récit de Lise met ainsi particulièrement bien en évidence toute l'importance et la signification que peut revêtir une expérience de sécurité dans un parcours thérapeutique.

UNE EXPÉRIENCE RELATIONNELLE FORTE : CONFIANCE ET RECONNAISSANCE

Derrière la pudeur du récit de Lise, on sent une longue expérience de rejet, un être profondément blessé.

Dans ce contexte, tout indique l'importance déterminante qu'ont eue pour son cheminement les liens qui se sont progressivement établis avec l'ensemble des intervenants de la ressource, plutôt qu'avec l'un d'eux en particulier, et le travail en profondeur que ces liens ont rendu possible. Lise insiste sur l'importance qu'a eue pour elle l'écoute qu'elle a trouvée chez ces intervenants, « *toujours à l'écoute* » ; leur patience et leur tolérance, elle qui avait « *énormément besoin de tolérance* » ; leur capacité à accueillir une souffrance aussi immense : « *je criais très souvent "je veux mourir", ils me chicanaient pas, ils m'écoutaient, je sentais que ça ne leur faisait pas peur* ».

Pourtant, Lise semble avoir mis beaucoup de temps pour accorder sa confiance aux intervenants, elle qui probablement n'avait jamais pu, jamais su, faire vraiment confiance auparavant. Elle semble d'ailleurs avoir poussé les possibilités de la relation à leur limite, tenté d'épuiser la patience et la tolérance des intervenants à son égard : « *Il me semble que je ne méritais pas ça, qu'ils soient aussi patients avec moi.* » C'est à partir de là seulement qu'elle parvient, longtemps après son arrivée dans la ressource, à accorder sa confiance. Cette expérience de confiance, nouvelle pour elle, lui permet de s'ouvrir : « *J'avais une confiance [...] je pouvais parler de tout, tout, tout.* » « *Parce que j'avais entièrement confiance en la personne, je me laissais aller à mettre des mots.* » Faisant écho à cette dimension centrale du récit de Lise, une intervenante de la ressource commente que cette usagère a pu faire l'expérience de « *relations éthiques* » avec les intervenants, d'une « *parole qui tenait* ».

Dans sa relation avec les intervenants de la ressource, Lise connaîtra aussi une expérience d'acceptation, pour ainsi dire inconditionnelle, et de reconnaissance. Elle s'est sentie acceptée « *comme [elle] étai[t]* », jamais jugée, alors qu'elle avait d'abord tout fait pour se faire rejeter. Elle s'est sentie « *toujours perçue comme un être humain à part entière même si j'étais décrochée de la société* ». « *Ils ne se sont jamais servis de mon diagnostic. Pour eux, c'était Lise et ce sera toujours Lise.* » À la ressource alternative, on a cru en elle alors que, dans sa perception, la psychiatrie l'avait en quelque sorte condamnée.

Contrastant avec le rejet qu'elle semble avoir vécu tout au long de sa vie, Lise commente que l'expérience tout autre qu'elle a vécue avec les intervenants de la ressource lui a appris à être moins dure avec elle-même, à ne plus retourner contre elle la violence qu'elle a subie depuis l'enfance, à s'accepter et à s'aimer davantage : « *Je m'aime beaucoup mieux.* »

L'EXPÉRIENCE D'UN TRAVAIL SUR SOI EN PROFONDEUR

Le récit de Lise est imprégné de l'expérience d'un travail sur soi en profondeur, où semblent avoir convergé son propre désir, sa volonté, et ce qu'elle décrit comme un projet de la ressource allant dans le sens d'une mobilisation en profondeur de la personne, un projet dans lequel les intervenants semblent eux-mêmes intensément engagés. « *Il a fallu que je travaille fort sur moi.* » « *Ils ne peuvent rien faire si moi je ne travaille pas sur mon bord* », ce dont la thérapie lui aurait fait prendre peu à peu conscience. « *Leur but c'est de nous faire travailler.* » En même temps, « *ils suivent la personne où elle est rendue. Ils n'iront pas plus loin. Ils avançaient avec moi.* » « *Ça a été un travail à long terme avec les intervenants.* »

« *Les choses que je voulais travailler, je les ai toutes travaillées.* » Avec l'aide des intervenants, Lise apprend à « *mettre des mots* » sur ses souffrances plutôt qu'à agir : « *J'ai pu rentrer dans mes traumatismes à m'écœurer.* » La possibilité de mettre des mots l'aide à ne plus rester avec ses souffrances; elle lui permet aussi de mieux comprendre ce qui se passe lorsque la souffrance la déborde. Lise parvient peu à peu à renouer le fil de son histoire de souffrance.

Progressivement, elle s'engage dans un mouvement de reconstruction : « *J'étais démolie [...] j'ai construit mon solage avec les intervenants.* » « *La personne que je suis aujourd'hui, c'est vraiment ma personnalité à moi. Je n'avais jamais eu ça avant.* »

Son récit témoigne d'une intrication étroite entre un travail sur la souffrance et un travail de reconstruction et de redéploiement qui mobilise à la fois l'expérience intérieure et un mouvement vers l'extérieur. Par rapport à son cheminement, son récit fait peu de distinction entre les différents dispositifs de la ressource. C'est à une expérience beaucoup plus globale qu'elle se réfère.

* * *

Le témoignage de Lise met ainsi en relief une double expérience, fondamentale et fondatrice, qu'a rendue possible le passage par la ressource alternative de traitement: une expérience profonde d'*enracinement*, Lise ayant pu expérimenter, connaître et intégrer la possibilité de la sécurité, se construire un sentiment de sécurité fondamental, un « *solage* »; et une expérience de *réconciliation*, face à elle-même et face à la vie, dans laquelle l'expérience d'acceptation inconditionnelle vécue à la ressource tient un rôle essentiel.

Lise semble ainsi avoir trouvé dans la ressource alternative de traitement une réponse éminemment significative à la violence des expériences traumatiques qu'elle a traversées dans son passé et à la profonde empreinte qu'elles ont laissée sur son être et sur sa vie; cette réponse rend possibles d'autres fondations et, à partir d'elles, un autre trajet.

DOMINIQUE : L'EXPÉRIENCE DU LIEN

Jeune homme d'une trentaine d'années, Dominique a séjourné pendant plus d'un an et demi dans la ressource alternative de traitement, qu'il a quittée depuis quelques mois pour vivre dans un logement autonome. Un intervenant de la ressource l'accompagne durant ce moment de transition. À cette étape de sa vie, il a trouvé un certain équilibre dans un va-et-vient entre sa vie à l'extérieur (il suit des cours, écrit de la poésie...) et des visites fréquentes à la ressource.

Lorsqu'il se remémore le moment de son arrivée à la ressource, qui a suivi une période d'hospitalisation en psychiatrie, Dominique se décrit comme étant alors « *dans le bas du fond* » : « *j'étais une flaque d'eau* », prisonnier du monde de la drogue et harcelé par des « *voix* ». Aujourd'hui, nous dit-il, « *je suis quelqu'un* ».

Comme en témoigne son récit, le passage par la ressource alternative de traitement a joué un grand rôle dans ce changement, avec en toile de fond le désir et la volonté de Dominique de s'investir vraiment dans ce que semble lui permettre la ressource; il préserve en même temps un espace qui lui est propre, notamment l'espace physique de sa chambre, qu'il investit beaucoup et où il passe beaucoup de temps. Les éléments charnières les plus significatifs de l'expérience de la ressource qu'évoque le récit de Dominique sont son sentiment d'appartenir à une « *bonne maison* », devenue sa « *base* », une expérience relationnelle constructive avec les intervenants et les autres usagers, ainsi que l'expérience d'un travail en profondeur sur lui-même.

LE SENTIMENT D'APPARTENIR À UNE « BONNE MAISON »

Le récit de Dominique met particulièrement en évidence l'importance du sentiment d'appartenir à un lieu significativement investi, à une « *bonne maison* », comme il la qualifie; il parle de ce que permet un tel sentiment et des expériences qui lui sont associées.

L'on sent chez Dominique un fort désir de beaucoup s'investir à partir de la base qu'il trouve dans la ressource alternative de traitement, qu'il semble avoir « *adoptée* » d'emblée. Il dit avoir été « *ébloui* » au départ par les

lieux et les perspectives semblant s'ouvrir à lui d'une vie communautaire à laquelle il pourrait participer. Au fil de son séjour, il y découvre une « *bonne maison* », « *où l'air était pur* », « *où l'on vit harmonieusement* », où il trouve des valeurs de confiance et d'amitié, des règles comme celles de « *ne pas faire de chicane* », et de « *ne pas faire mal verbalement* », toutes choses très importantes pour lui qui peut être blessé par une parole ou par un geste, comme il le souligne dans son récit.

L'espace de la ressource devient ainsi un lieu qu'il investit, qu'il habite vraiment, où il se sent chez lui. Il y fait l'expérience d'une véritable vie de groupe, communautaire, dans laquelle on peut partager à la fois des choses simples, des repas, mais aussi de la « *misère* » et de la « *sagesse* ».

Même si Dominique a quitté la ressource depuis quelques mois, celle-ci reste sa « *base* ». Le sentiment d'une continuité entre son séjour et cette nouvelle étape de vie à l'extérieur se dégage aussi fortement de son récit : « *c'est toutes les mêmes branches* ».

UNE EXPÉRIENCE RELATIONNELLE : LA MISE À CONTRIBUTION D'UN DÉSIR DE RELATION

Le récit de Dominique montre à quel point le désir de lien, et d'abord du lien à l'autre, est fondamental chez lui, tout en témoignant des possibilités qu'il trouve à cet égard dans la ressource alternative.

Ainsi, Dominique semble s'être beaucoup servi d'un lien lui apparaissant comme possible et accessible avec les intervenants de la ressource pour expérimenter la possibilité d'être en relation avec autrui, notamment par la pratique de la parole et par ses tentatives pour la rendre précise, afin de mieux se faire comprendre de l'autre. Cette possibilité relationnelle s'est tissée à la fois à partir du quotidien et dans le cadre de la rencontre psychothérapeutique : « *J'ai parlé beaucoup à tous les intervenants en tant que tels.* » « *C'était dur de montrer qui j'étais. Ça fait que j'ai pu commencer en thérapie, puis après [...] m'ouvrir aux autres usagers* », « *me connaître, puis me faire connaître* ».

Dominique témoigne aussi de l'importance de son désir d'entrer en lien avec les autres usagers de la ressource, d'appivoiser et de développer ses relations avec les autres, de « *connaître les autres, puis me connaître, puis me faire connaître* » ; de son désir d'expérimenter « *l'endurance* » de la connaissance de l'autre et la « *longévité* » de la relation ; de son désir, enfin, de comprendre la « *misère* » des autres mais aussi ce qui fait sens pour eux, de sa volonté de partager avec les autres la « *sagesse* » de l'expérience. Son récit témoigne ainsi d'une importante mise à contribution de son désir de relations dans la réalité de la vie relationnelle et communautaire de la ressource alternative de traitement.

L'EXPÉRIENCE D'UN TRAVAIL SUR SOI EN PROFONDEUR

Le séjour de Dominique à la ressource alternative s'accompagnera d'un important travail sur lui-même, beaucoup mais non exclusivement à partir de l'espace de la thérapie. Son récit indique qu'il s'appuie beaucoup sur ses liens avec les intervenants pour cheminer.

Lors de ses rencontres avec les intervenants, à la fois dans le contexte du quotidien et dans celui de la thérapie, il parvient à s'ouvrir sur des « *sujets difficiles* » : les « *voix malveillantes* », les gens et les voix qui « *l'envahissent* ». Son thérapeute, en particulier, l'aide beaucoup à « *verbaliser* » ce qui est le plus difficile pour lui : « *Si j'avais pas fait ça [verbaliser], je ne sais pas ce que je serais aujourd'hui.* » Il apprend à « *évacuer* », reprend plus de contrôle sur les voix qui l'envahissent. Le travail se poursuit aussi à d'autres niveaux et dans d'autres directions : « *Je me suis vidé le cœur* » sur « *tout ce qui comporte du poignant* ». Dominique évoque ici son enfance et les blessures de la vie adulte. Il renoue ainsi un peu le fil de son histoire personnelle. Il arrive à retrouver aussi la mémoire de certaines « *branches de personnalité* » auxquelles il était attaché.

Avec les intervenants, Dominique expérimente la « *valeur de penser comme il faut* ». L'exercice de la pensée devient moins difficile pour lui : « *J'ai fait un petit chemin dans le chemin de ma tête.* »

Le travail avec les intervenants de la ressource l'aide et l'incite à chercher les mots, à découvrir une façon de mieux se faire comprendre par les autres. Dominique apprend à « *verbaliser les choses* », à parler avec des mots « *mais le plus clairement* », une expérience combien significative dans la perspective du désir qu'il exprime et des efforts qu'il semble déployer pour parvenir à rejoindre les autres.

Le récit de Dominique traduit ainsi une expérience toute nouvelle, fondamentale pour lui : l'émergence d'une pensée moins informe et confuse, isolée et isolante et, avec elle, celle d'une parole capable de le rapprocher davantage de l'autre, de rejoindre l'autre. Il s'agit pour lui d'un pas fondamental dans la perspective de l'établissement d'un lien avec autrui.

* * *

Deux expériences profondes semblent avoir marqué le passage de Dominique dans la ressource alternative de traitement et avoir une importance considérable dans sa trajectoire de vie. La première est une expérience d'appropriation. Dominique arrive à la ressource alors qu'il se sent

complètement « *perdu* », de part en part prisonnier du monde de la drogue et des « *voix* ». Au moment de l'entrevue, il dira se sentir « *apprivoisé* [...] *par la planète* », un sentiment dont témoigne l'ensemble de son récit.

La seconde expérience fondamentale qu'évoque le récit de Dominique concerne une expérience de mise en relation, une continuité qui contraste avec des expériences passées de rupture, de discontinuité. Pour Dominique, la ressource alternative de traitement semble avoir réussi à répondre à un immense désir et à un besoin d'être en lien, en relation, et ce, à plusieurs niveaux. Son récit met particulièrement en évidence ici le fil un peu retrouvé de sa pensée et de sa propre histoire, la possibilité de rencontrer l'autre dans la parole, la continuité des liens avec autrui et avec le monde.

Le passage par la ressource alternative de traitement semble avoir amorcé, pour Dominique, un mouvement de résistance par rapport au processus déstructurant de la psychose. À l'expérience de radicale discontinuité que cette dernière suscite, le passage par la ressource permet d'opposer une expérience nouvelle de continuité.

LUC: UNE EXPÉRIENCE D'APAISEMENT

Luc évoque une « *maladie schizo-affective* », qui se serait révélée avec virulence assez tard dans sa vie et qu'il met en lien avec une « *sensibilité extrême* » confrontée à la violence du monde. Il a été suivi en psychiatrie pendant plusieurs années et fortement médicamenteux. La médication sera progressivement réduite parallèlement à la fréquentation de la ressource alternative de traitement.

Luc fréquente la ressource alternative de traitement depuis plusieurs années. La première année, il y reste très discret, et ne ressent aucune pression pour l'être moins. Puis il en vient à s'investir « *beaucoup, beaucoup, beaucoup* », avec le « *désir de guérir* ». En écho à ce désir, il a la chance de rencontrer des personnes qui lui « *ouvrent des portes* ». Évoquant une expérience antérieure plutôt négative de thérapie individuelle, il fait par ailleurs d'emblée le choix de ne pas s'engager dans cette voie par laquelle il pourrait avoir accès à la ressource. Depuis quelque temps, il y donne un cours d'art qui lui permet de renouer avec son passé d'enseignant. Au cours de la même période, il est aussi accompagné par une équipe multidisciplinaire attachée à un établissement public et dont il apprécie le soutien.

Son séjour et son cheminement dans la ressource alternative de traitement s'articulent autour de trois éléments principaux : l'expérience d'une vie de groupe, celle d'un travail intérieur mobilisé dans la thérapie corporelle et l'art-thérapie ; il s'inscrit ainsi dans une pluralité de voies que lui ouvre la ressource.

L'EXPÉRIENCE D'UNE VIE DE GROUPE

Replié sur sa souffrance à son arrivée, Luc découvre dans la ressource alternative la possibilité de participer à une vie de groupe, de faire vraiment partie d'un groupe, d'une « *équipe* », selon le terme qu'il utilise dans son récit. Cette expérience paraît très significative pour lui. Elle semble répondre à un désir profond, et elle jouera un rôle central dans sa trajectoire dans la ressource.

Dans le récit de Luc, c'est le groupe qui apparaît en effet comme le principal centre de gravité autour duquel s'articule son investissement de la ressource alternative de traitement. Pour lui, le groupe renvoie à la fois à un désir d'être avec autrui et à un espace où il trouve les conditions d'un travail intérieur. Fondamentalement, Luc semble découvrir dans le groupe une manière d'être en lien qui lui correspond, moins envahissante que d'autres modes de lien. Cette expérience de vie de groupe emprunte pour lui deux voies principales.

Luc s'investit tout d'abord beaucoup dans la vie communautaire quotidienne de la ressource ; il y trouve de l'ouverture, de la convivialité, du plaisir, un partage, une attention à l'autre. Les repas pris ensemble représentent en ce sens un moment important pour lui. Les thérapies de groupe dans lesquelles il s'engage un peu plus tardivement constitueront une autre façon pour lui de faire l'expérience d'une vie de groupe significative. Il y fait l'expérience d'une forme d'intimité dans le respect des frontières qui semblent si essentielles pour lui, de la confiance, mais aussi des liens d'affection. Dans son récit, les intervenants sont présentés comme étant parties prenantes de cette expérience.

L'EXPÉRIENCE D'UN TRAVAIL SUR SOI EN PROFONDEUR

Le désir d'un travail intérieur en profondeur est au départ peu présent chez Luc ; il émergera progressivement à travers sa participation à des thérapies de groupe. C'est principalement dans le cadre de dispositifs de thérapie corporelle et d'art-thérapie que Luc fait l'expérience d'un travail sur lui-même, dans les deux cas dans un contexte de groupe. Il ne mélange

pas les deux démarches, la thérapie corporelle et l'art-thérapie ; il prend le temps, chaque fois, de vraiment s'investir dans l'une, de cheminer à travers elle, avant de prendre le risque d'expérimenter une autre forme de thérapie.

La thérapie corporelle lui permet de reprendre contact avec son corps, d'être plus « *ancré* », et cela l'apaise. Grâce à elle, il retrouve aussi le contact avec la nature, qui avait joué un rôle important dans son enfance. En art-thérapie, il travaille les conflits intérieurs qui le hantent depuis l'enfance, un conflit entre la « *rage* » et « *l'amour* », la « *vengeance* » et la « *paix* » ; il en prend mieux conscience et explore leur origine ; il apprend peu à peu à apprivoiser leur tension, pour finalement connaître une forme d'apaisement. Progressivement, à travers l'art-thérapie, Luc redécouvre l'accès à une expérience de bonheur, à la fois « *puissant et doux* », un bonheur d'abord intérieur : le « *bonheur, c'est en dedans* ».

Luc insiste sur l'importance que revêt pour lui le partage de ce qui émerge dans le contexte de la thérapie de groupe, soulignant combien le fait de voir les autres s'ouvrir et évoluer lui permet de s'ouvrir lui-même davantage. Il insiste aussi sur le rôle des intervenants qui, toujours très discrètement, incitent à exprimer, à préciser davantage, à aller plus loin.

L'AMPLEUR ET LA PLURALITÉ DES POSSIBILITÉS TROUVÉES À LA RESSOURCE ALTERNATIVE DE TRAITEMENT

Le récit de Luc témoigne de l'importance et de la diversité de son investissement dans la ressource alternative de traitement, dans la vie communautaire comme dans des thérapies de groupe sous forme d'art-thérapie et de thérapie corporelle. Au début, c'est la disponibilité d'activités demandant des habiletés manuelles qui à la fois le mobilise et le valorise. Après quelques années de fréquentation, Luc est invité à jouer aussi un autre rôle dans la ressource alternative, en s'engageant à partir de ses compétences dans le domaine des arts, pour donner lui-même des cours destinés aux usagers, ce qui le valorise beaucoup. Luc sent maintenant qu'il peut lui aussi apporter du « *bien* » aux autres.

* * *

Dans son récit, Luc apparaît comme un être longtemps et infiniment tourmenté, éprouvé par des vécus affectifs intenses qui dépassent son histoire personnelle (l'amour, la rage, la vengeance) et par un vécu de « *maladie* ». Or l'expérience fondamentale qu'il semble vivre à la ressource alternative de traitement est celle d'un grand apaisement face à lui-même, face au

combat intérieur qui l'habite et le hante depuis toujours entre l'amour et la rage, face à l'épreuve de la « *maladie mentale* » : « *Les personnes qui ont vécu la maladie mentale sont des personnes extrêmement sensibles [...] [quand] elles arrivent à apprivoiser ça [...] elles peuvent avoir des bonnes idées [...] pour rapprocher les humains.* »

MARIE: UN MOUVEMENT DE TRANSFORMATION DE L'EXPÉRIENCE INTÉRIEURE ET RELATIONNELLE

Marie, qui est âgée d'une quarantaine d'années, fréquente la ressource alternative de traitement depuis quelques années. Elle y est arrivée dans un moment de grand désarroi, « *dans un vide, il n'y avait rien* », après plusieurs hospitalisations. Sur fond d'une histoire personnelle douloureuse, elle évoque la dépression qui l'accompagne et l'habite depuis son enfance, des épisodes psychotiques et aussi la marque de prises en charge infantilisantes, presque brutales parfois, comme le seront les conditions dans lesquelles elle a été hospitalisée en psychiatrie ; elle y a développé « *une peur, une phobie* ».

Il se dégage fortement du récit de Marie le sentiment de l'importance du cheminement amorcé dans la ressource alternative de traitement et qui s'y poursuit encore : « *toujours en progression, même s'il y a des bouts que je tombe* ». Son récit évoque par moments la « *sortie de la dépression* ».

Marie mentionne quatre aspects particulièrement significatifs de son passage par la ressource alternative de traitement : une expérience de sécurité, une expérience relationnelle fondamentale associée à une intervenante en particulier, celle d'un travail sur soi en profondeur, ainsi que l'importance pour elle de l'ampleur et de la pluralité des possibilités offertes par la ressource alternative.

UNE EXPÉRIENCE DE SÉCURITÉ

Progressivement, Marie accède à un sentiment de sécurité au fil de son séjour dans la ressource alternative de traitement, où elle découvre un « *milieu sécurisant et réconfortant* ». Dans son récit, cette expérience de sécurité paraît fortement reliée à certains traits, pour elle très significatifs, de la ressource. Elle évoque à cet égard une « *transparence* » et une cohérence manifestes à tous les niveaux, en particulier entre les valeurs qui sont promues et « *l'action* » : « *l'action est vraiment appliquée à ce qui est dit [en matière d'ouverture] au monde, aux autres, à la société, à l'humain* », puisque « *cette ouverture, ils l'appliquent concrètement* ». Marie découvre « *quelque chose de sécurisant* »

dans cette transparence et cette cohérence, tout comme dans la constance de l'intervenante qui l'accompagne plus étroitement. Son récit montre que ces dimensions ont joué un rôle déterminant dans son cheminement.

UNE EXPÉRIENCE RELATIONNELLE FONDAMENTALE

Sa rencontre avec une intervenante particulière et la grande qualité du lien qu'elle établit avec elle représentent peut-être le moment le plus fort du récit de Marie et de sa trajectoire dans la ressource alternative de traitement; une telle expérience relationnelle a en elle-même participé à son cheminement à des niveaux essentiels. D'emblée, cette intervenante la traite en adulte et l'écoute vraiment: « *On ne s'était jamais adressé à moi comme ça.* » Chez cette intervenante et dans la relation qu'elles entretiennent, Marie découvre une grande constance, qui lui permet d'intérioriser la possibilité de la stabilité, ce qui, dit-elle, l'aide à se libérer du fond dépressif qui l'a toujours accompagnée.

À travers cette relation, Marie fait l'expérience de la confiance, inconnue jusqu'ici, qui lui permet d'appivoiser peu à peu la possibilité d'avoir confiance en l'autre. À partir de là, elle peut expérimenter la possibilité d'être en relation avec autrui: « *Comme si la personne acceptait d'être elle-même [...] un outil d'apprentissage à apprendre à faire confiance à une personne* », « *à être en relation avec quelqu'un* ». « *C'est ce qui fait que je suis capable maintenant de transposer ailleurs.* »

L'EXPÉRIENCE D'UN TRAVAIL SUR SOI EN PROFONDEUR

Au départ, Marie semble peu manifester le désir d'un travail sur soi, avoir peu confiance en son efficacité possible. C'est peu à peu qu'elle commence à prendre confiance dans le travail en train de se faire, un travail à « *longue échéance* », difficile, par lequel elle se sent aussi parfois « *fatiguée* », « *essoufflée* », mais aussi dont elle est « *fière* »; un travail qui touche différentes dimensions d'elle-même: son rapport à la mémoire, sa relation au corps, ses « *expériences bizarres* ».

Dans ce cheminement, « *je n'étais pas toute seule pour essayer d'avancer plus loin* ». En même temps, malgré la grande présence et la participation, que l'on sent étroite, de l'intervenante qui l'accompagne, Marie ne se sent jamais dirigée. Son récit met en évidence à la fois le rôle et l'importance de la thérapie individuelle dans le travail en profondeur dans lequel elle s'engage, ainsi que la manière dont d'autres dimensions y contribuent également.

Le récit de Marie évoque la double direction qu'emprunte pour elle le travail sur soi. Elle décrit ainsi un travail où elle apprend à « *accepter l'existence de ce qui est en elle* », notamment à apprivoiser ses « *expériences bizarres* » : « *ça faisait partie de moi* », des termes à travers lesquels elle décrit à la fois des expériences psychotiques et des expériences spirituelles. À travers son récit, la ressource est désignée comme un lieu où l'on a la « *permission d'être ce que l'on est* ».

Dans la ressource alternative de traitement, Marie s'engage aussi dans un travail de « *nettoyage de l'individu* », de « *grand ménage* », qui conduit à « *récolter les choses qui sont les plus essentielles* », presque un travail de purification : « *quand je finis par cueillir ce que je viens de voir, c'est parce que c'est vraiment Marie, ce n'est pas tout le sali qui est autour* ». À travers la ressource alternative, Marie apprend ainsi à travailler « *dans la vérité* », dans la « *transparence* », à se rapprocher de « *qui je suis vraiment* ».

Au fil du travail exigeant dans lequel elle est engagée, Marie fait l'expérience d'une sortie progressive de la dépression : « *Ma base c'est ça [...] de penser de vivre au lieu de mourir.* » « *J'ai l'impression d'être sortie de la dépression* » alors que « *c'était ma manière de vivre et d'être dans la vie* ». Un mouvement d'ouverture par rapport à l'avenir peut alors se dessiner : un avenir qu'elle voit maintenant « *entouré de gens et de vie, au lieu d'être entouré par la destruction, la mort* ».

L'AMPLEUR ET LA PLURALITÉ DES POSSIBILITÉS TROUVÉES DANS LA RESSOURCE ALTERNATIVE DE TRAITEMENT

Malgré l'importance que revêtent pour elle la thérapie individuelle et le rapport privilégié à l'intervenante qui l'accompagne dans ce processus, Marie refuse d'y cantonner l'apport de la ressource alternative de traitement à son cheminement. Ainsi, au départ, c'est le passage par un atelier d'écriture qui lui permet « *à un moment donné de passer à la parole* », elle qui vivait une « *incapacité totale de dire, d'exprimer* ». Par la suite, c'est un atelier axé sur une démarche corporelle, suivi parallèlement à la thérapie individuelle, qui l'aide à se « *reconnecter* » avec son corps ; un atelier de création lui permet aussi de se projeter dans l'avenir, un mouvement éminemment positif pour elle, même si, remarque-t-elle, les projets entrevus devaient ne pas se réaliser. La participation à la vie sociale et relationnelle de la ressource joue aussi un grand rôle, bien qu'une telle participation ait représenté pour elle un défi immense. Elle s'y engage d'abord à toutes « *petites doses* », comme le lui suggèrent les intervenantes de la ressource, jusqu'à ce qu'elle parvienne peu à peu à atténuer le besoin de s'isoler. Au cours de l'entrevue, Marie voit dans le sentiment d'appartenir à un groupe humain l'une des choses ayant le plus compté pour elle dans la ressource alternative.

À l'égard de cette pluralité significative pour son cheminement, Marie remarque plus largement :

Ce n'est pas dissocié l'un et l'autre, c'est pour ça que j'ai de la difficulté à dire thérapie, mettons individuelle ou de groupe [...] ce n'est pas séparé, c'est comme un tout ou c'est comme un ensemble. Parce qu'il y a des choses qu'on vit dans le quotidien, dans le groupe, qui sont constamment ramenées en individuel, pour, quand on revient dans le groupe, bien on avance d'un autre pas... c'est tout le temps comme ça. C'est pour ça que je peux pas dire que c'est ÇA la thérapie [...] C'est vraiment ça combiné avec ça en même temps tout le temps.

À travers son cheminement dans la ressource alternative de traitement, Marie est amenée à reconnaître qu'elle a « une valeur humaine », dont la reconnaissance ne passe pas nécessairement par les formes les plus courantes de l'inscription dans la société, comme la participation au monde du travail. Ainsi, l'engagement bénévole, encouragé et favorisé par la ressource alternative, fait en sorte qu'elle « utilise [ses] capacités, [ses] forces ». En même temps, elle accepte mieux certaines limites du moment, et elle n'éprouve pas constamment le besoin de les relier à de la « maladie ».

* * *

Chez Marie, le passage par la ressource alternative semble inaugurer un double mouvement de transformation : de l'expérience intérieure, où il s'agit d'aller « le plus près de ce que je suis réellement », d'apprendre « à me découvrir, qui je suis vraiment » ; et de l'expérience relationnelle, avec l'appropriation et l'intégration de la possibilité même de la relation à l'autre.

Ce mouvement de transformation de l'expérience intérieure et relationnelle dans lequel s'est engagée Marie s'accompagne de signes concrets d'amélioration. Elle évoque ici une diminution significative de la médication prescrite, contrairement à tout ce qu'on lui avait prédit, ainsi que son engagement bénévole dans un autre organisme en santé mentale ; elle y occupe un rôle de représentation qui est devenu accessible dès lors qu'elle est parvenue à se dégager de son grand besoin de s'isoler, de s'enfermer.

JOSÉE : L'APPROVOISEMENT DES LIMITES

Âgée d'une trentaine d'années lorsque nous la rencontrons, Josée fréquente régulièrement la ressource alternative de traitement depuis quelques années. Elle mentionne un diagnostic de trouble de personnalité limite, « avec dépression et anxiété chroniques ». Josée connaît très tôt l'expérience de la

souffrance, elle qui s'est sentie dès l'enfance « *arrêtée dans son élan* ». Sa souffrance, elle l'exprime pendant longtemps à travers des tentatives effrénées de dépassement de limites. Lorsqu'elle évoque l'ampleur du cheminement suivi pour sortir de cette souffrance, Josée souligne qu'il y avait « *tellement d'ouvrage à faire, tellement de souffrances* ». Elle a maintenant le sentiment qu'un grand chemin a été parcouru : « *Aujourd'hui, c'est comme la lumière*. » Elle n'a désormais plus envie de mourir mais « *envie de vivre* ». Elle se sent entourée par plusieurs ressources significatives : la ressource alternative de traitement, son médecin de famille qui l'a aidée à trouver « *les bons médicaments* », à la recherche desquels elle avait longtemps erré, et une autre ressource communautaire.

Concernant son passage par la ressource alternative de traitement, le récit de Josée s'articule autour de trois grands éléments : une expérience relationnelle vécue à un double niveau, dans le rapport avec deux intervenantes et à travers les liens qui se tissent dans les petits groupes de thérapie², l'expérience d'un travail sur soi en profondeur, et la pluralité des possibilités trouvées dans la ressource.

UNE DOUBLE EXPÉRIENCE RELATIONNELLE : INAUGURATRICE ET CONDUCTRICE

Dans le récit de Josée, l'expérience relationnelle apparaît tantôt avoir facilité et soutenu un travail sur soi, tantôt avoir inauguré une nouvelle forme d'expérience de l'autre.

La qualité particulière des liens entre les participants qu'elle trouve et expérimente dans les petits groupes de thérapie représente une expérience qui la fait évoluer et changer. Peu à peu, Josée apprivoise la rencontre ; elle ne ressent plus l'autre comme une menace et comme un empiétement. Progressivement moins préoccupée de défendre son espace, elle se voit devenir « *plus affectueuse* » avec les autres, « *c'est quasiment moi la plus affectueuse* ». En résonance étroite avec le témoignage de Josée, deux intervenantes de la ressource remarqueront que le plus grand pas accompli par Josée à travers son passage par la ressource alternative de traitement tient dans la capacité, nouvelle chez elle, à reconnaître la présence et l'existence de l'autre.

2. Par ailleurs, par rapport à l'importance de la vie sociale dans la ressource qu'elle fréquente, l'expérience de Josée semble marquer comme un écart : elle vivra aussi à la ressource alternative l'expérience de « *ne pas être aimée par tout le monde* », ce qu'elle dit avoir finalement accepté. Plus largement, elle sent aussi qu'elle a peut-être désormais de moins en moins besoin d'être intégrée dans un groupe « *à tout prix* ».

Le récit de Josée évoque aussi l'importance que revêtent pour elle les relations avec deux intervenantes en particulier, l'une côtoyée dans une thérapie de groupe, l'autre à la fois en groupe et en thérapie individuelle. Josée insiste à cet égard sur la très grande confiance qu'elle peut avoir en ces personnes, ce qui lui permet de « *laisser sortir ce qui a à sortir* ». Elle met aussi l'accent sur la possibilité d'expérimenter, à travers le lien créé avec les intervenantes qui l'accompagnent dans le travail en profondeur qu'elle poursuit, une dimension affective très précieuse pour elle et qui pourtant l'étonne beaucoup au départ.

L'EXPÉRIENCE D'UN TRAVAIL SUR SOI EN PROFONDEUR

Josée arrive à la ressource alternative de traitement avec le désir de s'engager dans un travail en profondeur: « *il faut tout vivre ce qu'on a à vivre* », « *[on n'a] pas le choix* ». Elle trouve dans la ressource l'accompagnement dont elle a besoin pour « *faire le ménage plus loin que dans le présent* », pour « *aller le plus loin possible* », « *au plus profond des choses* ». Grâce à la possibilité d'être accompagnée très étroitement dans l'espace de la thérapie individuelle, Josée peut vivre la violence de certains états et de certaines émotions sans la peur de se retrouver débordée.

Au fil de ce cheminement, elle fait une découverte fondamentale: « *J'ai découvert que je n'étais pas, puis je voulais être.* » Cette découverte l'amène à travailler le « *droit d'être* ».

L'AMPLEUR ET LA PLURALITÉ DES POSSIBILITÉS TROUVÉES DANS LA RESSOURCE ALTERNATIVE DE TRAITEMENT

Josée s'engage dans différentes expériences de thérapie dans la ressource alternative: la thérapie individuelle et la thérapie de groupe, l'art-thérapie et la thérapie corporelle. Tout en désignant la thérapie individuelle comme étant ce qui a compté le plus pour elle dans la ressource, son récit illustre aussi le rôle et l'importance des autres expériences thérapeutiques dans lesquelles elle s'est engagée; il évoque une mise en relation, une synergie qu'appuient les intervenantes, entre ces différentes expériences.

Le séjour dans la ressource alternative de traitement permet à Josée de découvrir l'art-thérapie, qui deviendra pour elle une « *passion* »; il ne lui est pas demandé d'être « *bonne* », elle peut « *s'exprimer, projeter sur le papier ce qui se passe à l'intérieur* ». « *Il sort des affaires de là, c'est quelque chose* », « *c'est magique* ». Josée est notamment amenée à se projeter dans le futur, et, surtout, elle découvre avec l'art-thérapie la possibilité, le pouvoir, le désir, la force de « *retoucher* » ce qui ne lui plaît pas dans sa vie présente et dans le regard qu'elle porte sur l'avenir.

Son récit met bien en évidence l'importante articulation et la synergie qui existent entre différentes expériences de thérapie, entre ce qui se travaille dans la thérapie individuelle et ce que rendent possible le travail et le contexte d'un groupe, entre la thérapie individuelle, très axée sur le travail corporel, et l'art-thérapie, suivie en groupe. Josée évoque ainsi un moment charnière de son cheminement dans la ressource alternative, lorsque le dessin qu'elle avait réalisé en art-thérapie a été repris dans sa thérapie individuelle, permettant d'aller « *plus profond dans le ressenti* » de ce qui était parvenu à s'exprimer à travers le dessin et non par des mots.

* * *

Le récit de Josée évoque une vie passée marquée et absorbée par l'excès et le vide, l'expérience d'un vide d'être, « *je n'étais pas* », à laquelle semble répondre une fuite en avant incessante, douloureuse. Le passage par la ressource alternative l'amène à reconnaître en elle un désir et une volonté d'être : « *je n'étais pas, puis je voulais être* ». C'est ainsi dans une expérience de venue à l'existence qu'elle semble fondamentalement s'engager dans la ressource alternative de traitement, sentiment qui semble passer par la reconnaissance et l'appropriation des limites en soi, pour soi et pour l'autre.

VALÉRIE: UN MOUVEMENT DE RETOUR À SOI

Valérie est l'une des très rares usagères rencontrées au cours de cette recherche qui n'avait pas été suivie en psychiatrie. Son récit évoque une longue histoire de souffrance intérieure, de blessures et de sévices dont elle a longtemps porté le poids dans le silence. « *J'étais vraiment dans un besoin immense quand je suis arrivée ici* » note-t-elle dans son récit, et cela sans qu'elle le reconnaisse alors, tant elle était convaincue de la nécessité de compter d'abord sur elle-même face aux difficultés et à la souffrance. Dans la ressource alternative qu'elle fréquente depuis quelques années, Valérie apprendra pourtant à faire confiance et à s'abandonner. Son récit évoque « *tout le chemin qui a été parcouru* » à travers le passage par la ressource alternative : « *Je ne sais pas ce qu'aurait été ma vie si je n'avais pas eu la ressource [...] c'est tellement venu changer ma vie.* »

Trois grandes expériences dominent le récit de Valérie en regard de son passage par la ressource alternative: une relation forte avec l'intervenante qui la suit individuellement, un travail sur soi en profondeur, et l'importance pour elle de la pluralité des possibilités qu'elle découvre à la ressource.

UNE EXPÉRIENCE RELATIONNELLE: POINT D'APPUI DU TRAVAIL SUR SOI

Dans le récit de Valérie, l'expérience d'une relation privilégiée avec une intervenante particulière se dégage comme le point d'appui fondamental du travail sur soi.

La grande qualité de ce lien avec l'intervenante qui la suit individuellement et avec laquelle elle entreprend et poursuit une thérapie apparaît ainsi comme un des éléments fondamentaux de son récit. Valérie décrit un « *lien très proche* », où elle se sent un peu « *maternée* », « *pas dans un sens péjoratif* ». La constance de l'intervenante l'aide à développer une grande confiance en celle-ci, en dépit de sa méfiance initiale et de sa « *peur de se retrouver encore plus démunie* » si le lien devait faillir. Elle peut s'engager avec elle dans une démarche en profondeur. L'intervenante la pousse à aller plus loin, notamment dans un travail à partir de ses rêves: « *Elle est vraiment venue me chercher.* »

L'EXPÉRIENCE D'UN TRAVAIL SUR SOI EN PROFONDEUR

Considéré dans son ensemble, le récit de Valérie décrit fondamentalement une expérience de travail sur soi en profondeur, dont le désir restait pourtant au départ très imprécis. « *J'ai vraiment travaillé sur moi en venant ici* », ce qu'elle n'avait jamais pu faire auparavant. Pour cela, Valérie doit accepter de « *passer par la douleur* » plutôt que de fuir, accepter de parler de la souffrance qui l'habite depuis longtemps, elle qui trouvait cela presque « *honteux* ». Elle touche des « *grosses blessures* », elle va « *au cœur de ce qui [lui] a fait toujours mal* ». Le cheminement que poursuit Valérie à la ressource alternative passera par différentes expériences de thérapie.

L'AMPLEUR ET LA PLURALITÉ DES POSSIBILITÉS TROUVÉES À LA RESSOURCE ALTERNATIVE DE TRAITEMENT

À la ressource alternative, Valérie s'engage dans différentes expériences de thérapie auxquelles elle reconnaît une contribution significative à son cheminement: la thérapie individuelle et la thérapie de groupe, la thérapie par les rêves et l'art-thérapie.

Au fil de son récit, elle revient beaucoup sur l'importance de la thérapie individuelle dans laquelle elle s'engage complètement, sur la base de la grande confiance qu'elle peut mettre dans l'intervenante qui l'accompagne pendant plusieurs années, et qui la conduit notamment « à la rencontre de l'enfant blessée ». Elle insiste aussi sur plusieurs expériences significatives de thérapie et d'ateliers de groupe ; la possibilité de « faire des thérapies avec les autres » lui paraît en soi très importante, parce que « c'est en groupe que j'ai été blessée ». Parmi les expériences de thérapie les plus significatives, elle souligne la place d'une thérapie sollicitant les rêves, qu'elle peut poursuivre à la fois en groupe et dans ses rencontres individuelles. Cette forme de thérapie fait d'emblée « beaucoup de sens » pour elle : « ça dévoile une partie de nous », « ce que je fuyais le jour venait me rejoindre par mes rêves la nuit ». Elle mentionne encore l'importance de l'art-thérapie : « ça m'a tellement aidée [à] voir comment ça se passe dans ma tête quand je me censure ».

Dans son récit, Valérie revient à plusieurs reprises sur le va-et-vient entre le travail en groupe et la thérapie individuelle : « Souvent, c'est en groupe que les choses montaient, puis après, je continuais à les travailler en individuel. »

Au cours de son séjour dans la ressource alternative, Valérie s'engagera aussi dans la vie communautaire et associative de la ressource, notamment en participant à certains comités d'organisation et d'orientation. Son récit montre que cette forme de participation et d'engagement dans la vie plus générale de la ressource, devenue possible à une certaine étape de son cheminement, a joué un rôle significatif à un moment de son parcours.

* * *

Pour Valérie, c'est son séjour dans la ressource alternative de traitement qui a rendu possible l'expérience d'un cheminement intérieur en profondeur, inconnu d'elle jusqu'alors et pourtant essentiel, comme en témoigne son récit.

Considéré globalement, son récit décrit d'abord et fondamentalement un cheminement intérieur où résonne tout particulièrement l'idée de « se retrouver vraiment » : « J'avais perdu l'essence de qui j'étais. » « On se perd dans le train-train quotidien », note-t-elle. Mais plus profondément, relativement à l'expérience presque fondatrice de la souffrance (elle est blessée dès la première enfance), Valérie a appris très tôt la fuite. Or, à la ressource, elle apprend « à ne plus autant fuir » et accepte de « passer par la douleur ». « J'ai guéri certaines blessures que je n'aurais pas cru avoir besoin de toucher. » Elle sait qu'il reste du chemin à parcourir par rapport aux mauvais traitements dont elle a été victime durant l'enfance ; elle se sent maintenant prête à le faire.

Grâce au travail poursuivi dans la ressource alternative, elle a compris l'origine de son grand besoin de solitude (la peur d'être une fois de plus blessée par autrui), et elle se sent plus capable qu'avant d'être en présence d'autrui et avec autrui. Valérie a aussi appris à se respecter davantage, à l'instar du grand respect qu'elle a trouvé à la ressource. Sa propension à se faire du mal est maintenant moins forte; elle se permet même de « *se faire du bien* », ce qu'elle parvient à faire notamment par l'écriture.

