

L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience

Lourdes Rodriguez, Ellen Corin, Marie-Laurence Poirel and Marie Drolet

Volume 27, Number 2, Fall 2002

Les réseaux intégrés de services

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014562ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014562ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Rodriguez, L., Corin, E., Poirel, M.-L. & Drolet, M. (2002). L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 154–179. <https://doi.org/10.7202/014562ar>

Article abstract

Integration of services and practices: the test of experience

The authors explore how integration of services takes shape in specific contexts according to data of a research on discourses and practices of mental health workers and consumers of community groups. The analysis aims at understanding how the models prevailing on the level of organization of services impact on one hand, on the rules of work organization of professionals and their concept of problems and interventions and on the other hand, on the climate of organizations and the daily lives of consumers, the relationship between themselves as well as with mental health workers and the place given to consumer's words, projects and wishes. The authors thus examine how organizational models and their implications affect the possibilities offered to consumers and the paths opening or not to improve their lives.



L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience

Lourdes Rodriguez*

Ellen Corin**

Marie-Laurence Poirel***

Marie Drolet****

Les auteures explorent comment l'intégration des services se concrétise dans des contextes particuliers en s'appuyant sur une recherche portant sur les discours et les pratiques d'intervenants et des personnes utilisatrices regroupées au sein d'organismes de la communauté. Leur analyse vise à comprendre comment les modèles prévalant au niveau de l'organisation des services se répercutent d'une part, sur les règles qui régissent l'organisation du travail des intervenants et leur conception des problèmes et des interventions ; et d'autre part, sur le climat des organismes et la vie quotidienne des personnes, les rapports entre elles et les intervenants ainsi que sur la place accordée à la parole, aux projets et aux désirs des personnes utilisatrices. Il s'agit ainsi d'examiner comment les modèles organisationnels et leurs implications affectent les possibilités offertes aux personnes utilisatrices et les voies qui s'ouvrent ou non pour améliorer leurs conditions d'existence.

Depuis l'implantation de la politique en santé mentale, les efforts pour développer la concertation entre les divers acteurs impliqués dans le soutien et le milieu de vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves se sont articulés autour des notions de concertation, de partenariat, de complémentarité et de continuité des services. Récemment, ces efforts ont été renouvelés et réorganisés avec l'implantation des réseaux locaux de services intégrés, un modèle développé dans le domaine des services auprès des personnes âgées et que la Commission Clair a étendu à certains groupes cibles.

* Ph.D., professeure, Université de Montréal.

** Ph. D., Division de recherche psychosociale de l'Hôpital Douglas, professeure, Université McGill.

*** Ph D., ÉRASME.

**** M. es Arts (anthropologie), ÉRASME.

La littérature psychiatrique définit la notion de services intégrés en fonction de trois ordres de critères : la gamme des services disponibles et leur complémentarité ; les liens existant entre les services ; et la pertinence de ces services par rapport aux besoins des personnes utilisatrices. L'organisation des services et les pratiques concrètes visant à répondre aux demandes et aux difficultés des personnes constituent d'autres dimensions.

Toutes ces dimensions sont interreliées. Ainsi, les modèles de concertation qui prévalent dans l'organisation des services et la place accordée aux principes de continuité et de complémentarité se reflètent dans les discours et les pratiques des intervenants et des personnes utilisatrices. Toutefois, certains auteurs ont noté un décalage entre les besoins et les priorités évalués par les cliniciens et les personnes utilisatrices (Comtois et al., 1998). Il semble qu'on retrouve un décalage similaire lorsqu'il s'agit d'identifier les types d'action les plus aptes à répondre aux besoins ainsi que dans les définitions de complémentarité et de continuité des différents acteurs. Dans une réflexion sur les modèles de pratique qui sous-tendent la notion de continuité et de complémentarité des soins, Corin et Harnois (1991) ont souligné la nécessité de partir des besoins des personnes et de prendre en compte leurs attitudes et valeurs, leur univers de sens et leurs pratiques pour planifier les interventions. Cette perspective amène à reformuler la notion de continuité des services non plus uniquement du point de vue d'une articulation entre les composantes d'un système de services mais également du point de vue des personnes utilisatrices.

C'est dans cette perspective que s'inscrit notre réflexion sur l'intégration des services. S'appuyant sur une recherche¹ portant sur les discours et les pratiques d'intervenants et des personnes utilisatrices regroupées au sein d'organismes de la communauté, nous explorons comment l'intégration des services se concrétise dans des contextes particuliers. Notre analyse vise à comprendre comment les modèles qui prévalent au niveau de l'organisation des services se répercutent d'une part, sur les règles qui régissent l'organisation du travail des intervenants et leur conception des problèmes et des interventions ; et d'autre part, sur le climat des organismes et la vie quotidienne des personnes, les rapports entre elles et les intervenants ainsi que sur la place accordée à la parole, aux projets et aux désirs des personnes utilisatrices. Il s'agit ainsi d'examiner comment les modèles organisationnels et leurs implications affectent les possibilités offertes aux personnes utilisatrices et les voies qui s'ouvrent ou non pour améliorer leurs conditions d'existence. Cette étude se situe en continuité avec des travaux antérieurs visant

à comprendre et évaluer les pratiques «de l'intérieur», c'est-à-dire à partir du point de vue des personnes (Corin et al., 1996; Rodriguez et al., 2000; Rodriguez et al., 2001).

Complémentarité et continuité : configurations régionales diversifiées

Lors de son implantation à travers le Québec, le concept de services intégrés s'est concrétisé selon une pluralité de configurations régionales. Cette pluralité de modèles empiriques reflète le rôle des divers acteurs (les établissements psychiatriques, les régies régionales, le mouvement communautaire et alternatif) dans l'élaboration des services et le développement de leurs rapports².

Dans une recherche sur le processus d'implantation de la politique québécoise de santé mentale, White et Mercier (1995; 1993; 1989) ont identifié trois modèles différents d'organisation des services dans la communauté selon l'importance accordée aux principes de continuité et de complémentarité: 1) le «modèle axé sur les établissements» offre une gamme complète de services dispensés par des professionnels en continuité et complémentarité avec un même établissement; 2) le «modèle alternatif» se situe à l'extrême opposé; les organismes sont mis en place par la communauté avec laquelle ils maintiennent un lien étroit. Ces organismes, souvent de type ressource alternative, évitent le contrôle professionnel et embauchent parfois des personnes ayant vécu des problèmes de santé mentale comme membres du personnel. Il s'agit d'un système ouvert où les personnes et les ressources choisissent librement de participer ou non à l'éventail des services. Selon White et Mercier, ce modèle constitue rarement un système complet de réinsertion et de soutien; 3) le «modèle axé sur la planification de la communauté» est basé sur le leadership des établissements publics qui accordent beaucoup d'importance au milieu naturel et aux organismes communautaires.

À partir d'informations sur le développement régional des services dans la communauté, nous avons sélectionné trois territoires qui répondent aux modèles identifiés par White et Mercier. Dans une première étape de recherche, nous avons interrogé les administrateurs de différents organismes dans le but de dresser un tableau de chaque territoire selon les relations existant entre les groupes communautaires, et entre ces derniers et les institutions. L'analyse de ces entrevues a permis de situer l'ensemble des organismes dans la communauté des trois territoires sur le plan systémique en tenant compte des alliances et des oppositions, et cela en fonction des dimensions de continuité/complémentarité. Ce

portrait a permis de procéder à un choix d'organismes pour notre recherche selon deux critères : 1) un critère d'homogénéité permettant la comparaison inter-organisme et inter-territoire ; 2) un critère de représentativité locale visant à cerner les dynamiques systémiques dans leur richesse et leur complexité.