ANDRÉ: L'ABOUTISSEMENT D'UN LONG CHEMINEMENT

Âgé d'une cinquantaine d'années, André a terminé son séjour dans la ressource alternative depuis déjà plusieurs années. Il y avait passé une année. Il est arrivé à la ressource dans une « *situation de dépression sévère, profonde* », « *rendue à un état psychotique, délirant* ». Il est alors fortement médicamenté et a reçu des électrochocs, « *ça non plus ça n'a pas marché* ». Il se décrit comme très troublé au moment de son arrivée à la ressource: « *je ne m'attendais pas à grand-chose* », « *c'est au cours de la thérapie que c'est venu* ». Parmi les différents récits des usagers rencontrés au cours de cette recherche, le témoignage d'André est sans doute le plus éloquent quant à l'ampleur de la transformation d'une existence qui semble avoir littéralement changé de « *A à Z* ».

Son passage par la ressource alternative de traitement s'articule autour de trois dimensions principales: la rencontre d'un « *sentiment global d'hospitalité* », l'expérience d'un travail sur soi en profondeur au moyen d'une thérapie individuelle de parole et d'une thérapie corporelle, et la flexibilité qu'il a rencontrée dans la ressource alternative.

UN « SENTIMENT GLOBAL D'HOSPITALITÉ »

Isolé par et dans l'expérience de la dépression, André découvre à la ressource alternative de traitement ce qu'il décrit comme un « *sentiment global d'hospitalité* »: « *C'est une maison [...] ça dit chaleur, hospitalité, bien-être [...] l'aspect symbolique de la maison. Mais ça l'est aussi en réalité.* » Dans son récit, ce « *sentiment global d'hospitalité* » paraît intimement lié à la qualité des relations qu'il trouve dans la ressource alternative, à la fois entre les usagers et entre ceux-ci et les intervenants. Il retrouve ce sentiment d'hospitalité dans sa rencontre avec les intervenants qui l'accompagnent plus étroitement dans son cheminement, qui l'accueillent, l'acceptent et le reconnaissent dans sa singularité.

L'EXPÉRIENCE D'UN TRAVAIL SUR SOI EN PROFONDEUR

André s'engage progressivement dans un travail sur soi en profondeur à partir de la ressource alternative de traitement. C'est dans la thérapie individuelle qu'il s'investit le plus, « *plus intimement, plus profondément* », même si la ressource alternative offre d'abord un travail axé sur le groupe : « *Mon problème, c'était un rapport très intime avec moi-même. Alors, c'est plus la thérapie individuelle qui allait m'aider.* » Son cheminement se poursuivra à la fois dans une thérapie axée sur la parole et une thérapie corporelle. Dans ses relations avec les deux intervenants qui l'accompagnent dans ces démarches de thérapie, il fait l'expérience d'une grande confiance qui lui permet de s'abandonner et de s'ouvrir vraiment. Lors d'expériences de thérapie qui avaient précédé sa fréquentation de la ressource alternative, André avait surtout travaillé le rapport à lui-même à partir d'un registre « *rationnel* ». À la ressource, il travaille davantage le « *senti* ». L'expérience de la thérapie corporelle lui ouvre un accès privilégié à son « *état intérieur* ». Progressivement, grâce au travail dans lequel il est engagé, « *l'angoisse de séparation* » émergera comme « *[sa] problématique profonde* ».

Dans cette expérience de travail sur soi, la perspective « *holistique* » que soutient la ressource alternative de traitement paraît particulièrement significative pour André. Il est en effet encouragé à « *travailler tous ces plans-là, corporel, spirituel, émotionnel, familial, mon passé, mon présent* », ce qui lui permet de parvenir à « *une compréhension globale de moi* ». Grâce au travail poursuivi dans la ressource, « *toutes les collatérales de mon histoire se sont réunies pour une compréhension globale de moi* ».

LA FLEXIBILITÉ DE LA RESSOURCE ALTERNATIVE DE TRAITEMENT

Le récit d'André met en évidence la flexibilité et la souplesse de la ressource alternative de traitement. Cette dernière a su s'adapter pour l'accueillir et l'accompagner, et cela à partir de la situation particulière dans laquelle il se trouvait. En état de dépression « *sévère* » à son arrivée, André a pu commencer par travailler à partir d'objectifs et de projets très concrets et limités. Par la suite, il trouve dans la ressource alternative la possibilité d'un travail en profondeur, tout particulièrement par rapport à ce qu'il avait jusqu'ici laissé de côté : « *j'avais à refaire la thérapie [entamée ailleurs] mais laisser les livres de côté et devenir plus corporel, plus senti* ». Estimant avoir déjà fait beaucoup de travail à travers des thérapies antérieures, il peut ainsi surtout s'investir au fil de son séjour dans la ressource alternative dans les dimensions « *non intellectuelles* », « *non rationnelles* » de la démarche.

Le récit d'André évoque une existence transformée : « *ma vie a basculé [...] vers la lumière* ». Cela lui apparaît avec une force particulière avec le recul de quelques années. En ce sens, le rôle de la ressource alternative de traitement apparaît majeur et se présente comme l'aboutissement d'un long cheminement entamé ailleurs et antérieurement. Le passage par la ressource, « *c'était comme le moment parfait* ».

À la ressource alternative, « *je pense qu'on a débloqué le noyau principal [l'angoisse de séparation] ; le restant, je l'avais pas mal travaillé en thérapie antérieurement* ». André sent qu'il n'a désormais plus besoin de thérapie : « *J'en ai assez fait dans ma vie ! Là je suis libre comme le vent !* » Avec le recul de quelques années également, Lise avait observé elle aussi qu'elle n'avait désormais plus besoin de parler de ses traumatismes, qu'elle l'avait suffisamment fait ; par ailleurs, pour elle, le poids du passé sur la vie présente semblait demeurer autrement plus prégnant.

Pour la première fois de sa vie, André est capable de vivre seul. Il se sent libéré de son besoin immense de dépendance, du besoin de se perdre dans un autre. Il peut désormais exister seul. Il ne connaît plus l'angoisse qui l'envahissait autrefois, « *je ne connais plus ça l'angoisse* », pas plus que le sentiment de culpabilité généralisée qui encombrait sa vie. Il accepte mieux la part de violence qui est en lui et ne la retourne plus contre lui-même. En quelque sorte délivré, il a maintenant une position très différente relativement à la vie : « *Je vis 24 heures à la fois, puis c'est la lumière.* » Il est capable d'être « *présent totalement à mon environnement, à la minute qui passe* ». « *Avant, je n'avais pas de projets. Je suis plein de projets.* »

Concrètement, André n'a plus besoin de médicaments ; il a pu diminuer ses doses puis les arrêter au cours de sa thérapie à la ressource alternative.

DAVID : UNE EXPÉRIENCE DE CRÉATION

Très tôt touché par la psychose et la dépression, des expériences qu'il met en lien avec des problèmes issus de son histoire familiale, David arrive à la ressource alternative de traitement à une époque où il est complètement « *perdu* ». Âgé d'une quarantaine d'années lorsque nous le rencontrons, David a passé un peu plus de deux années à la ressource, qu'il a quittée quelques années plus tôt pour aller vivre dans un logement semi-autonome. Il conserve par ailleurs des liens importants et réguliers avec la ressource, qui semble être devenue le principal point de repère, réel (il y revient très régulièrement pour rencontrer des intervenants) et symbolique, de sa vie. Par ailleurs, une intervenante en psychiatrie qui l'accompagne depuis encore

plus longtemps apparaît elle aussi significativement investie; et une sorte de continuité entre les ressources qui ont significativement accompagné David se dégage en profondeur de son récit.

Sa vie présente semble caractérisée par la recherche d'un équilibre qu'il situe beaucoup dans un rapport dynamique entre le masculin et le féminin. Dans ce contexte, il sollicite largement les liens qui perdurent avec des intervenants de la ressource, beaucoup autour de ses nombreuses créations musicales, picturales et poétiques.

Dans le récit de son passage par la ressource alternative de traitement, David s'étend beaucoup plus sur la période posthébergement que sur son séjour proprement dit. Deux points principaux se dégagent ici: l'expérience des relations qu'il a vécues avec les intervenants, et la possibilité de poursuivre avec eux une démarche tout à fait singulière et à laquelle lui-même semble impulser l'essentiel du mouvement.

UN ÉVÉNEMENT FONDAMENTAL

Au fil de son récit, David mentionne un changement qui a eu pour lui valeur d'événement et lui a permis de donner un autre tour à sa vie. Il le perçoit comme un pas gigantesque et fondamental qui a coïncidé avec la fin de son séjour dans la ressource alternative de traitement, quelques années plus tôt, et avec son installation dans un logement semi-autonome: c'est la disparition d'un «*rituel*» qui l'épuisait et l'envahissait depuis des années, «*le moteur de ma psychose finalement*», «*c'était infernal*». À partir de là, un espace est libéré pour autre chose. David peut alors, selon ses termes, «*dépenser de l'énergie ailleurs*».

UNE EXPÉRIENCE RELATIONNELLE: REPÈRE ET POINT D'APPUI

Le récit de David indique que les relations avec les intervenants de la ressource alternative de traitement ont eu pour lui à la fois une fonction de repère et une fonction d'appui quant à son travail sur soi. Le lien et l'accompagnement extrêmement régulier que David sollicite et obtient de la part des intervenants de la ressource alternative, qui demeurent très disponibles pour lui plusieurs années encore après qu'il a quitté la maison d'hébergement, apparaissent au cœur de la continuité de son investissement dans la ressource alternative de traitement. Un investissement qui, dans ses dimensions concrètes, semble avoir quelque chose d'excessif, mais qui ressemble sans doute plus largement à la manière propre dont David investit le monde extérieur et lui-même. Ses liens avec deux intervenants en particulier représentent un point d'appui essentiel à la poursuite du travail sur lui-même.

L'EXPÉRIENCE D'UN TRAVAIL SUR SOI : LE TRAVAIL DE CRÉATION COMME ANCRAGE

L'entrevue avec David met en évidence une démarche de travail sur soi tout à fait singulière et qui peut se déployer grâce à la souplesse des dispositifs mis en place dans la ressource alternative de traitement.

David y trouve en effet la possibilité d'utiliser de façon très personnelle l'espace d'accompagnement qui lui est proposé, particulièrement durant la période qui suit son hébergement, alors qu'il s'engage dans des créations musicales, picturales et poétiques, de plus en plus abondantes et dans lesquelles il est accompagné par une intervenante et un intervenant de la ressource. Il n'est pas certain que ces intervenants aient au départ voulu aller aussi loin dans ce type de travail, mais David les relancera à plusieurs reprises. C'est alors un double accompagnement très personnalisé qui se met en mouvement avec la collaboration bienveillante des deux intervenants, un double accompagnement qui semble répondre chez David à la recherche d'un équilibre entre le masculin et le féminin, puisqu'il a la possibilité d'investir des intervenants de sexes différents. Il évoque ainsi la possibilité trouvée à la ressource alternative de poursuivre une « *thérapie avec les femmes* » et une « *thérapie avec les hommes* ». Avec les deux intervenants qui l'accompagnent, il travaillera principalement à partir de ses créations, à « *traiter ce que ça veut dire* ». Il remarque que ce travail le valorise et le structure, « *ça a été vraiment efficace* ».

* * *

Le désir de créer semble habiter profondément David. Ce désir a pourtant été longtemps entravé par des processus intérieurs obsédants. Prisonnier, pendant des années, de ce qu'il décrit comme un rituel infernal, David parvient à s'en libérer au moment même où il quitte le dispositif d'hébergement de la ressource alternative de traitement pour s'installer dans un logement semi-autonome. En empruntant les termes utilisés dans la ressource qui l'accompagne, on pourrait dire que David semble alors moins « *envahi* », et dès lors plus en mesure de « *prendre position* » comme sujet. Soutenu lors de cette nouvelle étape de sa trajectoire par la ressource et par la souplesse des dispositifs qu'elle propose, il peut alors donner vie à son désir de créer. À cette étape de sa vie, l'acte de créer – le processus comme le résultat, qui est lui-même constamment remis au travail – semble être devenu pour lui une forme significative d'être au monde et d'être en relation.

* * *

Ces différents récits frappent par le caractère récurrent des aspects que les usagers trouvent particulièrement aidants dans la ressource. Ils illustrent l'importance du travail que soutiennent les dispositifs mis en place dans chacun de ces lieux et le rôle important qu'y joue la manière dont chaque personne investit ces dispositifs à sa façon, sur l'horizon de ce qui a été marquant dans sa trajectoire de vie et sur celui des modulations particulières de ses rapports à soi et au monde. Les récits montrent alors l'importance de s'attacher à la signification individuelle que des activités particulières, une atmosphère générale, le tissu des liens qui se tissent dans le quotidien ou autour d'activités particulières revêtent pour les personnes.

Même si chacune des ressources se caractérise par le fait qu'elle privilégie des aspects particuliers d'un dispositif global, les usagers témoignent de leur expérience d'un soutien hautement individualisé, attentif aux aléas de leur parcours, à leurs réactions, à leurs vulnérabilités et à leurs points forts. On peut penser qu'une telle singularisation du suivi joue un rôle essentiel pour redonner à des personnes fortement blessées par la vie un sentiment de valeur personnelle et pour retrouver une dignité essentielle à tout humain. C'est en tout cas ce dont témoignent éloquemment les récits.

4

DIMENSIONS DU TRAITEMENT DANS LES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE

Comme elles l'ont remarqué dans leurs *Balises pour une approche alternative du traitement en santé mentale*, à propos de la question du traitement¹, les ressources alternatives éprouvent parfois de la difficulté à parler de ce qu'elles

1. Ce terme est perçu comme bien imparfait, mais les ressources alternatives se sont résolues à s'en accommoder.

font; elles ne se reconnaissent guère dans les manières plus habituelles d'aborder la question du traitement. Notre recherche a permis non seulement d'ouvrir un espace de parole et de réflexion aux ressources alternatives de traitement, mais aussi de rouvrir la question complexe de ce qui constitue un traitement en santé mentale, en prenant appui sur l'expérience des ressources alternatives et sur les approches et les pratiques qu'elles ont développées, et en se plaçant dans la perspective des principaux acteurs engagés: usagers de ces ressources, mais aussi responsables, intervenants et thérapeutes. La réalisation d'une quarantaine d'entrevues en profondeur auprès de ces différents acteurs et la générosité de parole dont ont fait preuve les personnes interviewées nous ont donné accès à un matériel d'une très grande richesse; ces personnes n'ont en effet pas hésité à partager avec nous leurs questionnements et, parfois, leurs incertitudes.

DES CONVERGENCES FONDAMENTALES ET DES DIFFÉRENCES

Comme chercheuses, nous étions intéressées depuis plusieurs années par le travail des ressources alternatives qui s'étaient donné explicitement le projet d'offrir un traitement alternatif en santé mentale, et par les perspectives plus larges que cela ouvrait. Nous partions ainsi d'une connaissance de base de ces ressources. Nous connaissions leur convergence autour d'un attachement à la philosophie alternative du *Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*. Nous avions aussi une idée de la grande diversité de ces ressources puisque parmi celles-ci, rappelons-le, on retrouve aussi bien des milieux de jour et des milieux d'hébergement, des programmes intensifs s'étalant sur quelques mois et des séjours pouvant s'inscrire dans une durée plus longue, des ressources qui travaillent surtout avec certains types de problèmes et d'autres qui ont fait le pari de travailler avec différents types de difficultés.

S'ils n'ont pas mis en question cette connaissance première des ressources alternatives de traitement, le processus de la recherche et l'analyse des récits recueillis nous ont amenées à en complexifier le portrait d'ensemble, particulièrement pour ce qui concerne les principales dimensions du traitement. À cet égard, l'analyse du matériel recueilli montre que les ressources alternatives qui ont précisé leur mandat autour d'une certaine idée du traitement en santé mentale présentent à la fois des points communs, de grandes convergences et des différences, ce qui atteste la pluralité des manières dont se concrétise le projet d'un traitement alternatif en santé mentale.

Les quatre prochains chapitres visent à présenter un portrait vivant, dynamique, des ressources alternatives de traitement en santé mentale au regard de l'enjeu du traitement, à partir de ce que les différents acteurs en perçoivent et en disent. Nous en dégagerons les principales dimensions et les enjeux tels qu'ils ressortent de l'analyse des entretiens.

Dans cette perspective, nous examinerons tour à tour les grandes rubriques à partir desquelles notre analyse s'est articulée, telles qu'elles se sont progressivement dessinées au cours d'une analyse préliminaire des récits – sur les questions plus particulières de méthode, nous renvoyons au chapitre 3: l'atmosphère dans la ressource alternative de traitement, la philosophie qui sous-tend les pratiques, les principes thérapeutiques à l'œuvre et enfin les dispositifs, c'est-à-dire ce que les ressources mettent concrètement en place, comme activités et espaces de thérapie et en matière d'organisation spatiale et temporelle des activités au sens large. Dans la cinquième partie, nous aborderons les attentes des différents acteurs et, de façon plus particulière, la perception des changements associés au séjour dans la ressource.

Pour chacune de ces rubriques, nous dégagerons les grandes convergences qui se dessinent entre les ressources autour de certains axes, ainsi que des différences de modulation, mais aussi parfois des différences d'option. Par ailleurs, nous examinerons les différences et les écarts qui existent à la fois entre les ressources et au sein des ressources elles-mêmes lorsque, de l'intérieur, des voix ou des accentuations différentes se font entendre ou que des préoccupations différentes s'élèvent, dès lors que ces écarts apparaissent suffisamment significatifs dans la perspective de l'enjeu du traitement.

Nous parlerons de convergence entre les ressources chaque fois qu'une thématique significative en regard de l'enjeu du traitement sera reprise par les acteurs participant aux différentes ressources à l'étude (neuf ressources) ou à la plupart d'entre elles. Rappelons que pour chacune des ressources, nous avons au préalable dégagé, en fonction des différentes rubriques, les thèmes clés autour desquels se rejoignent les récits des différents acteurs et groupes d'acteurs (usagers, intervenants et responsable de la ressource). En cours d'analyse, nous avons donc opéré de nombreux va-et-vient entre les récits individuels et ce qui émergeait comme convergences plus globales. Cette démarche nous a permis de demeurer attentives, au fil du processus d'analyse, aux différences qui faisaient jour.

Il faut enfin souligner que le découpage des récits en rubriques est en partie artificiel et qu'en pratique, leurs contenus se recouvrent en partie. C'est aussi dans les rapports qui se tissent entre elles que ces différentes rubriques prennent leur véritable sens. Leur mise en résonance permet de

reconstituer la vie et le projet singulier des ressources alternatives de traitement en santé mentale, ainsi que leur place dans le champ des programmes d'intervention en santé mentale.

On pourrait dire que les thèmes qui ressortent des entrevues ne sont pas nouveaux et que leur importance dans le champ de la santé mentale fait généralement consensus. Toutefois, ce qui leur donne ici une portée et une valeur particulières tient à la richesse de la manière dont les personnes en ont parlé, à la façon dont les termes utilisés semblent toucher au plus près une expérience toujours singulière, voire « authentique ». Pour donner une impression plus directe de la texture de ces récits et de leur sens pour les personnes, nous avons décidé de donner une grande place à la parole des personnes rencontrées et d'entrelacer leurs voix en indiquant par ailleurs chaque fois clairement de quelle voix il s'agit².

PLURALITÉ DES RESSOURCES ALTERNATIVES DE TRAITEMENT: LE TRAVAIL AVEC DES PERSONNES PSYCHOTIQUES COMME RÉVÉLATEUR

Si la ligne générale de notre propos concerne fondamentalement l'ensemble des ressources étudiées, il nous arrivera parfois, pour illustrer le caractère pluriel des ressources alternatives de traitement, de nous référer plus particulièrement aux expériences de certaines des ressources, en particulier celles qui travaillent avec des personnes psychotiques, que ce soit ou non de façon privilégiée. Soulignons que cela concerne six des neuf ressources à l'étude³. Considérées globalement, les ressources alternatives de traitement qui travaillent avec des personnes psychotiques se partagent en fait en deux grands groupes. D'une part, certaines ressources travaillent depuis leur origine, d'abord et fondamentalement, avec des personnes psychotiques, et ont développé à cet égard un savoir-faire et un savoir-être particuliers. Deux des ressources étudiées appartiennent à ce groupe. Ces ressources sont aussi des milieux d'hébergement. D'autre part, d'autres ressources ont fait le pari de travailler avec des personnes vivant différents types de

2. Les extraits des différents participants sont identifiés par les abréviations *us.* (usager), *int.* (intervenant) et *resp.* (responsable de ressource). Des lettres de A à I identifient les différentes ressources.

3. Les autres ressources ayant participé à la recherche ne travaillent pas avec des personnes psychotiques (pour ces ressources, il s'agit même presque d'un critère d'exclusion), ce qui doit se comprendre davantage en matière de contraintes que de choix, et beaucoup en lien avec l'intensité des programmes qu'elles offrent le plus souvent dans un cadre très structuré; ce dernier est perçu comme peu approprié pour des personnes psychotiques.

problèmes graves en santé mentale, dont la psychose. Ces ressources sont principalement des milieux de jour. Il faut noter que les ressources qui se sont donné comme mandat de travailler avec différents types de difficultés, dont la psychose, semblent avoir été elles-mêmes interrogées par ce que demande un travail avec des personnes psychotiques, et qu'elles tendent à mettre l'accent sur des termes clés qui se rapprochent de ceux que privilégient les ressources plus directement « spécialisées » dans les questions de psychose ; on note une insistance particulière sur la singularité de la personne.

Ce regard plus précis que nous porterons par moments sur les ressources alternatives de traitement qui travaillent avec des personnes psychotiques nous permettra d'illustrer à la fois la pluralité des ressources alternatives de traitement et la pluralité des réponses à la psychose et aux interrogations que la confrontation à ce type d'expérience soulève inévitablement. Les récits que nous avons recueillis montrent que la confrontation à l'altérité de la psychose, comme à d'autres expériences complexes de difficultés et de souffrance psychiques et relationnelles, n'a pas fini de mettre en question et de mobiliser la réflexion de ceux qui œuvrent dans ce contexte ; leur questionnement concerne les savoir-faire et les savoir-être qui paraissent les plus appropriés pour tenter de répondre à la psychose de manière non pas technique, mais humaine.

L'ATMOSPHERE

On a souvent parlé de l'atmosphère froide, dévitalisée, marquée par l'absence de stimulations sensorielles et affectives de certains établissements psychiatriques¹. Ce portrait sombre reflète sans doute de moins en moins la situation qui règne dans la plupart des établissements psychiatriques contemporains. Par ailleurs, dans les milieux de pratique en santé mentale et en psychiatrie, ce qui tient à l'atmosphère du lieu n'est pas toujours établi et reconnu comme une dimension pleinement significative qui participerait directement au caractère thérapeutique des milieux concernés. Les récits que nous avons recueillis mettent pourtant en évidence la grande importance que certaines qualités de l'atmosphère peuvent revêtir dans des trajectoires thérapeutiques singulières.

Lorsque les personnes que nous avons rencontrées nous ont parlé de l'atmosphère des ressources alternatives, elles l'ont fait en des termes qui évoquent leur sentiment général de se trouver dans un lieu accueillant, où il fait bon vivre. Elles ont aussi attaché beaucoup d'importance aux liens qui s'y tissent, qu'il s'agisse des liens entre usagers et intervenants, ou encore des liens entre usagers. Elles nous ont parlé de la manière dont les usagers se sentent reconnus dans leur dimension profondément humaine; elles ont aussi évoqué la ressource alternative comme un lieu offrant un ancrage, réel et symbolique, aux personnes qui la fréquentent.

La majorité des ressources alternatives de traitement considèrent que la qualité de l'atmosphère qu'elles créent caractérise leur position comme ressource alternative et communautaire: « des ressources imbriquées dans la communauté », « à taille humaine », préoccupées par la « qualité de

1. Voir notamment Racamier *et al.* (1973).

l'accueil»². Les intervenants et les responsables y associent aussi une dimension directement thérapeutique. De leur côté, les usagers soulignent souvent l'importance de ce registre, et leurs récits montrent à quel point les ressources s'y investissent.

1. UN LIEU OÙ IL FAIT BON VIVRE

La qualité particulière de l'atmosphère qui prévaut dans les ressources alternatives de traitement est soulignée dans de nombreux récits, qui indiquent comment la texture riche de cette atmosphère touche à la fois au lieu et au lien. Souvent, en effet, la qualité du climat humain et celle de l'environnement physique paraissent étroitement associées: «*J'étais complètement ébloui [par la maison], je l'ai adoptée [...] J'ai vu la grande cuisine, la grande table [...] wow [...] tout le monde assis au souper [...]*» (us. 2, ress. A). «*Au départ, les personnes choisissent la ressource parce qu'elles trouvent la maison belle, elles aiment l'atmosphère*» (resp. ress. A). La plupart des personnes interrogées relèvent aussi la «*chaleur*» de l'atmosphère qui règne dans les ressources alternatives de traitement: «*une espèce de chaleur humaine*» (us. 2, ress. G). «*Au départ, j'ai senti une chaleur, puis l'atmosphère [...] les bras étaient comme ouverts*» (us. 1, ress. C). Une dimension de plaisir apparaît aussi associée à certains espaces et à des moments particuliers:

Je trouve difficile de décrire une atmosphère. Mais ce que je trouve particulier c'est que les gens cohabitent, sont heureux de se rencontrer, et pourtant il n'y a pas de grandes conversations, puis les gens n'entrent pas dans leurs difficultés non plus [...] Il y a souvent de l'humour [...] l'atmosphère est très enjouée mais jamais survoltée (int. 1, ress. C).

«*Moi qui n'étais pas habituée de m'amuser chez moi, dans ma famille, j'ai appris aussi à rire*» (us. 1, ress. G). De façon générale, les ressources alternatives de traitement n'apparaissent pas comme des lieux où règne l'austérité.

C'est aussi un espace proche d'une vie ordinaire, riche en dimensions, en sens et en repères, un espace qui donne accès à un «*milieu de vie à la mesure des gens*», «*près de la réalité quotidienne*», «*comme une continuité par rapport à ce que les gens vivent*» (int. 1, ress. C). «*Ils peuvent vivre une vie relativement ordinaire, une vie aussi où ils ont du confort, où on transmet aussi beaucoup de valeurs de dignité, de respect, de qualité de vie*» (resp. ress. A).

2. Voir RRASMQ (1999a).

La description de la ressource comme un lieu où il fait bon vivre paraît centrale, tout en restant par ailleurs insuffisante. En effet, dans une perspective plus dynamique, la ressource alternative de traitement est aussi décrite comme un endroit qui crée et travaille les liens, comme un lieu d'ancrage réel et symbolique qui est souvent le point d'appui d'une mise au travail personnelle.

2. UN LIEU QUI CRÉE ET TRAVAILLE LES LIENS

Les dimensions sociales et relationnelles occupent une place centrale et déterminante dans les ressources alternatives de traitement, comme le mettent en évidence la majorité des récits. De manière plus générale, on souligne qu'un « *être humain, c'est un être de société* » (int. 2, ress. C).

Les ressources alternatives de traitement sont ainsi décrites comme un « *lieu qui crée et travaille les liens* », qui met « *l'emphase [sic] sur la relation* » (int. 2, ress. C) ; un endroit où s'exprime « *une approche avant tout relationnelle* » (int. 1, ress. F). « *Ça occupe toute la place ici, le relationnel, le social* » (us. 1, ress. D) ; « *le relationnel est présent tout le temps* » (resp. ress. G) ; « *tout se passe en groupe ici* » (us. 1, ress. E). « *Nous sommes un milieu communautaire, nous ne sommes pas un bureau privé de psychologues [...] nous sommes là pour des personnes qui ont besoin d'un milieu de vie* » (resp. ress. C).

Il s'agit là d'une dimension dont les ressources alternatives de traitement soulignent la portée thérapeutique. En effet, la vie sociale et relationnelle « *ici est bien importante, et je pense guérissante* » (int. 2, ress. E). « *C'est très aidant pour les personnes d'être toujours en lien avec d'autres [...] Tout à coup, c'est chaud autour d'elles, et ça, je pense que c'est une des choses importantes* » (int. 1, ress. E). « *Je pense que les gens viennent beaucoup chercher le rapport à l'autre, la capacité d'être en lien* » (int. 1, ress. C).

2.1. UNE QUALITÉ DE RENCONTRE ENTRE USAGERS ET INTERVENANTS

Dans un tel contexte général, et quel que soit leur statut dans la ressource, les personnes interrogées s'entendent pour souligner la très grande qualité de la rencontre entre les usagers, d'une part, et les intervenants, de l'autre ; une rencontre perçue comme ancrée dans une commune humanité : une « *rencontre humaine* » (resp. ress. D), « *on fait partie de la même humanité* » (int. 2., ress. I). Les récits permettent de préciser ce trait général et de faire ressortir les manières dont il s'incarne, ouvrant ainsi sur le rôle fondamental que possède cette dimension, tant dans les ressources que dans les trajec-

toires des usagers. Les récits évoquent parfois des liens plus personnels avec certains intervenants. Toutefois, quand les personnes interviewées parlent de la qualité de la rencontre entre usagers et intervenants et de son effet significatif, elles font le plus souvent référence à plus d'un intervenant. La plupart du temps, ce sont plusieurs intervenants ou le groupe lui-même des intervenants qui paraissent significativement investis. La qualité de cette rencontre est perçue comme un point d'appui qui permet à l'usager d'aller plus loin dans le travail sur soi.

Un premier trait qui ressort ici est la **très grande présence** des intervenants dans la vie quotidienne des ressources alternatives de traitement : « *Les intervenants font partie de notre quotidien* » (us. 2, ress. H) ; « *on vit ici toute la semaine* » (int. 2, ress. C) ; « *ils vivent avec nous* » (int. 1, ress. F) ; « *on vit ensemble* » (resp. ress. D). Les récits des différents acteurs attestent l'importance de cette présence et de la disponibilité au quotidien des intervenants : « *N'importe quand, quand ça n'allait pas, le personnel était là* » (us. 1, ress. B) ; « *on est là, disponible et prêt à les aider* » (int. 2, ress. B).

De manière plus fondamentale encore, les récits insistent sur la qualité de cette présence. Les usagers parlent de leur sentiment que les intervenants leur offrent **une écoute et une présence véritables** : « *Je me suis sentie vraiment écoutée, regardée et comprise* » (us. 1, ress. F) ; « *pour la première fois, j'avais l'impression que quelqu'un m'écoutait* » (us. 1, ress. D) ; « *Claire qui est là présente [...] je sentais qu'elle était vraie* » (us. 1, ress. E) ; « *ils sont très très à l'écoute [...] toujours à l'écoute* » (us. 1, ress. A). Les récits des intervenants évoquent pour leur part le souci « *d'accueillir les paroles, le vécu, en prenant le temps, en entendant vraiment, en écoutant vraiment la personne dans ce qu'elle est, dans ce qu'elle souhaite* » (int. 1, ress. A), de « *prendre le temps d'être avec la personne* » (int. 1, ress. G), « *un souci d'écoute de plus en plus véritable* » (int. 2, ress. F).

Les liens qui se tissent entre usagers et intervenants ont en fait une signification très particulière dans les milieux de pratique en santé mentale. Les récits en font ressortir tout l'enjeu, particulièrement dans le cas de ressources qui accueillent souvent des « *personnes pour qui le lien est aussi dangereux que le non-lien* » (int. 2, ress. I), « *des personnes qui ont des difficultés relationnelles très intenses* » (int. 2, ress. G).

À la base de ces liens se trouve la possibilité essentielle d'établir une relation de confiance et de respect. Les personnes découvrent à la ressource « *énormément de respect* » (us. 1, ress. E), « *un espace de confiance souvent nouveau pour elles* » (int. 1, ress. F), « *une relation où il y a du respect, une parole qui tient* » (resp. ress. A). « *La personne sait qu'elle peut compter sur nous* » (int. 1, ress. B). « *On peut compter sur eux* » (us. 2, ress. G). Pour plusieurs personnes, il s'agit là d'une expérience nouvelle. La possibilité de faire vraiment confiance,

parfois inconnue jusqu'alors, permet de s'abandonner et de « *laisser sortir ce qui a à sortir* » (us. 2, ress. C), de « *briser le silence* » (us. 1, ress. G), voire de « *se livrer complètement* », à « *quelqu'un qui pouvait écouter toutes mes douleurs* » (us. 2, ress. D).

Les récits d'usagers, mais aussi ceux d'intervenants, indiquent que les liens peuvent aussi revêtir une tonalité affective particulièrement exigeante pour les intervenants. Il s'agit d'une relation toujours en quête d'un équilibre entre une part de proximité, réelle et symbolique, et le maintien d'une distance. (Nous revenons sur cet enjeu un peu plus loin dans ce chapitre, ainsi que dans le chapitre 10.) « *Il y a un attachement. Je pense qu'elles aussi s'attachent [...] Puis, de ça, je n'en avais jamais eu* » (us. 1, ress. G) ; « *le lien d'attachement, il se passe pour moi aussi* » (int. 2, ress. I) ; « *mes principales réussites, je crois qu'elles ont été sur un plan affectif* » (int. 2, ress. G). La même intervenante relate l'expérience significative d'un accompagnement « *sur le plan de la relation, de l'affectivité, de la bonne mère* » ; elle évoque aussi chez les usagers des expériences et des moments de souffrance particulièrement intenses, face auxquels la réponse la plus juste pourrait être celle d'« *un espèce de rapport affectif profond* ».

Plusieurs récits soulignent l'importance d'un lien réel et, en corollaire, la nécessité de préserver un « *espace pour la relation réelle* » (resp. ress. E) ; « *je pense que les personnes usagères ont besoin de ça* » (int. 1, ress. G). Ils évoquent aussi « *un lien authentique* » (us. 2, ress. E), « *une relation pas technique avec les gens, une relation humaine* » (int. 1, ress. F). Les récits d'usagers et d'intervenants de différentes ressources montrent que ces derniers se laissent toucher et émouvoir par la souffrance des personnes qu'ils accompagnent : « *Les intervenants disaient : "on est humain"* » (us. 2, ress. G). La même usagère évoque un « *véritable don de soi* » de la part des intervenants.

L'idée d'une proximité dans la relation se dégage fortement de plusieurs récits d'usagers ; elle rejoint ce que nous avons évoqué d'une appartenance humaine commune, comme si les intervenants acceptaient véritablement la part d'humanité qui est la leur à travers leur travail et dans les relations avec les personnes ; comme si, parfois, « *les intervenants ressentaient ce qu'on avait* » (us. 1, ress. G). Les intervenants en parlent également, mais peuvent aussi commenter la tension que cela crée (voir à ce propos le chapitre 11).

2.2. UNE QUALITÉ DE RENCONTRE ENTRE USAGERS

C'est aussi entre les personnes qui fréquentent les ressources alternatives de traitement que ce tissu social crée des liens parfois très significatifs. Cette qualité de la rencontre entre usagers ressort ainsi comme étant particulièrement

rement significative dans la majorité des ressources et dans les récits des différents acteurs. Plusieurs mettent l'accent sur l'importance de la solidarité qui se développe entre les usagers, « favorisée par la ressource et par le travail qui s'y poursuit » (int. 1, ress. C). Les récits évoquent aussi le développement d'une plus grande tolérance face à l'autre.

Les personnes interrogées soulignent en particulier le caractère le plus souvent aidant des liens entre les usagers. Elles parlent de l'importance du soutien et de l'entraide que ces personnes peuvent s'apporter entre elles, notamment par le partage d'expériences et la compréhension de l'autre, « une compréhension rarement trouvée ailleurs » (us. 2, ress. G). « L'entraide prend une place extrêmement importante [...] ça a des aspects thérapeutiques au-delà de ce qu'on peut imaginer » (resp. ress. E).

Les récits illustrent la manière dont de tels liens peuvent contribuer au cheminement des personnes: « J'ai pu voir la misère que quelqu'un peut avoir, j'ai pu connaître des choses des vies des autres personnes qui étaient comme moi. J'ai partagé de la sagesse [...] puis j'ai reçu en récompense plus de confiance » (us. 2, ress. A). « À travers certains liens qui se créent, les personnes peuvent travailler des choses [...] par exemple la fille et la mère substitués » (resp. ress. G). « C'est quasiment moi la plus affectueuse [...] puis avant je n'étais pas comme ça [...] j'étais plus [...] ça c'est ma place puis je vais la défendre » (us. 1, ress. C). La rencontre peut permettre d'apprendre « à apprivoiser et à tolérer l'autre », et même parfois de « découvrir des parties de soi » (resp. ress. A) ; « des fois ça les brasse, ça les allume » (int. 2, ress. A). Dans certains cas, cet effet des liens entre les usagers peut même être plus grand que celui des relations avec les intervenants. Dans certaines ressources, les différents acteurs mettent particulièrement en évidence l'importance des liens qui se tissent à travers les ateliers et la thérapie de groupe, « des liens très intimes » parfois. « Parce que les gens parlent d'eux du plus intime d'eux-mêmes, il y a des petits fils qui courent, d'énergie, de l'un à l'autre, des liens se tissent » (resp. ress. C) ; « des gens qui se tiennent entre eux par rapport à des aspects extrêmement difficiles qu'ils ont vécus » (resp. ress. E).

On parle aussi du plaisir d'être ensemble, souvent favorisé par l'existence dans la ressource d'espaces et de moments particuliers. Les récits montrent encore que de véritables liens d'amitié peuvent se créer entre les personnes qui fréquentent la ressource alternative de traitement ou y séjournent, des liens qui, dans certains cas, perdurent après le départ de la ressource.

3. UN REGARD CONSTRUCTIF POSÉ SUR LA PERSONNE

À un niveau peut-être plus fondamental, l'atmosphère générale qui prévaut dans les ressources alternatives de traitement est aussi caractérisée par la qualité du regard porté sur les personnes, par l'image positive que porte et transmet ce regard.

La personne se sent non seulement « *acceptée comme j'étais* » (us. 2, ress. H), mais aussi reconnue : « *Je me sentais perçue comme une personne de qualité, une personne unique* » (us. 1, ress. F), comme « *quelqu'un qui en valait la peine... et ça venait du fond du cœur* » (us. 2, ress. G) ; « *je sentais surtout qu'il croyait en moi [...] que j'allais réussir à faire quelqu'un de moi* » (us. 2, ress. F). Ces propos revêtent une signification et une acuité particulières pour des personnes qui ont une piètre estime d'elles-mêmes. Plusieurs usagers ont observé que ce regard les aide à se regarder et à « *se traiter autrement* » (us. 1, ress. E). « *Elle ne me voyait jamais laide comme moi je me voyais... elle percevait l'être, la personne [...] c'est à l'être et à la personne qu'elle s'adressait et elle respectait beaucoup ça. Je sentais qu'elle reconnaissait mes forces, mon cheminement* » (us. 2, ress. E). Les récits d'intervenants insistent aussi sur la dimension d'espoir en l'être humain qui anime leur travail : « *L'espoir qu'ils vont s'en sortir à leur façon* » (resp. ress. A), « *l'espoir que les personnes profondément blessées, malgré une histoire abominable, qui les a presque tuées, peuvent s'en sortir* » (int. 2, ress. G). « *Si on n'avait pas confiance dans les gens, ça ne marcherait tout simplement pas* » (int. 2, ress. A).

Parfois, on a l'impression qu'il s'agit là d'une expérience nouvelle pour la personne : « *On ne s'était jamais adressé à moi comme ça* » (us. 1, ress. D). « *Ils ne se sont jamais servis de mon diagnostic* » (us. 1, ress. A). Un usager note qu'à la ressource alternative, on a la « *permission d'être ce que l'on est* » (us. 1, ress. D). « *Les personnes s'aperçoivent qu'elles sont prises au sérieux* » (int. 1, ress. B). L'idée de dignité ressort ici de manière significative : « *On s'adresse à quelqu'un qui est digne* » (int. 2, ress. B) ; « *les personnes se sentent dignes d'être aimées* » (resp. ress. F) ; « *c'est comme si les gens retrouvaient leur dignité* » (resp. ress. E). « *Je me sentais perçu comme quelqu'un qui habitait ici, pas juste qui avait besoin d'aide mais qui voulait aider aussi* » (us. 2, ress. A).

En même temps, cette image positive véhiculée et transmise dans la ressource alternative de traitement demeure une image réaliste, celle « *d'un être humain avec ses forces et ses faiblesses [...] parce que je ne suis pas parfaite, et j'ai encore des choses à travailler* » (us. 1, ress. F).

Un tel regard constructif s'inscrit généralement dans des pratiques qui valorisent la personne, telles des activités de création, des possibilités d'engagement dans la vie associative et dans certains lieux de décision, la possibilité aussi de participer directement et concrètement à la mise en

place et au déroulement de certaines activités : « *On fait beaucoup de place à leur donner de l'importance, à croire en elles, à leur donner toutes sortes de moyens pour qu'elles s'explorent* » (resp. ress. G). « *Dès que tu es capable de voler [...] on va t'appuyer un petit peu.* » « *On vit plein de petits succès [...] ça aide* » (us. 1, ress. D).

4. UN LIEU D'ANCRAGE RÉEL ET SYMBOLIQUE

De manière plus large, les personnes interrogées ont parlé de la base solide, à la fois réelle et symbolique, que permet de découvrir et d'expérimenter la ressource alternative de traitement, une base qui semble soutenir l'ensemble du cheminement de la personne. Les personnes qui fréquentent les ressources alternatives de traitement parlent ici de sécurité, d'appartenance, d'une « *bonne maison* ». Un tel sentiment d'appartenance se réfère à la fois au lieu et au groupe. Ainsi, un usager évoque comment « *chaque jour, je me sentais comme si j'appartenais de plus en plus à une bonne maison, à un endroit où la santé, où l'air était plus pur [...] où on vit harmonieusement [...] c'était comme plus d'appartenance, plus de vie sociale, plus de soutien moral* » (us. 2, ress. A). Une autre insiste sur l'importance que revêt pour elle le « *sentiment global d'hospitalité* » éprouvé lors du séjour dans la ressource alternative de traitement : « *C'est une maison, ça dit chaleur, hospitalité, bien-être [...] l'aspect symbolique de la maison. Mais ça l'est aussi en réalité* » (us. 2, ress. F).

De leur côté, les intervenants et les responsables de ressources alternatives de traitement évoquent les « *bonnes choses* » et les « *bons objets* » que les usagers trouvent à la ressource (int. 1, ress. A). On parle de cette dernière comme d'un « *lieu d'ancrage* » (resp. ress. E), un « *lieu où la personne peut venir se déposer* » (resp. ress. A), une « *base humaine* » (int. 2, ress. H), un « *lieu de reconnaissance* » (resp. ress. D). On parle de « *cohérence* », de « *continuité* », de « *consistance* », de « *stabilité* » (int. 1, ress. B). « *Les personnes sont très sensibles à cette cohérence* » (int. 1, ress. A). Il y a « *plein d'éléments qui font qu'un être humain peut se sentir en sécurité dans son environnement* » ; les personnes « *peuvent se construire une sécurité* » à la ressource (resp. ress. A). Ces mots rejoignent ceux de plusieurs usagers. Ils disent avoir trouvé « *quelque chose de sécurisant* » dans la « *transparence* », la « *cohérence* », la « *vérité* » qu'ils associent à la ressource alternative de traitement (us. 1, ress. D).

Dans certains cas, la ressource peut devenir un point de repère important et significatif pour la personne dans la poursuite de sa trajectoire après qu'elle a quitté la ressource alternative de traitement : « *C'est ma base* » (us. 2, ress. A). « *Si c'est possible, si c'est nécessaire, on va maintenir les liens [...] On sait que beaucoup de choses sont rendues possibles grâce à ça* » (resp. ress. B). Ce même responsable évoque un ancien usager qui vient désormais « *déposer ses idées délirantes* » à la ressource.

5. LA PART DU NÉGATIF

La richesse de l'atmosphère des ressources alternatives de traitement telle qu'elle se dégage des récits pourrait donner l'impression d'une vision homogène, voire idyllique de ces ressources. Faut-il dès lors voir ces ressources comme de petites communautés sans aspérités, étanches de toute trace de négativité, ce qui serait en soi presque inquiétant de par ce que cela pourrait cacher? Ce n'est pas une telle vision qui ressort de ce que les personnes nous ont dit.