Nous avons ensuite établi un échantillonnage suffisamment homogène des organismes et de leurs membres pour permettre la comparaison inter-organisme et inter-territoriale. Nous avons sélectionné des organismes de petite taille dont la clientèle se caractérise par la gravité des problèmes de santé mentale (diagnostic de psychose, nombre et durée des hospitalisations) et qui se veulent des alternatives à l'hospitalisation. Nous avons aussi assuré la représentativité des dynamiques locales de continuité-complémentarité en choisissant dans chaque territoire deux organismes qui maintiennent des liens étroits (formels et informels) avec les établissements psychiatriques et deux organismes plus distants des établissements.

Un organisme constitue selon nous, une unité de travail qui offre des services ou des activités à des personnes utilisatrices dans le but de favoriser leur maintien et leur intégration dans la communauté. Deux types d'organismes ont été retenus selon leurs liens avec les établissements : 1) des ressources alternatives qui ont des liens informels avec les établissements et gardent une relative autonomie et parfois une position critique par rapport aux établissements psychiatriques ; 2) des organismes implantés sous l'initiative des établissements psychiatriques et qui maintiennent des liens étroits avec ces derniers. Ces organismes font partie de structures administratives plus grandes (structures intermédiaires) visant à assurer une gamme complète de services dans la communauté par le biais d'organismes à vocations variées : centre de crise, appartement supervisé, centre de jour. Ces structures possèdent souvent un statut d'organisme non gouvernemental (ONG) ; elles ont des liens formels étroits avec les établissements psychiatriques.

Pour chaque territoire, notre échantillon global comprend deux organismes qui font partie des structures intermédiaires et deux "organismes communautaires" ou "ressources alternatives" dont la mission et le profil des membres sont comparables à ceux des "organismes intermédiaires". Dans chaque organisme, nous avons interrogé l'administrateur responsable (directeur ou coordonnateur), deux intervenants et un pourcentage représentatif des personnes utilisatrices. Lorsqu'il n'est pas spécifié dans le texte, le terme « organisme » est utilisé ici dans un sens générique. Nous indiquons son appartenance à une "structure intermédiaire" par les sigles OSI ou son caractère alternatif par le sigle RA.

Pour les fins d'analyse comparative, nous avons élaboré une grille d'entrevue selon un modèle qui intègre les principales dimensions d'un processus de réadaptation et de réinsertion. Ce modèle permet à la fois de comparer les pratiques et leur impact sur la vie des personnes. Il a été élaboré à partir d'une revue de la littérature et des recherches antérieures et comporte un certain nombre de dimensions pouvant être regroupées autour de trois axes :

1. *Conditions et habiletés de la vie quotidienne* : l'aménagement des *conditions de vie* permettant de répondre aux besoins de base (logement, hygiène, alimentation) et offrant un milieu sécuritaire pour la personne et son entourage ; pratiques *psycho-éducatives* visant à permettre l'acquisition d'habiletés perdues à cause de l'hospitalisation, la maladie ou l'histoire personnelle.
2. *Intégration sociale* : facilitation de la création de *réseaux sociaux et de soutien social* permettant de briser l'isolement ; programmes visant une réintégration *socioprofessionnelle* ; réintégration sur le plan *sociopolitique* par la reconnaissance et le respect des droits de la personne reconnue comme « citoyen à part entière ».
3. *L'action sur la personne* : *pratiques thérapeutiques* du point de vue biomédical, traitement pharmacologique visant le contrôle des symptômes, essentiellement positifs ; développement de stratégies d'ajustement ou d'affrontement des symptômes (*coping*) tant au niveau de l'environnement que sur le plan de la vie intérieure ; thérapie d'orientation psychodynamique agissant sur les dynamiques intrapsychiques associées à l'histoire personnelle ; Tentatives d'agir sur *l'expérience de soi, des autres et du monde* et visant la reconstruction d'un univers viable pour soi-même et les autres.

Les grilles d'entrevues semi-dirigées, très flexibles ont été conçues de manière à permettre une grande marge de manœuvre aux personnes pour développer leurs réponses, aborder des thèmes non prévus et présenter leur propre perspective.

L'analyse des entrevues qui suit est partielle et présente les points saillants des récits qui reviennent de façon récurrente. Des extraits d'entrevues ont été sélectionnés et sont présentés ici. Cependant, l'analyse représente notre propre compréhension des récits à partir des nos interrogations sur les notions de continuité et de complémentarité.

Nous avons analysé les entrevues des intervenants et des personnes utilisatrices de deux secteurs de recherche (notre recherche portait sur trois secteurs). Dans le premier secteur, (le modèle axé sur les éta-

blissements), les organismes dans la communauté ont été en majorité implantés par un établissement psychiatrique selon un modèle respectueux des principes de continuité et de complémentarité. Le deuxième, (proche d'un modèle axé sur la planification de la communauté) comporte une pluralité d'organismes, alternatifs et intermédiaires, mis en place à la fois par la communauté, l'administration publique et les établissements psychiatriques. Dans ce secteur, les organismes se distinguent par leur position à l'égard des principes de continuité et de complémentarité. Ils ont des rapports pluriels et parfois critiques avec les institutions psychiatriques. Dans chacun des secteurs, nous avons retenu deux organismes ayant des liens avec le système psychiatrique et faisant partie des structures intermédiaires (OSI). Nous avons analysé les entrevues de quatre intervenants et d'une dizaine de personnes utilisatrices³. Le nombre de personnes utilisatrices et d'intervenants rencontrés par organisme permet de saisir à la fois le climat et les discours dominants. Nous avons aussi retenu une ressource alternative (RA) et analysé les entrevues de deux intervenants et six personnes utilisatrices de cet organisme dans le but de mieux refléter la dynamique du deuxième secteur.

Continuité-complémentarité du point de vue de l'intégration des services

Le point de vue des intervenants

La garde dans la communauté et la dépendance systémique

Les intervenants des organismes communautaires d'hébergement et de soutien à la vie qui, faisant partie des structures intermédiaires (OSI, du premier secteur où le modèle est axé sur les établissements), offrent chacun à leur façon une lecture d'un système orchestré par les principes de continuité et de complémentarité, solidement implanté et régi à partir de l'établissement psychiatrique. Leurs discours mettent en évidence une situation d'extrême dépendance des pratiques par rapport à l'équipe de l'hôpital. De façon générale, il s'agit d'un système où s'opère un partage strict des tâches.

Chez les intervenants rencontrés, on a pu observer une grande homogénéité de profil de formation et de trajectoire professionnelle : études collégiales en éducation spécialisée ou diplôme d'infirmière auxiliaire, dans la majorité des cas complétés par des formations et des expériences de travail en hôpital psychiatrique. On observe ainsi un premier niveau de continuité entre la structure intermédiaire et l'institution psychiatrique : l'expérience professionnelle et la formation des intervenants ont pris place en partie, dans un établissement psychiatrique.

Les discours des intervenants se révèlent largement consensuels et se caractérisent par un ton descriptif qui met l'accent sur le fonctionnement plutôt que sur les problèmes rencontrés. Les interventions qui gravitent autour du respect du traitement médical et s'inscrivent dans une perspective éducative semblent impliquer une disqualification de d'autres perspectives, notamment la psychothérapie et le travail sur l'histoire personnelle ; « toujours être là (à revoir le passé), moi je trouve ça malsain » (IntOSI) remarque par exemple une intervenante. La philosophie d'intervention et les pratiques concrètes décrites par les intervenants se caractérisent par une grande homogénéité et l'acceptation d'un modèle d'intervention qui est en continuité et en complémentarité avec les pratiques psychiatriques.

Cette philosophie d'intervention rend les frontières entre l'OSI et l'hôpital presque inexistantes. Parfois, on a l'impression que les intervenants constituent une seule et même équipe ; seulement l'endroit où a lieu l'intervention varie. Interrogés sur la nature de leur rapport avec l'équipe de l'hôpital psychiatrique, les intervenants de l'OSI insistent de façon générale sur l'importance de ces liens. On évoque une « bonne collaboration avec les médecins [...] On travaille ensemble. On travaille en équipe ici. Je trouve ça extraordinaire » (IntOSI).