Différents récits montrent que le conflit et parfois la violence ne sont pas absents des ressources alternatives de traitement. Ils laissent aussi supposer que ces tensions touchent peut-être davantage certaines ressources ou encore, peut-être, que ces traits sont plus facilement exprimables dans certaines d'entre elles. Le conflit et la violence peuvent surgir soit dans les relations entre usagers, soit entre usagers et intervenants, ou encore au sein de l'équipe de travail elle-même.

Dans une des ressources, les différents récits relatifs à l'atmosphère semblent chargés d'une intensité particulière, tant dans un sens positif, en termes affectifs, que dans une sorte de négativité qui s'exprime à travers des conflits parfois importants, qui engagent aussi l'équipe de travail et se manifestent dans la récurrence de situations de boucs émissaires.

Par ailleurs, l'impression que les débordements en matière de conflits et de violence restent rares dans les ressources alternatives de traitement se dégage des récits, comme si ces ressources offraient un «contenant» suffisant pour circonscrire ces phénomènes, manifestant aussi une consistance, une force interne importantes.

Quelques usagers, peu nombreux parmi ceux que nous avons rencontrés, font état de la lourdeur du climat qui prévaut dans la ressource. L'un d'eux évoque ainsi des périodes où y régnait un «*climat lourd psychologiquement*», tout en relevant le rôle important qu'ont alors joué les intervenants pour «*concilier*» (us. 2, ress. B). En même temps, note l'usager, «*moi je collaborais pour enlever la violence*». La même personne relate une situation où la ressource a déployé de nombreux efforts pour réussir à garder dans la ressource un usager agressif, une situation dans laquelle les autres usagers ont eux aussi été mis à contribution.

Dans une autre ressource, une intervenante fait état d'une crise importante entre intervenants, qui est survenue lors d'une situation conflictuelle concernant des usagers. Cette crise a conduit à un réaménagement important des pratiques. Dans ce cas particulier, les récits d'usagers de la même ressource montrent l'effet positif qu'a eu sur elles ce réaménagement.

6. DES ZONES D'ÉCART

Il est intéressant de noter que c'est au niveau des récits des intervenants et des responsables que surgissent le plus clairement certains points d'écart entre les ressources alternatives de traitement. De façon générale, dans chacune des ressources, on observe une grande convergence entre les récits des différents acteurs quant à l'atmosphère de la ressource. Les différences qui se font jour dans une même ressource en regard de certains thèmes semblent davantage relever de particularités individuelles que refléter de véritables tensions à l'intérieur de la ressource concernée, sauf sur quelques points que nous signalerons au fur et à mesure. Les zones d'écart les plus significatives relatives à l'atmosphère démarquent donc essentiellement les ressources les unes des autres.

Ainsi, si la grande majorité des ressources alternatives de traitement étudiées témoignent d'un investissement qualitatif important dans l'atmosphère de la ressource, une minorité d'entre elles choisissent une orientation différente, pour des raisons d'abord thérapeutiques mais aussi, et en même temps, philosophiques: que ce soit au nom d'une éthique de non-intervention ou « *d'intervention minimale* » (resp. ress. B) ; ou encore au nom du souci de ne pas confondre les plans et de garder distinct ce qui relève de la réalité et ce qui relève du registre clinique. Plutôt que « *des choses réelles, ce qu'on a voulu créer c'est un lieu de travail symbolique* » (int. 2, ress. I) ; « *pour les personnes usagères, il n'y a pas de vie sociale réelle* » à partir de la ressource alternative de traitement ; « *le but c'est qu'ils aient une vie sociale symbolique* » (int. 1, ress. I). Dans les ressources qui semblent ainsi vouloir se placer comme en retrait pour laisser advenir le travail intime de la personne, ce qui relève de l'atmosphère apparaît beaucoup moins présent dans les récits des intervenants que dans ceux des usagers. « *Paradoxalement, ce qui fonctionne ici, c'est précisément ce qu'on ne leur donne pas* » (int. 2, ress. I).

Dans ces dernières ressources, le souci de réserve et la préoccupation de maintenir une distance dans les relations sont posés comme des postulats de pratique plutôt que mis en question par les responsables et les intervenants. Par ailleurs, les récits des usagers de ces ressources font entendre autre chose et apparaissent plus contrastés. Certains évoquent et déplorent une impression de manque, notamment en relation au lien avec les intervenants. « *C'est un peu drôle qu'on partage toutes ces choses-là et on ne connaît pas beaucoup sur les thérapeutes* » (us. ress. I). D'autres, parfois les mêmes, évoquent la qualité affective de leurs relations avec les intervenants, ce qui tranche avec le souci de distance évoqué par ces derniers.

La majorité des ressources alternatives de traitement étudiées privilégient toutefois une option différente, comme s'il s'agissait pour elles de remobiliser quelque chose de l'humain à travers une chaleur qui demande des liens réels et une vie communautaire.

Pour les intervenants qui travaillent dans ces ressources, ce choix pose un défi particulier que plusieurs définissent explicitement : l'exigence d'un équilibre entre proximité et distance dans les relations entre intervenants et usagers, dès lors que les intervenants s'inscrivent dans une « *approche plus affective qu'intellectuelle de la relation* », comme le souligne un intervenant (int. 1, ress. A) ; dès lors aussi qu'ils acceptent de jouer différents rôles auprès des personnes, souvent en partageant avec elles certains aspects de la vie communautaire tout en « *restant axé sur le monde de la personne* » (int. 1, ress. A). « *C'est tellement exigeant d'avoir à constamment se laisser aller puis se retenir* » (int. 1, ress. C) ; « *on est confronté dans nos frontières* » (int. 1, ress. F). Nous reviendrons sur cet aspect au chapitre 11.

L'écart des positions entre les ressources qui font le pari d'un investissement qualitatif de l'atmosphère et celles, beaucoup moins nombreuses, qui revendiquent une éthique de réserve, se traduit très concrètement dans la vie de la ressource, par exemple au niveau des repas, dans un cas non partagés et par principe séparés : « *on ne mange pas avec les gens ici, on est là pour les aider* » (int. 1, ress. B) ; et dans l'autre, au contraire rituellement partagés. « *On mange ensemble, c'est très délicat la relation quand tu reçois quelqu'un en thérapie puis qu'il y a cette relation proximité-distance [...] il faut toujours être attentif. Et tout ça dans le respect et la confiance* » (int. 2, ress. C).

Cet écart traverse les ressources qui travaillent de façon privilégiée avec des personnes psychotiques. Ces dernières mettent de l'avant et expérimentent deux perspectives différentes pour l'abord et le travail avec des personnes psychotiques, faisant en sorte qu'il adienne quelque chose pour la personne. Ainsi, à l'instar de la majorité des ressources alternatives de traitement dans cette étude, une ressource privilégie une atmosphère nourrissante, à partir de l'hypothèse que lorsqu'on donne beaucoup, y compris en matière de lien et de chaleur, les personnes trouvent la possibilité de se construire une sécurité de base, intérieure, qui leur permet, à un certain moment, de s'élancer vers l'extérieur. Dans cette même ressource, le maintien d'une dimension de manque et d'une part de distance est assuré par une alternance entre des temps de présence et des temps d'absence de la part des intervenants. Une autre ressource prône plutôt le maintien d'une réserve face à l'autre : « *On essaie de faire en sorte que ce soit la personne qui vienne nous demander quelque chose, qu'elle se serve de nous* » (int. 1, ress. B).

Cela n'empêche pas une large disponibilité des intervenants, une disponibilité qui, si l'on se fie à ce qui se dégage des récits des usagers, se révèle d'ailleurs immense.

Les ressources qui investissent qualitativement l'atmosphère justifient généralement cette option en référence à leur projet thérapeutique. Certaines dimensions de l'atmosphère sont ainsi sollicitées dans le travail thérapeutique, mobilisées pour accompagner un mouvement intérieur chez la personne. Les récits de plusieurs usagers illustrent la manière dont cette perspective s'incarne par exemple dans l'établissement progressif d'un lien de confiance et d'un lien réel à autrui, dans l'appropriation de cette possibilité; ils indiquent à quel point c'est là la source d'une expérience profonde de sécurité et de cohérence qui, selon l'expression d'un intervenant, peut porter la possibilité d'une « *continuation de ce que la personne est comme être* » (int. 1, ress. A). Faut-il penser que les différentes dimensions de l'atmosphère sont de part en part subordonnées au thérapeutique dans les ressources alternatives de traitement? C'est un portrait plus complexe des relations entre la thérapie et les différents registres dans lesquels se déploie l'atmosphère de la ressource qu'évoquent les récits: « *le côté humain, relationnel, affectif, communautaire, avec la thérapie* » (int. 1, ress. G). Quelques-uns des usagers, peu nombreux, semblent investir presque exclusivement ce qui a trait directement à la thérapie dans la ressource qu'ils fréquentent ou ont fréquentée. C'est à cette thérapie que ces personnes font référence dans leurs récits; lorsqu'elles évoquent l'atmosphère, elles le font en demeurant à distance. Par contre, les témoignages de la majorité des usagers, qu'ils soient de la même ressource ou non, évoquent au contraire quelque chose de « *plus que thérapeutique* » qu'ils ont rencontré lors de leur passage par la ressource alternative de traitement: « *ce qui se passe là, c'est plus que thérapeutique* » (us. 2, ress. G).

Par ailleurs, dans le cas d'une des ressources à l'étude qui mise beaucoup sur l'ici et maintenant, l'essentiel du travail semble se jouer autour de la question de l'atmosphère et plus particulièrement de ses dimensions relationnelles. « *Je pense que ce n'est pas tant le programme de thérapie qui est aidant ici que le fait de vivre avec, et d'être entourés toujours d'intervenants* » (us. 1, ress. H).

6

LA PHILOSOPHIE

L'étude des ressources alternatives de traitement en santé mentale illustre avec éloquence l'importance de ce que l'on pourrait appeler la philosophie de pratique qui sous-tend de manière générale un champ d'intervention, qu'elle demeure implicite, comme c'est le plus souvent le cas, ou qu'elle soit formulée de manière explicite. Cette philosophie joue un rôle fondamental en déterminant ce qui est mis en place ou au contraire écarté dans un milieu de pratique particulier en santé mentale. Elle se reflète ici dans le ton général ou le style de la ressource, et dans la texture de l'ensemble des pratiques et des dispositifs mis en place. Une congruence importante se manifeste ainsi entre le registre de la philosophie et celui des pratiques.

Ce sont les récits des responsables de ressources et des intervenants qui expriment le plus explicitement la philosophie des ressources alternatives de traitement. La philosophie s'y exprime à la fois comme un discours et comme un retour réflexif et critique sur l'expérience, lequel prend beaucoup de place dans les récits. Du côté des usagers, c'est à partir de leur expérience que l'on peut inférer leur perception de la philosophie qui anime la ressource. En corollaire, ce sont donc aussi presque exclusivement les intervenants et les responsables qui déterminent des écarts entre les ressources ou dans une même ressource, et cela, beaucoup plus nettement que ce n'était le cas pour ce qui concerne l'atmosphère. On a l'impression que quand ils l'explicitent, ce qui compte pour les usagers se situe ailleurs et relève du fond commun que partagent les différentes ressources.

Les mentions faites de la philosophie dans les récits prennent la forme de questions qui ont trait à une conception et à une approche de l'humain et de la souffrance, et qui concernent les réponses à lui apporter; à la

nature du travail thérapeutique proposé et poursuivi dans la ressource alternative de traitement; aux valeurs et au cadre théorique auquel l'on se réfère dans la ressource; et à la vocation et au positionnement de la ressource par rapport à l'enjeu du traitement. En filigrane, c'est la question de l'identité particulière des ressources alternatives de traitement qui est aussi posée. Comme c'était le cas pour l'atmosphère, nous retrouvons ici d'importants points de convergence et certaines différences entre les ressources alternatives de traitement à l'étude.

Les convergences s'articulent autour de deux axes principaux qui forment comme un arrière-plan commun aux différentes ressources alternatives de traitement. Le premier axe concerne une préoccupation pour ce qu'il y a d'humain dans l'humain. Le deuxième axe est celui d'une vision de la ressource comme d'un lieu qui permet une mise au travail de la personne. Nous verrons par ailleurs qu'à partir de ces points de convergence se dessinent des nuances parfois significatives.

1. UNE PRÉOCCUPATION POUR CE QU'IL Y A D'HUMAIN DANS L'HUMAIN

Les ressources alternatives de traitement travaillent fondamentalement et directement avec l'humain et avec la souffrance. La confrontation à la souffrance y apparaît ainsi incontournable et essentielle¹. Les ressources alternatives de traitement se voient souvent décrites comme un « *lieu où les personnes peuvent faire entendre quelque chose de leur souffrance* » (int. 1, ress. B). En même temps, ces ressources refusent de cantonner à la souffrance la part de l'humain qui les préoccupe. De même, nous le verrons plus particulièrement au prochain chapitre, le travail thérapeutique qui s'y déploie vise à la fois le rapport à la souffrance et ce que nous pourrions qualifier de retour à la vie, avec des accentuations parfois différentes selon les ressources.

Le pari sur l'humain que font les ressources alternatives de traitement est souligné par l'ensemble des acteurs interrogés. Ainsi, chaque usager est considéré comme « *un être humain avant d'être un malade* » (us. 1, ress. D), « *un être humain avec ses forces et ses faiblesses* » (us. 1, ress. F), « *qu'est-ce que c'est qu'un être humain simplement* » (us. 1, ress. D). L'espace de la ressource se voit désigné comme « *un temps et un lieu pour être humains* » (resp. ress. D); « *une place qui laisse place à la personne [...] où elle peut s'exprimer, où elle a du*

1. Voir à ce propos la section « Faire place à la souffrance » du chapitre 7 et le chapitre 11.

temps» (int. 1, ress. I) ; « *un lieu où on va t'aider à devenir bon, à devenir grand, à devenir une personne aimante envers toi-même* » (us. 2, ress. F). « *Moi, je suis beaucoup plus sensibilisée par rapport à l'être humain* » (us. 1, ress. A).

Selon les différentes ressources, et particulièrement dans les récits des intervenants et ceux des responsables, l'humain est tantôt désigné comme un « sujet », tantôt comme une « personne ». Certaines ressources parlent ainsi davantage d'un accent sur « *la subjectivité plutôt que la maladie* » (int. 1, ress. A) ; « *la personne qu'on a devant nous, c'est un sujet, pas un objet* » (int. 2, ress. I).

Par ailleurs, dans tous les cas, les ressources alternatives de traitement semblent manifester peu d'intérêt pour la « maladie » comme telle et pour ses soubassements biologiques : « *La problématique que la personne nous présente a un sens [...] ce n'est pas une maladie [...] alors c'est de découvrir avec elle quel sens elle veut lui donner, lui donne et lui faire prendre* » (int. 1, ress. F). « *Si c'est la maladie, ce n'est plus la subjectivité. Nous, on y va plus avec la subjectivité* » (int. 1, ress. A). « *C'est une personne, ce n'est pas un client, ce n'est pas un bénéficiaire, ce n'est pas un numéro, ce n'est pas une maladie, ce n'est pas un problème. Et cette personne-là est en relation avec moi qui suis une personne. Alors moi, je me sens vraiment privilégié d'être en contact avec cette personne* » (int. 1, ress. F).

La préoccupation pour ce qu'il y a d'humain dans l'humain, dans laquelle se rejoignent l'ensemble des ressources, se décline plus précisément en deux grands motifs : une attention à la singularité de la personne, qui domine dans certaines ressources, et, plus globalement, une attention à la personne humaine qui prévaut dans d'autres ressources alternatives de traitement.

1.1. UNE ATTENTION À LA SINGULARITÉ DE LA PERSONNE

L'attention à la singularité de la personne est une préoccupation qui ressort significativement, dans la majorité des ressources, des termes dans lesquels les différents acteurs décrivent l'attitude qui y prévaut : « *Ils y vont selon la personne [...] Il n'y en a pas une qui est pareille. C'est comme ça qu'ils travaillent eux autres* » (us. 1, ress. A). « *Plus important que la question du "quoi faire", il faut savoir "à qui" on a affaire* » (int. 1, ress. B). « *L'art-thérapie aide à accéder au côté unique de chaque personne* » (int. 1, ress. C). « *Je me sentais perçue comme une personne unique* » (us. 1, ress. F). « *On s'adresse toujours à quelqu'un, à un sujet en particulier* » (int. 2, ress. B). Il s'agit encore de « *découvrir l'autre comme un autre pays* » (resp. ress. A).

Ce souci pour la singularité s'exprime de différentes manières : l'importance de respecter le rythme de chacun et de chacune, ou encore la nécessité d'adapter la nature du travail à cette singularité, de « *repren*

personnes] *là où elles ont été laissées [...] elles repartent de ce qu'elles sont de toute façon*» (int. 1, ress. A). Les récits des usagers insistent sur le fait qu'ils trouvent dans la ressource alternative de traitement la possibilité d'occuper l'espace thérapeutique de façon très personnelle, à leur propre rythme. Ainsi, dans les ressources qui s'y réfèrent, l'idée d'une attention à la singularité de la personne ne reste pas un point de philosophie; elle vient s'inscrire dans les pratiques et les dispositifs, beaucoup dans le sens d'une grande flexibilité sur laquelle nous reviendrons dans les prochains chapitres.

C'est dans les ressources qui travaillent de façon privilégiée avec des personnes psychotiques que cette notion apparaît avec le plus de clarté et d'insistance. Les récits des intervenants et des responsables de ces ressources parlent ainsi d'une forte préoccupation pour le monde psychique et pour la subjectivité, même dans ses aspects plus concrets, et c'est ce qui anime et oriente le travail avec les personnes; ils affirment aussi que l'intervenant n'est pas en position de savoir face à l'autre, les usagers étant considérés comme des sujets au plein sens du terme. Singularité et subjectivité apparaissent ici étroitement intriquées: « *On ne sait jamais comment ça va débouler pour quelqu'un [...] ça demande beaucoup d'humilité*» (resp. ress. A). « *Tout est à inventer tout le temps avec tous et chacun*» (resp. ress. B).

En résonance étroite avec ce thème, des intervenants et des responsables de ressources soulignent qu'il ne s'agit pas de demander aux personnes de changer, mais de leur permettre une « *continuation*», une « *extension*», « *de ce qu'elles sont*» (int. 1, ress. A). « *On ne leur demande pas de changer [mais] d'apprendre à vivre avec ce qu'elles sont*» (resp. ress. A). Dans une autre ressource, l'on évoque « *un abord toujours respectueux de chacun, de la façon dont chacun prend sa place et fait sa place à la mesure de ce qu'il est*» (int. 1, ress. B).

1.2. UNE ATTENTION À LA PERSONNE HUMAINE: REDONNER SON AMPLITUDE À LA PERSONNE SOUFFRANTE

Dans un certain nombre de ressources, la préoccupation pour ce qu'il y a d'humain dans l'humain s'exprime d'une autre façon, par une attention plus large à la personne humaine: « *Je les rencontre d'abord comme des personnes humaines en souffrance, qui ont une histoire*» (int. 2, ress. G). Ce qui se passe à la ressource alternative, « *c'est humain, précieux*» (us. 2, ress. G); « *que tout d'un coup ça puisse être plus humain autour d'eux*» (resp. ress. E). On continue à évoquer la singularité, mais elle est ici moins accentuée; ce n'est pas elle qui est placée au premier plan.

Cette idée d'une attention à la personne humaine s'exprime de diverses façons, en particulier comme une préoccupation pour la dignité de la personne : « *On porte le même désir : le respect puis la dignité de la personne* » (int. 2, ress. E). Les récits insistent aussi sur l'importance de toucher et de mobiliser plusieurs dimensions de la personne ; il s'agit de redonner une amplitude à une personne souffrante qui se trouve arrêtée dans son élan affectif, relationnel, vital et symbolique : « *Cet être veut trouver des moyens de grandir, de s'épanouir. Je pense que c'est au cœur de notre travail d'entrer en contact avec cet être-là pour entendre* » (int. 2, ress. C).

Cette importance de toucher et de mobiliser plusieurs dimensions de la personne se voit elle-même parfois associée à une conception de la personne qui insiste sur sa globalité : « *l'humain dans sa globalité, dans tout ce qui est l'être humain* » (us. 1, ress. D) ; « *une idée de moi comme personne globale* » (us. ress. I), « *entièrement holistique* », et « *ce n'est pas théorique* » (us. 2, ress. F) ; « *les gens sont vraiment considérés dans toutes leurs dimensions* » (int. 2, ress. F). On évoque aussi « *une démarche de réunification* » des différentes dimensions de l'humain (resp. ress. D) : « *Pour nous, c'est un tout la personne, c'est le corps, le cœur, l'esprit* » (int. 1, ress. F) ; « *l'un ne va pas sans l'autre, le physique et le mental* » (us. 1, ress. F).

Ainsi, les récits recueillis dans certaines ressources renvoient explicitement à une conception holistique de la personne comme formant un tout : physique et psychique, affectif et symbolique. Dans d'autres ressources, si l'on parle aussi de l'importance de toucher et de mobiliser plusieurs dimensions de la personne, on ne précise pas ce que l'on entend par l'humain qu'elles assument et que l'on perçoit en creux dans les différents récits. Ici, l'enjeu semble être plus généralement de redonner à l'humain toute son ampleur et son épaisseur.

À cette idée que la personne humaine est composée de différentes dimensions fait écho le fait que plusieurs ressources alternatives de traitement trouvent important de proposer plusieurs moyens, des voies plurielles à l'exploration de soi. Dans certaines ressources, il s'agit de permettre à chaque personne particulièrement de trouver ce qui lui « *correspond* », « *ce qui fait sens pour elle* » (resp. ress. D). On évoque « *un projet où on aborde la personne sous ses différents angles pour essayer de trouver la clé qui lui convienne. Parce qu'il y a des personnes qui sont comme des poissons dans l'eau en art-thérapie et pour d'autres personnes, c'est le corps [...]* » (int. 2, ress. C) ; « *il n'y a pas un seul type de personnes [...]* On ouvre des portes [...] ils ont le choix d'aller là ou là » (int. 1, ress. C) ; « *on explore tellement d'outils [...] comme un peu adaptés à chacun [...] il y a tellement de gens différents* » (int. ress. D), « *toutes sortes de moyens pour finir par rejoindre la personne où elle est* » (resp. ress. E). D'autres ressources insistent de manière plus forte sur l'enjeu de soutenir un travail plus en profondeur

et en extension; il s'agit alors de donner aux personnes « *toutes sortes de moyens pour qu'elles s'explorent, se découvrent [...] qu'elles apprennent à s'ouvrir, que ce soit à travers la parole, l'art-thérapie, l'écriture, la conscience corporelle* » (resp. ress. G).

2. UN LIEU QUI PERMET UNE MISE AU TRAVAIL DE LA PERSONNE

Le deuxième axe qui structure la philosophie des ressources alternatives de traitement concerne l'importance d'offrir à l'usager un lieu qui permet une mise au travail personnelle. On retrouve cette idée dans l'ensemble des ressources, sans que cette mise au travail passe nécessairement et dans tous les cas par les dispositifs classiques de la thérapie ou de l'entretien clinique: « *Sans que ce soit dit, on sent bien que c'est un endroit où les gens se mettent au travail* » (int. 2, ress. B); « *on a travaillé à instaurer comme une ambiance de travail sur soi* » (int. 1, ress. A), « *une forme de travail qui requiert que la personne se mobilise* » (resp. ress. B), « *un lieu où on peut faire ça, où on peut défricher beaucoup de choses* » (resp. ress. D). « *Quand je suis rentrée là, c'était pour travailler sur moi en premier* » (us. 1, ress. F), « *travailler sur moi-même* » (us. 1, ress. G); « *il a fallu que je travaille fort sur moi [...] j'ai pu rentrer dans mes traumatismes [...] à m'écœurer* » (us. 1, ress. A).

Les récits des usagers illustrent bien comment il arrive un moment à partir duquel ils s'engagent, chacun à leur façon, dans un travail intérieur et à quel point ils s'investissent profondément dans ce travail, de tout leur être, à partir d'un lieu « *où c'est permis de dire: là on va se parler de qui on est pour de vrai* » (resp. ress. D).

Ainsi, les ressources alternatives de traitement à l'étude se rejoignent en se voulant des lieux permettant et soutenant un travail sur soi. Toutefois, cette orientation générale s'incarne dans différentes positions, qui vont de la possibilité d'un travail sur soi en profondeur, accompagné et étayé par différents dispositifs de la ressource alternative de traitement (position qu'énoncent une majorité de ressources), à l'investissement privilégié de l'ici et maintenant (que l'on retrouve dans une minorité de ressources). Entre ces deux pôles, dans certaines ressources, les récits des différents acteurs reflètent la pluralité des options offertes aux personnes accueillies: non seulement la possibilité d'un travail en profondeur soutenu par la ressource, mais aussi celle d'autres types de démarches; on attache la même reconnaissance à l'une et l'autre de ces possibilités. Ce sont des ressources qui sont parfois plus critiques ou davantage en questionnement par rapport à leur propre identité comme ressources de traitement.

Par ailleurs, les récits des différents acteurs dans les ressources qui ont participé à la recherche indiquent que c'est la notion d'une mise au travail en profondeur de la personne qui domine largement et significativement. Pour les usagers, il s'agit d'« *aller au bout, au fond de la souffrance* » (us. 2, ress. D), d'« *aller au plus profond des choses* » (us. 1, ress. G), de « *toucher au cœur de ce qui a toujours fait mal* » (us. 1, ress. E), « *de tout regarder de fond en comble* » (us. 1, ress. F), d'entreprendre et de poursuivre fondamentalement « *un travail intime [...] à la recherche de soi-même* » (us. 2, ress. F), « *une mise au point dans la profondeur de ton cœur, de ton âme* » (us. 2, ress. D). « *J'ai pu ouvrir des sujets difficiles [...] je me suis vidé le cœur [...] sur tout ce qui comporte du contexte, du poignant* » (us. 2, ress. A). Les intervenants et les responsables évoquent quant à eux une « *démarche d'introspection* » (int. 2, ress. G), un « *travail en profondeur et de transformation* » (resp. ress. G), un lieu « *où l'on peut travailler intensément sur soi* » (resp. ress. F). Un « *travail subjectif* » est nommé à partir de certaines ressources, « *un traitement au niveau psychique* », « *un traitement qui vise le sujet* » (int. 2, ress. B), « *une prise en compte de la subjectivité de la personne et là où elle en est dans son rapport au monde* » (resp. ress. B).

Telle qu'elle s'exprime dans les récits, cette compréhension du travail sur soi comme expérience personnelle essentielle, toujours singulière dans son rythme comme dans son trajet, qui apparaît centrale dans l'approche du traitement à l'œuvre dans les ressources alternatives, a peu à voir avec une conception, prégnante dans nos sociétés contemporaines, qui fait de la réalisation et du dépassement de soi un impératif².

3. DES ZONES D'ÉCART

Dans le registre de la philosophie, quelques zones d'écart se dessinent entre les ressources et, parfois, entre les différents acteurs d'une même ressource. Nous nous centrons ici sur les plus significatives, celles qui touchent aux références théoriques, à la sélection des personnes avec lesquelles la ressource travaille, à ce qui concerne l'engagement de la personne et à la question de la vocation première de la ressource alternative de traitement.

2. Voir en particulier Ehrenberg (1998).

3.1. DES RÉFÉRENCES THÉORIQUES

Les références théoriques auxquelles se réfèrent les ressources alternatives de traitement en santé mentale apparaissent très diversifiées. Parmi les références qui semblent les plus utilisées se trouvent la psychanalyse, une orientation psychodynamique, l'approche jungienne et l'humanisme. D'autres références sont aussi évoquées, particulièrement dans les ressources qui sollicitent une diversité de références et revendiquent directement, dans certains cas, une approche « éclectique ».

Par ailleurs, on trouve entre les différentes ressources à l'étude des options sensiblement différentes quant au rapport au savoir et aux référents théoriques. Il s'agit là d'une préoccupation qui ne se retrouve que dans les récits des intervenants et des responsables de ces ressources ; elle est absente des récits des usagers.

Ainsi, certaines ressources revendiquent une orientation théorique forte, fondatrice, qui implique à la fois une manière de concevoir les problèmes et une façon de travailler avec la personne. D'autres ressources témoignent d'abord de leur souci d'incarner des valeurs de fond par rapport à l'intervention ; ce sont alors, pour une large part, les valeurs du mouvement alternatif qui priment sur tel ou tel référent théorique. D'autres encore font état de l'importance d'une tradition qui se fonde avant tout sur l'expérience accumulée au fil du temps et des contacts avec les personnes souffrantes, psychiquement et sur le plan relationnel : « *Sur le plan clinique, il faut avoir fait cette route-là pour avoir des questions, des dilemmes, des problèmes* » (resp. ress. A). « *C'est sûr que d'avoir le bagage théorique qui vient soutenir le travail, c'est primordial. Mais en même temps il y a la créativité, il y a la rencontre de deux personnes. Il y a mon inconscient qui travaille avec l'inconscient de l'autre* » (int. 2, ress. C). D'autres ressources insistent sur l'importance d'une ouverture à différents apports théoriques : « *je ne souhaite pas que nous ayons un seul cadre théorique* » (resp. ress. E) ; elles font parfois état d'une pluralité de références théoriques, le plus souvent portées par des intervenants différents au sein de la ressource. « *Chacun travaille de qui il est, de son expérience, de ses forces* » (int. 2, ress. E). « *Plus on vient de formations différentes, plus c'est riche pour les personnes parce qu'on a différents points de vue* » (int. 1, ress. C).

Les récits invitent par ailleurs souvent à nuancer ces différences d'option. Ainsi, dans les ressources qui se réclament d'une orientation théorique forte, le plus souvent d'inspiration psychanalytique, on évoque aussi les limites inhérentes à des repères théoriques et l'on accorde une place significative à l'épreuve de l'expérience : « *Ce n'est pas "on met la théorie en pratique de façon systématique"* » (resp. ress. G). « *L'idéal serait d'avoir un background théorique puis de l'oublier* » (int. 1, ress. I). « *Je ne voudrais pas que le mot "psychanalyse" prenne une importance démesurée* » ; il ne s'agit « *pas d'appliquer une*

théorie» (resp. ress. B). Dans cette perspective, la psychanalyse apparaît « *comme un outil qui peut nous aider à limiter les ravages que la psychiatrie actuelle peut causer [...] que tout soit génétique*» (int. 1, ress. B).

L'une des ressources qui travaillent de façon privilégiée avec des personnes psychotiques insiste sur la tradition d'abord « *expérientielle*» qui est la sienne, et ce, malgré une imprégnation psychodynamique significative depuis ses origines. C'est beaucoup autour d'un savoir développé au fil de l'expérience qu'elle s'est consolidée et a précisé son identité comme ressource alternative de traitement: « *Notre identité vient plus d'expériences que de repères théoriques*» (int. 1, ress. A), de « *comment ça vit, quelqu'un qui est psychotique, comment ça ressent les choses*» (resp. ress. A). Les références psychodynamiques n'empêchent pas par ailleurs ici une ouverture à d'autres apports théoriques: « *Une identité solide permet de dialoguer, de s'ouvrir.*» « *Ce que nous essayons de faire c'est d'être ouvert mais pas flou*» (int. 1, ress. A).

Une autre ressource qui travaille de façon privilégiée avec des personnes psychotiques revendique par contre une orientation théorique forte et exclusive, d'emblée fondatrice: la psychanalyse, et plus particulièrement l'apport de Lacan face à la psychose. « *On a toujours ce point central pour travailler les choses*» (int. 2, ress. B). Par ailleurs, selon les intervenants et la personne responsable de cette ressource, la psychanalyse ne donne ni recette ni réponse; elle vient en quelque sorte radicaliser l'impératif de l'écoute de la singularité du sujet: « *La psychanalyse, c'est ça qui nous permet de rester toujours à l'écoute de la singularité*» (resp. ress. B). Le rôle des repères théoriques est dépeint comme crucial pour « *cerner une structure subjective*», « *du mieux qu'on peut*», « *mais après ça tout reste à faire, à construire pour chacun*» (resp. ress. B). Dans cette ressource domine une éthique de non-ingérence et d'intervention minimale, laquelle apparaît davantage en creux dans les récits des usagers, avec un sens différent dans chaque cas. Ainsi, une usagère évoque le silence rencontré dans la ressource alternative de traitement en rapport à un dilemme qui la préoccupe de façon insistante: est-elle malade ou non? Face au discours fort qu'elle reçoit ici de la psychiatrie, qui lui signifie sa condition de malade, elle semble regretter que la ressource alternative de traitement ne prenne pas davantage position.

Les ressources qui travaillent avec des personnes qui présentent une diversité de difficultés, dont la psychose, se réfèrent à une pluralité de références théoriques, lesquelles tendent à être portées par des intervenants différents dans une même ressource. Le souci d'incarner les valeurs alternatives semble en même temps primer sur tel ou tel référent théorique. Par ailleurs, certains intervenants de ces ressources évoquent l'importance d'avoir des repères pour travailler avec des personnes psychotiques et vivant d'autres expériences complexes, tout en exprimant parfois le sentiment d'un manque à cet égard.

Ces différences d'option par rapport à la place et au rôle des référents théoriques et, plus globalement, au type de savoir qui soutient les pratiques soulèvent certaines questions, notamment quant à ce qui joue un rôle structurant dans une ressource qui propose une voie alternative de traitement: leur spécificité tient-elle à des référents théoriques ou à des valeurs alternatives? À partir des récits recueillis dans les différentes ressources, on peut par ailleurs se demander si, au-delà des différences de position, ce n'est pas fondamentalement le souci de l'humain qui, chaque fois, s'impose de manière primordiale et en bout de ligne demande une position d'humilité de la part des intervenants: « *On n'est pas dans une position de savoir* » (resp. ress. A).

En même temps, particulièrement dans les ressources qui travaillent avec des personnes psychotiques, nous voyons aussi surgir en creux la question de ce qui permet de tenir dans la relation quotidienne avec ces personnes, tout en se gardant de la tentation de prendre la position du « *Grand Autre* » (int. 2, ress. B) et du double piège que constitue d'une part une « *intervention stéréotypée* » (resp. ress. A) et de l'autre, le « *flou* » ou le « *vague* » (int. 1, ress. A). Ces dérives possibles de la pratique risqueraient fort de marquer négativement l'expérience des personnes psychotiques et de miner le travail qui se fait dans la ressource. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre le rôle significatif que peuvent être amenés à jouer les repères théoriques.

3.2. LES PERSONNES AVEC LESQUELLES TRAVAILLE LA RESSOURCE ALTERNATIVE

Les ressources alternatives de traitement peuvent ou bien choisir de travailler avec tel ou tel type de difficulté, ou bien ouvrir plus largement leur dispositif aux personnes qui vivent une variété de problèmes de santé mentale, le plus souvent par ailleurs des problèmes importants. Plusieurs facteurs peuvent entrer en jeu ici.

De façon générale, les ressources alternatives de traitement se réfèrent assez peu à ce qui relève des diagnostics utilisés en psychiatrie, « *une composante insignifiante* » (int. 2, ress. I), ou alors elles en indiquent clairement les limites: « *Les êtres humains ne sont pas des chapitres de livres* » (int. 2, ress. E). « *Ça ne me semble pas la bonne façon: telle personne avec tel diagnostic, tu devrais travailler de telle ou telle façon [...] C'est plus travailler avec la personne, avec ce qu'elle t'apporte* » (int. 1, ress. E).

On pourrait dire que, sur un plan philosophique, ces ressources, qui se préoccupent d'abord de l'humain, se méfient des diagnostics et de leur potentiel de réification. « *La personne qu'on a devant nous, c'est un sujet, pas un objet* » (int. 2, ress. I). « *On est humain, on continue d'évoluer, il y a une part*

de mystère. C'est très dangereux d'étiqueter "ça c'est normal, ça c'est pas normal", puis d'emprisonner dans des catégories. "Toi, c'est pour toujours." C'est comme taper sur l'espoir avec un bâton pour enfoncer la personne» (int. 2, ress. C).

Par ailleurs, au fil du développement et de la mise en place des pratiques, il arrive que des ressources constatent que telle ou telle modalité d'organisation et de dispositif semble particulièrement convenir à certains types de difficultés. « On a décidé de préciser la clientèle autour de la psychose» (resp. ress. B), c'est aussi un « critère éthique», parce qu'« on considère que les gens qui sont névrotiques sont en mesure de plus se débrouiller dans d'autres endroits» (int. 2, ress. B). Dans un autre cas, les choses sont présentées un peu différemment: « Notre approche s'est beaucoup construite autour de la compréhension des psychotiques» (resp. ress. A), des « grands psychotiques», « qui sont beaucoup plus que ça» (int. 1, ress. A), mais « on ne veut pas se borner à la psychose parce qu'il n'y a pas que les psychotiques qui sont en difficulté» (int. 2, ress. A) et « l'état limite n'est pas très loin du psychotique [...] un peu plus séparé mais pas tellement» (resp. ress. A).

À l'inverse, les organismes qui financent le fonctionnement de la ressource imposent souvent des contraintes en matière de dispositifs, comme par rapport à la durée de séjour ou de fréquentation; cela se répercute sur les décisions prises quant aux personnes que la ressource se dit prête à accueillir et aux types de difficulté auxquels elle accepte de travailler. Ainsi, certaines ressources soulignent que la brièveté du programme qu'elles offrent rend ce dernier peu adapté pour des personnes psychotiques ou des personnes qui s'avèrent « trop troublées dans leur personnalité» (int. 2, ress. F). On souligne ainsi la nécessité de disposer d'un cadre et d'un contenant suffisants pour pouvoir accompagner de telles personnes.

Les récits de certains usagers font parfois état d'un diagnostic reçu à l'extérieur de la ressource alternative de traitement; toutefois, on ne se réfère jamais directement au diagnostic dans la ressource alternative de traitement, et ce n'est pas lui qui oriente le travail thérapeutique qui s'y poursuit.

3.3. L'ENGAGEMENT DE LA PERSONNE

On a souligné que l'engagement de la personne est une préoccupation importante des ressources alternatives de traitement à l'étude. Rappelons que ces ressources misent beaucoup sur le travail sur soi et se veulent des espaces privilégiés pour rendre possible et déployer ce type de travail chez les personnes qu'elles accueillent et qu'elles accompagnent. Dans la plupart des récits, cet engagement de la personne se traduit de diverses manières, comme dans l'idée qu'en dernier ressort, c'est la personne qui donne

l'orientation au travail: « *c'est elle qui mène* » (resp. ress. G), puisque « *c'est nous autres qui faisons la thérapie* » (us. 2, ress. D); « *le travail, ce sont les résidents qui le font* » (resp. ress. B); « *on croit que le psychotique est au travail* » (int. 2, ress. B). Les récits évoquent aussi l'idée que les « *réponses* » se trouvent dans la personne, « *une approche qui fait que c'est nous, dans le fond, qui avons nos réponses* » (us. 1, ress. G); « *la psychanalyse considère le sujet comme étant le moteur de sa propre libération, si on peut dire* » (int. 2, ress. I); « *on est d'avis que les gens "savent" ce qui leur convient [...] ils sont capables de trouver ou d'inventer leurs propres solutions à ce qui les perturbe* » (resp. ress. B).

Par ailleurs, la nécessité d'un engagement de la personne peut se trouver associée à des idées parfois très différentes, et ce, à l'intérieur même de certaines ressources. Les écarts les plus significatifs ne semblent pas particulièrement attachés au fait d'occuper une position particulière dans la ressource alternative de traitement, que ce soit celle d'usager, d'intervenant ou de responsable.

Pour plusieurs des personnes interrogées, ce qui est en jeu réside dans une sollicitation de la personne dans sa subjectivité, c'est-à-dire à partir d'une position de parole et d'un désir qui lui sont propres. L'espace semble alors ouvert pour un travail plus intime dans la personne, selon son mouvement et à son rythme: « *Aussitôt qu'il y a quelque chose qui se subjectivise, on se mobilise* » (int. 2, ress. B); « *on les met face à eux constamment, face à leurs choix, face à leurs désirs* » (resp. ress. A); « *la place qu'on donne à la subjectivité de la personne, c'est ça qui fait qu'elle devient aussi une personne qui évolue* » (int. 1, ress. A).

D'autres récits, moins nombreux, mettent plutôt l'accent sur la responsabilité qui pèse sur la personne: « *J'ai un travail à faire de responsabilisation* » (us. 1, ress. F); « *si je m'étais pas prise en main un moment donné, il n'y a personne qui pouvait m'aider* » (us. 1, ress. A). On parle donc de quelque chose comme d'une incitation à l'engagement et au travail sur soi. Les personnes doivent être « *motivées à s'impliquer* » (int. 2, ress. A), à travailler, au-delà du fait qu'on leur en laisse le temps, avoir une « *motivation de changer* » (resp. ress. G). La personne « *doit y mettre de l'engagement, de l'effort* » (int. 1, ress. D); « *leur rôle c'est d'être dynamique là-dedans* » (int. 2, ress. A). Dans certains récits, l'insistance sur la notion de responsabilité paraît presque lourde: « *Nous, on aide des personnes qui veulent se donner des moyens* » (int. 1, ress. H). On a même parfois l'impression que les propos recueillis sont dans un certain décalage avec les valeurs mises de l'avant dans les ressources alternatives de traitement. On peut se demander dans quelle mesure ces

propos reflètent l’empreinte de certaines valeurs et normes sociales actuelles qui invitent à la responsabilité et en appellent à un effort de responsabilisation tous azimuts de l’individu³.

3.4. LA VOCATION DE LA RESSOURCE

De façon générale, les ressources à l’étude se partagent en deux groupes en ce qui a trait à la question de la vocation principale de la ressource : le premier, qui rassemble le plus de ressources, s’identifie sans ambiguïté à une vocation principale de traitement ; le second s’interroge sur le degré de centralité de cette vocation de traitement. Dans ce dernier cas, les personnes interrogées expriment leur crainte que l’objectif de traitement n’impose des limites au potentiel de la ressource et à son développement, ainsi qu’aux initiatives qu’elle a réussi à mettre en place au fil du temps. Elles se disent aussi préoccupées par la possibilité que cela restreigne la diversité des voies susceptibles d’être empruntées par les personnes dans leur trajet vers le mieux-être et l’amélioration. Ce sont particulièrement les responsables qui expriment un tel questionnement relatif à la centralité de la vocation de traitement.

Ainsi, de façon plus générale, les ressources présentent un tableau contrasté : certaines envisagent la possibilité d’une prise de distance progressive par rapport à la centralité de la vocation de traitement ; d’autres visent au contraire à consolider de manière de plus en plus marquée leur vocation thérapeutique ; d’autres enfin évoquent une sorte de crise d’identité quant à leur vocation première, en rapport aux enjeux de traitement et de thérapie, et s’interrogent sur leurs limites possibles à cet égard.

Dans certains cas, c’est à l’intérieur d’une même ressource alternative de traitement que se font entendre des voix différentes en ce qui a trait à sa vocation première, ce qui peut traduire certaines tensions ou des inquiétudes chez des intervenants et des responsables de ressources. Parfois, ce qui inquiète, c’est la pression subtile associée à l’introduction dans la ressource de traitement de dispositifs plus directement liés à des impératifs de réinsertion ou de participation active à la collectivité. Dans d’autres cas, c’est le resserrement des dispositifs sur le plan organisationnel qui, pour certains, fait peser une menace sur la vocation de la ressource comme ressource de traitement ; selon ces personnes, il faudrait en tout premier lieu préserver et travailler les dimensions plus « volatiles » du travail de la ressource, se centrer sur les enjeux psychiques et relationnels (int. 1, ress. A). L’idée est ici de ne pas cantonner le travail qui s’effectue à partir de la

3. Sur cette tendance forte des sociétés contemporaines, voir Ehrenberg (1998).

ressource alternative à des dispositifs de traitement, mais de préserver un état d'esprit particulier, une « *préoccupation pour les enjeux psychiques* » qui, « *idéalement* », viendrait « *survoler l'intervention* » dans ses différentes dimensions (int. 1, ress. A).