La circulation de l'information au sujet des clients constitue une autre pratique associée à la perspective de complémentarité et de continuité de l'OSI. L'information concernant les personnes utilisatrices circulerait entre l'équipe de l'hôpital et l'organisme, « pour aider » indique une intervenante. Selon les intervenants, la circulation de l'information favoriserait un meilleur système de soins. Un intervenant souligne que ces liens favorisent une meilleure connaissance des personnes :

tu vas découvrir des côtés de la personne que tu connais pas. [...] Elle est plus confiante. Elle sait qu'en me parlant de ses choses, que finalement toute l'équipe va le savoir. Ça fait que c'est ça qui aide là.

Par contre, d'autres propos nous font voir un visage plus contraignant de cette collaboration. Les liens avec l'équipe externe semblent s'inscrire dans une dépendance et la marge de manœuvre des intervenants de OSI apparaît bien étroite. Un intervenant commente :

si les travailleurs sociaux (de l'hôpital) un moment donné sont insatisfaits de nos services, ils vont arrêter de référer des clients. [...] Les difficultés c'est souvent ça. C'est d'arriver à concilier la pensée du travailleur social et du psychiatre qui s'en vont des fois dans un sens, et notre intervention dans le vécu ici qui va s'en aller dans un autre sens.

Un intervenant d'OSI est encore plus explicite sur cette dépendance : « Des fois, ça va être la travailleuse sociale qui va me dire à moi : « Écoute, Bruno⁴, ça va mal. Il faudrait que tu te replaces. »

Une telle circulation de l'information au sujet des personnes et la dépendance des intervenants des OSI par rapport à l'équipe de l'hôpital psychiatrique se traduiraient finalement par des désavantages pour les personnes utilisatrices. Le même intervenant met cet écueil en évidence tout en donnant l'impression d'avoir pris le parti de s'en accommoder :

Le désavantage, c'est si elles (les personnes) contestent quelque chose, elles ont plus nécessairement quelqu'un pour (les soutenir). Parce que moi je peux pas être de tout bloc contre les autres (intervenants). [...] Ou des fois c'est comme bon, m'a suivre, finalement. M'a dire oui. Écoute là. Je pense que si tout le monde dit non, ben moi aussi m'a dire non. [...] (Ainsi les usagers font-ils) face à un bloc. À une structure qui est un bloc. [...] (La personne) peut pas se rebeller, finalement. [...] Puis souvent, si elle veut se rebeller, ben comme on est tout ensemble on va tous perdre. C'est pas beau à dire, mais c'est comme ça.

Il donne l'exemple d'une personne qui refuse de prendre ses médicaments :

Ici on marche avec l'équipe externe. On marche avec le traitement. Ça fait qu'on pourra pas la garder. Ça fait qu'elle perd ça. [...] Elle a comme pas le choix, tu sais, de suivre. Ou elle lâche tout. Puis lâcher tout, c'est un gros problème. [...] Ben la plupart du temps, elles revirent de bord. Ils vont dire : « Écoute, m'a rester. M'a les prendre, mes médicaments. » C'est dans ce sens-là qu'elle peut pas se rebeller. Ça, c'est un des désavantages. Du fait qu'il y ait concertation avec tout le monde.

Le discours de cet intervenant semble mettre le doigt sur les abus potentiels d'un système très intégré. Il suggère en même temps toute l'importance de l'existence de recours indépendants.

Les notions de continuité-complémentarité remises en question

Dans le secteur où le modèle de concertation est axé davantage sur la planification de la communauté, l'importance de l'institution psychiatrique (il s'agit ici du département de psychiatrie d'un hôpital général) est moindre. Le discours des intervenants témoigne des tensions et des difficultés auxquelles ils sont confrontés et les propos varient selon les intervenants et leur rôle. À sa manière, chacun commente ses pratiques, la place et la fonction de l'organisme au sein du système de soins régional. Ainsi, nous sommes confrontés à une pluralité de points de vue. La trajectoire professionnelle et la formation des intervenants sont aussi très diversifiées. Le discours quitte rapidement le ton descriptif pour

mettre en évidence les limites du modèle de concertation. Les principes de continuité et de complémentarité ne sont pas contestés, mais le souhait d'un modèle de concertation où règnerait un équilibre plus satisfaisant autour de ces principes et un plus grand investissement de la part des différents acteurs impliqués, (notamment l'institution psychiatrique) est formulé.