Par ailleurs, par-delà les débats internes aux ressources et les positions différentes qu'adoptent les ressources alternatives de traitement, il est remarquable de voir à quel point, lorsque l'on se tourne vers les récits des usagers, c'est le plus souvent la vocation centrale et fondamentale de traitement qui est évoquée et qui reflète le mieux l'expérience des usagers et leur trajectoire dans la ressource. Ainsi, lorsqu'il est mentionné par les usagers, l'horizon que constitue une insertion dans la collectivité et le travail effectué en ce sens paraissent étroitement liés à la dimension du traitement.

7

LES PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

Le travail thérapeutique qui se poursuit dans les ressources alternatives de traitement s'articule autour d'un certain nombre de principes. Telle que nous l'entendons ici, cette notion renvoie à ce sur quoi les ressources alternatives de traitement mettent l'accent lorsqu'elles parlent de traitement, et aux formes plus concrètes qu'y revêt le travail thérapeutique. Les récits des différents acteurs mettent en relief l'ampleur du travail thérapeutique engagé dans les ressources alternatives de traitement, ainsi que la pluralité des dimensions qu'il met en œuvre. D'importantes résonances existent ici entre les ressources. Certaines différences apparaissent aussi, particulièrement dans les récits des intervenants et des responsables. On peut d'ailleurs penser qu'une part significative de la singularité de chacune des ressources alternatives de traitement réside dans les principes thérapeutiques qu'elle met de l'avant. Nous ne pouvons faire justice ici à la richesse des pratiques dont nous ont parlé les personnes que nous avons rencontrées, mais nous allons en dégager certaines lignes de force.

Sur la base des récits des différents acteurs, on peut dire que les principes thérapeutiques auxquels se réfèrent les ressources alternatives de traitement recouvrent des questions telles que la manière de comprendre ce qui est fondamentalement en jeu chez la personne souffrante ; les grandes dimensions touchées dans le travail thérapeutique ou son extension ; les cibles du travail (nous touchons aussi ici ce qui est de l'ordre du projet thérapeutique de la ressource) ; les appuis ou moyens privilégiés pour ce travail ; les conditions du travail thérapeutique.

Pour chacun de ces points, nous commencerons par aborder les thèmes autour desquels se rejoignent globalement la plupart des ressources ; quant aux différences, elles seront traitées au fur et à mesure, en relation

avec chacun de ces points. Ce mode de présentation, un peu différent de celui des deux chapitres précédents, vise à faire ressortir davantage le caractère dynamique des dimensions du traitement dans les ressources alternatives en santé mentale.

1. UNE COMPRÉHENSION DE CE QUI EST FONDAMENTALEMENT EN JEU CHEZ LA PERSONNE SOUFFRANTE

De façon générale, le travail sur les symptômes proprement dits n'occupe pas une place centrale dans les récits. Lorsqu'on les mentionne, les symptômes sont souvent compris comme des défenses ; on parle aussi parfois de déficits, mais symptômes et déficits ne sont jamais présentés comme étant au centre de l'expérience. Ce n'est pas sur eux que porte l'essentiel du travail thérapeutique, mais plus fondamentalement sur l'expérience de la personne. Les récits évoquent directement ou indirectement la limite des prises en charge dominantes de la souffrance psychique et relationnelle. Souvent, malgré un passage par la psychiatrie, « rien n'a été vraiment touché » auparavant quant aux principaux enjeux de la souffrance (int. 2, ress. G). C'est ce dont témoignent les récits de plusieurs usagers : « On était resté à la surface » (us. 1, ress. G).

Dans les ressources alternatives de traitement, la souffrance des usagers est le plus généralement abordée en termes d'expérience et d'histoire personnelles. On remarque « à quel point la santé mentale est reliée à l'expérience de vie dans l'enfance » (int. 1, ress. D) et on souligne que les troubles psychiques et relationnels touchent souvent « des êtres infiniment blessés » (int. 1, ress. H), « des vies de traumatismes » (int. 1, ress. G). Lorsqu'ils évoquent leur histoire, plusieurs usagers parlent de « traumatismes », de « blessures », de « souffrances imprimées dans le corps » (us. 1, ress. F).

Les récits des intervenants et des responsables de ressources situent la souffrance rencontrée chez les usagers dans un contexte social plus large. Ils évoquent « une vision aussi sociale des problèmes en santé mentale » (resp. ress. C), « une lecture psychologique et sociale des choses » (resp. ress. G), « pas une lecture strictement psychologique [...] on va tenir compte du social » (resp. ress. E). On parle d'une « société qui ne fait pas de sens » (int. 1, ress. F), des « ravages d'une culture et d'une société individualistes » (int. 2, ress. C), de l'effritement du tissu social. On dénonce une « vision néolibérale » qui rend la personne responsable de sa souffrance, alors qu'« au contraire, ce qu'elle exprime dans sa souffrance, c'est peut-être sa façon à elle de trouver un sens à son vécu social » (int. 1, ress. F). D'autres soulignent le redoublement de la souffrance provoqué

par des réponses sociales et médicales inadéquates ou insuffisantes. On parle aussi de la « *deuxième blessure de l'étiquette de santé mentale* » (resp. ress. E). Quelques responsables de ressources remarquent que l'évolution de la société se reflète dans les manières d'exprimer la souffrance.

Par ailleurs, dans certaines ressources, les récits des intervenants et des responsables laissent entrevoir une interprétation plus précise de ce qui est fondamentalement en jeu chez la personne souffrante; ils en établissent certains « nœuds ». C'est, de façon générale, le cas pour les ressources qui centrent leur travail sur des personnes présentant des types de problèmes particuliers.

Ainsi, dans une ressource qui travaille de façon privilégiée avec des personnes psychotiques, on évoque une interruption dans le développement psychoaffectif et un psychisme insuffisamment séparé. On mentionne alors l'importance d'un travail de « *séparation* », « *d'individuation* ». Il s'agit de « *travailler les frontières* », « *comment chaque personne établit ses frontières avec l'autre, avec la communauté* » (resp. ress. A). Dans une autre ressource qui travaille elle aussi avec des personnes psychotiques, la lecture est un peu différente. On parle d'accompagner et de travailler avec des « *personnes qui vivent l'errance* », fondamentalement, « *par rapport à ce qu'elles sont* », « *par rapport à l'identité qui n'est pas là* » (int. 2, ress. B). « *Le sujet est confronté à une espèce de vide, donc il n'est pas en mesure d'assumer une place dans la société* » (int. 1, ress. B). L'enjeu est alors de « *travailler avec le sujet pour qu'il se retrouve un peu* », de reconnaître en ce sens l'importance de « *points d'identification* », « *pour faire tenir les choses* », et de travailler à partir d'eux (int. 2, ress. B). Dans les ressources qui travaillent avec des personnes psychotiques, on insiste sur la rupture du lien social et sur l'importance de rétablir des liens avec le monde et autrui, en prenant en compte la singularité de la personne.

Dans ces mêmes ressources mais aussi dans d'autres, on associe les troubles de la personnalité à un manque fondamental qui touche aux liens primitifs et particulièrement, à une faille dans le rapport originaire à la mère. On parle d'un « *travail de séparation* » (resp. ress. G et resp. ress. A) qui s'est mal fait. On évoque des blessures ayant marqué la base du développement psychique et relationnel de la personne, un « *nœud d'abandon* » (resp. ress. G). La violence est décrite comme ayant été elle aussi souvent présente dès les premières étapes de la vie: « *beaucoup d'histoires d'horreur* », « *souvent des viols, de l'inceste* », des « *vies de traumatismes* » (resp. ress. G), « *une histoire innommable, abominable [...] qui les a presque tuées* » (int. 2, ress. G). Les récits évoquent ainsi des souffrances qui ne sont pas seulement situationnelles, mais que l'on pourrait qualifier de structurelles, des blessures et des violences qui remontent très loin dans l'histoire de vie, qui ont marqué à la base le développement psychique et relationnel de la personne.

En ce sens, lorsqu'ils parlent de troubles de la personnalité, les intervenants et les responsables se réfèrent davantage à une histoire et à un développement profondément altérés qu'à un diagnostic posé en extériorité, avec son potentiel de marquage. Les personnes sont décrites comme étant souvent dans une « *confusion totale* », dans une « *fermeture* » (resp. ress. G), avec des « *défenses* » importantes, et s'exprimant surtout par des « *agir* » (int. 2, ress. G).

Par ailleurs, si l'on examine les récits des intervenants et des responsables de certaines ressources, les nœuds particuliers de souffrance qu'ils associent plus particulièrement à l'expérience de la psychose ou aux troubles de la personnalité ne sont jamais posés comme offrant une lecture définitive des problèmes; ils sont davantage présentés comme des repères, provisoires, dans le travail et la rencontre de l'autre.

Plus globalement, les récits montrent la place centrale que tiennent les éléments de l'histoire personnelle et les premières relations dans la compréhension et le travail sur l'expérience de la souffrance, tels que les mettent en œuvre les ressources alternatives de traitement à l'étude.

2. L'EXTENSION DU TRAVAIL: UN TRAVAIL SUR L'EXPÉRIENCE

Les récits, particulièrement ceux des usagers, montrent qu'un travail sur l'expérience se trouve au cœur du travail thérapeutique effectué dans les ressources alternatives de traitement. Un tel travail thérapeutique s'effectue toujours sur plusieurs plans: le passé, le présent, le rapport à soi et aux autres, le rapport au monde.

2.1. UN ESPACE QUI PERMET DE TRAVAILLER À LA FOIS L'EXPÉRIENCE INTÉRIEURE ET RELATIONNELLE DE LA SOUFFRANCE ET LE RETOUR À LA VIE

Tous les récits que nous avons recueillis mettent en évidence l'ampleur du travail thérapeutique qui peut se mettre en place à partir des ressources alternatives de traitement. Dans la plupart de celles-ci, un travail sur l'expérience se déploie selon deux mouvements complémentaires, dont le contenu et le rythme varient selon les ressources et se singularisent en fonction des individus. Le travail porte à la fois sur l'expérience intérieure et relationnelle de la souffrance, et sur quelque chose qui ressemble davantage à un *retour à la vie*, deux mouvements qui s'incarnent parfois dans des dispositifs différents.

Les récits recueillis auprès des intervenants et des responsables indiquent que l'accent placé sur l'un ou l'autre des aspects de la démarche varie selon les ressources. Certaines d'entre elles mettent l'accent sur un travail sur la souffrance et à partir de celle-ci. Les usagers y paraissent, au départ, plus souffrants et moins en proximité avec eux-mêmes, tout au moins au regard des intervenants et des responsables. L'enjeu premier paraît être d'aider la personne à poser un regard sur elle-même, à « *se regarder à l'intérieur* » (resp. ress. G). Dans d'autres ressources, les récits des responsables, en particulier, mettent davantage l'accent sur le travail thérapeutique sur le retour à la vie. Elles le font la plupart du temps dans une perspective qui garde ouverte la possibilité d'un travail en profondeur à partir de l'expérience de souffrance, pour les personnes qui en exprimeraient le désir ou pour celles pour lesquelles un travail plus en profondeur touchant à l'expérience de la souffrance s'imposerait au fil de l'accompagnement.

Il arrive que des décalages importants se dessinent entre les récits des différents acteurs d'une même ressource, particulièrement entre, d'une part, les récits de certains intervenants et responsables qui peuvent exprimer un souci de mettre des limites à leur travail et, d'autre part, ceux des usagers qui évoquent un travail beaucoup plus riche sur l'expérience. On voit ici que ces derniers semblent puiser dans la ressource davantage que ce que celle-ci dit leur offrir. Plus rarement, il arrive que le désir d'effectuer une démarche plus circonscrite soit formulé par un usager.

De manière générale, les récits des usagers illustrent particulièrement bien une dynamique complexe où le rapport à la souffrance et le retour à la vie se voient l'un et l'autre mobilisés selon un processus chaque fois singulier.

2.2. FAIRE PLACE À LA SOUFFRANCE

Les récits mettent en évidence l'importance du travail sur les rapports à l'expérience personnelle et relationnelle de la souffrance, tel qu'il se poursuit dans l'espace des ressources alternatives de traitement: « *On fait beaucoup de place à la souffrance* » (resp. ress. G)¹. On parle de la confrontation à la souffrance comme d'un passage nécessaire: « *La seule façon de soigner, c'est*

1. Sur l'exigence, pour les intervenants, de la proximité à la souffrance, voir le chapitre 11. Dans son ouvrage *Des bienfaits de la dépression: éloge de la psychothérapie* (2001), le psychanalyste Pierre Férida a relevé à quel point les dimensions tragiques de l'existence et de l'expérience humaine sont de plus en plus évacuées dans le monde contemporain; dimensions tragiques auxquelles l'expérience des troubles mentaux graves nous renvoie précisément.

d'y aller» (resp. ress. D) ; « *faut tout vivre ce qu'on a à vivre [...] on n'a pas le choix* » (us. 2, ress. C). Les ressources alternatives de traitement sont décrites non seulement comme des « *lieux où les personnes peuvent faire entendre quelque chose de leur souffrance* » (int. 1, ress. B), comme « *un espace pour parler de leur souffrance, de ce qui les habite* » (resp. ress. G), mais aussi comme un lieu qui permet de travailler, de creuser l'expérience, « *aller au fond, aller au bout de la douleur* » (us. 2, ress. D), « *toucher au cœur de ce qui a toujours fait mal* » (us. 1, ress. E).

Plusieurs récits évoquent l'importance de « *se regarder à l'intérieur* », de « *ramener à l'introspection* » (resp. ress. G), de travailler sur « *l'accès à son monde intérieur* » (resp. ress. E). Selon les ressources et les récits, il est question d'accéder à « *la partie la plus archaïque* » (resp. ress. F), « *d'aller à la rencontre de l'enfant blessé* » (us. 1, ress. E), de travailler des « *conflits internes* » (int. 2, ress. I). On parle « *d'aller plus loin que le présent* » (us. 2, ress. C) pour travailler sur les rapports à l'histoire personnelle et relationnelle ; on mentionne parfois la nécessité de faire émerger ce qui est enfoui, ce qui peut donner lieu à « *des gros dévoilements* » (int. 1, ress. G).

Comme l'expriment plus directement les récits de certains usagers, il s'agit d'un travail exigeant, difficile, face auquel il peut parfois être nécessaire de prendre une pause : « *C'est un travail de longue, longue échéance puis difficile, difficile...* » (us. 1, ress. D). « *C'est sûr que c'était souffrant, mais je savais qu'il y avait quelque chose parce que, même si c'était souffrant, je voyais que c'était bénéfique pour moi* » (us. 1, ress. G). Les récits des intervenants et des responsables indiquent parfois des limites à ce que peut permettre le travail thérapeutique effectué à la ressource alternative de traitement : « *La souffrance, c'est comme un gros oignon [...] on va enlever des pelures, mais on ne peut pas dire qu'on va arriver au cœur.* » D'ailleurs, « *le travail sur soi, c'est l'affaire de toute une vie* » (resp. ress. F).

Certains récits font davantage ressortir des modalités de travail plus pragmatiques et plus concrètes. On parle par exemple de l'importance de « *travailler ce qui se répète* », de « *démonter des mécanismes* » (int. 2, ress. G), de « *défaire des conditionnements* » (int. ress. D), de « *faire des prises de conscience* » (us. 1, ress. F), de « *travailler les attitudes qui fragilisent* » (int. 1, ress. E). Ces principes plus pragmatiques prennent par ailleurs toujours leur sens en fonction du travail sur l'expérience qu'ils permettent.

2.2.1. Face au délire

Dans les ressources qui travaillent avec des personnes psychotiques, les différents acteurs mentionnent la nécessité d'un travail avec le délire et à partir de celui-ci, un travail perçu comme significatif sans qu'il soit exclusif.

Dans ces ressources qui misent beaucoup sur ce qui émerge de la parole, on parle de l'importance de savoir faire place à l'écoute des voix, « *de ce qui les envahit* » (int. 2, ress. B), « *des expériences troublantes* » (resp. ress. D). Un usager remarque que « *ce qu'on vit comme expérience est tellement réel dans notre vie que de s'en sauver amplifie le problème* » (us. 1, ress. D). Un intervenant note que l'expérience qu'il a acquise dans la ressource alternative de traitement et ses contacts avec des personnes psychotiques l'ont amené à dépasser « *l'idée reçue qu'il fallait étouffer le plus possible les symptômes* », l'idée qu'un « *schizophrène qui va bien c'est un schizophrène qui n'entend pas de voix* », et à reconnaître l'importance de « *ne pas évaluer l'apparition des symptômes comme nécessairement des rechutes ou des retours en arrière* » (int. 2, ress. E).

Il s'agit parfois de travailler « *à fleur de délire* » (int. 2, ress. A), parfois d'aller plus loin dans le délire. Un usager raconte comment il a été amené à « *essayer de comprendre les expériences qui ont l'air bien bizarres* », à « *accepter d'apprendre l'existence de ce qui vit en soi* », et à « *apprivoiser* ». « *Ça faisait partie de moi-même aussi, les traits psychotiques, même les délires, même le spirituel* » (us. 1, ress. D). Selon un intervenant, il ne s'agit donc pas de vouloir « *faire partir les symptômes [...] c'est ça qui tient chaque personne en vie* » (int. 2, ress. B).

Le délire n'est pas pour autant idéalisé. Des intervenants parlent de leur tentative de « *faire bouger le délire* » (int. 2, ress. B), de permettre des « *mises à distance* », des « *déplacements* », des « *doutes* » (int. 1, ress. B), d'aider la personne à « *sortir d'un imaginaire empêtré* » (resp. ress. B). Un usager évoque comment, en apprenant à « *verbaliser* », il parvient peu à peu à « *reprendre un contrôle* » sur les « *voix malveillantes* » qui « *l'envahissent* » (us. 1, ress. A). Une autre relate la disparition d'un « *rituel* » qui l'obsédait et envahissait son existence depuis des années (us. 2, ress. B).

2.2.2. Libérer les émotions

Dans la majorité des ressources, les différents acteurs parlent de l'importance des émotions et de leur place dans le travail thérapeutique qui se poursuit dans la ressource alternative de traitement. Il s'agit à la fois « *d'accueillir les émotions* » (resp. ress. E), de « *libérer un trop-plein émotif* » (int. 2, ress. C) et « *de les amener aussi dans un processus* » (resp. ress. E). On parle de l'importance de « *laisser monter* » (us. 1, ress. F), « *d'aller chercher* » (us. 1, ress. E), de « *faire sortir* » (us. 1, ress. G) des émotions décrites comme ayant été longtemps contenues, souvent refoulées. Les récits d'usagers évoquent en particulier la peur qui a marqué leur histoire, la colère qui n'a jamais pu se dire : « *Ce qui ne s'exprime pas s'imprime* », selon les mots d'un usager (us. 1, ress. E).

Les récits soulignent l'importance de « *vivre la colère et non la détourner* » (us. 2, ress. G), de se « *reconnecter avec des émotions lourdes parfois* » (us. 1, ress. E) et de « *toucher les souvenirs avec nos émotions et pas seulement avec la tête* » (us. 1, ress. F).

De façon plus générale, il s'agit progressivement de parvenir à « *laisser vivre les émotions* » (us. 2, ress. C), à « *être en contact avec ses émotions* » (us. 1, ress. F). Le processus peut être exigeant: « *Quand on a refoulé des émotions, quand on n'a pas eu le droit de ressentir, qu'on s'est coupé, on n'entre pas là-dedans n'importe comment [...] Une façon d'apprivoiser doucement ce ressenti [...] c'est de travailler la respiration, dans une intention de dégager un espace intérieur de sécurité* » (int. 2, ress. C).

Certaines ressources développent des mécanismes particuliers pour accompagner et soutenir ce travail d'expression, de libération et d'ouverture sur les émotions. Dans certains cas, des ateliers ont précisément comme objectif de soutenir l'expression et le partage des émotions, notamment des ateliers sur la colère. Dans d'autres cas, on rend disponibles des espaces particuliers, qu'ils soient ou non attachés à l'intervention, dans lesquels la personne peut laisser aller ce qui monte et ce qui déborde, dans un contexte qui demeure sécurisant: « *parler de sa colère dans un milieu protégé* » (int. 1, ress. G). « *J'ai peur de vivre mes émotions toute seule. J'ai l'impression que je vais me ramasser encore en psychiatrie. Avec Jocelyne [la thérapeute], je peux me permettre de laisser sortir mes émotions* » (us. 2, ress. C).

2.3. UN TRAVAIL DE (RÉ)ÉLABORATION, DE (RE)CONSTRUCTION, DE (RE)DÉPLOIEMENT

Conjointement au travail en profondeur qui s'engage sur l'expérience de la souffrance, les ressources alternatives de traitement veulent aussi favoriser l'amorce d'un travail de (ré)élaboration, de (re)construction, de (re)déploiement, et soutiennent concrètement ce mouvement. Ce travail s'exprime de différentes manières et se déploie dans diverses directions.

Les récits indiquent que ce travail concerne le rapport à l'histoire personnelle. Certains récits parlent de « *renouer le fil* » d'une histoire (us. 1, ress. G), d'autres de « *réparer* » les blessures ayant marqué cette histoire (resp. ress. D), d'autres encore de « *reprendre un parcours de développement* » là où il s'était interrompu (int. 1, ress. A).

Dans plusieurs ressources, on parle aussi d'apprendre à mieux s'habiter, « *à s'habiter davantage* » (int. 1, ress. F), ce qui passe d'abord par l'accès à son monde intérieur. Il est souvent question de retrouver ou de libérer

un accès à certaines dimensions de soi, de reprendre contact avec son corps, avec le monde des sensations, avec l'affect, avec les émotions, d'élargir les registres d'expression, d'« ouvrir à tous les niveaux» (us. 1, ress. F). On parle aussi de remobiliser le désir, de découvrir ou redécouvrir « des leviers de désir» (int. 1, ress. G). À un niveau profond, certains récits, particulièrement ceux d'usagers, évoquent un travail de réconciliation qui touche le rapport à soi, le rapport à l'autre, le rapport au monde et le rapport à la vie.

Les récits des intervenants et des responsables des ressources qui travaillent plus directement avec des personnes psychotiques évoquent l'accompagnement d'un mouvement de subjectivisation : « Aussitôt qu'il y a quelque chose qui se subjectivise, on se mobilise» (int. 2, ress. B). « On travaille à partir des mouvements intérieurs» (int. 1, ress. A). « C'est la vérité du sujet [qui est fondamentalement en jeu] [...] l'originalité du sujet [...] qui est peut-être loin, enfoui» (int. 2, ress. B). « On les met face à eux, constamment, face à leurs choix, face à leurs désirs» (resp. ress. A).

De façon générale, la remobilisation du rapport à autrui apparaît comme un enjeu important du travail thérapeutique qui se poursuit à partir des ressources alternatives de traitement. On parle de travailler à un « nouvel aménagement intérieur et relationnel» (int. 1, ress. A) : « Les deux sont importants [...] dans la mesure où je travaille ma relation à moi-même, je vais travailler aussi ma relation à l'autre» (resp. ress. G). Certains récits évoquent à quel point la possibilité d'une plus grande proximité à soi permet de travailler et de modifier le rapport à l'autre : « On dirait que plus il y a de personnes qui viennent en thérapie, plus l'entraide est possible entre elles. Ça veut dire tout le développement de la conscience de soi, ça implique qu'il y a une possibilité de conscience de l'autre» (int. 1, ress. A). On parle aussi de travailler sur les frontières avec l'autre, « comment chaque personne établit son système de frontières avec l'autre, avec la communauté» (resp. ress. A) ; on évoque la recherche de la « juste distance», « la présence à soi et la présence à l'autre» (int. 2, ress. C).

L'importance de remobiliser et de travailler l'inscription dans le « lien social» et le vivre-ensemble est elle aussi désignée comme un enjeu important du travail thérapeutique et, plus explicitement, dans les récits des intervenants et des responsables. C'est particulièrement le cas des ressources qui accompagnent des personnes psychotiques, pour lesquelles « le lien social est éminemment complexe et difficile» (resp. ress. B). Il s'agit d'aider la personne à « trouver une façon d'exister dans le monde à sa façon» (int. 2, ress. B), à « se donner un projet de vie compatible avec ce que l'on est et la vie en société» (resp. ress. A). « Avec ce que je suis, avec mes souffrances, je vais être capable de me trouver une place dans le monde [...] il y a des interdits, des renoncements que je dois faire pour être capable de vivre avec les autres» (resp. ress. A). Sans être toujours

directement nommée, la notion de lien social comme solidarité affective et symbolique entre les membres d'une communauté humaine, porteuse de sens et levier pour l'engagement dans et pour le monde commun, imprègne plusieurs récits.

Par ailleurs, le plus souvent, les modalités d'une inscription dans le lien social n'apparaissent pas précisées d'emblée, en fonction de repères normatifs; elles se dessinent à partir de ce qui émerge progressivement chez la personne. Il s'agit d'aider les personnes « à développer leurs projets à partir de leur subjectivité » (resp. ress. A). « *Ce n'est pas dans une espèce de normalisation* » (int. 1, ress. A). Un intervenant évoque son malaise face à une lecture normalisante du rapport au social: « *Si la personne va mieux, puis qu'elle ne retourne pas au travail, elle ne réussit pas? C'est quoi les critères? C'est ça qui m'énerve* » (int. 2, ress. F). Les propos d'un usager lui font directement écho: « *Par rapport au niveau d'utilité dans la société, ça aussi je travaille ça. Parce que j'étais devenue avec l'impression que je valais plus rien, dans tous les sens du terme. Et là je suis en train de me découvrir comme une valeur [...] que j'ai une valeur humaine. Que c'est pas parce que je suis pas sur le marché du travail à temps plein [...] Tu sais, je fais du bénévolat puis il y a la place pour ça* » (us. 1, ress. D).

Dans un registre très différent, les récits des divers acteurs empruntent parfois un ton ou des accents plus pragmatiques; ils mettent alors de l'avant des notions telles que l'importance de « *passer à l'action* » et de ne pas « *se contenter de regarder ce qui ne va pas* » (us. 1, ress. F), d'« *agir au lieu de subir ou essayer de fuir* » (resp. ress. D), de « *persévérer* », de « *chercher des solutions* » (us. 1, ress. F). Il s'agit aussi parfois de donner à la personne des « *outils* » ou de l'aider à en découvrir ou à en développer: des « *filets de sécurité* » (us. 1, ress. A) pour rendre possible une vie plus autonome à l'extérieur, « *qu'est-ce qu'on fait quand on sent qu'on va aller mal* » (us. 2, ress. A), des outils pour prendre soin de soi, pour « *gérer son stress* », pour « *apprendre à faire la part des choses* » (us. 1, ress. G). Les récits des usagers illustrent l'importance de ces dimensions plus concrètes de l'accompagnement; ils indiquent aussi qu'elles sont loin de rendre compte à elles seules du sens de la démarche poursuivie à travers l'espace de la ressource alternative de traitement.

3. LES APPUIS OU MOYENS

La majorité des ressources alternatives de traitement utilisent plusieurs moyens pour permettre et soutenir le travail thérapeutique. Si la parole apparaît la plupart du temps sollicitée de façon privilégiée dans des ressources qui se décrivent comme des « *espaces de paroles* » (int. 1, ress. I), d'autres moyens se trouvent aussi utilisés significativement, comme l'art, la

création et le corps. On évoque l'importance de donner aux personnes « *toutes sortes de moyens pour qu'elles s'explorent, se découvrent [...] apprennent à s'ouvrir [...] que ce soit à travers la parole, l'art-thérapie, l'écriture, la conscience corporelle* » (resp. ress. G). Plusieurs récits d'usagers témoignent de la manière dont différents moyens ont été utilisés pour soutenir leur parcours dans la ressource alternative de traitement.

Dans plusieurs ressources, les récits des différents acteurs mettent en outre en évidence l'importance de combiner différents espaces pour pousser plus loin le travail avec la personne. L'importance du travail en groupe se dégage aussi de plusieurs des récits.

3.1. L'IMPORTANCE DE LA PAROLE

Les récits des différents acteurs témoignent du rôle fondamental de la parole dans le travail thérapeutique qui se poursuit dans les ressources alternatives de traitement. On parle de « *donner voix aux souffrances* » (int. 1, ress. E), « *à ce qui habite la personne* » (resp. ress. G), de « *remettre des mots sur son histoire [...] ne pas rester seule avec cette histoire* » (int. 2, ress. E). « *La parole, le fait d'élaborer a des effets* » (int. 1, ress. B). Les récits indiquent que la thérapie centrée sur la parole occupe une grande place dans les dispositifs de thérapie de la plupart des ressources. Dans quelques ressources, l'importance de la parole est investie de façon presque exclusive, puisque l'on dit « *travailler juste avec la parole des gens* » (int. 2, ress. I).

Les usagers décrivent avec une force particulière cette importance de la parole. Ils évoquent l'expérience d'un travail de mise en mots de ce qui échappe et de ce qui fait mal: « *Si je n'avais pas fait ça, verbaliser, je ne sais pas ce que je serais aujourd'hui* » (us. 2, ress. A). Les personnes parlent de l'importance de « *verbaliser pour ne plus refouler* » (us. 1, ress. A), d'« *apprendre à mettre des mots au lieu d'agir* » (us. 2, ress. G), d'« *apprendre à parler avec des mots, mais le plus clairement* » (us. 2, ress. A), de la possibilité de « *voir plus clair en verbalisant les bons mots* » (us. 1, ress. A). L'accès à la parole peut aussi permettre de « *démêler* », de « *clarifier* », aide à « *sortir de la confusion* », « *rien qu'à parler, ça précise notre pensée* » (us. 2, ress. D). Les récits montrent le rôle des intervenants qui « *encouragent à parler* », « *aident à mettre des mots* » (us. 1, ress. A).

Les intervenants et les responsables témoignent pour leur part de leur souci de « *prendre au sérieux* » ce que les personnes disent: « *On croit beaucoup à ce qu'ils disent, qui est signifiant* » (int. 2, ress. B). Il peut parfois s'agir de « *rendre conscient ce qui est inconscient à travers la parole* » (resp. ress. A), de « *permettre que ça devienne plus conscient* » (int. 1, ress. I). « *Ce qui m'intéresse, c'est ce que vous n'arrivez pas à dire* » (int. 2, ress. I). Leurs récits montrent

aussi un souci de laisser émerger la parole, et dès lors l'importance de ne pas trop la stimuler : « *On ne veut pas les stimuler à nous parler, par exemple, de ce que leur mère leur a fait [...] On préfère que ça émerge* » (resp. ress. A). Au fil du travail qui se poursuit à partir de la ressource alternative de traitement, les personnes sont amenées à « *utiliser la parole plutôt que le geste pour régler des difficultés affectives* » ; « *où étaient les agir, de mettre ça en mots* » (int. 1, ress. I).

3.2. TRAVAILLER AUSSI AVEC D'AUTRES MOYENS QUE L'EXPRESSION VERBALE

Si une part essentielle du travail dans les ressources alternatives de traitement passe par la parole, le travail thérapeutique s'y poursuit aussi souvent à travers d'autres moyens, en particulier l'art avec l'art-thérapie et des ateliers de création, ainsi que le corps avec « *des thérapies où on s'adresse au corps* » (int. 2, ress. C), comme la massothérapie et la conscience corporelle.

Dans certains récits, la sollicitation significative d'autres voies que celle de la parole s'accompagne de la conviction que tout ne peut pas être mis en mots, que certaines expériences et dimensions de l'humain doivent emprunter d'autres voies d'expression. On évoque ici le risque de « *trop tomber dans le côté expliquer, comprendre, verbaliser* » (int. 1, ress. C). Dans d'autres récits, le passage par l'art et par le corps semble permettre à certaines personnes d'accéder progressivement à la parole lorsque son accès semble bloqué.

Les récits illustrent comment, pour certaines personnes et à certains moments, la possibilité de travailler à partir d'un nouveau support permet des ouvertures et un approfondissement dans le travail sur soi : « *Tout d'un coup, c'est complètement par un nouveau médium, une autre manière, un autre langage auquel elle est moins habituée. Par là, elle a accès à son monde intérieur d'une manière qu'elle n'avait pas vue [...] Ça devient précieux pour le travail* » (resp. ress. E).

3.2.1. S'adresser au corps

Dans plusieurs ressources, les personnes interviewées parlent éloquemment de la façon dont le corps est significativement sollicité et investi dans le travail thérapeutique qui se poursuit dans les ressources alternatives de traitement. Un tel travail sur le corps est commenté de différentes façons. On parle de « *respecter, écouter, sécuriser* » le corps (int. 1, ress. F), de « *dégager un espace intérieur de sécurité* » (int. 2, ress. C), notamment à partir d'un travail sur la respiration ; de créer un espace de confiance qui permet d'exprimer ce qui émerge, de « *mettre les personnes en contact avec l'intérieur* » (int. 1, ress. F). « *Pour moi, c'est une voie importante parce que le corps renferme des sensations [...]*

libère les sensations qui vont amener vers les émotions, les images, les mots» (int. 1, ress. F) ; « *le corps a ses mémoires*» (us. 1, ress. F). Une responsable commente : « *la conscience corporelle, c'est l'atelier le plus difficile pour les personnes, parce que leur corps, c'est par là qu'elles ont été le plus blessées*» (resp. ress. G). Les récits décrivent un abord personnalisé du corps : « *Jean ne me massait pas comme n'importe qui. Il me massait comme connaissant mon histoire*» (us. 2, ress. F). À travers les récits, le corps n'apparaît jamais séparé du reste de la personne : « *Quand on approche le corps, ce n'est pas une machine*» (int. 1, ress. F).

Les récits d'usagers évoquent aussi l'expérience « *d'être dans ses racines*» (us. 2, ress. E), « *d'habiter son corps*» (us. 2, ress. C), d'être « *plus ancré*» (us. 1, ress. C).

3.2.2. La voie de l'art

L'importance de l'art, de l'art-thérapie et des appuis artistiques dans le travail thérapeutique ressort des récits des différents acteurs de plusieurs ressources. Certaines d'entre elles proposent de l'art-thérapie et d'autres, parfois les mêmes, des ateliers de création. Les usagers évoquent le rôle fondamental que l'art a eu dans leur cheminement. Ils parlent de la façon dont des expériences vécues en art-thérapie ou lors d'ateliers de création ont coïncidé avec des moments particulièrement significatifs de leur trajectoire dans la ressource alternative de traitement. La peinture, la sculpture ou le dessin réalisé dans le contexte de l'art-thérapie ou d'un atelier de création peut parfois faire « *remonter à la surface des souvenirs*» (us. 1, ress. G). Une responsable de ressource remarque à quel point le passage par l'art permet dans certains cas de « *faire émerger des mémoires traumatiques*» (resp. ress. G). Plus simplement, à travers le dessin, la peinture ou la sculpture, il peut s'agir de « *déposer la douleur, la souffrance*» (resp. ress. F).

Les récits de différents acteurs montrent encore que l'art représente un moyen privilégié de « *projeter ce qui est à l'intérieur*» (us. 1, ress. F), de donner forme à ses impasses, aux « *empêchements que je me mettais*» (us. 1, ress. E), mais aussi de créer des ouvertures et des possibilités, la « *projection du malaise*» et la « *projection de la guérison*» (int. 2, ress. C).

Une intervenante évoque le fait que l'art-thérapie peut aider à accéder au côté « *unique*» de chaque personne, ouvrir la possibilité de « *travailler les images qui leur sont personnelles et qui les habitent*». En même temps, « *à travers les symboles, la personne va se relier à quelque chose de plus grand ou quelque chose à l'intérieur d'elle*» (int. 1, ress. C). Plusieurs récits parlent de l'importance de l'art et de la création qui peuvent donner accès à une part fondamentale de l'humain et permettre de l'exprimer. Les récits évoquent ainsi la possibilité de « *libérer l'instinct créateur*» (us. 1, ress. E), de « *devenir créatif*» et plus libre (us. 2, ress. E), voire de « *se créer en tant qu'être humain*» (int. 1, ress. C).

Quelques ressources proposent aussi de la musicothérapie, qui est décrite par un intervenant comme « *de la thérapie de groupe où on explore nos façons de communiquer au plan relationnel sur un autre mode que le mode verbal. C'est difficile, c'est exigeant. Ça nous fait voir bien rapidement nos manières de réagir aux autres* » (int. 2, ress. E).

3.3. L'UTILISATION DE DIFFÉRENTS ESPACES POUR ALLER PLUS LOIN

Dans la majorité des ressources alternatives de traitement étudiées, la participation à un dispositif de thérapie en tant que tel, individuel ou de groupe, n'est pas obligatoire, même si l'on y établit clairement le rôle potentiel de ce type de démarche. Fondamentalement, ces ressources refusent de circonscrire à l'espace thérapeutique au sens strict le travail sur soi qu'elles permettent et soutiennent.

Ainsi, dans la plupart des ressources, les différents acteurs soulignent que la possibilité d'investir des espaces non proprement thérapeutiques, comme des situations du quotidien, peut permettre d'engager un travail ; ces situations ne sont « *pas la thérapie* » mais peuvent devenir « *l'équivalent thérapeutique* » (int. 1, ress. A) et ce qui s'y joue peut compléter et élargir le travail thérapeutique. On parle de l'importance « *d'être là où ça se passe* » (resp. ress. B) et des « *moments hors cadre* » (int. 2, ress. G). Certains récits montrent l'importance thérapeutique de ce qui se vit et se construit au quotidien à partir de la ressource alternative de traitement, particulièrement pour des personnes qui ont peu accès à leur propre histoire, et dès lors l'importance de « *travailler à partir de l'histoire qui se construit avec nous* » (int. 1, ress. A).

Plusieurs récits d'intervenants et de responsables de différentes ressources évoquent la nécessité d'un accompagnement thérapeutique dans des espaces non traditionnels, comme lors de promenades, pour des personnes très psychotiques. « *Certains tolèrent mal une relation un à un dans une pièce fermée* » (int. 1, ress. A). Le même type d'expérience aurait permis ailleurs de « *débloquer une situation thérapeutique* » (resp. ress. E). Certaines ressources justifient le caractère non obligatoire de la thérapie individuelle chez elles en fonction de la spécificité des troubles psychotiques : « *Les personnes psychotiques viennent moins souvent en thérapie individuelle. Ça leur fait peur* » (resp. ress. C). « *Il y a des grands psychotiques qui ne viendront jamais en thérapie parce que je pense que ça implique trop pour eux de raconter leurs trucs. Puis en même temps, sur le plancher, ils vont nous dévoiler des choses* » (int. 2, ress. A).

Plus rarement, c'est le quotidien qui apparaît comme le principal support du travail thérapeutique ; c'est là qu'est située la part la plus significative du « matériel ». On parle de « *travailler avec des personnes qui sont mises en situation* » (resp. ress. H). « *C'est de l'action, tout le temps* » (us. 1, ress. H).

3.4. LE TRAVAIL DE GROUPE

Le travail de groupe, mis en œuvre dans des ateliers et des thérapies de groupe, joue un rôle important dans une majorité de ressources. C'est ce dont témoignent les récits des différents acteurs, où le travail de groupe est souvent décrit comme un moment fondamental du travail thérapeutique.

Les récits parlent d'une stimulation intense, d'un partage d'expériences qui peut aider à s'ouvrir, parfois même à « *se mettre à nu* » devant autrui (us. 2, ress. G), dès lors que la confiance est assez forte. On évoque la « *puissance* » du travail de groupe (int. 2, ress. G) : « *ça vient me chercher* » (us. 1, ress. G) ; « *c'est extraordinaire ce que cela permet* » (int. 2, ress. G). Certains usagers disent qu'ils ont osé nommer une expérience douloureuse parce que d'autres l'avaient fait avant eux, « *tout ce que cela venait parler en moi, réveiller* » (us. 2, ress. G) ; parler de soi « *peut ouvrir des parties à l'autre dont l'inconscient était fermé* » (us. 1, ress. F). Pour un autre, « *comprendre la souffrance de l'autre m'aide à comprendre la mienne* » (us. 1, ress. E). Les récits parlent aussi d'une expérience de reconnaissance : « *elles se reconnaissent* » (int. 2, ress. G). « *Quand les gens ont réussi à entrer dans leur côté unique, et qu'ils se permettent de partager avec les autres, les autres personnes se reconnaissent dans cette personne-là* » (int. 1, ress. C). En même temps, « *c'est très confrontant le groupe* », « *il faut être très fort* » (int. 2, ress. C).

C'est parfois le travail en groupe qui est perçu comme le lieu significatif principal du travail thérapeutique : « *l'individualité ne se construit que dans le groupe* » (int. 2, ress. I). Le groupe est alors décrit comme « *ce qui fait le plus évoluer la personne* » (resp. ress. I). « *C'est absolument essentiel que des liens affectifs se développent dans le groupe, parce que s'ils n'ont pas de liens, il n'y a pas de conflits puis il n'y a pas de reproduction de situations conflictuelles antérieures avec des personnes affectivement très investies* » (int. 2, ress. I). « *L'expérience relationnelle va les amener à répéter, à se retrouver dans des situations affectives qui renvoient à des conflits souvent beaucoup plus primitifs* », « *c'est à ce niveau que l'essentiel du travail peut être fait ici* » (int. 2, ress. I). « *C'est une thérapie de groupe ici* » (int. 1, ress. G), « *on est toujours en groupe* » (us. 1, ress. G). « *Le cœur de la thérapie se fait en groupe* », « *le travail c'est là qu'il se fait* », « *après, les personnes nous arrivent en individuel avec le matériel* » (int. 1, ress. E). « *J'avais fait le choix de m'ouvrir totalement au groupe* » (us. 1, ress. F).

Dans certaines ressources, l'inscription dans un atelier ou une thérapie de groupe est posée comme une condition à la possibilité de fréquenter la ressource. Dans d'autres ressources, le groupe apparaît comme un appui important parmi d'autres. Même dans ces derniers cas cependant, il arrive que les usagers soulignent l'importance décisive que le groupe a eue pour eux. Une personne précise ainsi la signification particulière du groupe dans le contexte de sa propre histoire: « *c'est en groupe que j'ai été blessée* » (us. 1, ress. E).

Le rôle du groupe dans la trajectoire de la personne se voit par contre relativisé dans d'autres récits. Certains indiquent que même si la ressource accorde un rôle pivot au travail thérapeutique de groupe, les personnes peuvent investir davantage d'autres lieux de la ressource et y réaliser l'essentiel de leur cheminement.

4. DES CONDITIONS

Certaines conditions sont perçues comme essentielles à un véritable travail thérapeutique. Les récits des différents acteurs mettent particulièrement en évidence deux d'entre elles: l'importance de miser sur les possibilités de la personne et la nécessité d'adapter la nature et le rythme du travail à sa singularité.

4.1. MISER SUR LES POSSIBILITÉS DE LA PERSONNE

Les récits insistent sur l'importance de miser sur les possibilités de la personne: « *Dans le fond, qu'est-ce que j'aurais voulu étant jeune? Être appuyée, épaulée, et qu'on croie en moi* » (us. 1, ress. F). C'est précisément ce que cette usagère, comme plusieurs autres, dit avoir trouvé dans la ressource alternative de traitement: « *il voyait mes possibilités puis il y croyait* » (us. 2, ress. F); « *tu vas être capable* » (us. 2, ress. G); « *je crois en toi, tu es capable* » (us. 2, ress. E). « *On croit au fait qu'ils peuvent eux-mêmes élaborer une solution, quelque chose qui tienne pour eux* » (int. 2, ress. B). « *Je me rends compte que les gens savent ce dont ils ont besoin* » (int. 1, ress. E). « *On est d'avis que les gens [...] sont capables de trouver et d'inventer leurs propres solutions à ce qui les perturbe* » (resp. ress. B). « *On travaille à partir des mouvements intérieurs chez la personne* » (int. 1, ress. A). « *Cet être veut trouver des moyens de grandir, de s'épanouir, de respirer. Et je pense que c'est au cœur de notre travail [...] d'entrer en contact avec cet être-là pour entendre* » (int. 2, ress. C). Il est parfois question aussi de « *travailler à partir du noyau sain* » (int. 2, ress. C). « *On travaille avec le vivant, pour faire plus de vivant [...] J'essaie de saisir ce qui vibre encore, où ça vibre encore. C'est ça l'espoir* » (int. 2, ress. C).

L'application de ce principe général requiert parfois certaines précautions, comme le laisse entendre un intervenant qui travaille avec des personnes psychotiques: « *On laisse toujours ce qui peut être fait se faire. En même temps, il y a toujours des choses qu'on sent bien qu'elles ne doivent pas être faites [...]. Alors, on met un écart* » (int. 2, ress. B).

4.2. ADAPTER LA NATURE DU TRAVAIL À LA SINGULARITÉ DES PERSONNES

L'attention à la singularité de la personne est apparue comme une dimension fondamentale de la philosophie des ressources alternatives de traitement; elle se trouve particulièrement accentuée dans certaines d'entre elles. Cette perspective de travail est aussi perçue comme intrinsèquement thérapeutique. Les récits évoquent ainsi des démarches personnalisées, un travail individualisé dans lequel la personne peut cheminer au rythme qui est le sien, parfois avec la possibilité de suspendre un travail en profondeur devenu trop douloureux.

Dans certaines ressources, particulièrement celles qui travaillent avec des personnes psychotiques, les récits des différents acteurs évoquent l'importance d'adapter la nature et le rythme du travail à la singularité des personnes: « *On n'a pas de programme préétabli.* » « *C'est toujours du cas par cas* » (int. 1, ress. B). « *Le travail, ça se dessine un peu différemment pour chacun* » (resp. ress. B). « *Il faut créer chaque fois des façons différentes, nouvelles d'intervenir* » (resp. ress. B). « *C'est toujours un travail très individualisé avec la personne* », « *on suit leur rythme* » (resp. ress. A). « *Ils suivent la personne où elle est rendue. Ils n'iront pas plus loin [...] ils avançaient avec moi.* » « *Je n'étais pas prête, et ils m'ont respectée là-dedans* » (us. 1, ress. A). « *On ne m'a pas forcé* » [à aller régulièrement à la thérapie] (us. 2, ress. A). « *Sur le plan clinique, on ne forcera pas les gens à venir aux rencontres* » (resp. ress. B). « *Il faut prendre le temps de trouver le bon truc pour travailler avec quelqu'un* » (int. 2, ress. A). « *Ils viennent qu'ils nous connaissent, ce qui fait qu'ils s'adaptent à chacun* » (us. 1, ress. D).

Dans les autres ressources, ce sont surtout les récits d'usagers qui évoquent une prise en compte de leur singularité. Ils indiquent qu'il n'y a pas de démarche type et que les activités sont modulées « *selon ce que nous on avait besoin puis ce qu'on vivait* » (us. 1, ress. G), et cela, même dans le contexte d'un programme structuré. De façon générale, la plus ou moins grande place accordée à l'adaptation du travail à la singularité apparaît étroitement liée aux dispositifs existants dans la ressource. Par ailleurs, si l'existence d'un programme intensif s'étendant sur une période de temps

limitée restreint les possibilités d'ajuster le travail à la singularité des personnes, les récits des usagers de ces ressources montrent les ouvertures qui existent à cet égard.

4.3. LE MANQUE

Quelques récits mentionnent en outre explicitement l'importance thérapeutique de travailler à partir du « manque » et de la « frustration » : Le « *traitement est aidant parce qu'on ne répond pas à leurs demandes* ». « *Paradoxalement, ce qui fonctionne ici, c'est précisément ce qu'on ne leur donne pas* », « *la chance qu'ils ont de pouvoir apprendre à vivre avec le manque, la perte, la frustration* » (int. 2, ress. I).

8

LES DISPOSITIFS

Le terme « dispositif » renvoie à ce que les ressources alternatives de traitement mettent concrètement en place en matière d'accompagnement, d'activités au sens large, et d'organisation temporelle et spatiale pour soutenir le travail thérapeutique qu'elles poursuivent dans leur espace. L'étude des dispositifs des ressources alternatives de traitement met en évidence la pluralité et, le plus souvent, la grande ampleur des dispositifs disponibles au sein de chaque ressource¹. En même temps, une telle étude fait aussi ressortir la grande diversité des ressources alternatives de traitement. On peut en fait regrouper les ressources alternatives de traitement en trois grandes catégories : un premier groupe comprend des ressources d'hébergement à moyen et long termes qui accueillent de façon privilégiée des personnes psychotiques ; un deuxième groupe est constitué des ressources qui ont développé un programme intensif limité dans sa durée, que ce soit ou non dans un contexte d'hébergement ; un troisième groupe, celui des ressources de type milieu de jour, offre des dispositifs ouverts et flexibles ; l'une des ressources étudiées propose un autre type d'organisation des dispositifs qui s'articule essentiellement sur une thérapie de groupe.

1. En écho à la section « La vocation de la ressource » du chapitre 6, soulignons que quelques-unes des ressources à l'étude ont la particularité d'avoir développé des volets d'activités en marge des dispositifs touchant de manière plus directe au traitement tel qu'on l'entend et tel qu'il se déploie à partir des ressources alternatives de traitement. Ces ressources proposent ainsi notamment des modalités d'accompagnement et de soutien plus particulières dans une démarche d'insertion au travail et de retour aux études. Comme nous l'avons noté plus haut, il arrive que la coexistence de ces différents dispositifs soulève des questionnements et des inquiétudes pour certains acteurs.

De façon générale, la question de la durée ressort comme un trait différentiel majeur qui distingue les ressources alternatives de traitement les unes les autres. Dans certaines, la fréquentation peut s'inscrire dans une durée relativement longue ; la souplesse des dispositifs y est généralement plus grande, et avec elle les possibilités d'adapter la nature du travail à la singularité des personnes. Comme nous venons de le noter, ces ressources semblent particulièrement aptes à accueillir des personnes souffrant de psychose.

Dans les ressources qui proposent un programme plus court, c'est l'intensité de la démarche qui domine. Les responsables de ces ressources et les intervenants soulignent que ce double caractère des dispositifs – durée limitée et intensité – est à la fois une force et une limite de la ressource alternative de traitement. L'intensité permet que « *beaucoup de choses remontent à la surface* » (resp. ress. G) ; « *on saisit beaucoup plus en profondeur une personne et la personne est beaucoup plus consciente rapidement et globalement de ce qu'elle vit* » (int. 2, ress. F). Par ailleurs, dans ces mêmes ressources, la durée du séjour est souvent décrite comme trop brève pour les personnes accueillies, eu égard au poids et à la profondeur des souffrances qu'elles portent : « *Il faudrait un suivi individuel beaucoup plus long* » (resp. ress. F). « *C'est sûr que ça prend une démarche à plus long terme pour la clientèle qu'on a [...] Pour moi, c'est clair, clair, net et précis* » (resp. ress. G). Dans ces ressources, le cadre apparaît plus strict et les usagers s'engagent à participer à l'ensemble des dispositifs. Une telle intensité des programmes est présentée comme une limite à l'accueil de personnes « *en perte de contact avec la réalité* » (resp. ress. F), qui auraient besoin de davantage de temps et de souplesse. Par contre, le cadre plus strict proposé par ces ressources est parfois présenté comme un aspect important et significatif du travail par rapport à certains types de difficultés, en particulier les troubles de la personnalité : « *Avec les troubles de personnalité limite, on a eu à mettre un cadre un peu plus serré* » (resp. ress. G).

Un certain nombre de traits communs caractérisent les dispositifs qu'ont mis en place la plupart des ressources alternatives de traitement avec lesquelles nous avons travaillé. Nous nous arrêterons successivement à trois d'entre eux : la pluralité des dispositifs, laquelle engage souvent la multidimensionnalité du volet thérapie ; l'idée d'un effet de système ; l'importance de la vie communautaire. Ces traits ne s'appliquent cependant pas à une des ressources, qui mise principalement sur un dispositif de thérapie de groupe. Nous considérerons ensuite la fluidité des dispositifs que l'on retrouve généralement dans les ressources alternatives de traitement, les manières dont elles cherchent à prolonger quelque peu l'accompagnement des usagers au-delà de la durée de leur participation au programme proprement dit, ainsi que les contraintes auxquelles ces ressources font face.

Enfin, nous nous arrêterons à certains écarts entre les ressources, tel qu'ils ressortent des récits. Ces écarts concernent la place du volet thérapie dans la ressource, le rôle dévolu aux dispositifs de groupe, les modes de participation aux dispositifs (flexibles ou inscrits dans un cadre structuré) et le travail d'équipe. Ils ressortent surtout des récits des intervenants et des responsables.

1. LA PLURALITÉ DES DISPOSITIFS

Dans la plupart des ressources, les récits des différents acteurs mettent en évidence la pluralité des dispositifs mis en place, ainsi que l'importance qu'une telle pluralité revêt pour eux. Les entretiens indiquent que la thérapie proprement dite est souvent au cœur de ces dispositifs, mais que, dans la plupart des cas, ces derniers ne se réduisent pas à la thérapie au sens strict. Dans la majorité des ressources, le volet thérapie apparaît lui-même pluriel, englobant parfois la thérapie de groupe et la thérapie individuelle, l'art-thérapie et une thérapie faisant appel au corps. Une petite minorité de ressources font un choix différent en optant pour un dispositif plus circonscrit, essentiellement clinique.

Les récits d'usagers des ressources alternatives de traitement illustrent à quel point la pluralité des dispositifs, « *plein de petits espaces et non une chose précise* » (us. 1, ress. D), la possibilité qu'elle demande de travailler à partir de différents espaces et supports, l'importance de « *varier l'approche de la thérapie* » (us. 1, ress. I), ont joué pour eux un rôle fondamental : « *Ça a été tellement important et positif pour moi, cette diversité* » (us. 2, ress. E). Les intervenants considèrent pour leur part cette pluralité des dispositifs comme une richesse et un élément fondamental de la spécificité des ressources alternatives de traitement en santé mentale : « *Il y a le corps qui est respecté, écouté, sécurisé, il y a l'aspect des mots [...] il y a l'aspect symbolique [...] l'aspect relationnel, l'aspect social* » (int. 1, ress. F).

Dans certaines ressources, les récits évoquent le fait que la pluralité des dispositifs entre significativement en résonance avec la possibilité d'adapter le travail à la singularité des personnes : « *Il y a plein d'opportunités [...] adaptées à ce que l'on est réellement* » (us. 1, ress. D). De manière plus générale, une telle pluralité des dispositifs donne aux personnes la possibilité de toucher et de travailler différentes dimensions de leur expérience.

Les récits montrent que les ressources alternatives de traitement qui travaillent de façon privilégiée avec des personnes psychotiques proposent des dispositifs particuliers qui permettent de travailler à plusieurs niveaux. Les récits des différents acteurs rattachés à ces ressources soulignent ainsi

l'importance de pouvoir travailler à la fois en thérapie individuelle ou dans un espace clinique, de poursuivre un accompagnement psychosocial et de recourir à une thérapie de milieu.

2. UN EFFET DE SYSTÈME

Lorsqu'elles évoquent les dispositifs qui se sont souvent mis en place progressivement dans les ressources alternatives de traitement, les personnes que nous avons rencontrées témoignent de ce que, loin de rester simplement juxtaposés, les dispositifs tendent à se compléter et à se répondre, comme s'ils étaient reliés par le fil d'une même intention fondamentale: « *Toutes les activités sont en synergie* » (resp. ress. D); « *rien n'est dissocié* » (us. 1, ress. D); « *tout est en lien* » (int. 2, ress. A). « *C'est vraiment la synergie de plusieurs services ou activités qui fait que la personne chemine* » (resp. ress. C). On parle aussi de « *quelque chose qui se multiplie* » (resp. ress. G).

On peut ainsi parler d'un effet de système à l'œuvre dans les ressources alternatives de traitement. Cette idée s'exprime de différentes façons, en particulier comme un effet d'ensemble qui témoigne d'une cohérence globale intégrant les dispositifs et le projet de la ressource. Pour certains, une telle cohérence a en elle-même des effets thérapeutiques: « *une espèce de cohérence, de consistance, de continuité [...] ça a un effet* » (int. 1, ress. A). On parle aussi de « *l'impact symbolique de la stabilité, de la cohérence* » (int. 1, ress. B). Des récits d'usagers soulignent la congruence entre ce qui est dit et véhiculé comme valeurs dans la ressource alternative de traitement et la réalité des liens et des pratiques.

L'idée d'un effet de l'ensemble des dispositifs émerge d'un grand nombre de récits: « *Ce qui est principalement important, c'est le rapport avec l'ensemble des composantes de la ressource* » (int. 2, ress. F). « *Tout est thérapeutique ici* » (int. 1, ress. G), « *tout devient thérapeutique* » (us. 1, ress. G). « *C'est vraiment l'ensemble qui fait que c'est thérapeutique [...] La personne elle-même fait le lien entre toutes ces choses* » (resp. ress. C). « *Je trouve que c'est vraiment un ensemble* » (us. 2, ress. E). « *Le plus aidant ? [...] Les rencontres avec les intervenants, les règles, les tâches, souper ensemble [...]* » (us. 2, ress. A). « *C'est le lien entre les différentes composantes qui fait qu'on va soutenir la personne à plusieurs niveaux dans sa vie* » (resp. ress. A). « *J'avais pas juste les intervenants [...] j'avais toute la vie à la ressource* » (us. 1, ress. A).

Le plus souvent, les récits ne marquent pas de hiérarchie entre les différents dispositifs et possibilités offerts à la ressource alternative de traitement. « *C'est thérapeutique, constamment* », « *chaque chose avait sa signification particulière* » (us. 2, ress. G). « *Pour moi, tout compte ici, tout est important* » (us. 1, ress. E).

3. L'IMPORTANCE DE LA VIE COMMUNAUTAIRE

Les récits des différents acteurs montrent combien, dans la grande majorité des ressources alternatives de traitement, la vie communautaire joue un rôle fondamental qui se voit concrétisé sur le plan de l'organisation spatiale et temporelle de la ressource : « *C'est favorisé par le fait qu'il y a des lieux* » (resp. ress. E). Les personnes évoquent ici différents espaces, tels que les repas communautaires, les espaces communs et les moments « hors cadre », relativement nombreux dans plusieurs ressources, ainsi que le partage de responsabilités touchant à la vie quotidienne et à l'organisation de la ressource.

Les récits des intervenants et des responsables indiquent aussi que, le plus souvent, la vie communautaire dans la ressource est reconnue et mise à contribution comme une partie intégrante du projet thérapeutique : « *Il se passe tellement de choses* » dans la vie communautaire (int. 2, ress. G) ; c'est « *ce qui fait aussi que les thérapies peuvent parfois évoluer plus rapidement* » (resp. ress. C). Plus largement, les récits des différents acteurs illustrent comment la vie communautaire peut être un espace privilégié qui permet de travailler les liens et d'approprier les relations ; ils mentionnent aussi les difficultés et les inconforts qui peuvent y être attachés. Les récits parlent ainsi souvent d'un « milieu de vie thérapeutique ».

Dans une ressource en particulier, l'importance de la vie communautaire apparaît en quelque sorte radicalisée dans les récits des différents acteurs ; ces derniers tendent à voir dans cet espace collectif et dans ce qu'il rend possible le centre de gravité du projet thérapeutique de la ressource.

Dans les ressources qui travaillent plus directement avec des personnes psychotiques, les récits insistent sur l'importance du « milieu-thérapie », « *de cohabiter, d'avoir une routine, des règles* » (resp. ress. A). Les intervenants et les responsables de ces ressources soulignent que le séjour dans la ressource alternative de traitement permet ainsi de travailler et d'approprier une forme d'inscription et de participation dans le lien social, « *une espèce de responsabilité qui les inscrit dans le lien social* » (int. 1, ress. A). Certaines différences d'accent se révèlent cependant dans la façon dont est mise en œuvre une telle préoccupation pour le lien social au fil de la vie dans la ressource ; cette préoccupation paraît ainsi particulièrement active et investie positivement dans l'une de ces ressources et l'est moins dans une autre.

Dans d'autres ressources, c'est davantage l'importance de la vie associative qui ressort des récits. Certaines proposent ainsi tout un éventail de possibilités d'engagement pour les usagers qui le souhaitent ; ces derniers peuvent prendre part plus directement à l'organisation et, parfois, aux orientations de la ressource en participant à différents comités. Une responsable

évoque un effort croissant pour « *créer pour les personnes usagères des opportunités concrètes de s'engager, de se mobiliser, de dire leur mot sur l'organisation des services* » et, plus globalement, pour « *contribuer à l'avancement des services en faisant des témoignages, en participant à des tables de concertation* » (resp. ress. D).

4. LA FLUIDITÉ DES DISPOSITIFS

Les récits des intervenants et des responsables montrent à quel point les ressources alternatives de traitement font preuve à la fois de vitalité et de souplesse dans l'aménagement et la transformation de leurs dispositifs, illustrant de façon générale la grande fluidité de ces dispositifs. Ceux qui sont en place paraissent ainsi tout à la fois fondamentaux pour le traitement et jamais rigidifiés. On pourrait dire que, dans ces ressources, les dispositifs sont mis au service du projet de la ressource et du processus thérapeutique et qu'ils évoluent en fonction de l'expérience, ce dont témoigne l'historique des différentes ressources alternatives de traitement.

Par ailleurs, au fil du temps, certaines ressources alternatives de traitement ont connu un mouvement de resserrement au niveau de la structure et de l'organisation de l'organisme. Les acteurs décrivent cette évolution comme étant largement reliée à l'importance de mieux adapter les dispositifs à certaines difficultés observées chez les usagers. Certains répondants se sont montrés soucieux de demeurer vigilants face au risque que cela peut comporter pour les ressources concernées : dans leur préoccupation pour ce qui relève de l'organisation concrète et de la structure, les ressources pourraient en venir à « *perdre de vue les choses plus volatiles* » (int. 1, ress. A), en l'occurrence la vie psychique et relationnelle des personnes qui y sont accompagnées.

Les responsables et les intervenants évoquent aussi le fait que les contraintes auxquelles sont confrontées les ressources alternatives de traitement infléchissent inévitablement certains des choix auxquels elles sont confrontées. En effet, à un moment ou l'autre, la plupart des ressources font le constat d'une limite quant aux possibilités d'accompagnement qu'elles offrent, une limite qui concerne soit la diversité de ce qu'elles peuvent proposer, soit la durée de l'accompagnement. La question de la durée représente un enjeu important pour l'ensemble des ressources à l'étude. Les ressources qui ont développé un programme intensif sur une période de temps limitée font état de contraintes administratives et budgétaires, souvent extérieures à la ressource, qui leur imposent un choix qui est en fait rarement le fruit d'une décision de la ressource elle-même. Pour limiter les répercussions de ces contraintes, les ressources ont développé au fil du

temps des stratégies leur permettant de prolonger l'accompagnement des personnes pour que la transition soit « *moins cruelle* » (resp. ress. G). Les ressources qui travaillent davantage dans la durée mettent elles aussi en place des dispositifs qui visent à faciliter la transition et, parfois, qui permettent à la ressource de continuer d'offrir un point de repère aux personnes pour lesquelles le maintien d'un tel lien s'avère important et nécessaire.

Les ressources se mobilisent ainsi pour pallier les limites qu'elles perçoivent dans l'accompagnement qu'elles proposent. Dans certains cas, on ajoute un accompagnement individuel aux pratiques habituelles ou encore, on le prolonge dans la durée, parfois pour un temps indéterminé et d'autres fois dans un cadre circonscrit d'avance. On peut aussi permettre un va-et-vient entre la ressource, amenée à jouer un rôle de repère, et l'extérieur; cela peut notamment se faire par l'entremise de mécanismes concrets qui assurent une continuité après la fin du séjour dans la ressource, par exemple par des repas communautaires périodiques, ou encore des rencontres avec d'anciens usagers. Ces mécanismes semblent dans la plupart des cas très bénéfiques. Parfois, la ressource réaffirme le désir et la volonté d'étendre les dispositifs pour mieux répondre à ce qui est perçu comme un manque dans l'offre des services existants en santé mentale et dans la société elle-même.

Par ailleurs, certains intervenants et responsables insistent aussi sur la nécessité de demeurer vigilant face au risque potentiel de vouloir trop faire, trop donner. Ainsi, un intervenant avance que, pour être pleinement thérapeutique, le séjour dans la ressource alternative de traitement doit être conçu et vécu comme un « *passage* » (int. 1, ress. A): « *La ressource fait partie d'une stabilité dans leur vie [...] mais nous devons être attentifs à ce que ça ne devienne pas toute leur vie* » (resp. ress. E). À des degrés divers, les ressources devraient ainsi parfois résister à une sorte de fantasme d'omnipotence, qui pourrait avoir pour revers, chez la personne, une forme de dépendance réelle ou symbolique.

5. DES CONTRAINTES

La diversité et l'ampleur des dispositifs mis en place dans les ressources alternatives de traitement en santé mentale pourraient faire oublier que ces organismes sont des organismes relativement « *pauvres* », ce que relèvent plusieurs récits de responsables et d'intervenants. Cette situation, qui pèse sur la plupart d'entre elles, a beaucoup de conséquences sur la vie des ressources.

Les intervenants et les responsables de ressources alternatives de traitement font souvent référence au manque de personnel et au poids qui pèse sur les membres des équipes de travail, souvent surchargés. On évoque le risque d'épuisement qui menace les intervenants et les responsables. Certains intervenants s'inquiètent de leur capacité à toujours écouter et entendre la souffrance de l'autre comme ils le désireraient.

Dans bien des cas, les responsables doivent dépenser une énergie et un temps considérables à la recherche d'un financement suffisant pour assurer la continuité des dispositifs. Ils déploient parfois une étonnante ingéniosité pour permettre cette continuité et soutenir les développements qui peuvent s'imposer en cours de route.

Dans quelques cas, en dépit de cette ténacité, il arrive que la ressource ait à renoncer à certaines choses et à poser des gestes, comme de restreindre progressivement l'accès à la thérapie individuelle, ou encore de limiter la durée de ce type d'accompagnement. Comme l'exprime une responsable, il peut devenir « *de plus en plus difficile de donner une qualité de fréquence et de durée* » (resp. ress. D).

6. DES ZONES D'ÉCART

Les zones d'écart entre les ressources alternatives de traitement qui se dégagent le plus clairement des récits concernent la place du volet thérapie ou des dispositifs de thérapie dans la ressource, la place du groupe dans les dispositifs, l'existence ou non d'un programme de séjour ou de fréquentation, ainsi que la place et le rôle du travail d'équipe.

6.1. LA PLACE DE LA THÉRAPIE

Les récits indiquent que différentes options existent parmi les ressources alternatives de traitement quant à la place reconnue au volet thérapie ou aux dispositifs de thérapie au sein de l'ensemble des dispositifs en place. Ce sont particulièrement les intervenants et les responsables qui évoquent de telles différences. Dans la majorité des ressources, le volet thérapie est décrit comme un volet très important mais non obligatoire. On parle de rester à l'écoute de la singularité des personnes et des trajectoires. Dans d'autres ressources, le volet thérapie semble par contre placé au centre du travail; la participation aux dispositifs de thérapie fait alors partie intégrante et nécessaire de l'engagement des usagers. Dans une autre ressource en particulier, le dispositif de thérapie constitue le « tout », ou presque, des

pratiques. Dans d'autres cas encore, le volet thérapie semble davantage considéré comme un volet parmi d'autres des pratiques et des dispositifs offerts dans la ressource.

Du côté des usagers, les récits montrent la grande importance que revêt la thérapie dans ses différentes formes et modalités (individuelle, de groupe, corporelle, art-thérapie) dans la trajectoire des personnes. On la retrouve même dans le cas de personnes qui fréquentent une ressource qui considère que la thérapie n'est qu'un dispositif parmi d'autres. En même temps, les récits témoignent du rôle que jouent d'autres dimensions dans le cheminement des personnes. Les récits des usagers insistent particulièrement sur les synergies qui existent la plupart du temps entre les différentes dimensions et d'un dispositif à l'autre.

6.2. L'IMPORTANCE DU GROUPE

Nous avons déjà mentionné la grande importance que les ressources alternatives de traitement attachent aux dimensions sociales et relationnelles, y voyant un aspect essentiel du processus thérapeutique. Par ailleurs, certaines d'entre elles utilisent le groupe de façon plus formelle dans le travail thérapeutique et mettent en place des dispositifs particuliers, notamment des ateliers et des thérapies de groupe.

Une proportion importante des ressources étudiées insistent ainsi sur l'importance du travail en groupe ; dans plusieurs d'entre elles, un tel travail est placé au cœur des dispositifs de la ressource et des dispositifs de thérapie : « *Tout se passe en groupe ici* » (us. 1, ress. E). La capacité de s'intégrer dans un groupe est alors posée comme une condition de la fréquentation.

Dans d'autres ressources, les potentialités du groupe paraissent circonscrites aux dimensions du vivre-ensemble dans le contexte de la vie communautaire.

6.3. L'ORGANISATION DES DISPOSITIFS : AUTOUR D'UN PROGRAMME OU SANS PROGRAMME TYPE

Les intervenants et les responsables font ressortir le fait que les ressources alternatives de traitement font des choix différents quant au mode d'organisation des dispositifs qu'elles mettent en place et aux modes de participation possibles pour ces dispositifs.

Certaines ressources proposent un programme dont les paramètres sont précisés d'emblée : « *Il y a un cadre de départ* » (resp. ress. G) ; « *c'est très structuré* » (int. 2, ress. G). Dans ces ressources, les usagers sont appelés à

participer à l'ensemble des dispositifs, « à s'investir complètement » (resp. ress. F), même s'il est entendu qu'au-delà du cadre, « le contenu appartient à la personne » (resp. ress. G). Les récits témoignent par ailleurs aussi du maintien d'une dimension de flexibilité. Dans une des ressources, on refuse de rendre obligatoire la participation à la thérapie corporelle individuelle, laquelle pourrait être trop éprouvante pour des personnes blessées dans leur corps. Dans une autre, on évoque des cheminements significatifs qui peuvent se poursuivre dans des espaces hors cadre. « J'ai vu des personnes comme marcher parallèlement à la thérapie, ne jamais trop s'investir, et profiter toujours des petits couloirs informels [...] du lien relationnel » (int. 1, ress. G).

Dans ces dernières ressources, les récits des usagers vont dans le même sens. Ils parlent bien plus de la façon dont les personnes ont pu investir certains espaces et certains liens en particulier que de ce qu'aurait pu signifier, en termes de contrainte, l'existence d'un cadre et d'un programme dans la ressource.

D'autres ressources offrent d'emblée un cadre plus flexible, parfois désigné comme « un cadre très très flexible [...] très ouvert » (resp. ress. E). Dans ces ressources, « il n'y a pas un programme type de séjour », « toutes les activités sont offertes mais il n'y a pas de démarche qui est obligatoire » (int. 1, ress. E), « pas de programme comme tel [...] pas de porte d'entrée non plus ». « L'idéal, je peux le dire aux personnes, c'est la thérapie [individuelle], les activités de création, les ateliers thérapeutiques. Je le dis mais je n'insiste pas. Ça convient à certaines personnes mais pas à d'autres » (resp. ress. C). « La porte d'entrée peut être multiple » (resp. ress. D). « On travaille dans le cas par cas. En ce sens, ce n'est pas un programme » (resp. ress. B).

6.4. LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Dans un contexte où l'accompagnement de la personne met en jeu constamment, d'une façon ou d'une autre, plus d'un intervenant, la question du travail d'équipe et du travail en équipe constitue un enjeu important pour les intervenants et les responsables. Leurs récits montrent que les ressources présentent à cet égard une diversité d'expériences mettant en évidence des défis différents.

Dans certains cas, le travail d'équipe est reconnu comme le cœur du travail avec les personnes que l'on accompagne. Plusieurs intervenants, de formations et d'orientations différentes, se mobilisent ensemble pour soutenir le mouvement de la personne, mettant à contribution les regards singuliers issus d'expériences différentes, mais aussi de positions différentes face à la personne. Les rencontres d'équipe sont fréquentes et intenses et

répondent à des mécanismes inscrits dans les dispositifs. Le travail d'intervention chemine et est revu au fil des discussions et du partage des expériences et des regards.

Dans d'autres cas, on retrouve une pluralité similaire des intervenants et on la reconnaît comme une richesse pour l'accompagnement des personnes; cependant, l'intégration des perspectives et des expériences semble plus inégale et fortuite, se faisant au gré des disponibilités des uns et des autres. Ici, peu de mécanismes formels facilitent le partage des expériences et des regards relatifs aux usagers. Certains intervenants y voient une lacune, alors que les responsables de ressources évoquent la difficulté de trouver le temps nécessaire à une intégration plus satisfaisante des différentes expériences d'intervention.

Dans d'autres ressources, ce n'est pas tant la pluralité au sein de l'équipe qui est mise de l'avant que l'importance d'une vision partagée permettant de soutenir, ensemble, la personne dans une même direction. Cette position a l'avantage de donner une direction à l'intervention, limitant les risques d'un dérapage potentiel, notamment de la part d'intervenants moins expérimentés. Le défi est, dans ce cas, qu'une ouverture demeure et, avec elle, la possibilité, parfois, d'un regard plus oblique qui ouvre d'autres angles à la compréhension et à l'intervention.

9

**UNE POSITION SINGULIÈRE
DE L'ALTERNATIVE
DANS LE CHAMP CONTEMPORAIN
DU TRAITEMENT
EN SANTÉ MENTALE**

À l'écoute et à la lecture des récits, on est frappé par l'absence ou la rareté de termes empruntés au vocabulaire médical – diagnostic, maladie, symptôme, insuffisance – ou tout au moins, lorsqu'on les mentionne, par leur manque de portée en regard du projet des ressources alternatives de traitement. Ces ressources s'intéressent peu de façon générale à l'idée d'une maladie mentale qui viendrait affecter le corps dans sa matérialité brute. Ainsi, lorsqu'on se réfère à la notion de psychose, c'est pour attirer l'attention sur les défis particuliers que pose l'altération précise de l'expérience dont témoigne la psychose. De façon plus générale, sans nécessairement et directement s'attaquer à l'idée de diagnostic, les ressources alternatives considèrent que la part essentielle du traitement qu'elles offrent se joue ailleurs.

En effet, l'attention des ressources alternatives de traitement porte de façon fondamentale sur ce que l'on peut désigner comme la *subjectivité*, même si celle-ci n'apparaît pas toujours nommée comme telle. La subjectivité dont il est question ici est moins dotée d'un contenu précis qu'elle n'apparaît comme une possibilité à stimuler, toujours singulière. Elle concerne à la fois l'unicité et la dignité de l'être humain, et c'est d'abord et fondamentalement à cette subjectivité que les ressources alternatives de traitement s'adressent. C'est à partir d'elle que la souffrance est prise en

compte. Les récits montrent à quel point la souffrance subjective et ce qu'elle exprime comme manque, comme vide, comme difficulté d'être représentent le nœud le plus incontournable du traitement. Ils montrent que la prise en compte de la souffrance subjective demande du temps, le temps qu'elle puisse être exprimée, le temps d'être véritablement entendue, le temps aussi d'un travail, peut-être d'une réélaboration, sur la souffrance et à partir de celle-ci.

Nous avons aussi vu que les ressources alternatives de traitement s'attachent à la fois à offrir à des personnes très souffrantes un lieu où elles peuvent en quelque sorte se déposer, un lieu où il fait bon vivre, et à mettre en place les conditions d'une mise au travail en profondeur, qui s'exprime davantage comme un encouragement à la mobilisation de la personne que comme une obligation. Certains écarts se manifestent par ailleurs. Ils concernent le sens à donner à l'idée d'une participation de la personne, dans le contexte de milieux de pratiques qui veulent rendre possible une mise au travail en profondeur. La position dominante est un souci de mettre en place des conditions permettant de soutenir l'émergence et le déploiement d'un mouvement de subjectivisation, ce qui demande aussi de reconnaître les contraintes internes auxquelles font face les personnes, ce qui suppose un accompagnement tout en nuances, toujours respectueux du rythme et des limites exprimées par les personnes ou pressenties par les intervenants. Une autre position se dégage aussi, plus minoritaire et à connotation plus moralisatrice, au sens où elle en appelle à la responsabilisation de la personne, en matière d'effort et d'engagement dans sa propre démarche. On peut y voir un reflet d'une certaine idée du sujet marquée par les normes modernes d'autonomie, de responsabilité et d'action. Par ailleurs, lorsqu'elle s'exprime, cette position portée tantôt par les intervenants, tantôt par les usagers ne semble jamais dominante dans la ressource concernée.

De façon plus générale, dans les ressources alternatives, le traitement implique à la fois et de manière inextricable la prise en compte de la souffrance subjective et l'horizon d'un *retour à la vie*. Cet horizon s'articule autour d'une attention et d'un respect pour la singularité des personnes, ainsi que d'un souci de redonner à l'humain son amplitude et son épaisseur, par la mobilisation de différents registres. Il ne s'agit donc pas de répondre à des besoins de base, mais de re-mobiliser la personne et de la re-mettre en mouvement. Il ne s'agit pas non plus d'une sorte de mission caritative de l'alternative. Plutôt, en réaction aux mondes carenciels dans lesquels sont souvent plongées les personnes que reçoivent les ressources, il s'agit aussi parfois de réintroduire du vivant dans la vie, une reconnaissance de soi, de (re)mobiliser une dimension relationnelle au sens fort, d'offrir une

possibilité d'enracinement à l'être humain (*être dans le monde, habiter*), et de soutenir son ouverture à une dimension de sens et au registre du symbolique. Les récits évoquent les notions fortes de présence, de sécurité et de reconnaissance.

Il faut insister : ce projet, vaste et ambitieux, sous-tendu par une double visée de mise au travail subjective et de (re)mobilisation de dimensions de l'humain, n'est pas posé et énoncé comme tel d'emblée. Il ne s'articule pas dans un discours fort. Il se dégage en filigrane des différents récits, et c'est ce qui en accentue la force ; il ressort aussi plus concrètement des résonances qui existent entre les différents moyens et les dispositifs que se donnent les ressources alternatives de traitement.

Deux traits majeurs caractérisent les dispositifs mis en place dans ces ressources : leur pluralité et leur ampleur d'une part, leur flexibilité et leur souplesse d'autre part. Il en ressort l'impression d'une dynamique systémique à l'œuvre dans les ressources alternatives de traitement et dans le déploiement du traitement lui-même, au plus loin d'une rigidité institutionnelle sclérosante. Dans ce contexte, nous avons aussi vu que les dispositifs de thérapie proprement dits, eux-mêmes souvent diversifiés, ne suffisent pas à eux seuls à rendre compte de ce qui participe de manière significative au traitement. On ne rencontre pas non plus dans ces ressources l'idée d'une hiérarchie d'importance entre les dispositifs de thérapie et les autres dispositifs¹. Ainsi, loin d'intervenir comme un simple soutien au traitement, ce qui relève de ce que nous avons englobé dans la notion d'atmosphère (sentiment de sécurité, expérience relationnelle riche, sentiment de reconnaissance) est directement sollicité dans le travail thérapeutique, mobilisé pour accompagner et soutenir un mouvement intérieur chez la personne.

Le fait qu'il est question de traitement dans les ressources alternatives auprès desquelles s'est effectuée cette étude est très présent dans les récits des usagers des ressources alternatives de traitement, pour lesquels le « traitement » correspond à une expérience bien réelle. On pourrait caractériser la position alternative par rapport au traitement par l'entrelacement et

1. Dans *Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soin psychiatrique* (1973), Racamier et ses collaborateurs réhabilitent les potentialités de l'institution dans le traitement en psychiatrie. Leur travail invite ainsi à réfléchir à ce qui distingue les approches de traitement développées dans un cadre circonscrit, relativement clos (tel un bureau privé), et celles qui se déploient au sein d'un dispositif plus large, dans une pratique communautaire inspirée par une approche psychodynamique. Les auteurs soulèvent ainsi la question des rapports entre les lieux-moments consacrés au traitement et tout le reste. Tout en se défendant de vouloir établir une hiérarchie entre ces différentes composantes, Racamier et ses collaborateurs nous proposent leur vision de la place des dispositifs de traitement dans ce dispositif plus large, une place qui demeurerait de premier plan et par rapport à laquelle les autres dispositifs seraient en position complémentaire et un peu à leur service.

l'intrication d'une double intention : celle d'une mise au travail en profondeur et celle d'une (re)mobilisation de dimensions de l'humain ; un travail en double donc, permettant qu'advienne et se soutienne un mouvement *dans l'être et de l'être*. En creux se dégage l'exigence anthropologique et philosophique qui soutient le projet à l'œuvre dans les ressources alternatives de traitement², et qui marque profondément la position singulière de l'alternative dans le champ contemporain du traitement en santé mentale. C'est dans ce sens que l'on peut dire que les ressources alternatives invitent à décroisonner et à élargir les limites habituelles de la notion de traitement telle qu'on l'entend généralement dans le champ des services de santé mentale et plus particulièrement en psychiatrie.

-
2. Cette spécificité du projet des ressources alternatives de traitement, dont la portée et la radicalité sont anthropologiques autant que politiques, pourrait aussi être la source d'une certaine incompréhension, tout en soulevant par ailleurs des questions importantes sur le plan politique.

Cette question est sans doute sous-jacente au débat qui a cours dans les milieux communautaires au Québec et qui dénonce l'affaiblissement, dans une proportion importante de milieux et de groupes communautaires, de la mission de conscientisation sociale et d'action collective au profit d'une vision de plus en plus individualisante, axée sur la dispensation de services. Pour une vision générale des enjeux de ce débat, on peut notamment consulter Shragge (2007). On peut se demander si cette lecture des enjeux du communautaire ne caricature pas ce qu'il en est, dans le « vrai monde », des pratiques qui s'y développent tout comme de celles qui animent les « services ». Dans son esprit, ce type de lecture rejoint les attaques tous azimuts du « tout thérapeutique » que l'on perçoit comme venant accentuer un repli sur le soi et le narcissisme qui prévalent dans la culture contemporaine. Tout en dénonçant lui-même sans ambiguïté certains errements et dérives de la valorisation contemporaine du « thérapeutique », Charles Taylor, dans *Les sources du moi : la formation de l'identité moderne* (1998), a montré comment cette critique, qui s'inscrit dans un appel nécessaire, mais trop exclusif, à un réinvestissement du politique, en vient à « escamoter » tout un pan de l'humain, « comme s'il n'y avait pas, par ailleurs, de problème lié à la perte de sens dans notre culture, comme si le fait de retrouver un engagement sur le modèle de Tocqueville pouvait, d'une certaine façon, suffire à résoudre nos difficultés relatives au sens, à l'unité expressive, à la perte de substance dans notre environnement humain, à l'univers désenchanté ».

5

PAR-DELÀ UNE LOGIQUE D'OBJECTIFS ET DE RÉSULTATS

*« Il n'y a pas de route prédéterminée.
Chacun construit sa route. »*

À l'heure actuelle, la pression pour l'obtention de résultats est de plus en plus forte dans les pratiques en santé mentale et en psychiatrie. Cette pression correspond à une exigence légitime de responsabilité, mais la traduction de la notion de résultat en indices objectivables et mesurables de manière standardisée risque bien de se trouver en porte-à-faux par rapport à ce dont il s'agit pour les personnes. Les intervenants qui travaillent dans le système des services de santé mentale le savent bien, mais ils vivent une forte pression qui les pousse

à recadrer leur pratique et à en rendre compte selon des paramètres objectifs. Le souvenir positif que quelques usagers gardent du travail qu'ils ont fait avec certains de ces intervenants et les liens qu'ils conservent parfois avec eux attestent que cette préoccupation pour l'humain n'est pas exclusive aux ressources alternatives, mais, dans le cas de ces ressources, elle est reconnue et soutenue, placée au centre des pratiques et de ce qui les sous-tend.

Les récits que nous avons recueillis montrent en effet à quel point une logique d'objectifs et de résultats paraît profondément étrangère à l'esprit et au projet thérapeutique des ressources alternatives de traitement, tout au moins si l'on parle de résultats mesurables en termes aisément objectivables et quantifiables. Dans ce domaine, les ressources alternatives de traitement semblent être essentiellement restées à l'écart des tendances dominantes qui marquent le champ contemporain de la santé mentale en termes d'un resserrement des visées du traitement et de la standardisation des moyens et des outils d'évaluation.

En décalage avec le courant des approches orientées vers la réadaptation en psychiatrie, les ressources alternatives de traitement affirment leur refus général de toute visée de normalisation. C'est ce qui ressort particulièrement des témoignages des intervenants et des responsables : « *On n'est pas là avec des objectifs de réadaptation, de normalisation [...] Des études ou un travail, ce n'est pas ce qui est important pour nous* » (int. 1, ress. B). « *L'objectif d'être participant actif dans la communauté, ce n'est pas cet objectif-là que moi je porte* » (int. 2, ress. E). « *[Il s'agit] d'aider la personne de façon à ce qu'elle puisse trouver une façon d'exister dans le monde à sa façon* » (int. 2, ress. B), « *trouver une place où être bien* » (int. 1, ress. D). De la même manière, en décalage avec les approches biomédicales qui dominent la prise en charge psychiatrique, les ressources alternatives de traitement ne se centrent pas sur les symptômes proprement dits, sans toutefois les ignorer ; lorsqu'elles s'y intéressent, elles s'interrogent sur le sens qu'ils ont pour la personne. On évoque plutôt un traitement qui vise plus profondément le « sujet », la « *vérité du sujet* » (int. 2, ress. B). Préoccupées de singularité, ces ressources semblent mal à l'aise avec les outils standardisés : « *Il n'y a pas de route prédéterminée. Chacun construit sa route* » (resp. ress. A). « *Pour moi, il n'y a pas une façon* » (resp. ress. G). C'est « *l'originalité du sujet* », parfois profondément enfouie, qui est visée (int. 2, ress. B).

C'est sur cette toile de fond commune que les ressources alternatives de traitement dessinent et mettent en œuvre leur projet thérapeutique. De façon générale, les récits montrent que les personnes et les ressources se donnent par ailleurs certains repères à l'égard de ce que l'on peut attendre du passage par la ressource alternative de traitement, et qu'elles arrivent, plus ou moins précisément, à désigner ce qui a pu survenir ou non à travers ce passage.

DES ATTENTES

Lorsque l'on se penche sur les attentes exprimées en regard du séjour dans la ressource alternative de traitement et sur les buts poursuivis, on est d'abord frappé par leur diversité. Ces attentes et ces buts paraissent parfois larges et d'autres fois plus précis, parfois ambitieux et d'autres fois beaucoup plus limités. Plusieurs récits d'intervenants et de responsables évoquent ainsi une nécessaire « *humilité* » (int. 1, ress. F), un « *réalisme* » (int. 2, ress. G) face à ce que l'on peut attendre du passage par la ressource alternative de traitement pour des personnes qui viennent parfois de « *tellement loin* » (int. 1, ress. G) : « *être un peu mieux avec elle-même* » (int. 2, ress. I), mais aussi « *briser des cercles de répétition* » (int. 2, ress. G), « *évoluer* » (int. 1, ress. D). Par ailleurs, dans la majorité des récits, on voit se dessiner, à un niveau plus profond, l'horizon d'un mouvement interne à la personne, un mouvement dans le rapport à soi, aux autres et au monde.

Les usagers font état d'attentes parfois immenses face au passage par la ressource alternative de traitement : « *Sentir ce que je suis, qui je suis* » (us. 1, ress. I). « *Je voulais gros* », « *ce que je suis venue chercher ici c'est une reconstruction de ma personnalité puis contacter quelque chose que j'avais déjà touché mais que j'avais mis de côté* » (us. 1, ress. F). D'autres remarquent ne pas avoir été en mesure d'attendre quoi que ce soit du séjour à la ressource, tant étaient grandes leur noirceur et leur confusion à leur arrivée : « *Je voulais juste apaiser la douleur, c'est juste à ça que je pensais* » (us. 1, ress. D). « *C'est petit à petit que c'est venu* » (us. 2, ress. F).