On peut penser que ces tensions sont plus présentes dans un contexte où les principes de la continuité/complémentarité n'absorbent pas l'ensemble du système ou encore lorsqu'il existe une certaine marge de manœuvre permettant un « penser autrement » et où le réseau est constitué de plusieurs acteurs autonomes conservant des positions diversifiées face aux établissements psychiatriques.

L'analyse présentée ici est basée sur les discours de six intervenants : quatre travaillent dans deux organismes de type SI et deux intervenants dans une ressource alternative (RA).

Placer la personne au centre et travailler en continuité

Qu'ils travaillent au sein d'OSI ou d'une ressource alternative, la majorité des intervenants insistent sur l'importance de mandats distincts de chaque protagoniste impliqué dans un système de soins en santé mentale. Pour les intervenants OSI, il s'agit d'éviter le dédoublement des interventions. Ces derniers semblent partager le souci de développer des interventions concertées et orientées dans une même direction : « Puis travailler ensemble dans la même direction. [...] Une concertation pour mieux aider la personne. » (IntRA). Le modèle de concertation idéal est présenté comme suit (IntOSI) :

« Les buts visés, c'est justement qu'il n'y ait pas là, de dédoublement de rôles. Que dans le fond, que chaque intervenant qui est auprès du client [...] qu'il joue sa partie. [...] Pour que le client [...] arrive à son but d'un mieux-être. Le psychiatre qui va regarder la médication, qui d'après moi, pourrait aussi le supporter un peu. [...] la thérapeute principale qui à mon avis regarde comme plus les conflits intérieurs. Puis nous, [...] c'est plus dans le quotidien, dans l'accompagnement. »

Selon le modèle idéal, la personne serait au centre des interventions. On fait référence ainsi au développement « d'une équipe multidisciplinaire dans laquelle le client serait plus rencontré. [...] Puis sentir qu'il a une place » (IntSI). D'autant plus, réitère une autre intervenante « qu'on ne peut pas travailler tous les aspects [...] on ne peut pas l'entendre à tous ces niveaux de sa vie. [...] Il faut vraiment aller en continuité » (IntSI).

Une intervenante d'une ressource alternative adopte une position plus critique. Elle dit solliciter « le moins possible » les relations avec des intervenants externes (qu'ils proviennent du milieu communautaire ou institutionnel). Elle mentionne d'une part, des exigences de confidentialité (code d'éthique de la RA) et d'autre part, la spécificité de l'approche et la mission de la ressource : « en principe, on travaille pas les mêmes choses ». Elle évoque plus largement une conception de la concertation qui sous-tend surtout une meilleure connaissance des différents organismes et des ressources de la communauté. Ceci n'empêche pas un autre niveau de collaboration avec d'autres acteurs de la région. Ainsi, une autre intervenante du même organisme se souvient de situations où la collaboration entre intervenants de milieux différents a permis de dénouer une situation de crise.

Les limites du système

De façon générale, les discours des intervenants d'OSI dans ce secteur mettent en lumière des tensions entre les contraintes émanant du système et les intuitions qui émergent d'un travail quotidien avec les personnes utilisatrices. Au-delà des propos récurrents sur les avantages d'un système organisé autour d'un partage clair des rôles et des responsabilités, les intervenants pointent vers des besoins que ce même système s'avère finalement incapable de répondre faute de moyens ou encore à cause de l'hégémonie de l'approche biomédicale.

Sans remettre en question le modèle d'intervention dominant, certains intervenants (OSI) sont très critiques de la place réservée aux personnes. On perçoit une tendance générale à un désengagement de la part des professionnels de la psychiatrie :

« Les clients, ils sentent qu'ils ont plus de place nulle part. Nous-autres, c'est ce qu'on essaie de leur donner une place. (..) Parce que nous on est disponible pour notre clientèle. [...] On devient très significatif. [...] Ce qui se produit au niveau des centres hospitaliers, c'est que les gens (psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux) donnent moins de temps à nos clients. Qui étaient peut-être rencontrés une fois semaine. Maintenant, c'est une fois par mois. Tu sais, ça s'en va de plus en plus là, en se désengageant [...]. Et c'est le communautaire qui prend la relève. On n'est pas communautaire. Mais c'est comme si on l'était. » (IntOSI)

Une approche médicale avec peu de suivi apparaît de plus en plus comme la seule réponse de la psychiatrie face aux souffrances :

« Il y en a (parmi les psychiatres) qui ne retournent même pas les appels. [...] Comment il veut aider son client ? [...] Ça veut dire qu'il s'occupe juste [...] de la partie médicament. Mais le reste [...] il fait quoi ? Puis c'est

pas avec la petite travailleuse sociale qui va le voir une fois par mois, une fois par deux mois, que le client, il va être super bien.» (IntOSI)

Plusieurs intervenants soulignent les limites d'un traitement axé presque exclusivement sur la médication :

« [La médication] ça peut régler une partie du problème. Dans le sens que ça peut les maintenir dans la réalité. C'est peut-être bon aussi. Mais je pense que c'est nettement insuffisant. [...] Je pense que la personne a peut-être besoin de parler de sa souffrance. Parce qu'il faut qu'elle ait aussi une place pour parler » (IntOSI).

Un intervenant d'OSI propose un regard plus critique sur le traitement psychopharmacologique et sa prépondérance en psychiatrie en soulignant qu'il fait obstacle à un travail de réflexion de la part des personnes. Avec la médication psychiatrique, « on ne diminue pas uniquement les symptômes, on diminue aussi on va dire ça comme ça là les ressources d'élaboration de la personne » (IntOSI). Une autre intervenante se demande si l'explication biologique n'a pas pour pendant, une large démission des professionnels traitants, « je trouve ça facile [...] ça enlève beaucoup de responsabilité » (IntOSI).

De manière générale, les intervenants interrogés constatent que le réseau de la santé n'offre que peu de possibilités de psychothérapie. Leur expérience d'intervention démontre pourtant qu'un certain nombre de personnes pourraient tirer profit d'une telle approche. Les structures intermédiaires ou ressource alternative dont il est ici question n'ont pas de mandat de psychothérapie : « les gens n'ont pas nécessairement de lieu pour élaborer ça » (IntOSI). « Je fais beaucoup de références dans mon rôle d'intervenante ponctuelle. Puis des fois, je me sens tellement démunie. Je sais pas où me référer. Ils veulent la psychothérapie [...] » (IntRA) « Si on ouvre par exemple des plaies qu'on est pas capable de refermer ou d'aider la personne là-dedans ».

Le point de vue des personnes utilisatrices : l'intégration, une question de frontières

Lorsqu'on s'interroge sur les retentissements des modes d'application des principes de continuité et de complémentarité dans la trajectoire des personnes utilisatrices, les récits semblent s'organiser autour d'une thématique centrale, celle des significations associées au *dedans* et au *dehors* de la ressource. Cette polarité du dedans et du dehors est en fait en étroite résonance avec une autre dialectique, celle du *mouvement* et de l'*arrêt*.

L'analyse des récits des personnes utilisatrices des organismes a dégagé trois modalités fondamentales du rapport des personnes à l'orga-

nisme et la communauté. Selon la première modalité, les personnes sont plongées dans un univers marqué par le cloisonnement et l'isolement. Elles se sentent prises en charge par les intervenants. Les frontières entre l'organisme et l'institution psychiatrique sont perçues comme étant presque inexistantes. Cette modalité du rapport à l'organisme tend à dominer les récits des personnes des organismes d'hébergement (OSI) où la concertation est axée sur les établissements.