Certains récits se réfèrent à la notion d'*objectif* en précisant alors le sens et la fonction. Des usagers commentent ainsi que la possibilité de se donner des objectifs à court terme, concrets, et d'être accompagnés dans cette démarche leur a permis peu à peu de réappivoiser et de se réapproprier un quotidien dont ils se sentaient déconnectés, puis de reprendre progressivement pied pour s'engager dans une démarche intérieure en profondeur. D'autres récits, en particulier ceux d'intervenants et de responsables, indiquent que le fait de fixer des objectifs dans le travail avec les personnes est « *une façon de raviver l'espoir* » (int. 1, ress. F), de montrer aux personnes « *qu'elles font des pas* » (resp. ress. F). De façon plus générale, la plupart des récits mettent par ailleurs en évidence combien, en elle-même, la notion d'*objectif*, inévitablement limitative, ne peut à elle seule rendre compte de ce qui paraît plus profondément en jeu dans le travail poursuivi à partir de la ressource alternative de traitement. Ce nœud du travail, les récits le situent essentiellement dans le rapport à soi, qu'ils parlent de re-mobiliser des enjeux subjectifs, d'évacuer et de réparer une partie de la souffrance, ou encore de redonner de l'amplitude à une personne souffrante arrêtée

dans son élan. Significativement, les récits évoquent aussi la re-mobilisation d'un lien avec autrui; ils parlent d'apprendre à être soi parmi les autres, de transformer le rapport aux figures blessantes et malsaines, de délier des relations de dépendance.

C'est plus particulièrement dans les récits des intervenants et des responsables qui travaillent de façon privilégiée avec des personnes psychotiques que les attentes de changements paraissent les mieux définies et les plus articulées. On parle à la fois d'une re-mobilisation d'enjeux subjectifs et intersubjectifs et d'un mouvement plus concret vers une vie plus autonome. Ce double mouvement ressort aussi significativement des récits des usagers dans ces mêmes ressources.

De manière plus générale, la notion d'insertion sociale est aussi mentionnée dans certains des récits; on en parle alors comme de l'un des horizons possibles du travail avec les personnes. Dans les récits issus des ressources qui travaillent avec des personnes psychotiques, cette notion d'insertion sociale est d'emblée, et clairement, dissociée d'une perspective normalisante. Dans les autres ressources, elle se révèle soit plus périphérique par rapport au projet de la ressource, soit, dans quelques récits, davantage en tension avec ce projet. Dans quelques cas, elle se dégage comme une source de malaise et d'inquiétude. Son enjeu concerne surtout ce qui est attendu et visé en regard du retour dans la communauté. D'un côté, on considère l'écoute de la singularité comme le seul véritable guide de la pratique, d'autant plus que les troubles de santé mentale sont perçus comme l'expression d'une difficulté ou d'un refus de s'inscrire dans certains cadres et dans des normes sociales. Il s'agit dès lors de ne pas donner trop d'importance à une participation « active » à la communauté et surtout de ne pas en faire un impératif; de rester à distance d'une pression vers la normalité et l'adaptation, une pression que l'on établit comme une limite, voire un écueil potentiel, des pratiques dominantes en santé mentale. D'un autre côté, certaines orientations de pratique prônées à l'intérieur même de la ressource alternative peuvent aller dans un autre sens, particulièrement lorsqu'une ressource a intégré à ses dispositifs des modalités de soutien touchant de manière directe à l'employabilité. Ces orientations sont parfois la source d'un questionnement qui ressort tant des récits d'usagers que de ceux d'intervenants, que ce soit explicitement ou en creux. Les questions portent sur l'existence de fait d'une hiérarchie implicite entre différents parcours perçus comme plus ou moins réussis selon le désir et la capacité ou non de réintégrer les circuits classiques d'échanges sociaux et économiques; il peut alors s'exercer sur les pratiques et sur les personnes une pression indirecte peu compatible avec le souci de leur singularité.

Par ailleurs, on peut aussi se demander si la préoccupation que manifestent les ressources alternatives de traitement de se tenir à l'écart des risques de normalisation et de situer leur travail à d'autres niveaux, axés sur la reconnaissance et la prise en compte de la singularité, ne comporte pas ses propres limites en ce qu'elle négligerait « les exigences du monde extérieur¹ » auxquelles les personnes se retrouveront confrontées un jour ou l'autre, d'une manière ou d'une autre, en dehors du milieu protégé et souvent protecteur que leur offrent les ressources alternatives de traitement. On pourrait y voir une aporie ultime et indépassable. Ce n'est cependant pas dans cette direction que nous conduisent les récits d'usagers de ressources alternatives de traitement ; ils laissent en effet supposer que le traitement à l'œuvre dans les ressources alternatives en santé mentale a une action beaucoup plus résolutive que palliative.

QUELS CHANGEMENTS ?

L'identification des changements ou des transformations associés au passage par la ressource alternative de traitement représente donc une question complexe pour ces ressources, qui se reconnaissent peu et mal dans les critères les plus couramment utilisés pour évaluer les résultats d'interventions en santé mentale ; ces derniers leur paraissent en porte-à-faux par rapport au type particulier de pratique ou de service qu'elles défendent. Il est frappant de voir à quel point les récits des différents acteurs des ressources alternatives de traitement mettent prioritairement et fondamentalement de l'avant des critères subjectifs lorsqu'ils évoquent l'expérience d'une transformation : « *Ça tient d'une position subjective* » (resp. ress. B). « *J'étais une flaque d'eau [...] je suis quelqu'un* » (us. 2, ress. A). « *Il apprend à vivre avec ce qu'il est. Ça ressemble beaucoup à ça, pour moi, des succès thérapeutiques* » (resp. ress. A). « *Il a réussi à être ce qu'il était* » (int. 2, ress. B). « *Il a réussi à accepter l'imperfection de la vie* » (int. 1, ress. A). « *Elle est plus dans l'ouverture par rapport à elle-même* » (resp. ress. G), « *comme si tout d'un coup, il y avait une ouverture* » (int. ress. D). « *Il a réussi à trouver la bonne distance avec les gens* » (int. 1, ress. A). « *Il y a des personnes qui ont modifié leur trajet* » (resp. ress. G). « *Je m'en allais nulle part*

-
1. Nous reprenons cette expression à Maud Mannoni. Discutant plus particulièrement de la « vie en communauté » engagée dans certains dispositifs psychiatriques non conventionnels, Mannoni remarque que « la non-ségrégation soignants-soignés [...], si elle résout le problème d'accueil des patients dits psychotiques, demeure sans prise réelle sur les exigences du monde extérieur. Se crée alors une société dans laquelle il fait bon vivre et vers laquelle on sera tenté de revenir à la première difficulté avec le monde extérieur ». Elle ajoute : « la vie communautaire, si elle est supportée, accroît le fossé qui sépare le patient d'une société rejetante. La "communauté" transforme le "malade" en contestataire permanent plutôt qu'en "adapté" » (Mannoni, 1979).

[...] *je sens que j'ai fait du chemin en maudit*» (us. 2, ress. B). «*J'ai traversé la mer de douleur*» (us. 2, ress. D). «*Il y a des personnes qui étaient mortes*» (int. 2, ress. H). «*J'ai compris que je voulais être et que je n'étais pas*» (us. 2, ress. C). «*Je peux dire [...] je suis moi*» (us. 2, ress. D).

Par ailleurs, si la question du changement semble d'abord et fondamentalement abordée en matière de critères et de repères subjectifs, cela n'implique pas qu'une référence à des critères de changement plus concrets soit absente des récits. On évoque ainsi une modification à la baisse de la médication, la diminution du recours à l'hospitalisation, un engagement social et communautaire, ou encore une vie plus autonome. Certains écarts se dessinent ici entre les différentes ressources alternatives de traitement à l'étude quant à la place que les récits donnent à des critères plus concrets d'amélioration et de changement. Les différents acteurs des ressources qui travaillent beaucoup avec des personnes psychotiques mettent ainsi significativement de l'avant des changements concrets. Nous pourrions dire qu'ils le font plus unanimement et plus sereinement. Ce sont aussi ces mêmes ressources qui, en même temps, vont très loin dans la mise en évidence de signes subjectifs et souvent subtils de transformation, et qui mettent l'accent sur des indices d'amélioration très concrets. Il y a peut-être là un point de spécificité qui caractérise les ressources qui travaillent avec des personnes qui, souvent, arrivent dans l'espace de la ressource alternative de traitement en perte radicale de repères subjectifs aussi bien que de repères concrets.

De façon générale, ce sont les usagers qui sont les plus précis et les plus «holistiques» lorsqu'ils parlent de ce qu'a permis pour eux leur séjour dans la ressource alternative de traitement. On a souvent l'impression que, fondamentalement, c'est de leur être même qu'il s'agit. En même temps, plusieurs récits témoignent aussi d'une capacité accrue à faire face aux exigences de la vie extérieure, à partir d'une posture subjective qui s'est précisée de manière propre à chaque personne. En s'appuyant sur une lecture transversale des récits des usagers, le prochain chapitre tente d'explicitier en quoi consiste l'expérience d'un changement, dans la perspective des personnes elles-mêmes, et d'en dégager les dimensions principales². De leur côté, les intervenants et les responsables des ressources, face à la profondeur des souffrances auxquelles ils sont confrontés, se font parfois

2. Selon certains auteurs, la possibilité de reposer la question de l'amélioration et du changement à partir de ce qui compte pour les personnes concernées représente une voie de recherche prometteuse et encore trop peu explorée. Cette perspective paraît susceptible d'élargir l'abord et la compréhension des effets et des résultats de différentes approches de traitement en santé mentale, particulièrement face aux troubles graves. Voir par exemple Moro (2006).

plus prudents par rapport à ce que peut permettre le passage par la ressource alternative de traitement: « *C'est très typique de beaucoup de thérapies [...] quelque chose entre les deux* », entre « succès » et « échec » (int. 1, ress. I). D'autres évoquent « *un premier pas* » (int. 2, ress. G), un « *point de départ* », qui est parfois le « *choix de vivre* » (resp. ress. G).

10

**UN AUTRE REGARD
SUR LE CHANGEMENT****Le point de vue d'usagers
de ressources alternatives
de traitement en santé mentale**

«J'étais une flaque d'eau [...] Je suis quelqu'un.»

«Je me sens apprivoisé [...] par la planète.»

En santé mentale et en psychiatrie, on reconnaît trop rarement qu'une amélioration dans la symptomatologie n'est pas nécessairement synonyme d'un véritable mieux-être du point de vue des personnes concernées; le sens d'un changement peut ne pas coïncider avec les critères qui paraissent les plus habituels et les plus évidents.

Les récits d'usagers de ressources alternatives de traitement que nous avons recueillis¹ témoignent de la complexité et du caractère multidimensionnel des changements qu'ils décrivent; ils évoquent aussi les domaines ou les thèmes autour desquels le changement s'organise pour des personnes confrontées à des expériences de grande souffrance intérieure et relationnelle,

1. Rappelons que nous avons rencontré 17 usagers de ressources alternatives de traitement (en lien avec neuf ressources différentes). L'analyse proposée dans ce chapitre a émergé d'une lecture transversale de l'ensemble de ces récits.

dont la santé mentale est ou a longtemps été profondément ébranlée². Le plus souvent, ce n'est pas un changement dans les symptômes qui se trouve au centre des récits. Et lorsque c'est le cas, c'est sur la signification ou la portée du changement que les personnes mettent l'accent.

Il faut cependant noter d'emblée que la notion même de changement ne permet pas de rendre vraiment compte des expériences que décrivent les usagers. L'idée de transformation, plus riche, se révèle elle aussi imparfaite pour rendre compte de ce qui semble en jeu, particulièrement lorsque les récits mettent l'accent sur ce qui concerne un rapport à l'histoire propre. Nous allons y revenir. Plus globalement, les récits d'usagers des ressources alternatives de traitement laissent entrevoir, en creux, la nécessité de modifier nos façons habituelles de comprendre tant la notion de changement que celle de traitement.

1. VERS UN MOUVEMENT DE L'ÊTRE

Pour évoquer les changements qu'ils ont vécus à la suite de leur séjour dans une ressource alternative de traitement, les usagers mettent l'accent sur différentes choses. Ils mettent parfois de l'avant des repères concrets d'amélioration qui semblent faire écho au besoin qu'ils ressentent d'une assurance relative quant à la prise concrète qu'ils peuvent avoir sur la vie et qui leur permet de bouger, d'avancer. Les récits évoquent alors un affranchissement face à un statut de dépendance ressenti comme douloureux (concrètement, d'abord, la possibilité pour la personne de vivre seule) ainsi que l'amorce d'une inscription dans l'ensemble de la communauté. Ils parlent aussi d'une diminution significative du recours aux services et aux traitements médicaux ainsi que des hospitalisations ; dans certains cas, la possibilité de diminuer la médication va à l'encontre de tout ce qu'on avait prédit auparavant à ces personnes. Toutefois, ces repères concrets d'amélioration n'apparaissent jamais seuls et s'inscrivent toujours dans une transformation plus large.

Dans d'autres récits, on est frappé de voir à quel point la référence à des repères concrets de changement demeure complètement absente. Les personnes font plutôt état, souvent de manière explicite, du sentiment intime d'un changement qui concerne l'expérience même de soi et du monde.

2. Un portrait général très succinct des personnes ayant participé à la recherche est présenté en ouverture de la troisième partie.

Enfin, comme nous l'avons évoqué plus haut, ce peut être une modification des symptômes qui est présentée comme ayant joué un rôle décisif dans la trajectoire de la personne. C'est le cas pour David³, déjà évoqué plus haut, qui se décrit comme ayant longtemps été prisonnier d'un « rituel » « infernal » qui, littéralement, l'épuisait physiquement et moralement ; l'ensemble de son existence semblait en fait articulée autour de ce rituel. David perçoit ce symptôme, sorte de délire en acte, comme ayant été le « moteur de [sa] psychose ». Sa disparition est dès lors vécue comme une libération et coïncide avec la fin de son séjour dans la ressource, même si un certain accompagnement s'est poursuivi pour lui. Il décrit comment le mouvement propre de l'existence a pu peu à peu reprendre pour lui, selon ses modalités et son rythme propres, très éloignés d'une trajectoire de normalité. Un travail de réélaboration a alors pu progressivement se mettre en place.

Ainsi, de manière plus générale, on peut dire que quel que soit l'angle que privilégient les récits, les paramètres de changement les plus significatifs concernent l'idée d'un cheminement au sens fort du terme, de sorte que les personnes se sentent différentes et ailleurs que là où elles étaient à leur arrivée : « *Il y avait tellement d'ouvrage, tellement à faire, tellement de souffrance [...] Aujourd'hui, c'est comme la lumière* » (Josée). Une autre évoque « *tout le chemin qui a été fait* » (Valérie). Certaines personnes parlent d'un cheminement qui, en lui-même, fait désormais partie de leur vie, tout en étant le signe d'une amélioration toujours en devenir : « *J'y vais par étapes* » (Marie-Claude). « *Je vois que je suis toujours en progression même s'il y a des moments où je tombe* » (Marie). « *Notre vie n'aurait pas de sens si on n'était pas de mieux en mieux* » (David).

Chacun à sa façon, les récits illustrent qu'un mouvement a été introduit dans la vie et dans l'être, que l'espace qui permet ce changement a été réouvert. Le mouvement s'éprouve à différents niveaux et semble culminer dans le rapport le plus intime à soi.

1.1. LE RAPPORT À LA SOUFFRANCE

Dans les récits recueillis, le changement passe le plus souvent par la rencontre, au plus intime de soi, de sa propre souffrance. Les personnes l'expriment de diverses façons.

3. Nous référant pour une part dans ce chapitre aux personnes dont il a été question au chapitre 4, nous reprenons les mêmes pseudonymes.

Le chemin parcouru a pu passer par la reconstitution, impossible jusqu'alors, du fil de son histoire propre, d'un passé souvent infiniment douloureux. « *C'est ça mon histoire, je la comprends maintenant* » (André). « *Mon histoire est devenue comme un fil, je n'en reviens pas* » (Guylaine).

Cette reconstitution survient grâce à un travail de mise en mots de ce qui restait auparavant hors langage. La souffrance peut enfin être nommée : « *J'ai mis des mots sur ma souffrance* » (Lise). « *J'ai pu briser le silence* » (Guylaine). Pour Lise qui, pendant des années, a crié sa souffrance hors langage, à travers l'automutilation et la violence, l'accès aux mots marque un changement des plus significatif.

Il arrive aussi que l'accès à la parole soit trop difficile ; ce sont alors d'autres voies, comme celle de l'art, qui permettent de transformer le rapport à la souffrance. L'art-thérapie permet ainsi à Luc de dépasser et de résoudre un conflit qui le hante depuis l'enfance : « *J'avais comme une rage en moi [...] c'était comme un combat parce que, en moi, il y avait aussi le côté amour, paix.* » Chez d'autres, ce sont des expériences vécues à travers l'art, en art-thérapie ou dans des ateliers d'art et de création, qui coïncident avec des tournants de leur cheminement. Des expériences de création leur permettent notamment de « *faire remonter à la surface des souvenirs* », de « *faire sortir des émotions douloureuses* ». « *Je m'exprimais beaucoup avec le dessin [...] ça venait me chercher* » (Guylaine).

Il arrive ainsi que, pour la première fois, une souffrance, longtemps tenue à distance, puisse être éprouvée au plus intime du corps et de l'affect, qu'elle réussisse à sortir de l'informe.

D'autres fois, les usagers décrivent le changement comme l'interruption de la fuite en avant qui avait jusqu'ici marqué leur existence et leur avait permis d'esquiver la souffrance. Blessée par l'inceste dans sa plus jeune enfance et marquée par un manque affectif, Guylaine a ainsi tenté, comme adulte, de « *fonctionner* » en faisant fi de ses blessures qui restent enfouies. C'est à l'occasion d'une psychose qu'elle revit une expérience d'inceste. Plusieurs thérapies se succèdent alors, mais elles restent « *à la surface* » de sa souffrance. Lorsqu'elle arrive dans la ressource alternative de traitement, elle a la volonté d'aller enfin au fond de sa souffrance, un désir auquel le séjour dans la ressource parviendra à répondre. De son côté, Marie tente elle aussi d'oublier le passé et de « *fonctionner* » ; elle travaille et a une famille. Un jour cependant, sa vie bascule : « *la maladie a comme pris la place* ». À la ressource alternative de traitement, elle apprend à vivre et à « *travailler dans la vérité* ».

Plusieurs récits témoignent de ce que la souffrance a enfin pu être affrontée. Parfois, elle semble aussi avoir pu être traversée : *«J'ai traversé la mer de douleur»* (Anne). *«J'ai guéri certaines blessures que je n'aurais pas cru avoir besoin de toucher»* (Valérie).

Les récits évoquent encore le fait que la personne est parvenue à apprivoiser en elle des parties de soi qui étaient source de souffrance comme une violence intérieure, une difficulté à poser des limites, une fragilité, des voix envahissantes. Dans ce contexte, la personne ne désire pas toujours supprimer à tout prix ces aspérités qui font partie d'elle-même : *«Les expériences bizarres [...] ça fait partie de moi»* (Marie).

1.2. LE RAPPORT À SOI: VERS UNE TRANSFORMATION DE L'EXPÉRIENCE INTÉRIEURE

La plupart des récits évoquent un mouvement plus ample de transformation de l'expérience intérieure. On a souvent l'impression que le changement dont il est question affecte d'abord et fondamentalement cette expérience de soi et du monde.

Ainsi, plusieurs usagers parlent d'une sorte de venue à l'existence, d'une venue à l'être. Cette expérience de base se module de deux façons différentes. Parfois, la personne rapporte avoir enfin pu accéder à quelque chose qui était profondément enfoui en elle : *«J'apprends à me découvrir [...] à découvrir qui je suis vraiment»* (Marie). *«J'avais perdu l'essence de qui j'étais»* (Valérie). *«Je ne porte plus de masque. Je me montre telle que je suis»* (Anne). *«J'ai besoin de sentir que ce que je fais, c'est vraiment moi-même»* (Christopher). *«Je veux être le plus près de ce que je suis réellement»* (Marie).

D'autres fois, on a plutôt l'impression que le passage par la ressource alternative de traitement permet de faire advenir quelque chose qui n'avait jusqu'ici jamais existé : *«J'ai construit ma personnalité. Je n'en avais jamais eu avant. C'était comme une maison qui n'avait pas de solage»* (Lise). *«J'ai découvert que je voulais être et que je n'étais pas»* (Josée). Josée évoque des expériences qui, depuis l'enfance, *«[l']arrêtent dans [son] élan»*; à la ressource, elle découvre le *«droit d'être»*, le *«goût de vivre»* et même la possibilité d'avoir une *«passion»*, qui a pu surgir à travers la voie de l'art-thérapie.

Des expériences d'une telle force ne sont pas le fait de tout le monde. D'autres personnes témoignent plus généralement de l'amorce significative d'un mouvement de redéploiement, d'élargissement et d'ouverture à d'autres dimensions de soi : *«Ça m'a rendu des branches de personnalité [...] certaines choses plus libres [...] comme certaines portes.»* *«J'ai recommencé à sentir*

des grincements, des émotions» (Dominique). «*J'ai commencé à ressentir des choses, ce que je ne savais pas avant*» (André). «*Je me sens de plus en plus libre [...] j'avais jamais ressenti ça avant, cette liberté intérieure*» (Mylène).

1.3. LE RAPPORT AUX AUTRES

Souvent aussi, le changement touche de manière significative le rapport à l'autre. Dans plusieurs cas, la grande qualité des expériences relationnelles vécues à la ressource semble ouvrir la voie à une transformation de l'expérience de soi et de l'être-avec-autrui.

Pour plusieurs, c'est la possibilité de croire en l'autre et de lui accorder sa confiance, inconnue jusqu'ici, qui se fait jour dans l'espace de la ressource alternative de traitement; elle peut alors y être expérimentée et apprivoisée: «*C'était comme si la personne [l'intervenante] acceptait d'être elle-même un outil d'apprentissage à apprendre à faire confiance à une personne [...] à être en relation avec quelqu'un*» (Marie). «*Pour la première fois, j'ai accepté de recevoir de l'attention et de l'amour*» (Guylaine). Ces récits montrent qu'il s'agit alors bien davantage que d'un simple baume face à la blessure originelle du rapport à l'autre (blessure originelle qui émerge de plusieurs récits); les relations à autrui portent désormais la marque de cette expérience relationnelle nouvelle.

De façon plus globale, c'est la possibilité même d'être en lien avec l'autre qu'évoquent de nombreuses personnes. Ainsi, nous l'avons vu, c'est grâce à la qualité particulière des liens qui se tissent dans les petits groupes de thérapie que Josée fait des expériences qui l'amèneront à changer. Elle apprend à apprivoiser la rencontre et perçoit de moins en moins l'autre comme une menace. Elle se voit devenir plus disponible aux autres, moins préoccupée de défendre son espace. Elle devient de plus en plus capable de reconnaître la présence et l'existence de l'autre.

Plusieurs récits montrent encore que le passage par la ressource alternative de traitement s'est accompagné d'un apprentissage de la tolérance, d'une acceptation de l'autre et de l'altérité, d'une disponibilité plus grande face à l'autre souffrant: «*Je suis beaucoup plus sensibilisée par rapport à l'être humain*» (Lise).

1.4. UN MOUVEMENT D'OUVERTURE FACE À LA VIE ET AU MONDE

Les usagers des ressources alternatives de traitement évoquent un mouvement d'ouverture qui s'est dessiné dans leur rapport à la vie et au monde: «*J'ai repris le fil de la conversation avec la vie*» (Michèle). Selon les récits, ce qui se dégage, c'est un regard différent sur la vie et une nouvelle «philosophie de vie»; ou encore le surgissement d'un désir, la découverte d'une passion qui

permettent d'habiter autrement le monde et la vie ; la capacité de concevoir des projets et peut-être parfois simplement de les rêver. Il ne s'agit plus dès lors de sacrifier ce qui paraît essentiel (souvent un rapport plus vrai à soi) à des objectifs ou à des projets qui sont perçus comme en décalage par rapport à des désirs plus profonds. Luc découvre ainsi que, pour lui, « *le bonheur est d'abord intérieur* ».

Pour certains, le rapport à la vie et au monde a enfin pu être apprivoisé : « *Je me sens apprivoisé [...] par la planète* » (Dominique). « *La dépression, c'était ma manière de vivre et d'être dans la vie [...] [mon avenir je le vois maintenant] entourée par les autres et par la vie* » (Marie).

1.5. PRENDRE PART AU MONDE COMMUN

À un autre niveau, certains récits indiquent qu'un cheminement dans le rapport à soi a rendu possible un engagement dans un monde commun et pour ce monde. Quelques personnes parlent de l'expérience, nouvelle pour elles, d'une prise de parole publique, qui consiste parfois à témoigner de leur propre trajectoire. D'autres racontent comment, à un certain moment, elles ont pu, à leur tour, s'engager très concrètement dans des activités d'aide, par exemple en mettant sur pied un groupe de soutien, en donnant des cours à la ressource, ou en faisant du bénévolat dans un autre organisme qui accueille des personnes marginalisées.

Les récits témoignent en même temps d'une certaine prise de distance et d'un certain détachement par rapport aux repères qui définissent la normalité sociale et qui comprennent en particulier le fait d'avoir un travail rémunéré. Des personnes évoquent ainsi un véritable repositionnement face au monde du travail, qu'elles décrivent comme ayant absorbé pendant trop longtemps une part démesurée de leur existence, et qu'elles perçoivent comme ayant représenté pour elles un espace de fuite. Valérie remarque qu'elle est maintenant davantage à la recherche d'un « *lieu de réalisation de moi-même* ». « *Je suis en train de me découvrir comme une valeur [...] que j'ai une valeur humaine [...] même si je ne suis pas sur le marché du travail à temps plein* » (Marie).

Ainsi, les personnes ressortent souvent renforcées par leur passage par la ressource alternative de traitement, au niveau de leur capacité d'exister et de se poser dans leur différence, d'habiter le monde autrement.

2. LE PASSAGE DANS LA RESSOURCE ALTERNATIVE DE TRAITEMENT⁴

Dans la plupart des cas, le passage dans la ressource alternative de traitement se révèle une expérience hautement significative, inaugurale d'un mouvement essentiel pour la personne. Avec des tons et des accents singuliers, les récits que nous avons analysés en témoignent: «*Ma vie a basculé, vers la lumière*» (André). «*Je suis sortie du tunnel*» (Lise). «*J'étais une flaque d'eau [...] Je suis quelqu'un*» (Dominique). «*C'est tellement venu changer ma vie*» (Valérie). «*C'est quasiment comme une renaissance*» (Anne). «*Je suis venue ici pour changer des choses [...] mais je ne pensais pas que ça serait aussi grand et tant que ça*» (Mylène).

Lorsqu'on les interroge sur ce qui, dans la ressource alternative de traitement, a permis une telle transformation, la grande majorité des personnes mentionnent une pluralité de dimensions qui ont été significatives pour elles, plutôt qu'une chose en particulier. Ainsi, même lorsqu'elles cernent un élément particulier ayant joué pour elles un rôle particulièrement important dans leur évolution, ce n'est jamais de manière exclusive, qu'il s'agisse par exemple de la possibilité de poursuivre une thérapie ou d'un lien particulier tissé avec la ou le thérapeute. Les récits des usagers mettent l'accent sur l'ensemble des pratiques et des aspects qui contribuent activement et pleinement au traitement dans les ressources alternatives. On peut dire que, globalement, ils confirment l'importance de repousser les limites de ce que l'on entend habituellement par traitement dans les champs de la psychiatrie et de la santé mentale contemporaines.

En même temps, lorsqu'ils décrivent ce qui a particulièrement marqué le passage dans la ressource alternative de traitement, les récits des usagers se font souvent écho à travers les ressources. Les dimensions qui en ressortent revêtent ainsi un caractère particulièrement significatif, et cela, non seulement d'un point de vue qualitatif, par leur rôle dans des trajectoires singulières, mais aussi d'un point de vue quantitatif, par leur récurrence dans les différents parcours. On peut ainsi parler d'un tronc commun sur lequel se rejoignent les trajectoires singulières. Celui-ci est constitué de quelques traits qui permettent de brosser un portrait de la spécificité des ressources alternatives de traitement, quelle que soit par ailleurs leur grande diversité, à partir de ce que disent les personnes de ce qu'elles ont vécu dans la ressource. De manière significative, ces éléments font écho à ce que les intervenants et les responsables avaient mis de l'avant au niveau de leur

4. Rappelons que le chapitre 4 porte sur les trajectoires individuelles de quelques usagers, approchés à partir des «nœuds» ou des centres de gravité du passage par la ressource alternative de traitement.

philosophie et de leur projet thérapeutique. Ils correspondent à des dispositifs qui, nous l'avons vu, débordent le strict cadre clinique (une seule ressource se démarque ici parmi celles ayant participé au processus de recherche).

On peut résumer ainsi ces dimensions fondamentales du traitement offert par les ressources alternatives de traitement, telles qu'elles ressortent des récits des usagers :

- un environnement favorisant le sentiment de sécurité, de cohérence et de stabilité, ainsi que le sentiment d'appartenance à une « *bonne maison* ». Les récits montrent que les personnes trouvent dans la ressource alternative de traitement une base solide, un lieu d'ancrage réel et symbolique, qui deviennent un point d'appui essentiel pour l'ensemble de leur trajectoire, même lorsque le lien avec la ressource ne se continue pas après le séjour ;
- un environnement qui permet de faire l'expérience d'un lien réel à l'autre, qui peut se vivre dans les relations avec les intervenants et dans les rapports avec les autres usagers ; dans plusieurs cas, l'expérience relationnelle vécue dans la ressource inaugure une véritable transformation de l'expérience de soi et de la façon d'être avec les autres ;
- un espace et un temps qui soutiennent l'expérience d'un travail sur soi en profondeur, lequel ne passe pas toujours par l'espace de la thérapie au sens strict ; la possibilité d'un tel travail sur soi entre souvent en résonance avec le désir de la personne de se mettre sur le métier ;
- le souci d'être à l'écoute de la singularité de chaque personne, qui se révèle profondément à l'œuvre dans les ressources alternatives de traitement et s'y incarne concrètement dans une grande flexibilité des pratiques. La souplesse de la ressource alternative se décline de différentes façons, tout en étant souvent inscrite dans des dispositifs particuliers.

Dans un nombre important de récits, d'autres traits significatifs de la ressource viennent se greffer sur ces dimensions, soit plus particulièrement :

- la pluralité et la richesse des dispositifs, qui permettent à la fois de travailler différents aspects des difficultés et d'engager différentes dimensions de la personne, de travailler le rapport à la souffrance aussi bien que le retour à la vie ;
- des effets de synergie et de résonance entre les différentes possibilités offertes par la ressource alternative ; plusieurs récits évoquent ainsi des démarches qui se répètent et se complètent.

C'est dans chaque trajectoire singulière que ces dimensions et leurs articulations prennent véritablement leur sens, comme il a été possible de le constater au chapitre 4.

3. UN AUTRE REGARD SUR LE TRAITEMENT

Dans la psychiatrie nord-américaine contemporaine, le sens usuel du mot « traitement » renvoie directement à une action sur des symptômes, des comportements dysfonctionnels ou des déficits. Ces différentes cibles d'intervention correspondent à des activités et à des programmes largement segmentés et qui tendent de plus en plus à répondre à des protocoles normalisés. Pourtant, cette vision du traitement occupe une place très marginale dans les récits que nous avons recueillis ; la richesse d'expérience dont ils témoignent se situe fondamentalement ailleurs.

Anne en veut ainsi à la prise en charge psychiatrique qu'elle a connue ; essentiellement médicamenteuse, elle s'est avérée incapable d'offrir une écoute à sa souffrance : « *Imaginez toutes les souffrances intérieures dont j'aurais pu me sauver.* » Michèle déplore pour sa part que le traitement psychiatrique n'ait pas su aller au-delà des symptômes qu'elle présentait, et dont elle dit avoir été consciente, et qu'il ne se soit pas adressé à la quête de sens qui caractérisait fondamentalement l'expérience qu'elle était en train de vivre : « *On s'adressait à la psychose, puis ça fait que ça me rendait encore plus malade.* »

Pourtant, la référence aux symptômes n'est pas absente des récits des personnes que nous avons rencontrées. Leurs témoignages montrent plutôt que le rapport aux symptômes et à la détresse qu'ils induisent n'épuise pas l'expérience de la souffrance ; le fait de s'y attaquer peut représenter un moment important du travail, mais ce dernier les amène au-delà.

Ainsi, c'est une autre notion du traitement qui tend à se dessiner et domine les témoignages. En décalage avec les perspectives d'intervention les plus répandues, qui situent fondamentalement le traitement sur une ligne horizontale (les symptômes se juxtaposent sans renvoyer à une expérience centrale plus profonde, justifiant ainsi la segmentation des interventions), les usagers portent un regard qui oblige à inscrire la question du traitement sur une ligne au contraire verticale. Dans ses dimensions les plus significatives, le traitement vient s'inscrire dans la profondeur de l'être et dans une trajectoire de vie. Il est affaire de vérité.

En effet, quels que soient ses modes d'expression, la souffrance à laquelle renvoie fondamentalement le traitement concerne la personne dans son être. C'est du moins ce vers quoi pointent les récits des personnes

que nous avons interrogées. Leur souffrance a un fond, des racines, une verticalité. Le traitement s'adresse d'abord à cette souffrance personnelle, intime. Ce voyage est perçu comme le seul moyen de toucher les nœuds singuliers, complexes, de cette souffrance (angoisse de séparation, violence originelle, faille identitaire).

Les récits montrent encore que, loin de pouvoir être facilement circonscrite et découpée, la souffrance s'éprouve aussi comme un être-au-monde : « *La dépression, c'était ma manière de vivre et d'être dans la vie* », remarque Marie. Dans son cas, comme dans plusieurs autres, le travail effectué dans la ressource permet de remplacer une vision de la vie et du monde comme « *entourée par la destruction et par la mort* » par une tout autre vision, celle d'un avenir « *entouré par les autres et par la vie* ». On a ainsi l'impression de rejoindre l'esprit de la tradition psychiatrique phénoménologique européenne, qui voit dans les troubles psychiatriques le reflet d'une altération des coordonnées fondamentales de l'existence⁵. Dans le même sens, plutôt que de parler par exemple d'« idées suicidaires », les récits évoquent le « *goût de mourir* », un goût de mourir qui imprègne la totalité de l'être, dans sa pensée, dans sa chair, et qui colore l'ensemble de son rapport au monde. Le désir de vivre ne peut dès lors être (re)trouvé qu'à travers un véritable cheminement mobilisant la personne dans son être.

Les récits d'usagers de ressources alternatives de traitement que nous avons recueillis témoignent que le travail, toujours exigeant, qui s'amorce face à l'expérience de souffrance ne peut être fragmenté qu'au prix d'un appauvrissement de l'être.

5. Voir par exemple Blankenburg (1991) ; Binswanger (1987).

11

**TRAVAILLER DANS
UNE RESSOURCE ALTERNATIVE
DE TRAITEMENT
EN SANTÉ MENTALE****Le point de vue d'intervenants
sur une pratique de proximité**

« On ne peut pas sortir indemne d'ici comme thérapeute. »

La nécessité d'écrire un chapitre explorant plus directement le point de vue des intervenants de ressources alternatives de traitement quant aux principales dimensions mobilisées dans leur pratique s'est imposée à nous, d'abord en raison de la richesse des entrevues sur ces questions¹, mais aussi parce que les intervenants eux-mêmes ont exprimé le désir que nous fassions écho plus directement à leur expérience².

1. Ce chapitre a été élaboré à partir de près d'une trentaine de récits d'intervenants de ressources alternatives de traitement. Parmi ceux-ci, on compte aussi des responsables de ressources alternatives de traitement qui soit occupent aussi un rôle de thérapeute dans la ressource qu'ils dirigent, soit l'ont fait par le passé. Ainsi, plus de la moitié des responsables des ressources ayant participé à la recherche ont fait état d'une expérience de pratique de thérapeute dans la ressource. Mentionnons que les intervenants qui ont participé à la recherche comptent huit hommes et neuf femmes; parmi les responsables, on retrouve sept femmes et deux hommes.
2. Ce désir s'est en particulier exprimé lors de rencontres élargies qui s'adressaient à l'ensemble des ressources membres du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, au cours desquelles les premiers résultats de la recherche ont été présentés et soumis à la discussion.

Leurs témoignages offrent un regard privilégié sur l'expérience d'un travail en contact étroit avec de grandes souffrances psychiques et relationnelles, la confrontation à la souffrance se trouvant au cœur du travail à l'œuvre dans ces ressources. Celles et ceux qui œuvrent dans d'autres milieux de la santé mentale y trouveront probablement des résonances importantes avec leur propre expérience et avec les questions qu'ils se posent, mais on peut penser que le fait de travailler dans un milieu alternatif ajoute une coloration particulière.

De manière générale, on peut dire que dans les ressources alternatives de traitement, les positions d'intervenant et de thérapeute se distinguent assez peu l'une de l'autre. Dans la mesure où, dans le contexte de ces ressources, le travail thérapeutique se résume rarement aux dispositifs cliniques, étant plutôt lié à l'ensemble de la vie dans la ressource, les rôles d'intervenant et de thérapeute se chevauchent et nous ne les distinguons pas ici. Nous avons donc utilisé le terme d'intervenant pour désigner les uns et les autres³.

Les récits font ressortir que les intervenants ne se placent pas dans une position d'experts en santé mentale, au sens où ils détiendraient un savoir clair et sûr, ni dans celle d'un professionnel équipé d'un certain nombre de techniques. Leur témoignage sous-entend la primauté d'une disponibilité et d'une réceptivité particulières par rapport à la vie psychique et relationnelle, « *une attitude intérieure d'abord*⁴ » ; ces qualités sont jumelées à une capacité de proximité avec la souffrance, une certaine « *façon d'être avec les gens souffrants* ». C'est probablement ce qui explique que les intervenants ne mettent pas d'abord de l'avant leur formation professionnelle lorsqu'on les interroge sur leurs expériences passées et sur ce qui les a préparés à travailler dans une ressource alternative de traitement en santé mentale.

-
3. Les intervenants que nous avons rencontrés font état de parcours de formation longs et diversifiés. À une exception près, les intervenants ayant participé à la recherche ont tous terminé des études universitaires, en psychologie le plus souvent (pour une dizaine d'entre eux), en psychoéducation (trois personnes), mais aussi en travail social (deux personnes), en art-thérapie (une personne) ainsi que dans d'autres disciplines (sociologie, pédagogie). Parfois, ils ont terminé plusieurs certificats (santé mentale, animation de groupe, arts plastiques). La plupart ont aussi suivi des formations privées en psychothérapie, en psychanalyse, en relation d'aide, en thérapies alternatives. Les récits montrent aussi que la grande majorité d'entre eux sont engagés dans un processus continu de formation ou de supervision, dans certains cas à partir de la ressource et dans d'autres cas, à l'extérieur de celle-ci.
 4. Le nombre d'intervenants travaillant dans une ressource alternative de traitement est souvent restreint. Aussi, pour respecter la confidentialité, nous n'avons pas identifié les extraits cités dans ce chapitre.

Un certain nombre de thématiques organisatrices se dégagent des témoignages recueillis. Elles permettent de mieux approcher ce qu'il en est d'une pratique de proximité par rapport à la souffrance psychique et relationnelle. Certains des thèmes abordés concernent les *conditions de possibilité* d'un travail avec des personnes très souffrantes sur les plans psychique et relationnel; d'autres témoignages évoquent des *nœuds* ou des défis auxquels les confronte ce type de travail dans le contexte particulier des ressources alternatives de traitement; d'autres enfin mentionnent des *défis* plus particuliers associés à une intervention thérapeutique en santé mentale.

Soulignons que, dans la majorité des cas, les intervenants interrogés ont fait état d'une longue expérience de travail dans la ressource alternative de traitement⁵.

1. DES CONDITIONS DE POSSIBILITÉ

Dans leur témoignage, les intervenants le disent avec insistance : le travail en santé mentale est exigeant dès lors qu'il vise à toucher et à mobiliser en profondeur la personne et la souffrance qui l'habite. Le fait de s'y engager et de le soutenir suppose certaines conditions, dont les plus marquantes demandent l'engagement personnel de l'intervenant, le travail sur soi et le souci de l'autre.

Pour les intervenants, il s'agit là de conditions qui relèvent du registre de l'humain plutôt que d'une formation ou d'une expérience professionnelle proprement dite. Cela ne signifie pas que l'on doit minimiser la part de la formation et du savoir dans leur travail, une part décrite le plus souvent comme essentielle. Il leur paraît cependant important de pouvoir interroger et réinterroger ce savoir, de le mettre à l'épreuve de l'expérience, et d'abord de celle de la rencontre avec l'autre souffrant.

1.1. L'ENGAGEMENT PERSONNEL

L'idée d'un engagement personnel paraît intimement associée au travail d'intervenant dans une ressource alternative de traitement : « *Ce n'est pas un travail technique.* » « *On n'est pas à l'extérieur de ce processus-là.* » « *On est un peu mis à nu.* » « *On ne peut pas sortir indemne d'ici comme thérapeute.* » Un tel

5. Parmi les intervenants et les responsables de ressources interviewés dans le cadre de la recherche (26 personnes au total), sept font état de plus de 20 années d'expérience dans la ressource, cinq de plus de 15 ans, six de plus de 10 ans et cinq de plus de cinq ans. Ainsi, sur 26 personnes participantes, 18 travaillent depuis 10 ans ou plus dans la ressource alternative de traitement.

engagement est parfois présenté comme un trait propre à une posture alternative dans la pratique thérapeutique : « *la thérapie alternative exige de la part du ou de la thérapeute une implication non seulement professionnelle mais personnelle* ». En retour, les récits montrent que l'intervenant sent qu'il a lui aussi « *une place comme personne* » dans la ressource alternative de traitement, qu'il peut y trouver « *la possibilité de s'exprimer dans toute sa personnalité* ».

Un tel engagement de soi comme personne est le plus souvent d'abord perçu comme accompagnant nécessairement une rencontre en profondeur avec l'autre souffrant : « *C'est un travail très engageant.* » « *Il faut être engagé.* » Commentant ce qui permet de soutenir un tel engagement, au présent et au fil du temps, les intervenants le situent dans le registre des « *valeurs* » ; ils parlent d'une sorte de « *feu sacré* ». Lorsque ces éléments font défaut, le travail n'est plus possible ou se trouve inévitablement détourné de sa destination véritable, la rencontre de l'autre souffrant.

Les récits montrent que cet engagement de soi dans le travail avec la personne s'accompagne chez l'intervenant d'un souci de vérité dans la relation à l'autre : « *On essaie d'être le plus vrai possible.* » Les usagers de ressources alternatives de traitement mettent aussi l'accent sur l'engagement de soi comme personne, de l'intervenant dans son travail. Elles y voient un trait marquant des intervenants qui travaillent dans ces ressources et ajoutent souvent que cela a joué un rôle décisif dans leur propre trajectoire dans la ressource.

1.2. LE TRAVAIL SUR SOI

Un tel engagement personnel de l'intervenant apparaît solidaire d'un exigeant travail sur soi. Les récits montrent bien le rôle fondamental que joue le travail sur soi, la proximité à soi qu'il permet dans l'établissement d'une véritable rencontre avec l'autre souffrant, et en quoi cela permet de soutenir et d'accompagner l'intervenant dans son travail dans la ressource alternative de traitement.

Le travail sur soi apparaît aussi, plus généralement, comme une condition préalable à toute pratique de thérapeute : « *je ne crois pas qu'on puisse être thérapeute et ne jamais avoir fait de démarche soi-même* ». Les différents témoignages montrent que dans une ressource alternative de traitement, l'intervenant est lui-même au travail, « *au travail dans sa propre position subjective* », pour reprendre les mots de l'un d'eux.

Pratiquer comme intervenant dans une ressource alternative de traitement exige donc « *un travail sur soi constant* ». Les intervenants témoignent aussi de l'importance de « *regarder régulièrement ce qui se passe en nous* », « *d'être beaucoup en observation de soi* », « *de se questionner, requestionner, de se regarder* ».

aller», parce qu'il «*faut que je sache ce qui m'appartient*», «*pour ne pas que la personne se prenne dans des enjeux que moi je n'aurais pas travaillés*», pour ne pas «*être grugé par le contre-transfert*», ou encore «*pour ne pas tomber dans le vague*», «*dans des zones de confort*», ou pour ne pas «*être un peu envahi*». Dans tous les cas, l'intervenant doit «*être capable de se remettre en question*». Comme l'indiquent plus directement quelques récits, ce retour sur soi permet aussi de diminuer le risque toujours présent d'une intervention stéréotypée, un mécanisme de défense qui peut se mettre en place dans un contact quotidien et étroit avec la souffrance.

Certains récits vont plus loin et évoquent aussi un cheminement personnel de l'intervenant à travers son expérience de travail dans la ressource alternative de traitement. Un intervenant se décrit ainsi comme «*une personne qui chemine avec les personnes usagères*»; «*moi j'apprends beaucoup*». «*Je trouve que ça m'a fait grandir beaucoup*», note une autre. Un autre intervenant remarque, par rapport à son travail à la ressource, que «*c'est un cheminement de vie pour l'intervenant*». Une autre commente : «*Ça m'oblige à devenir plus mature affectivement moi-même.*» Une autre encore relate comment elle a été amenée au fil de son travail à «*reconnaître ses limites comme thérapeute et comme personne humaine*». Plusieurs récits évoquent un processus de maturation affective, quelques-uns des récits se référant aussi à une expérience de maturation spirituelle : «*Plusieurs d'entre nous, ça nous a ouverts sur une dimension spirituelle.*»

Ainsi, du point de vue de l'intervenant, le rôle du travail sur soi tend à paraître encore plus décisif que ce qu'il a pu acquérir et continue parfois à cultiver comme formation et comme perfectionnement.

1.3. LE SOUCI DE L'AUTRE

Le profond souci de l'autre qui émerge des récits se présente comme une préoccupation majeure pour les intervenants. Il constitue une autre condition de possibilité d'un travail en profondeur en santé mentale. Ce souci s'exprime de différentes façons. Certains parlent de l'importance de considérer la personne face à soi comme un «*sujet*» et non pas comme un «*objet*». D'autres évoquent une «*relation d'attention aux autres*» pour qualifier leurs rapports aux usagers, ou encore d'un «*souci d'écoute de plus en plus véritable*». Plusieurs récits mettent l'accent sur un souci de la dignité d'autrui, ce qui peut en retour être la source d'une expérience de reconnaissance personnelle : «*Cette personne-là est en relation avec moi qui suis une personne. Alors, moi, je me sens vraiment privilégiée d'être en contact avec cette personne.*»

Le respect de l'altérité de l'autre fait partie intégrante du souci de l'autre. Il s'agit de « *percevoir la personne qui est en face de [soi] comme un mystère d'abord* », de découvrir l'autre « *comme un autre pays* ». Il s'agit encore de rester « *attentifs [...] et respecter la distance dont les gens ont besoin* ».

En plaçant au cœur de leur travail le souci de l'autre, les intervenants de ressources alternatives de traitement font directement écho au sens premier du mot *thérapie*, qui renvoie originellement à une position de *service*, et non de maîtrise (Corin, 2000). C'est ce qu'exprime directement une intervenante : « *je mets mon énergie au service de la personne* ».

2. DES NŒUDS

Deux nœuds principaux, rencontrés dans leur travail, émergent des récits des intervenants. Ils apparaissent comme des points cardinaux du travail dans les ressources alternatives de traitement. Nous les avons déjà évoqués au fil de l'analyse, mais nous y revenons ici en raison de l'importance des défis qu'ils présentent. Le plus important des deux tient aux exigences d'une confrontation à la souffrance de l'autre ; le second concerne les enjeux d'une position de proximité. Ces deux « nœuds » sont en fait complémentaires et incarnent ensemble le cœur de l'expérience du travail d'intervenant dans une ressource alternative de traitement.

2.1. UNE CONFRONTATION À LA SOUFFRANCE

La confrontation à la souffrance est, par définition, au cœur du travail de l'intervenant dans une ressource alternative de traitement. Le postulat qui soutient les interventions est que la souffrance ne doit pas être contournée ; elle constitue la matière première du travail et en définit le caractère humain. Le rôle de l'intervenant est de recevoir cette souffrance, de l'accueillir et de travailler avec elle et à partir d'elle, dans une relation privilégiée avec la personne qui la porte. Lorsqu'ils parlent des intervenants, les usagers remarquent souvent à quel point ils ont été frappés par leur ouverture à l'immensité des souffrances qu'ils rencontrent, face à une souffrance qui non seulement « *hurle à l'intérieur* », selon les mots d'un usager, mais qui s'exprime dans bien des cas vers l'extérieur, parfois avec fracas.

Les témoignages d'intervenants montrent combien cette ouverture, cet « *espace intérieur pour accueillir la souffrance de l'autre* », sont exigeants. C'est pour eux toujours une source d'ébranlement, parfois de doute. Le défi est

immense « *d'être en mesure d'accueillir toute cette souffrance* », de « *tellement recevoir de choses* », de « *telles charges affectives* », d'entendre trop souvent des « *histoires d'horreur* », dès lors que « *l'on ressent toute l'ampleur de la douleur qui est portée* ».

En effet, les intervenants que nous avons interrogés ne se tiennent pas dans une position en extériorité face à la personne et face à la souffrance qui l'habite : « *On n'est pas à l'extérieur*. » Ils mettent l'accent sur une « *approche plus affective qu'intellectuelle de la relation thérapeutique* », et ils acceptent dès lors de se placer dans une position par définition « *moins protectrice* » pour eux. Plusieurs disent accepter de se laisser toucher par la souffrance de l'autre et relèvent toute l'importance de cette ouverture :

D'être avec la souffrance, parfois je dirais même touché à la folie, ça peut être déstabilisant pour nous-mêmes [...] Être touché [...] Voir l'ampleur de certaines souffrances, et être proche de ça. Se permettre d'être touché. Parce que si je fais juste être protégé de cette souffrance-là, je sais que je ne suis plus en lien. Si je ne suis plus en lien, je ne suis plus capable de comprendre la personne. Si je ne suis plus capable de la comprendre, je ne serai plus capable ni intéressé à l'aider. Mais parfois être touché par certaines souffrances, ce n'est pas nécessairement facile jour après jour.

Il arrive aussi que l'intervenant soit atteint dans ses propres limites et sa vulnérabilité : « *Il y a des personnes qui vont nous toucher dans des zones où on n'est pas prêt à aller*. » Il peut alors se trouver lui-même « *bousculé* », « *ébranlé* ». Certains récits évoquent des expériences où l'intervenant se trouve particulièrement mis à l'épreuve dans sa confrontation avec des manifestations aiguës de violence ou face à des souffrances particulièrement intenses. Il peut se trouver placé dans des zones d'incertitude ou des espaces frontières où peu de repères peuvent le soutenir : « *J'ai côtoyé des personnes avec un tel désespoir que je crois qu'il n'y a rien de thérapeutique qui peut aider, autre qu'un espèce de rapport affectif profond, un accueil profond*. »

Pour pouvoir non seulement tenir mais demeurer dans l'ouverture et continuer à « *être en mesure d'accueillir toute cette souffrance* », les intervenants s'appuient entre autres sur le travail de proximité à soi mentionné plus haut et sur une maturation affective qui se développe au fil du travail d'accompagnement de personnes souffrant psychologiquement. Quelques-uns évoquent plus directement le rôle d'un cheminement intérieur et d'une ouverture à la question du sens, qui semblent parfois s'imposer face à la confrontation à la souffrance : « *Pourquoi il y a tant de souffrance ? Ça nous interroge sur la vie et le sens de la vie en profondeur*. »

Certains soulignent que la souffrance de l'autre vient parfois faire écho à la part de souffrance que l'intervenant porte plus intimement en lui : « *Pourquoi il y a des gens que ça leur arrive à eux ? Puis moi aussi je peux*

souffrir. Jusqu'à quel point je peux partager cette souffrance-là avec la personne qui est en face de moi dans le rôle que j'ai ?» L'enjeu est alors pour l'intervenant de parvenir à solliciter cette proximité d'expérience, tout en maintenant sa position de thérapeute au service de l'autre qu'il accompagne.

Les récits montrent aussi que dans sa confrontation à la souffrance de l'autre, l'intervenant fait face, à certains moments, à un sentiment d'impuissance, que ce soit devant l'impossibilité de poursuivre un accompagnement ou le constat d'une impasse, ou encore face au suicide de celui ou de celle que l'on accompagnait (un événement dramatique qui reste par ailleurs très rare). Dans ces situations, ce peut être la profondeur et la durée de la souffrance en jeu, redoublées par le poids de modes de prise en charge parfois longs et lourds, que les intervenants évoquent comme ayant limité les possibilités de travail avec la personne, au moins au moment où elle a croisé la ressource alternative de traitement. Dans d'autres cas, on met en cause les limites qui ont empêché la ressource d'accompagner la personne assez étroitement ou assez longtemps, ou encore les limites de l'intervenant qui reconnaît n'avoir pas su voir ce que la personne exprimait ou y répondre. Le questionnement restera parfois ouvert, béant : *« Il y a des fois où la guérison ne se fera pas non plus [...] la personne travaille, travaille, travaille [...] ça ne va pas [...] pourquoi ? »*

2.2. UNE POSITION DE PROXIMITÉ

Dans le contexte particulier des ressources alternatives de traitement, la proximité qui marque la position d'intervenant se présente comme un véritable enjeu, à plus d'un niveau. Nous avons vu qu'une telle proximité est largement inscrite dans les dispositifs des ressources alternatives de traitement, au sens où le champ du thérapeutique est rarement un domaine complètement séparé et exclusif. Rappelons que dans ce contexte, les intervenants sont la plupart du temps aussi et en même temps thérapeutes.

Les intervenants participent généralement à la vie communautaire de la ressource. La proximité existe ainsi au quotidien : *« On vit ici toute la semaine. » « On vit ensemble. » « On favorise les relations dans le quotidien. » « Je suis beaucoup en lien avec les personnes usagères. »* C'est dans ce sens que la proximité est perçue comme un élément constitutif de la plupart des ressources. L'intervenant y existe aussi comme personne réelle : *« C'est très important d'être là. On ne va pas juste traiter la personne. »*

En même temps, nous l'avons mentionné, c'est à partir d'une certaine proximité que se déploie le plus souvent la relation de l'intervenant à l'autre souffrant. L'enjeu est alors pour lui de trouver une position d'équilibre, exigeante, souvent à remettre en question entre, d'une part, une proximité

à l'autre et à sa souffrance, qui s'exprime notamment à travers la capacité de se laisser « *toucher* », et, d'autre part, la distance nécessaire au processus thérapeutique : « *C'est un travail de création à chaque fois* », comme l'exprime une intervenante. « *Mon plus grand défi, c'est l'équilibre* », remarque une autre.

La plupart des témoignages révèlent ainsi l'ambiguïté potentielle d'une situation où, d'une part, les intervenants sont, au quotidien, en lien avec les usagers, et où la relation thérapeutique mise beaucoup sur une forme de proximité et, d'autre part, le sentiment de l'importance du maintien d'une certaine distance avec les usagers. Cette proximité au quotidien crée une situation exigeante pour l'intervenant, appelé à « *s'approcher proche tout en gardant une distance* ».

Une intervenante en parle comme d'un « *point de tension* » constant : « *C'est un point de tension qu'il faut gérer constamment [...] un défi énorme pour les thérapeutes. [...] Ce n'est pas juste quand on est en thérapie qu'on a à travailler avec le point de tension, c'est au quotidien. C'est vraiment de jouer avec les tensions, constamment.* »

Une autre insiste davantage sur la dimension de « *défi* » impliquée dans la « *relation de proximité-distance* » :

On mange ensemble. C'est très délicat la relation quand tu reçois quelqu'un en thérapie puis qu'il y a cette relation de proximité-distance [...] toujours être attentif. [...] Je ne dirais pas que c'est difficile parce que je n'ai pas de misère avec ça. Mais c'est un défi que de toujours garder une juste distance sans que la personne se sente rejetée... Trouver les mots justes pour cette personne-là... En même temps, toujours garder la chaleur, l'alliance, la confiance... « Non, je ne suis pas ton amie, je suis ta thérapeute » [...] Ça passe dans mon attitude, dans ma présence... C'est un travail de création à chaque fois.

Dans certains récits, les différents rôles que l'intervenant peut être amené à jouer dans la ressource alternative de traitement se voient associés à des expériences plus difficiles et plus inconfortables.

3. DES DÉFIS

Ces conditions de possibilités (engagement personnel, travail sur soi et souci de l'autre de la part de l'intervenant) et ces nœuds du travail avec l'autre souffrant (confrontation à la souffrance et position de proximité) se révèlent les grands paramètres autour desquels se rejoignent les expériences de travail des intervenants qui pratiquent dans des ressources alternatives de traitement. Certains intervenants ont aussi mis l'accent sur des défis plus particuliers auxquels les confronte leur travail.

3.1. SE GARDER DE TROP VOULOIR POUR L'AUTRE

Un certain nombre d'intervenants ont évoqué leur souci de développer et de soutenir une vigilance face à leurs désirs propres concernant la personne qu'ils accompagnent: «*Il ne s'agit pas de passer nos idéaux.*» L'intervenant doit parfois accepter d'accompagner une personne dans une direction qui va «*à l'encontre de là où [lui-même] voulait aller.*» On évoque aussi le risque de se laisser aller à trop d'interventionnisme: «*Des fois, tu aurais le goût de brasser.*» «*Sous le couvert de la bonne volonté, on peut être amené à en faire un peu plus que ce que la personne demande.*»

Dans d'autres cas, c'est la propension à «*trop vouloir des résultats*» pour la personne que l'on accompagne qui semble être un défi. Le plus souvent, les intervenants mentionnent leur volonté de résister à ce désir de changements perceptibles chez les personnes qu'ils suivent. Plus rarement, les limites du travail se voient rapportées à la personne, et c'est alors davantage la «*résistance de l'autre*» que l'on établit comme un obstacle au mouvement; cette résistance est ressentie douloureusement par l'intervenant, qui se trouve arrêté dans son propre élan face à son désir d'accompagner l'autre dans son cheminement: «*Comme je voudrais que la personne puisse. Mais je ne peux rien faire.*» «*Je trouve que c'est triste.*» Face à ce genre de situation, «*l'intervenant se trouve comme dans un cul-de-sac.*» Le désarroi qui s'exprime dans ces quelques propos illustre la ligne fragile sur laquelle peut se tenir l'intervenant, présent à la souffrance de l'autre et sensible au poids qu'elle fait peser sur l'ensemble de son existence, et en même temps préoccupé de voir émerger un mouvement propre à la personne.

Plusieurs récits évoquent aussi la nécessité de «*rester humble*». Face à un double désir, celui de l'intervenant de «*sauver l'autre*» et celui de la personne «*d'être sauvée*», il s'agit de rester vigilant. Les récits rappellent que l'intervenant doit «*rester humble*» tant face à ce qui apparaît comme un «*succès*», que par rapport à ce qui peut ressembler à un «*échec*».

3.2. METTRE ENTRE PARENTHÈSES CE QUE L'ON SAIT

Plusieurs intervenants soulignent l'importance que peut revêtir pour eux la référence à certains repères théoriques, particulièrement lorsqu'ils font face à certaines situations. Il s'agit alors moins de se reposer sur une grille de lecture fiable, que l'on pourrait appliquer d'emblée à la personne et à ses difficultés, que de réussir par ce moyen à tenir dans la position d'intervenant: «*Sinon, ça serait probablement trop angoissant.*» Des repères théoriques peuvent aussi être mobilisés dans des situations où l'intervenant, à l'instar de la personne qu'il accompagne, vit une expérience de confusion ou d'invasion, parfois une sorte d'anesthésie. Toutefois, et les récits

insistent sur ce point, les références théoriques ne doivent jamais « *devenir un écran* » dans la relation et dans l'intervention. L'intervenant doit les « *assumer sans les imposer à la personne* ». « *L'idéal serait d'avoir un background théorique puis de l'oublier.* »

Certaines situations exigent par ailleurs de mettre entre parenthèses ce que l'on sait : « *Face à une crise, il se peut que ça ne me soit d'aucune utilité* », remarque une intervenante. Il faut alors surtout « *écouter ce qui surgit* » ; il faut parfois savoir « *accepter qu'on ne sait pas* ». Un autre raconte qu'il a été amené à dépasser ce qu'il avait jusqu'alors toujours considéré comme évident, en l'occurrence les limitations supposées associées à tel ou tel diagnostic, ou encore l'idée qu'il faut impérativement faire taire les voix des personnes psychotiques, quelles qu'en soient les conséquences sur l'expérience et la vie de la personne. Les récits insistent ainsi sur l'importance d'« *être ouvert à requestionner* ».

3.3. CROIRE EN L'AUTRE

Pour certains intervenants, croire en l'autre, croire en la personne que l'on accompagne, et ce, quelles que puissent être les limites que l'on perçoit chez elle, constitue le plus grand défi dans leur travail auprès de personnes vivant de grandes souffrances et des difficultés psychiques et relationnelles importantes : « *La capacité de croire en l'autre, j'ai toujours pensé que c'était la principale qualité [...] puis en même temps la tâche la plus difficile.* »

Un intervenant évoque plus concrètement le défi pour lui « *d'apprendre à faire davantage confiance* », « *quel que soit le diagnostic avec lequel la personne arrive* ». « *Ça peut être difficile parfois.* » Pourtant, « *je me rends compte que les personnes savent de quoi elles ont besoin* » ; « *d'apprendre à leur faire davantage confiance, pour moi ça a été une belle expérience* ». Le même intervenant remarque que la possibilité de mettre en commun différents regards sur les personnes à travers un travail d'équipe a joué un rôle important pour lui.

3.4. GARDER UNE OUVERTURE

Plusieurs intervenants insistent particulièrement sur l'importance de conserver une ouverture dans le regard que l'on porte sur l'autre tout au long du processus de traitement : « *Une attitude qui est bien importante pour moi, c'est de ne pas juger la personne, de ne pas juger ce qu'on ne connaît pas.* »

Certains récits mentionnent par ailleurs des situations où l'ouverture face à l'autre représente un défi particulièrement exigeant pour l'intervenant, des situations où le non-jugement exige de la part de ce dernier un important travail sur lui-même. « *Si dans le quotidien on voit des choses qui ne*

sont pas le fun, alors il faut revenir à soi. Puis reconsidérer la personne avec qui elle est, l'accepter sans jugement [...], se remettre dans la situation de la personne et voir qu'elle ne peut pas être autrement [...] puis voir, si c'est possible, comment on peut retravailler ça. [...] C'est une difficulté et une richesse.»

12

**LES RESSOURCES ALTERNATIVES
DE TRAITEMENT ET LEUR DEHORS**

Dans cette étude, notre attention s'est portée principalement sur la spécificité de l'espace offert par les ressources alternatives de traitement en santé mentale, sur les dimensions clés du traitement qu'on y offre et sur les changements personnels et relationnels que le passage par la ressource permet pour les personnes qui les fréquentent. Nous nous sommes beaucoup moins penchées sur les rapports que les ressources alternatives de traitement entretiennent avec l'extérieur. Par ailleurs, nos entrevues avec les différents acteurs que nous avons rencontrés mettent aussi en évidence quelques enjeux qu'ils partagent largement concernant leurs rapports avec l'extérieur, en particulier avec les services psychiatriques et avec l'environnement social plus large. Comme ces questions demeuraient largement marginales par rapport à nos questionnements de départ, les informations que nous avons recueillies sur ces sujets demeurent relativement succinctes et se résument à quelques grands traits qui esquissent la position qu'adoptent les ressources alternatives de traitement face à leur dehors.

**1. LES RAPPORTS AU CHAMP PSYCHIATRIQUE:
À LA RECHERCHE D'UN DIALOGUE**

Historiquement, les ressources alternatives ont adopté une position critique face aux approches dominantes dans le champ psychiatrique et dans celui de la santé mentale au Québec. Elles leur reprochent fondamentalement de reposer sur une vision réductrice et morcelée de la personne, avec le risque que cela comporte de transformer celle-ci en « objet » de soins. Leur

critique vise avant tout la psychiatrie d'orientation biomédicale, mais les intervenants de ces ressources sont aussi bien au courant qu'un questionnement sur les pratiques est aussi effectué chez ceux qui œuvrent dans le cadre des services de santé mentale.

Dans les entretiens, ce regard critique est bien présent mais, de façon générale, il y occupe une place relativement mineure. Ce n'est pas là l'enjeu qui mobilise les intervenants dans leur pratique. Sur la base des textes d'autoprésentation rédigés par un certain nombre de ressources alternatives de traitement, l'une de nous avait proposé l'hypothèse que le recours à la notion d'alternatif se déploie selon deux axes: l'un, vertical, soucieux de mettre en place et d'approfondir des modes différents de pratique en santé mentale; l'autre, horizontal, animé par le besoin de combler des manques perçus ou des lacunes dans le système des services existants. On peut dire que, selon cette distinction, les ressources alternatives de traitement qui ont participé à la recherche ont toutes marqué le désir de se situer fondamentalement sur l'axe vertical de l'alternatif (Corin, 2000).

En même temps, sur le terrain de l'intervention, les ressources alternatives de traitement ont toutes, d'une façon ou d'une autre et à des degrés divers, à composer avec les services psychiatriques; bien souvent en effet, ces derniers continuent à suivre parallèlement les usagers.

Au cours de leur histoire, les différentes ressources alternatives de traitement se sont trouvées placées dans des situations contrastées quant à leurs rapports avec les services psychiatriques. On observe ici des différences à la fois entre les ressources et au sein d'une même ressource au fil du temps. Par ailleurs, et quelles que soient les différences de situations, les responsables et les intervenants ont pour la plupart exprimé le désir d'établir des rapports minimaux et «suffisamment bons» avec les services psychiatriques. En effet, outre le fait que ceux-ci continuent d'accompagner plusieurs des usagers, ces derniers peuvent aussi les investir symboliquement et affectivement.

Les récits des usagers évoquent pour leur part une diversité de situations. Certains font état d'expériences douloureuses, traumatisantes dans quelques cas. On parle d'une absence de disponibilité, d'une incompréhension, parfois de pratiques d'enfermement. Dans certains cas, on a l'impression que, du point de vue de la personne, l'expérience psychiatrique a contribué à accentuer la souffrance plutôt qu'elle ne l'a soulagée. Par contre, d'autres usagers décrivent des relations très significatives avec des intervenants en psychiatrie ou d'autres intervenants de milieux institutionnels, qui constituent des repères importants dans leur trajectoire.

1.1. POUR UN BON USAGE DU MÉDICAMENT

Ayant choisi de travailler dans des ressources alternatives de traitement, nous avons vu que les responsables et les intervenants considèrent que le cœur du traitement en santé mentale concerne la personne et non pas d'abord sa maladie ou ses symptômes, ses insuffisances. Cela ne veut cependant pas dire que les ressources alternatives de traitement dénoncent et déplorent tout recours aux médicaments. Leur position face à la médication s'avère beaucoup plus nuancée.

Les personnes interrogées ont relevé que les médicaments peuvent faire obstacle au processus thérapeutique, dès lors qu'ils sont trop ou mal prescrits¹. Certains usagers nous ont parlé de la façon dont leur parcours dans la ressource les a amenés à diminuer progressivement une médication à l'origine très importante; ils remarquent qu'un tel allègement leur a permis d'effectuer un travail plus en profondeur sur eux-mêmes.

Par ailleurs, les intervenants et les responsables de ressources observent que dans certains cas et à certains moments, la médication semble être la condition d'une mise au travail, particulièrement lorsque la personne est submergée par des expériences intérieures déstabilisantes. Certains usagers évoquent ainsi l'importance de la médication pour eux et en quoi le fait d'avoir trouvé « *les bons médicaments* » les a soutenus de façon significative dans la poursuite de leur trajectoire personnelle.

Travaillant en contact étroit avec l'expérience des personnes qu'ils accompagnent, les intervenants et les responsables s'avèrent particulièrement sensibles à la complexité des processus psychiques et à celle de la vie symbolique. Tout comme ils sont attentifs aux risques rattachés à l'intensité et à la proximité de leurs relations avec les usagers, par l'influence et le pouvoir sur les personnes que cette situation peut leur conférer, les intervenants se montrent vigilants quant aux risques similaires associés à la médication. Le rapport aux médicaments se présente ainsi comme un enjeu particulièrement délicat dans la relation thérapeutique.

1. Certaines ressources diront ne pas être en mesure d'accueillir des personnes, en raison du fait que celles-ci sont trop médicamentées pour pouvoir s'inscrire dans les dispositifs de traitement qu'elles offrent.

Plusieurs intervenants et responsables évoquent leur désir d'une situation dans laquelle le travail thérapeutique ne serait pas entravé par une médication inadaptée; la médication serait ainsi réduite à une dose minimale et permettrait le libre cours des processus psychiques, ou bien elle deviendrait progressivement non nécessaire².

1.2. LE RECOURS À L'HOSPITALISATION

Les ressources alternatives de traitement ne se positionnent pas en bloc contre toute forme de recours à l'hospitalisation en psychiatrie; dans certains cas, il faudrait même dire que c'est le contraire. Quelques récits d'intervenants et de responsables indiquent que, dans certaines situations de crise aiguë où les possibilités de la ressource s'avèrent épuisées, une hospitalisation, le plus souvent brève, permet de réamorcer un processus thérapeutique interrompu ou bloqué. Symboliquement, l'hôpital et l'hospitalisation peuvent ainsi parfois avoir un rôle bénéfique de « tiers » dans le processus thérapeutique. Pour que l'hospitalisation joue efficacement ce rôle, les relations entre la ressource et l'hôpital ne doivent pas être perçues par l'usager comme étant trop tendues.

1.3. LE SUIVI POSTHÉBERGEMENT

La question du suivi après le séjour dans la ressource alternative de traitement constitue un enjeu significatif, particulièrement pour les ressources qui proposent un hébergement à moyen et long termes pour des personnes vivant des difficultés importantes. Nous avons déjà évoqué que dans certains cas, les ressources prolongent pour un temps l'accompagnement au-delà de la période d'hébergement. Toutefois, il arrive un moment où elles doivent souvent se résoudre à « passer la main » à une équipe de suivi dans la communauté rattachée à des services psychiatriques. Ce passage représente un enjeu crucial pour les usagers, et il peut se trouver facilité par certaines conditions. On pense ici à la possibilité qu'un dialogue ait pu s'amorcer entre les deux équipes assez tôt dans le processus de transition;

2. Quelques ressources se réfèrent explicitement à l'approche de la gestion autonome de la médication en santé mentale, développée à partir des organismes alternatifs en santé mentale du Québec. Il s'agit d'aider la personne à se doter d'une médication qui lui convient, en fonction des effets ressentis par rapport aux symptômes et aux problèmes de santé mentale, en fonction de son effet sur le corps et sur la vie quotidienne, ainsi que sur le rapport à soi et aux autres, mais aussi en fonction du sens associé à la médication. Voir notamment Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (2006).

ou encore, à l'importance pour la personne de pouvoir maintenir un lien avec la ressource, lien qui, dans certains cas, peut demeurer un point de repère dans sa vie ultérieure.

2. LES RAPPORTS À LA SOCIÉTÉ

C'est particulièrement dans les récits que nous avons recueillis auprès des responsables et des intervenants que ressortent certains paradoxes qui marquent les relations des ressources alternatives de traitement avec l'ensemble de la société québécoise contemporaine. Ces paradoxes concernent par ailleurs plus largement l'ensemble des ressources alternatives en santé mentale. Ces dernières se sont historiquement placées en position de résistance face aux valeurs sociales dominantes; elles revendiquent une lecture des problèmes en santé mentale faisant place à la dimension sociale. Ainsi, plusieurs responsables de ressources alternatives de traitement ont dénoncé certains traits de la société contemporaine: son individualisme, un culte de la performance, le maintien des inégalités et un refus de la souffrance et du tragique de la condition humaine; ils ont aussi évoqué un manque d'ouverture et de disponibilité face à celles et à ceux qui habitent le monde d'une manière autre que celle que prônent les valeurs dominantes. On parle des «*ravages*» d'une «*société qui ne fait pas de sens*».

Accueillant des personnes en situation de grande souffrance psychique et relationnelle et, le plus souvent, en état de grande précarité sociale, les ressources alternatives de traitement tentent de contrecarrer l'effet de ces aspects déstructurants de la société contemporaine et de recréer dans l'espace qui est le leur des relations différentes entre les personnes: la possibilité de former des liens réels et, plus largement, celle de rebâtir un tissu social. En même temps, ces ressources proposent un lieu d'expression à une souffrance qui ne trouve guère de contextes où elle puisse à la fois se dire et être entendue, un lieu qui accueille des façons différentes d'être au monde.

Les ressources alternatives de traitement pourraient ainsi donner l'impression qu'elles creusent l'écart entre un «*dedans*» et un «*dehors*», rendant plus complexes et paradoxaux les passages entre l'espace qu'elles proposent et la vie ordinaire. Les récits montrent cependant qu'en travaillant avec la personne à ce qu'il en est du rapport à sa souffrance, les ressources préparent aussi un passage vers la vie au dehors et soutiennent le développement du potentiel de la personne, ainsi que les conditions de son retour à la vie.

Les entrevues réalisées avec les différents acteurs qui sont directement engagés dans la ressource font bien ressortir que le travail effectué dans les ressources alternatives de traitement se déploie à un double niveau: il

s'agit, d'une part, de créer les conditions qui soutiennent le mouvement singulier des usagers dans l'espace particulier de la ressource et, d'autre part, de les préparer à poursuivre leur route à l'extérieur de cet espace. Comme nous l'avons illustré au chapitre 10, les témoignages des usagers de ressources alternatives de traitement indiquent qu'ils ressortent le plus souvent renforcés de leur passage dans la ressource alternative, quant à leur capacité d'exister et de se poser dans leur différence, d'habiter le monde commun à partir de ce qu'ils sont.

De leur côté, les intervenants et les responsables revendiquent la possibilité pour les personnes qu'ils accompagnent d'occuper une position en décalage avec les normes sociales. La notion de réinsertion sociale prend alors un sens différent de celui qu'on lui associe habituellement, ce qui peut impliquer certaines ambiguïtés.

REDÉPLOYER LE REGARD ET L'ACTION

Au début de cet ouvrage, nous avons situé l'enjeu de ce travail sur la notion de traitement sur l'horizon du resserrement des pratiques que demande le règne des *evidence-based practices*: non pour rejeter la notion de preuve, d'«évidence» mais pour la redéployer à partir d'un autre regard. Nous rappelions ce qu'a écrit le psychiatre et philosophe Karl Jaspers à propos du caractère relatif de ce que nous tenons pour réalité (et donc pour «évidence») et qui dépend en fait étroitement des méthodes que nous privilégions pour y avoir accès. Dans le même sens, le psychiatre et phénoménologue français Georges Lanteri-Laura avait souligné à la fois l'enjeu et les limites de la sémiologie psychiatrique, qui repère certains signes (comportements, affects, paroles) comme significatifs en fonction de son cadre de référence, les lit comme des symptômes et les organise en diagnostics (Lanteri-Laura, 1986). Il remarquait que cette démarche, qui fonde l'approche psychiatrique, est étroitement liée à la spécificité de l'expertise du clinicien et à celle des outils thérapeutiques dont il dispose. On peut ainsi penser que plus ses moyens d'action se centrent sur une médication déterminée par la présence de certains types de symptômes ou de déficits, plus ce sont ces derniers qu'il cherche à repérer dans la rencontre clinique. Lanteri-Laura relève aussi que la réalité est toujours infiniment plus complexe que ce qu'en capte le clinicien, mais aussi que ce dernier est formé à repérer ce sur quoi il a le pouvoir d'agir.

Ces commentaires valent pour toute profession, chacun repérant dans une réalité complexe les éléments qui correspondent à son pouvoir d'action. C'est ce qui fonde en principe le travail en équipe multidisciplinaire. C'est aussi ce qui risque d'aboutir à une vision morcelée des personnes et au découpage des problèmes en aspects sans doute tous significatifs, mais dans

une démarche qui fait l'impasse sur ce qui, au cœur de l'être, se trouve affecté, souffrant et, plus souvent, immobilisé dans une répétition mortifère ou déstructurante : le centre vital d'où pourrait aussi reprendre un mouvement de l'être.

On peut penser que la manière de se représenter ce qui constitue un traitement en santé mentale suit une logique parallèle : partant de ce sur quoi on se sent un pouvoir d'action à une époque déterminée, et donc de ce que l'on considère significatif dans une réalité toujours en excès par rapport à ce découpage, il s'agit d'établir de la façon la plus précise possible ce qui a permis d'effectuer les changements observés ; il s'agit aussi de construire par l'entremise de la recherche un champ de connaissances qui permet de rendre compte de ces changements, de les expliquer et d'en préciser les mécanismes. En arrière-plan, c'est une conception particulière des problèmes psychiatriques qui se met ainsi en place et assure la cohérence de la démarche. C'est donc une démarche à rebours qui, partant des effets, y fait correspondre des objectifs et des moyens d'action et, plus globalement, un champ de recherche qui dessine les contours d'une réalité selon certains paramètres étroitement liés aux paradigmes scientifiques dominants.

Suivant cette logique, on peut penser que le fait de prendre en compte d'autres types d'effets, ou de définir différemment la notion même de résultat, conduit à déterminer d'autres paramètres permettant de préciser ce que recouvre l'idée même de traitement, ou d'y introduire des dimensions échappant aux paradigmes dominants. Une telle démarche incite à lire également à rebours cet ouvrage, à partir des deux chapitres qui rendent compte de ce que les usagers de ressources alternatives de traitement établissent comme les changements les plus significatifs pour eux (chapitres 4 et 10), et à relire dans cette perspective les chapitres portant sur les dimensions du traitement (chapitres 5 à 8). Il s'agit de déterminer et de comprendre en acte les ingrédients les plus marquants du traitement dans les ressources alternatives de traitement, du point de vue des acteurs directement concernés. Les effets décrits renvoient eux-mêmes à ce que l'on peut appeler la face subjective des problèmes de santé mentale, ou ce en quoi ils affectent profondément, dans la durée, l'expérience de soi et du monde, et cela, quels que soient leur cause ou les médiateurs biochimiques ou neurocognitifs en jeu. Les récits des usagers font ressortir que les problèmes de santé mentale s'inscrivent dans une sorte de nébuleuse dont les symptômes psychiatriques représentent des points de cristallisation ou de visibilité particulièrement apparents ; leurs antécédents et leurs conséquences se déploient cependant dans une multiplicité de directions dont chacun affecte de manière essentielle la possibilité de reprendre pied dans la vie, même si l'on peut agir de manière précise sur les symptômes et les déficits. Ces dérives sont toujours singulières, inscrites dans une histoire, mais leurs

points de butée se répètent de parcours en parcours. Ce sont eux qui déterminent ce qui compte comme changement et comme effet du traitement, et ce qui en a permis une reconfiguration différente, ouverte. L'importance centrale que revêtent ces aspects dans les récits des usagers que nous avons interrogés mérite que l'on s'y arrête et que l'on revoie à leur lumière la notion de traitement, que l'on accepte de s'ouvrir à l'interrogation qu'ils portent par rapport aux pratiques actuelles en santé mentale : non pour proposer une vision hégémonique alternative du traitement, mais pour décentrer le regard, pour l'orienter différemment et pour donner droit de cité, au sens fort du terme, à une autre approche du traitement en santé mentale.

La lecture à rebours de ce texte que nous proposons consiste donc à partir des effets décrits par les usagers et les intervenants pour s'arrêter aux principes thérapeutiques dégagés en conclusion de la section portant sur les dimensions du traitement et en évaluer dans ce contexte à la fois la valeur et la légitimité. Le fait de placer au centre de la réflexion ce que les usagers disent à la fois de ce qui compte pour eux comme changements et de ce qui a permis et soutenu ces derniers nous situe de plain-pied dans la ligne de la perspective du rétablissement, tout en donnant à cette dernière une forme concrète et en présentant un ensemble de dispositifs permettant de l'incarner. L'apport particulier des ressources alternatives dans ce contexte est d'indiquer clairement comment l'approche et les dispositifs qu'elles proposent soutiennent une transformation du rapport à soi, une reprise de l'histoire propre et une expérience de soi comme mouvement. C'est aussi de faire voir à quel point sont solidaires un travail sur l'expérience subjective, la subjectivité et un travail sur le lien social. Cette démonstration repose sur les paramètres suivants : un lieu présentant des caractéristiques particulières et que les commentaires relatifs à l'atmosphère de la ressource présentent dans sa texture propre, dont ils permettent de saisir en quoi un tel lieu soutient une nouvelle expérience du rapport à soi et à l'autre ; une mobilisation directe des relations à l'autre, un ébranlement de ce qui venait hanter et contaminer ces relations ; enfin, diverses formes de réconciliation avec soi-même, d'appropriation de ce qui déborde du dedans et de dégagement d'un espace de créativité et de liberté corporelle. Les entretiens que nous avons réalisés avec les intervenants et les responsables des ressources alternatives de traitement indiquent aussi très clairement que pour qu'un tel travail puisse se faire, il doit être à l'œuvre dans chacun des intervenants, aussi bien que chez les usagers : pour pouvoir les entendre et les accompagner, pour rester eux aussi mobiles et flexibles, pour pouvoir « tenir » dans cette position de rencontre sans filet avec la souffrance et avec l'humain toujours singulier.

Les pratiques de traitement mises en œuvre dans les ressources alternatives de traitement visent aussi, progressivement, à permettre aux personnes de se réinscrire dans l'espace de la cité, d'une manière singulière et significative. Cette solidarité entre les dimensions interne et externe du lien social, entre ce qui fait obstacle dans la personne même, ce que permet l'espace de la ressource et ce qui se joue dans l'espace de la cité, cette synergie entre ce qui se passe sur ces trois scènes oblige à remettre sur le métier ce que l'on entend par l'idée d'« approche communautaire » en santé mentale. Elle interpelle également directement la place que la société fait, tant à des manières différentes de travailler qu'à des personnes qui revendiquent d'autres modes d'inscription dans la société. Aux tendances générales à l'uniformisation des pratiques, l'approche des ressources alternatives de traitement oppose un plaidoyer pour une hétérogénéité constructive, dont les acteurs sont appelés eux aussi à rendre des comptes sur leurs pratiques, mais en fonction de paramètres en accord avec leur vision du monde et de l'humain. C'est cette revendication qui fonde la dimension politique de l'action des ressources alternatives de traitement et qui la rend nécessaire, particulièrement dans le contexte décrit en introduction de ce livre.

On parle beaucoup actuellement de la nécessité de lutter contre la stigmatisation des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale. Or une telle stigmatisation répond souvent à un double mouvement. L'un, en provenance du dehors, est l'effet du regard que la société, mais aussi chacun d'entre nous, tend encore à avoir sur des personnes qui vivent ou ont vécu des problèmes de santé mentale. L'autre, moins souvent commenté, œuvre depuis l'intérieur des personnes, en partie en écho à des regards à distance, situés en extériorité par rapport à ce qu'elles vivent, mais aussi comme un effet du sentiment de dérive qu'elles vivent, de la conscience de la cassure intervenue dans leur image d'elles-mêmes, dans leurs projets d'avenir, dans leur sentiment d'appartenir à un monde commun. C'est un sentiment personnel de dignité et d'accomplissement qui est ici en jeu.

L'approche alternative du traitement proposée par les ressources alternatives avec lesquelles nous avons travaillé paraît particulièrement significative dans ce contexte, en ce qu'elle associe intimement, dans la durée et de multiples façons, les usagers aux traitements qui les concernent ; et en ce que le contexte qu'elles rendent disponible permet de faire l'expérience non seulement de liens sociaux positifs, mais aussi d'un autre regard sur soi que l'on voit prendre forme au fil de parcours toujours singuliers dans les ressources alternatives de traitement, un objectif auquel nous voulons tous collaborer et auquel d'autres types d'acteurs participent à leur façon, à partir de leur propre lieu, mais sans toujours disposer des moyens appropriés.

Malgré tout l'intérêt qu'il présente en regard de la notion de traitement et par rapport à la place de l'humain dans les pratiques de soins en santé mentale, ce dispositif global n'a pas d'effets magiques, et des récits d'autres acteurs en auraient peut-être tracé un portrait moins unanimement positif. Mais la force des paroles des personnes que nous avons rencontrées et la cohérence du portrait qu'elles nous ont tracé de leur passage dans les ressources alternatives demeurent, chacune dans ses propres termes. Par le projet que ce dispositif global porte, par la force de ses effets sur ceux qui ont accepté de nous parler, par sa valeur de résistance en regard d'une dérive de l'humain dans le monde contemporain, il conserve une valeur exemplaire et constitue un repère clé pour un travail de pensée et d'action dans le champ de la santé mentale.

BREF PORTRAIT DES RESSOURCES ALTERNATIVES DE TRAITEMENT AYANT PARTICIPÉ À LA DÉMARCHE DE RECHERCHE¹

Les portraits qui suivent des ressources alternatives de traitement qui ont participé à la recherche demeurent très succincts. Ils ne rendent pas compte de la texture particulière qui fait la qualité de chacune des ressources. Ces portraits, surtout descriptifs, sont inévitablement limités. Leur propos est de donner quelques points de repère concernant l'origine et le développement de chacune des ressources, leurs orientations privilégiées et les dispositifs qu'elles proposent. Ces portraits sont situés, au sens où ils considèrent les ressources à un moment particulier de leur parcours, tout en évoquant aussi certains aspects de leur histoire².

LA MAISON JACQUES-FERRON

La Maison Jacques-Ferron a été fondée en 1990, dans le contexte de la rencontre fortuite entre un projet thérapeutique psychodynamique issu du milieu communautaire et des besoins institutionnels concrets en matière

-
1. On compte parmi ces ressources des membres fondateurs du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, mis sur pied en 1983 par un groupe de ressources alternatives.
 2. Les brefs portraits de chacune des ressources participantes ont été réalisés en deux étapes. Une première ébauche a été élaborée à partir des entrevues, réalisées entre 2006 et 2007, avec les responsables des ressources et les intervenants que nous avons rencontrés; elle a ensuite été soumise aux responsables des ressources concernées qui lui ont, dans certains cas, apporté des modifications.

de lieux d'hébergement extrahospitalier pour des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale. La Maison s'est d'abord développée à partir d'une entente de service avec un centre hospitalier. Cette entente a toutefois été de courte durée et, rapidement, la ressource a acquis une autonomie complète par rapport à l'établissement. Le développement ultérieur de la ressource est resté fidèle à l'esprit de ses origines, et il demeure marqué en particulier par une réflexion, soutenue par l'expérience, concernant l'importance d'offrir un « contenant » suffisant pour soutenir au quotidien des personnes psychotiques. Ses pratiques ont évolué et sont devenues plus structurées au fil du temps.

Maison d'hébergement thérapeutique d'orientation psychodynamique, la Maison Jacques-Ferron propose des séjours d'un an et demi à trois ans à des personnes vivant des perturbations psychiques importantes et qui éprouvent de la difficulté, à cette étape de leur parcours, à avoir une vie plus autonome. Sans qu'il s'agisse d'un critère strict d'admission, les personnes accueillies se situent pour beaucoup du côté de la psychose. L'approche et les pratiques de la ressource se sont d'ailleurs beaucoup construites à partir d'une compréhension des personnes psychotiques, élaborée au fil de l'expérience du travail avec elles.

La Maison Jacques-Ferron propose un travail en profondeur qui se situe à différents niveaux, à un nombre limité de personnes (une dizaine au maximum), d'âges et de sexes différents; celles-ci sont accompagnées tout au long de leur séjour par une équipe d'intervenants qui ont tous, malgré des fonctions et des positions différentes, un rôle de thérapeute. Les pratiques proposées par la ressource se regroupent autour de trois grands volets que relie une préoccupation pour les dimensions psychiques et relationnelles: le volet thérapie de milieu vise une inscription dans le lien social; le volet accompagnement psychosocial soutient le développement progressif d'un « *projet de vie* »; le volet thérapie individuelle est pour sa part très flexible. Le programme, relativement peu chargé, s'adapte au rythme de chacun. Située dans un quartier résidentiel de la ville de Longueuil, la ressource se veut au plus près d'une vie « ordinaire ». Chaque résident ou résidente a sa chambre et est encouragé à maintenir des liens avec l'extérieur. Chacun participe à l'entretien des espaces communs et à la préparation des repas.

La Maison Jacques-Ferron a connu une évolution importante au fil du temps, mais son projet thérapeutique est resté essentiellement le même. Il s'articule autour de l'accompagnement de la personne, d'emblée sollicitée en tant que sujet, et de la découverte de la place singulière qui peut être la sienne dans le monde et dans la société.

LA MAISON L'ÉCLAIRCIE

La Maison l'Éclaircie a été mise sur pied en 1997, après la fermeture d'un foyer de groupe d'orientation psychoéducative destiné à des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale; elle avait reçu le mandat de prendre la relève de ce foyer. D'emblée, l'orientation privilégiée par la nouvelle ressource a rompu avec la philosophie de l'organisme précédent. La nouvelle équipe a formulé son projet autour d'une maison d'hébergement d'orientation psychanalytique, qui s'adresse particulièrement à des personnes psychotiques. Dans le prolongement de ce projet, la Maison l'Éclaircie se donne comme objectif d'offrir aux personnes un cadre très souple et peu intrusif, dans une perspective qui se veut d'abord clinique. Elle a conservé au fil du temps la même orientation fondamentale; l'enjeu du séjour et de l'accompagnement est que la personne puisse trouver sa propre «*façon d'exister dans le monde*».

Cette ressource peut accueillir une douzaine de personnes à la fois, hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, pour des séjours d'un à deux ans; un suivi individuel très souple, clinique et psychosocial peut cependant se prolonger beaucoup plus longtemps. Les résidentes et les résidents ont accès à des entretiens cliniques ainsi qu'à un accompagnement psychosocial individuel; l'engagement et la nature de la participation ne sont pas déterminés par des critères externes, mais par la personne elle-même. Les obligations rattachées au séjour dans la ressource sont minimales et concernent principalement l'inscription dans un lien social (respect des règles de la vie en commun).

La Maison l'Éclaircie propose un cadre qui se veut le plus près possible d'une vie autonome. Les résidents ont leur propre chambre et partagent les espaces communs, à l'entretien desquels ils sont appelés à participer. Un minimum d'activités sont organisées à partir de la ressource afin de maintenir une ouverture sur l'extérieur, une ouverture facilitée par la situation géographique de la ressource dans un quartier résidentiel et animé de Montréal.

Les membres de l'équipe d'intervenants sont psychologues, psychanalystes ou de formation universitaire connexe. La psychanalyse est au cœur du travail clinique, mais elle est aussi l'objet d'un travail théorique intense auquel l'ensemble des membres de l'équipe sont conviés à participer. La Maison l'Éclaircie se veut à la fois un espace clinique et un espace théorique.

LA MAISON L'ENTRE-DEUX

La Maison L'Entre-Deux a été mise sur pied en 1983 afin d'accueillir des femmes souffrantes, qui avaient alors comme seule ressource l'hôpital psychiatrique. La Maison L'Entre-Deux n'avait pas de programme précis à l'époque. Son orientation féministe s'est confirmée quelques années plus tard, et le travail de groupe autour du partage d'expériences particulières aux femmes est devenu central dans les pratiques de la ressource. Au fil du temps, l'orientation thérapeutique des pratiques s'est vue consolidée autour de repères psychanalytiques et psychodynamiques. La thérapie de groupe est au centre des dispositifs, mais ceux-ci ont progressivement inclus des possibilités d'accompagnement individuel. Le programme proposé continue à évoluer, largement en écho au constat que la manière dont les femmes accueillies expriment leur souffrance se transforme; les personnes qui arrivent à la Maison L'Entre-Deux semblent ainsi avoir plus de difficulté à effectuer un travail d'introspection, et leurs problèmes se manifestent beaucoup dans l'agir. La possibilité d'effectuer une démarche d'introspection s'est dès lors imposée de plus en plus comme un enjeu du programme. Parallèlement, le cadre est lui aussi devenu plus structuré.

La Maison L'Entre-Deux occupe une grande maison dans un quartier résidentiel de Longueuil, près de Montréal. Maison d'hébergement thérapeutique exclusivement pour femmes, elle accueille principalement des femmes qui vivent des dépressions importantes ou qui présentent des troubles graves de personnalité; dans bien des cas, elles ont aussi connu des expériences d'inceste et de sévices physiques. La ressource propose un programme intensif et structuré de 15 semaines, prolongé par un mois de participation à des activités en externe et par un suivi individuel posthébergement de huit mois. Centré sur le travail de groupe, le programme comprend plusieurs volets: thérapie de groupe, art-thérapie, drama-thérapie, ateliers d'écriture, ateliers de conscience corporelle et de relaxation, vie de groupe intensive et thérapie individuelle. Les résidentes s'engagent à participer à l'ensemble du programme pour la durée de leur séjour; elles peuvent aussi quitter la ressource d'hébergement durant les fins de semaine.

L'équipe des intervenantes, qui ont toutes un rôle de thérapeute, participe à un processus continu de supervision et de formation; ses orientations et les thématiques abordées suivent étroitement l'expérience du travail auprès des femmes et les difficultés rencontrées (répétition de la violence, phénomène de bouc émissaire, etc.).

LA MAISON VIVRE

Installée dans un quartier résidentiel de Saint-Hubert en banlieue de Montréal, la Maison Vivre existe depuis 1978. Dès sa création, la thérapie s'y est articulée autour des arts, d'un travail engageant le corps, de la relation d'aide et d'une intense vie communautaire dont les intervenants sont partie prenante. Au fil du temps, le programme a conservé ses traits initiaux, tout en devenant plus structuré. Les premières années, la Maison Vivre travaillait principalement avec des personnes psychotiques; par la suite, ce sont surtout des personnes vivant des dépressions et des troubles de la personnalité qui ont fréquenté cette ressource.

La Maison Vivre propose une démarche thérapeutique intensive de groupe, de six mois, dans le contexte d'un milieu de vie de jour. Son programme comporte aussi de la thérapie individuelle. Dans certains cas, le séjour peut se prolonger pour une période allant jusqu'à trois mois, autour d'un projet particulier comme un engagement dans la communauté, ou encore d'une démarche de retour au travail ou aux études. Les intervenants offrent aussi un service d'intervention téléphonique d'urgence accessible en dehors des heures d'ouverture aux personnes qui fréquentent la ressource. Un logement est disponible sur place pour faciliter l'accès au processus thérapeutique, à certaines étapes ou dans certaines situations.

Le programme offert à la Maison Vivre a été mis en place à partir d'une approche qui intègre différents courants: humaniste, existentiel, psychodynamique et approches psychocorporelles. Il comporte différents volets, principalement la thérapie de groupe, la thérapie individuelle, la santé corporelle, la créativité, la massothérapie et la vie communautaire. De façon générale, les personnes s'engagent à participer aux différents volets du programme thérapeutique. La massothérapie conserve cependant un statut particulier, afin de tenir compte des personnes ayant vécu des sévices physiques ou sexuels. Le travail d'équipe joue un rôle central à la Maison Vivre. Soutenu par des rencontres quotidiennes de l'équipe des intervenants, le travail s'enrichit constamment, à la fois pour les interventions qui engagent le groupe et pour celles qui ont trait aux individus.

LA MAISON D'HÉBERGEMENT THÉRAPEUTIQUE DU RÉSEAU D'AIDE LE TREMPLIN

Le Réseau d'aide Le Tremplin a vu le jour en 1982, dans un contexte de pénurie de ressources en santé mentale dans la ville de Drummondville. La mise sur pied de la nouvelle ressource a été appuyée par les institutions publiques. Mis en place dans une perspective de réseau, Le Tremplin s'est

d'emblée occupé de mettre à contribution le potentiel de soutien de la communauté. Dès cette époque, il a recruté un certain nombre de bénévoles et les a intégrés dans le travail auprès des personnes qui fréquentent le Réseau.

Le Réseau d'aide Le Tremplin offre différents services (relation d'aide, hébergement thérapeutique, aide à l'accès à l'emploi), dont certains ont évolué au fil du temps – un service de soutien communautaire a remplacé progressivement le service d'aide à l'accès à l'emploi. Une maison d'hébergement thérapeutique a été mise sur pied dès le départ. Les dispositifs de la maison d'hébergement sont restés les mêmes au fil du temps, bien que l'approche d'intervention ait évolué dans le sens d'un accent placé sur le travail dans l'«ici et maintenant».

La maison d'hébergement thérapeutique Le Tremplin accueille des personnes, hommes et femmes d'âges variés, qui vivent des problèmes importants de santé mentale, sans restriction quant au type de difficultés ; le critère est d'être en mesure d'assumer les conditions d'une vie de groupe. Les séjours à la maison d'hébergement sont d'une durée flexible, le plus souvent de quelques mois, mais ils peuvent dans certains cas s'étendre sur une période allant jusqu'à un an. Le programme proposé est intensif et la participation aux différents volets est obligatoire. Il comprend des ateliers de groupe (connaissance de soi, créativité, relaxation), la participation au milieu de vie, par la vie communautaire et le partage des tâches reliées au fonctionnement de la maison, ainsi que des rencontres individuelles hebdomadaires, où on travaille les difficultés rencontrées dans ce qui se vit à la ressource, particulièrement sur le plan relationnel. Étant une ressource qui mise fortement sur le travail dans l'«ici et maintenant», le milieu de vie est conçu comme une part essentielle du travail thérapeutique ; les personnes y sont constamment « *mises en situation* », notamment dans les difficultés qu'elles vivent dans leurs rapports aux autres.

Les intervenants sont très présents dans la vie et le quotidien de la ressource. Ils intègrent différentes approches dans leur travail d'intervention, et beaucoup se réfèrent à une perspective humaniste.

LE CENTRE L'ÉLAN

Situé dans la petite ville de Magog, le Centre L'Élan a été fondé en 1983. Au début, il accueillait toute personne vivant des difficultés menaçant sa santé psychologique, dans un contexte où très peu de ressources d'aide étaient disponibles dans la petite localité et ses environs. La vocation du Centre L'Élan s'est par ailleurs peu à peu précisée dans le sens d'une intervention thérapeutique destinée à des personnes vivant des problèmes

de santé mentale, sans restriction quant à la nature de ces problèmes; la ressource accueille cependant surtout des personnes ayant des problèmes graves (dépression majeure, psychose, troubles de la personnalité).

Le Centre L'Élan occupe une maison dans un quartier résidentiel. C'est un milieu de jour ouvert qui propose une diversité d'ateliers mettant à contribution tant la créativité que le corps, des thérapies utilisant le groupe (art-thérapie, musicothérapie, thérapie corporelle), de la thérapie individuelle – dont l'accès, très populaire, a été facilité grâce à l'intégration de quelques thérapeutes débutants, étudiants finissants en psychologie, dans la petite équipe des thérapeutes d'expérience –, ainsi qu'une importante vie communautaire. Le cadre proposé se veut très souple, et la participation à un atelier particulier ou à la thérapie de groupe est libre. La seule condition imposée est que les personnes engagées dans une thérapie individuelle participent aussi à une activité de groupe dans la ressource, que ce soit sous la forme d'atelier ou de thérapie. Le Centre L'Élan n'impose pas de limite de durée à la fréquentation, qui est en moyenne de deux à trois ans (seule la thérapie individuelle ne peut excéder trois ans). Plus d'une centaine de personnes fréquentent la ressource chaque année.

Un autre volet des pratiques est constitué par des projets d'insertion au travail, qui sont intégrés dans la vie même du centre. Des personnes peuvent ainsi à la fois travailler au Centre L'Élan (accueil, cuisine, entretien), participer à ce titre aux réunions ayant trait à la vie organisationnelle de la ressource et être engagées dans une démarche thérapeutique dans cette même ressource.

Les intervenants et les thérapeutes du Centre L'Élan travaillent à partir d'horizons théoriques pluriels; les courants psychodynamiques et les courants jungiens y ont une importance particulière.

PRISE II

En 1990, Prise II reçoit le mandat de mettre en place un milieu de jour communautaire offrant des services de réadaptation pour une clientèle adulte ayant des problèmes graves de santé mentale. Rapidement, l'organisme se définit à partir des valeurs de l'alternative et s'en imprègne tout au long de son développement. Toutefois, pour faire une différence significative dans la vie de la personne, il se devait d'intégrer la thérapie. C'est la raison pour laquelle, en avril 1996, Prise II accepte le mandat que lui propose la Régie régionale de Montréal de dispenser des services de traitement spécialisé en partenariat avec l'Hôpital Fleury. Naît alors le Centre thérapeutique de jour, dont la mission sera d'offrir un programme de

psychothérapie dans la communauté. En décembre 1999, lorsque ce partenariat prend fin, la Régie régionale reconnaît à Prise II l'autonomie de gestion du service de psychothérapie. Quelques années plus tard, l'organisme entreprend d'intégrer ce service à son milieu de jour existant, dans le but de mieux soutenir les personnes dans leur démarche d'appropriation du pouvoir et dans leur processus de rétablissement.

Prise II accueille annuellement plus de cent personnes ayant différents problèmes de santé mentale. Il offre différents services : des activités d'apprentissage et un suivi personnalisé incluant le développement et les compétences de préemployabilité et d'intégration au marché du travail ; une démarche d'accompagnement à la gestion autonome des médicaments ; une vie associative favorisant l'exercice de la citoyenneté ; le soutien aux études collégiales et universitaires ; un service de traitement psychothérapeutique.

À Prise II, le traitement passe par la création d'un lien de confiance solide et sécurisant qui soutiendra la personne dans son engagement à traverser la souffrance et ses enjeux. Le processus thérapeutique permet à la personne de poser un regard nouveau sur elle-même et sur ses expériences relationnelles afin de favoriser la reconstruction et la reprise du pouvoir sur sa vie. La psychothérapie individuelle, la thérapie de soutien et l'intervention thérapeutique de groupe en constituent les principales modalités. Ces pratiques s'inscrivent dans différents courants : psychodynamique, humaniste et cognitif, afin de répondre le plus adéquatement possible aux différents besoins exprimés par les personnes. L'intervention thérapeutique de groupe propose différentes avenues pour rejoindre davantage la personnalité et la sensibilité de chacun. On y rencontre des groupes misant sur la parole et mettant en éclairage un thème important dans la vie des participants. Ce peut être aussi un groupe où chacun apporte sa difficulté d'être en relation et la travaille *in vivo*. La thérapie par l'art, par la musique et par le journal créatif sont aussi des moyens qui participent au dévoilement d'enjeux de vie et de blessures anciennes et au rétablissement. Les trajectoires des individus varient et s'inscrivent différemment dans la durée.

Bien que le traitement constitue pour chacun une démarche singulière et individualisée, il s'appuie sur un environnement structurant où chacun évolue dans un cadre souple, mais aussi englobant. L'ensemble des expériences relationnelles, de l'engagement des usagers dans différents groupes et dans un milieu de vie plus large et des liens avec différents intervenants contribuent à une synergie qui fait que traitement et cheminement global sont intimement liés. Le lieu lui-même du traitement est souvent perçu par les participants comme une grande famille qui soutiendra en entier le

processus de guérison. À Prise II, le traitement constitue donc un élément important de la démarche de rétablissement et de réappropriation du pouvoir, et participe activement à la mise en mouvement et à la réinsertion des personnes dans la communauté.

L'ENSOLEILLÉE

C'est en 1997 que L'Ensoleillée a vu le jour dans la petite ville de Lac-Mégantic, dans le contexte de la fermeture d'un autre organisme en santé mentale, le seul de la région, que des instances régionales souhaitaient remplacer. L'Ensoleillée a connu une évolution marquée par plusieurs changements. Au début, le souhait émanant de la communauté locale allait dans le sens d'un milieu de vie sécurisant, aidant et occupationnel. Rapidement, les usagers ont manifesté le désir que l'on prenne en compte leur souffrance et leur besoin de se rendre utiles. L'équipe a ainsi mis en place un projet d'insertion au travail dans l'espace même de la ressource (réception et accueil à la ressource, soutien à l'animation d'ateliers et activités) ; elle a aussi développé son expertise en thérapie afin d'accueillir, de soutenir et d'accompagner les personnes en quête d'un mieux-être subjectif. Avec les années, L'Ensoleillée a également mis en place un volet de sensibilisation visant la communauté plus large ; elle organise en particulier des conférences et participe à la promotion des semaines de la prévention du suicide et de la santé mentale, ce qui lui permet d'établir des liens avec la population locale.

Depuis quelques années, L'Ensoleillée se définit comme une ressource alternative d'accueil, de réadaptation et de traitement ; tous les services et les activités sont prétextes à la création de solidarités, à la participation, à une mise en mouvement et au rétablissement. Milieu de jour ouvert, L'Ensoleillée compte une vie communautaire et une vie associative importantes, qui sollicitent la participation active des usagers, notamment à certaines décisions concernant l'organisation et l'orientation de la ressource. La ressource propose de la thérapie individuelle ainsi que divers ateliers et activités : créativité, relaxation (méditation, yoga), activité physique et alimentation.

L'Ensoleillée compte une petite équipe d'intervenantes qui travaillent à partir d'une perspective globale et éclectique, et qui sont encouragées à poursuivre leur formation grâce à différentes approches : psychodynamique, troubles complexes et trauma (*Eye Movement Desensibilization and Reprocessing*), accueil de la crise (psychosociale, suicidaire et d'agression), gestion autonome de la médication, approches énergétiques (luminothérapie, technique de libération des émotions). La dimension spirituelle est aussi prise en compte.

L'Ensoleillée accueille des personnes qui vivent ou ont vécu des difficultés en santé mentale, quel que soit leur type de difficultés (sévères ou transitoires). La ressource peut aussi répondre à des demandes d'aide émanant des parents et des proches. Aucune limite de durée n'est imposée à sa fréquentation, qui peut s'étendre sur plusieurs années. Environ 150 personnes fréquentent la ressource chaque année. La participation aux différents volets est libre.

LA MAISON SAINT-JACQUES

Ce n'est que deux ans après sa mise sur pied en 1972 comme lieu d'hébergement temporaire destiné aux étudiants en difficulté que la Maison Saint-Jacques s'est affirmée plus explicitement comme organisme en santé mentale. Son histoire a par la suite été jalonnée d'importantes remises en question concernant à la fois les orientations et les dispositifs. Après un bref passage par l'antipsychiatrie, la Maison Saint-Jacques a développé progressivement une approche soucieuse de prendre en compte à la fois les dimensions psychologiques et sociales de la souffrance psychique. C'est ainsi qu'à la fin des années 1970, la ressource a élaboré un projet d'intervention alternatif inspiré de l'approche phénoménologique et du modèle d'« Un lieu pour renaître », créé par Bruno Bettelheim. Par la suite, dès le début des années 1980, l'équipe a adopté une approche résolument psychodynamique et a instauré un nouveau modèle thérapeutique : la thérapie de milieu. La Maison Saint-Jacques offrait alors un milieu de jour dynamique, des interventions de groupe, un service de thérapie individuelle ainsi qu'un programme d'insertion au travail.

Soucieuse de faciliter un travail d'élaboration individuelle et de favoriser l'autonomie de ses participants, consciente aussi des conflits qui peuvent exister entre le registre de la réalité et un travail de symbolisation, l'équipe a décidé au début des années 1990 de resserrer peu à peu le cadre de la thérapie de groupe, afin de donner la priorité à une expérience groupale *in vivo*. Dès lors, la psychanalyse s'est confirmée comme l'approche privilégiée par la Maison Saint-Jacques. Cette dernière a aussi décidé de laisser de côté son volet d'activités sociales pour se consacrer à un travail d'élaboration au sein même du groupe thérapeutique, désormais appréhendé comme groupe primaire. Le travail thérapeutique se fonde donc sur l'idée d'une continuité entre l'individu et le groupe, mettant en jeu différents niveaux d'interaction, des langages symboliques et des comportements régressifs. Au sein des groupes, c'est la parole libre qui est privilégiée comme principal levier du travail, ce qui favorise l'introspection et l'élaboration.

Cette parole créative permet ainsi de poser un regard différent sur les répétitions morbides, sur les défenses élevées contre l'angoisse et sur les traumatismes non encore élaborés.

Circonscrit à la thérapie de groupe d'orientation psychanalytique, ce programme est offert à des personnes âgées de 18 à 50 ans vivant différents problèmes de santé mentale; il comporte deux séances par semaine, pour une période allant jusqu'à trois ans. Les groupes sont mixtes et à entrée continue. Un groupe particulier est proposé aux mères en difficulté.

L'équipe de travail est formée de cliniciens d'orientation psychanalytique. La ressource est organisée sur un mode d'autogestion.

- ADORNO, T.W. (1980). *Minima Moralia*, Paris, Payot.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition (DSM-III)*, American Psychiatric Association.
- ANDREASEN, N.C. (1997). «The evolving concept of schizophrenia; from Kraepelin to the present and future», *Schizophrenia Research*, n° 28, p. 105-109.
- ANTHONY, W. (1993). «Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, n° 4, p. 11-23.
- ANTHONY, W., E.S. ROGERS et M. FARKAS (2003). «Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery», *Community Mental Health Journal*, vol. 39, n° 2, p. 101-114.
- APOLLON, W. et D. BERGERON (dir.) (1990). *Traiter la psychose*, Québec, Éditions du Gifric.
- BINSWANGER, L. (1987, 1960 pour l'édition originale). *Mélancolie et manie: études phénoménologiques*, Paris, Presses universitaires de France.
- BLAIS, L. (dir.) (2008). *Vivre à la marge: réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- BLANKENBURG, W. (1991). *La perte de l'évidence naturelle: une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*, Paris, Presses universitaires de France.
- BOND, G.R. et al. (2004). «How evidence-based practices contribute to community integration», *Community Mental Health Journal*, vol. 40, n° 6, p. 569-588.
- BRUNER, E.M. (1986). «Experience and its expressions», dans V.W. Turner et E.M. Bruner (dir.), *The Anthropology of Experience*, Urbana et Chicago, University of Illinois Press, p. 3-30.
- CASTORIADIS, C. (1990). «Voie sans issue?», dans C. Castoriadis, *Le monde morcelé: les carrefours du labyrinthe 3*, Paris, Seuil.
- CIOMPI, L. (1980). «The natural history of schizophrenia in the long term», *The British Journal of Psychiatry*, n° 136, p. 413-420.

- CORIN, E. (1990). «Facts and meaning in psychiatry: An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 14, n° 2, p. 153-188.
- CORIN, E. (1998). «The thickness of being: Intentional worlds, strategies of identity, and experience among schizophrenics», *Psychiatry*, n° 61, p. 133-146.
- CORIN, E. (2000). «Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies», dans Y. Lecomte et J. Gagné (dir.), *Les ressources alternatives de traitement*, Montréal, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et *Santé mentale au Québec*, numéro spécial, p. 11-30.
- CORIN, E. (2002). «Se rétablir après une crise psychotique: ouvrir une voie? Retrouver sa voix?», *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 1, p. 65-82.
- CORIN, E. (2003). «À l'ombre de la psychose: des tracés en creux aux marges de la culture», *Cahiers de psychologie clinique*, n° 21, p. 199-218.
- CORIN, E. (2007). «The Other of culture in psychosis», dans J. Biehl, B. Good et A. Kleinman (dir.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, Berkeley, University of California Press, p. 273-314.
- CORIN, E., A. GAUTHIER et C. ROUSSEAU (2007). «Le médicament, ses reliefs et ses ombres sur la scène de la clinique transculturelle», *Canadian Journal of Community Psychiatry*, vol. 26, n° 2, p. 37-51.
- CORIN, E. et G. LAUZON (1986). «Les évidences en questions», *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 1, p. 42-58.
- CORIN, E. et G. LAUZON (1992). «Positive withdrawal and the quest for meaning: The reconstruction of the experience among schizophrenics», *Psychiatry*, vol. 55, n° 3, p. 266-278.
- CORIN, E. et G. LAUZON (1994). «From symptoms to phenomena: The articulation of the experience in schizophrenia», *Journal of Phenomenological Psychiatry*, vol. 25, n° 1, p. 3-50.
- CORIN, E., L. RODRIGUEZ et L. GUAY (1996). «Les figures de l'aliénation: un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 15, n° 2, p. 45-67.
- CORIN, E., L. RODRIGUEZ et L. GUAY (2008). «Entre les mots: plis et défauts du sens dans la psychose», dans L. Blais (dir.), *Vivre à la marge: réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 53-83.
- CORIN, E., R. THARA et R. PADMAVATI (2004). «Living through a staggering world: The play of signifiers in early psychosis in India», dans J. Jenkins et R. Barrett (dir.), *Schizophrenia, Culture and Subjectivity: The Edge of Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 110-145.
- CORIN, E., R. THARA et R. PADMAVATI (2005). «Shadows of culture in psychosis in South India: A methodological exploration and illustration», *International Review of Psychiatry*, vol. 17, n° 2, p. 75-81.
- DAVIDSON, L. et al. (2008). «Remission and recovery in schizophrenia: Practitioner and patient perspectives», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, n° 1, p. 5-8.
- DAVIDSON, L. et J.S. STRAUSS (1992). «Sense of self in recovery from severe mental illness», *British Journal of Medical Psychology*, n° 65, p. 131-145.
- EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris, Odile Jacob.

- ESTROFF, S.E. (1989). «Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject», *Schizophrenia Bulletin*, n° 15, p. 189-196.
- ESTROFF, S.E. (1995). «Brokenhearted lifetimes: Ethnography, subjectivity, and psychosocial rehabilitation», *International Journal of Mental Health*, vol. 24, n° 1, p. 82-92.
- EY, H., P. BERNARD et C.H. BRISSET (1974). *Manuel de psychiatrie* (quatrième édition). Paris, Masson.
- FÉDIDA, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression: éloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.
- FOUCAULT, M. (1994). *Dits et écrits, 1958-1988. II. 1970-1975 (La folie et la société, 1970)*, Paris, NRF, Gallimard, p. 16-22.
- FOWLER, D., P. GARETY et E. KUIPERS (1999). «Thérapie cognitive et comportementale des psychoses», *Santé mentale au Québec*, vol. 24, n° 1, p. 61-88.
- GAUTHIER, A., E. CORIN et C. ROUSSEAU (2008). «Au-delà des modèles de pratique: explorer la rencontre clinique en début de psychose», *L'évolution Psychiatrique*, n° 73, p. 639-654.
- GOOD, B.J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.
- GUPTA, M. (2007). «Does evidence-based medicine apply to psychiatry?», *Theoretical Medicine and Bioethics*, vol. 28, n° 2, p. 103-120.
- HELLER, R.F. (2006). «Establishing the evidence base for psychiatric services: Estimating the impact on the population», *Psychiatric Services*, vol. 57, n° 11, p. 58-1560.
- JASPERS, K. (1963a). *Autobiographie philosophique*, Paris, Aubier.
- JASPERS, K. (1963b). *General Psychopathology*, Manchester, Manchester University Press.
- KAHN, L. (2004). *Fiction et vérité freudiennes*, Paris, Balland.
- KLEINMAN, A. (1987). «Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness», *The British Journal of Psychiatry*, n° 151, p. 447-454.
- KLEINMAN, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*, New York, Free Press.
- KLERMAN, G.L. (2004). «The advantages of DSM-III», *American Journal of Psychiatry*, vol. 141, n° 4, p. 539-542.
- LAMOUREUX, J. (2002). «Marges et citoyenneté», *Sociologie et sociétés*, vol. 33, n° 2, p. 29-47.
- LANTERI-LAURA, G. (1986). «Sémiologie et critique de la connaissance», *L'évolution psychiatrique*, vol. 51, n° 4, p. 825-833.
- LECOMTE, Y. et J. GAGNÉ (dir.) (2000). *Les ressources alternatives de traitement*, Montréal, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et *Santé mentale au Québec*.
- LEHMAN, H.E. (1986). «The future of psychiatry: Progress – mutation – or self destruction?», *Canadian Journal of Psychiatry*, n° 31, p. 362-367.
- MACDONALD, A.W. et S.C. SCHULZ (2009). «What we know: Findings that every theory of schizophrenia should explain», *Schizophrenia Bulletin*, 27 mars, p. 1-16.
- MAIER, T. (2006). «Does evidence-based medicine apply to psychiatry?», *Journal of Evaluation in Clinical Practices*, vol. 12, n° 3, p. 325-329.

- MANNONI, M. (1979, 1970 pour la première édition). *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*, Paris, Seuil.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2001). *L'action communautaire: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*, Québec, GouverÉditions Armand Colin.
- MORO, M.-R. (2006). *Les psychothérapies*, Paris, Armand Colin.
- NASRALLAH, H.A. *et al.* (2009). «Proceedings and data from the Schizophrenia Summit: A critical appraisal to improve the management of schizophrenia», *Journal of Clinical Psychiatry*, n° 70 (suppl. 1), p. 4-46.
- OAKLEY-BROWNE, M.A. (2001). «Evidence-based medicine in practice», *Medical Journal of Australia*, vol. 174, n° 8, p. 403-404.
- POIREL, M.-L. (2007). «Perspectives d'intervenantes montréalaises en périnatalité sur la détresse psychique postnatale des femmes et la réponse médicamenteuse: une mise à distance du modèle médical de la dépression postnatale?», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 28, n° 2, p. 163-182.
- POIREL, M.-L., B. LACHARITÉ et G. ROUSSEAU (2006). «Voix alternatives et féministes dans le champ de la santé mentale/psychiatrie au Québec: l'expérience croisée des ressources alternatives et des centres de femmes», *Nouvelles questions féministes*, revue internationale francophone, vol. 25, n° 2: *Le champ de la santé: diagnostics féministes*, p. 66-81.
- RACAMIER, P.C. *et al.* (1973). *Le psychanalyste sans divan: la psychanalyse et les institutions de soin psychiatrique*, Paris, Payot.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1999a, et 1991 pour la première version). *Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*, Montréal, RRASMQ.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1999b). *Cadre de référence pour l'approche alternative de traitement dans les ressources du RRASMQ*, Montréal, RRASMQ.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (2005). *Balises pour une approche alternative du traitement en santé mentale*, Montréal, RRASMQ.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC et ÉQUIPE DE RECHERCHE ET D'ACTION EN SANTÉ MENTALE ET CULTURE (2006). *Repères pour une gestion autonome de la médication en santé mentale: guide d'accompagnement*, Montréal, RRASMQ.
- RODRIGUEZ, L., E. CORIN et L. GUAY (2000). «La thérapie alternative: se (re)mettre en mouvement», dans Y. Lecomte et J. Gagné (dir.), *Les ressources alternatives de traitement*, Montréal, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et *Santé mentale au Québec*, p. 44-94.
- RODRIGUEZ, L., E. CORIN et M.-L. POIREL (2001). «Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, p. 201-233.
- RODRIGUEZ, L. et M.-L. POIREL (2007). «Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation des psychotropes: la gestion autonome des médicaments», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 111-125.

- RODRIGUEZ, L. *et al.* (2002). «L'intégration des services et des pratiques: l'épreuve de l'expérience», *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 2, p. 154-179.
- RODRIGUEZ, L. *et al.* (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale: changer de perspective*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- SHRAGGE, E. (2007). «La pratique communautaire et la lutte pour la transformation sociale», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 184-192.
- STRAUSS, J.S. (1986). «The life course of schizophrenia», *Psychiatric Annals*, vol. 16, n° 10, p. 609-612.
- TAYLOR, C. (1998, 1989 pour l'édition anglaise originale). *Les sources du moi: la formation de l'identité moderne*, trad. C. Mélançon, Montréal, Boréal.
- WILLIAM, D.D.R. et J. GARNER (2002). «The case against "the evidence": A different perspective on evidence-based medicine», *British Journal of Psychiatry*, n° 180, p. 8-12.

Ellen Corin est chercheure émérite à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et professeure aux départements de psychiatrie et d'anthropologie de l'Université McGill. Elle est aussi psychanalyste clinicienne et membre de la Société psychanalytique de Montréal. Ses recherches effectuées en Afrique, au Québec et en Inde portent sur l'articulation de l'expérience subjective par la culture. Elles ont notamment porté, en Afrique, sur les repères culturels qui encadrent le devenir de la personne, les systèmes étiologiques traditionnels et les principes thérapeutiques à l'œuvre dans des groupes de possession par les esprits; au Québec, sur l'expérience subjective de la psychose et le rôle des facteurs sociaux et culturels dans son élaboration, ainsi que sur l'art de personnes souffrant de problèmes de santé mentale et son potentiel de médiation par rapport à la société en général; en Inde, sur la place de la culture dans l'élaboration de l'expérience de la psychose pour les patients et leurs proches, ainsi que sur la place d'expériences limites dans l'ascétisme incarné dans la figure des *sadhus*. En 1992, elle a créé l'équipe de recherche en partenariat Érasme.

Marie-Laurence Poirel est chercheure invitée à l'École de service social de l'Université de Montréal et cochercheure dans le cadre de l'Alliance de recherche internationale universités et communautés – Santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC). Elle collabore aux travaux de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (Érasme) depuis plusieurs années. Ses recherches, développées à partir d'une perspective qualitative et participative, portent sur le rôle des savoirs d'expérience dans l'intervention, sur l'expérience du traitement médical et non médical chez les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale graves et sur les espaces de résistance à la surmédicalisation de la souffrance psychique et sociale.

Lourdes Rodriguez est professeure agrégée à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle dirige aussi l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (Érasme) et l'Alliance de recherche internationale universités et communautés – Santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC). Ses recherches portent sur l'analyse des altérations de l'expérience et sur les processus de subjectivation associés aux problèmes de santé mentale graves, notamment à la psychose. Elles se fondent sur l'articulation des pensées critique et herméneutique afin de mieux comprendre les univers de sens et d'action et les perspectives des personnes engagées, leurs expériences toujours ancrées dans un parcours de vie, et en prenant en compte le contexte et la pluralité des acteurs et des savoirs. Ses travaux ont contribué au développement de méthodes novatrices d'évaluation des impacts des pratiques et des politiques qui tiennent compte de la perspective des personnes utilisatrices des services de santé mentale. En tant que responsable du Groupe de travail sur la qualité des services dans la communauté du Comité de la santé mentale du Québec, elle a publié, entre autres, *Repenser la qualité des services en santé mentale: changer de perspective* (2006).

**Arts martiaux, sports de combat
et interventions psychosociales**

Sous la direction de Jacques Hébert
2011, ISBN 978-2-7605-2980-9, 376 pages

Viellir au pluriel

Perspectives sociales
*Sous la direction de Michèle Charpentier,
Nancy Guberman, Véronique Billette,
Jean-Pierre Lavoie, Amanda Grenier
et Ignace Olazabal*
2010, ISBN 978-2-7605-2625-9, 532 pages

Mais oui c'est un travail !

Penser le travail du sexe
au-delà de la victimisation
*Colette Parent, Chris Bruckert,
Patrice Corriveau, Maria Nengeh Mensah
et Louise Toupin*
2010, ISBN 978-2-7605-2549-8, 158 pages

Adolescence et affiliation

Les risques de devenir soi
*Sous la direction de Robert Letendre
et Denise Marchand*
2010, ISBN 978-2-7605-2512-2, 246 pages

Le monde des AA

Alcooliques, gamblers, narcomanes
Amnon Jacob Suissa
2009, ISBN 978-2-7605-2464-4, 134 pages

Vivre en famille d'accueil jusqu'à mes 18 ans

Voir ou ne pas voir mes parents ?
*Louise Carignan, Jacques Moreau
et Claire Malo*
2009, ISBN 978-2-7605-2426-2, 222 pages

**Hébergement, logement
et rétablissement en santé mentale**

Pourquoi et comment
faire évoluer les pratiques ?
*Sous la direction de Jean-François Pelletier,
Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil*
2009, ISBN 978-2-7605-2432-3, 168 pages

Mobilité, réseaux et résilience

Le cas des familles immigrantes
et réfugiées au Québec
Michèle Vatz Laaroussi
2009, ISBN 978-2-7605-2400-2, 268 pages

Proximités

Lien, accompagnement et soin
*Sous la direction de Michèle Clément,
Lucie Gélinau et Anaïs-Monica McKay*
2009, ISBN 978-2-7605-1605-2, 386 pages

Visages multiples de la parentalité

*Claudine Parent, Sylvie Drapeau,
Michèle Brousseau et Eve Pouliot*
2008, ISBN 978-2-7605-1591-8, 486 pages

Penser la vulnérabilité

*Sous la direction de
Vivianne Châtel et Shirley Roy*
2008, ISBN 978-2-7605-1563-5, 264 pages

Violences faites aux femmes

*Sous la direction de Suzanne Arcand,
Dominique Damant, Sylvie Gravel
et Elizabeth Harper*
2008, ISBN 978-2-7605-1561-1, 624 pages

L'habitation comme vecteur de lien social

*Sous la direction de Paul Morin
et Evelyne Baillergeau*
2008, ISBN 978-2-7605-1540-6, 324 pages

**Vivre son enfance au sein
d'une secte religieuse**

Comprendre pour mieux intervenir
Lorraine Derocher
2007, ISBN 978-2-7605-1527-7, 204 pages

L'itinérance en questions

*Sous la direction de Shirley Roy
et Roch Hurtubise*
2007, ISBN 978-2-7605-1524-6, 408 pages

Solitude et sociétés contemporaines

Une sociologie clinique de l'individu
et du rapport à l'autre
Marie-Chantal Doucet
2007, ISBN 978-2-7605-1519-2, 198 pages

Problèmes sociaux

Tome IV – Théories et méthodologies
de l'intervention sociale
Sous la direction de Henri Dorvil
2007, ISBN 978-2-7605-1502-4, 504 pages

**Amour et sexualité chez
l'adolescent – Fondements,
Guide d'animation, Carnet de route**

Programme qualitatif d'éducation
sexuelle pour jeunes hommes
Hélène Manseau
2007, ISBN 978-2-7605-1513-0, 194 pages

Les transformations de l'intervention sociale

Entre innovation et gestion
des nouvelles vulnérabilités ?
*Sous la direction de
Evelyne Baillergeau et Céline Bellot*
2007, ISBN 978-2-7605-1504-8, 258 pages



Problèmes sociaux

Tome III – Théories et méthodologies
de la recherche
Sous la direction de Henri Dorvil
2007, ISBN 978-2-7605-1501-7, 550 pages

**Lutte contre la pauvreté, territorialité
et développement social intégré**

Le cas de Trois-Rivières
Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann
2007, ISBN 978-2-7605-1490-4, 168 pages

Pas de retraite pour l'engagement citoyen

Sous la direction de
Michèle Charpentier et Anne Quéniart
2007, ISBN 978-2-7605-1478-2, 210 pages

Enfants à protéger – Parents à aider

Des univers à rapprocher
Sous la direction de
Claire Chamberland, Sophie Léveillé
et Nico Trocmé
2007, ISBN 978-2-7605-1467-6, 480 pages

**Le médicament au cœur
de la socialité contemporaine**

Regards croisés sur un objet complexe
Sous la direction de Johanne Collin,
Marcelo Otero et Laurence Monnais
2006, ISBN 2-7605-1441-2, 300 pages

Le projet Solidarité Jeunesse

Dynamiques partenariales
et insertion des jeunes en difficulté
Martin Goyette, Céline Bellor
et Jean Panet-Raymond
2006, ISBN 2-7605-1443-9, 212 pages

La pratique de l'intervention de groupe

Perceptions, stratégies et enjeux
Ginette Berteau
2006, ISBN 2-7605-1442-0, 252 pages

**Repenser la qualité des services en santé
mentale dans la communauté**

Changer de perspective
Lourdes Rodriguez, Linda Bourgeois,
Yves Landry et al.
2006, ISBN 2-7605-1348-3, 336 pages

L'intervention sociale en cas de catastrophe

Sous la direction de Danielle Maltais
et Marie-Andrée Rheault
2005, ISBN 2-7605-1387-4, 420 pages

Trajectoires de déviance juvénile

N. Brunelle et M.-M. Cousineau
2005, ISBN 2-7605-1372-6, 232 pages

Revenu minimum garanti

Lionel-Henri Groulx
2005, ISBN 2-7605-1365-3, 380 pages

Amour, violence et adolescence

Mylène Fernet
2005, ISBN 2-7605-1347-5, 268 pages

Réclusion et Internet

Jean-François Pelletier
2005, ISBN 2-7605-1259-2, 172 pages

Au-delà du système pénal

L'intégration sociale et professionnelle
des groupes judiciarisés et marginalisés
Sous la direction de Jean Poupart
2004, ISBN 2-7605-1307-6, 294 pages

L'imaginaire urbain et les jeunes

La ville comme espace d'expériences
identitaires et créatrices
Sous la direction de
Pierre-W. Boudreault et Michel Parazzelli
2004, ISBN 2-7605-1293-2, 388 pages

Parents d'ailleurs, enfants d'ici

Dynamique d'adaptation du rôle parental
chez les immigrants
Louise Bérubé
2004, ISBN 2-7605-1263-0, 276 pages

Citoyenneté et pauvreté

Politiques, pratiques et stratégies d'insertion
en emploi et de lutte contre la pauvreté
Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann
2004, ISBN 2-7605-1261-4, 330 pages

**Éthique, travail social
et action communautaire**

Henri Lamoureux
2003, ISBN 2-7605-1245-2, 266 pages

Travailler dans le communautaire

Jean-Pierre Deslauriers,
avec la collaboration de Renaud Paquet
2003, ISBN 2-7605-1230-4, 158 pages

Violence parentale et violence conjugale

Des réalités plurielles, multidimensionnelles
et interreliées
Claire Chamberland
2003, ISBN 2-7605-1216-9, 410 pages

Le virage ambulatoire: défis et enjeux

Sous la direction de
Guilhème Pérodeau et Denyse Côté
2002, ISBN 2-7605-1195-2, 216 pages

Priver ou privatiser la vieillesse ?

Entre le domicile à tout prix
et le placement à aucun prix

Michèle Charpentier

2002, ISBN 2-7605-1171-5, 226 pages

**Huit clés pour la prévention
du suicide chez les jeunes**

Marlène Falardeau

2002, ISBN 2-7605-1177-4, 202 pages

La rue attractive

Parcours et pratiques identitaires
des jeunes de la rue

Michel Parazelli

2002, ISBN 2-7605-1158-8, 378 pages

Le jardin d'ombres

La poétique et la politique
de la rééducation sociale

Michel Desjardins

2002, ISBN 2-7605-1157-X, 260 pages

Problèmes sociaux

Tome II – Études de cas
et interventions sociales

Sous la direction de

Henri Dorvil et Robert Mayer

2001, ISBN 2-7605-1127-8, 700 pages

Problèmes sociaux

Tome I – Théories et méthodologies

Sous la direction de

Henri Dorvil et Robert Mayer

2001, ISBN 2-7605-1126-X, 622 pages



ntretissant réflexions, analyses et témoignages, ce livre est le fruit d'une rencontre entre des chercheuses en sciences humaines et sociales et des acteurs du terrain, personnes usagères, intervenants et responsables de milieux de pratique en santé mentale qui se sont donné le nom de ressources alternatives de traitement.

De cette rencontre a émergé une réflexion de fond sur ce qui constitue un traitement en santé mentale, une réflexion sous-tendue par la question de l'humain. C'est d'un autre regard sur le traitement en santé mentale dont ce livre entend rendre compte, un regard de l'intérieur sur ce qui le constitue et ce qui en est le signe.

Cet ouvrage s'adresse aux cliniciens, aux intervenants, aux chercheurs et plus largement à celles et à ceux qui s'interrogent sur les enjeux et les défis qui se posent actuellement dans le champ des théories et des pratiques en santé mentale et en psychiatrie, dans un contexte où les paramètres et les référents de l'intervention sont en pleine mutation.

ELLEN CORIN est chercheure émérite à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Elle est aussi psychanalyste clinicienne et membre de la Société psychanalytique de Montréal.

MARIE-LAURENCE POIREL est professeure à l'École de service social de l'Université de Montréal.

LOURDES RODRIGUEZ est professeure à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle est aussi directrice de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture et de l'Alliance internationale de recherche Santé mentale et citoyenneté.