Pour la deuxième modalité, c'est le sentiment de confort, de sécurité et d'accueil qui domine les récits des personnes. Les effets de cet accueil sur leur vie sont positifs et leur permettent d'envisager une existence plus satisfaisante. En même temps, le lien avec la ressource et les services connexes semble central dans leur vie quotidienne. Le retour à une vie « normalisée » plus autonome se profile maintenant à l'horizon. Ce type de discours se retrouve principalement chez les personnes des organismes d'hébergement et de soutien à la vie en logement (OSI), où la concertation est axée autour de la planification de la communauté.

Finalement, les récits des personnes membres d'une ressource alternative de soutien à la vie dans la communauté font ressortir une troisième modalité de rapport à la ressource et à l'extérieur. Dans leurs propos, elles mettent l'accent sur le fait que l'aide ne passe pas par une « prise en charge ». La fréquentation de l'organisme s'inscrit dans la trajectoire de vie de la personne comme une étape limitée dans le temps qui l'amènera à reconstruire sa vie et réaliser ses projets tout en respectant son rythme. Les frontières de la RA par rapport à l'institution psychiatrique sont claires et assez imperméables. Par contre, la vie au sein de l'organisme se compare à la vie en société et les personnes sont invitées à participer à la définition des orientations des pratiques et l'organisation des activités. Bien que la RA soit une étape dans la vie des personnes, elles peuvent y développer un lien d'appartenance en tant que membres associés à un projet collectif.

Frontières du « dedans » et du « dehors » : cloisonnement et immobilité

Pour les personnes des organismes d'hébergement (OSI, secteur/modèle axé sur les établissements), la rupture entre le dedans et le dehors apparaît profonde. Dans leurs récits, le « dedans » est associé à l'ennui, à un espace et un temps où il ne se passe pas grand chose. Il s'agit du monde de la prise en charge, de la dépendance, souvent de l'impuissance.

Tout semble opposer ce monde du « dedans » à celui du « dehors », univers de liberté et de rêve associé aussi à la perception d'une certaine normalité⁵. Pour Julien, ce « dehors » tout imprégné de mouvement et de

sens, pointe à la fois vers un passé infiniment tourmenté et vers un avenir incertain où il pourrait se « réorganiser socialement ».

Julia qui a passé près de la moitié de sa vie en hôpital psychiatrique, exprime un seul rêve, celui de « faire sa vie » en quittant institution et foyer de groupe, créant ainsi par elle-même un chez-soi qu'elle pourrait partager avec son ami toujours hospitalisé. « Ils me disent de rester ici, mais moi je dis non. » Globalement, la possibilité d'une « vraie vie » en société apparaît dans ces récits comme une perspective infiniment lointaine voire inaccessible. Selon les personnes utilisatrices, peu d'activités concrètes viennent soutenir leur désir de refaire leur vie « ailleurs ».

Ces témoignages indiquent aussi que les frontières entre l'OSI d'hébergement et le milieu hospitalier psychiatrique semblent incertaines. Les limites du système de soins semblent être les mêmes que l'institution de telle sorte que le milieu hospitalier et les organismes gravitant autour constituent un ensemble. Dans l'existence de ces personnes, les liens avec la psychiatrie sont continus, notamment à cause des activités parfois quotidiennes en milieu institutionnel qui prolongent celles entreprises au moment de l'hospitalisation. La continuité et la complémentarité semblent prendre ici le sens d'une forme d'adhésion, voire de soumission de l'OSI à un système médical qui tend à consolider un système de soins unique.

Julien, tout particulièrement, estime que le rigoureux encadrement de la médication par les intervenants de l'organisme constitue la base d'une continuité contraignante de l'expérience d'hospitalisation et du statut de psychiatisé qui y est associé :

« Dans le moment avec l'étiquette que je me sens dans le front, là, je me sens plutôt ex-psychiatisé. Même psychiatisé. Parce que je prends encore des pilules puis c'est ici qu'on me les donne puis c'est ici que je les prends au lieu de les prendre à l'hôpital. Ça fait que j'ai de la misère à dire ex-psychiatisé. Même, je dirais psychiatisé que je me sens dans le moment. [...] J'aimerais me sentir plus usager ou client là. Ça viendra peut-être là. Avec la nouvelle ressource ou quand je me sentirai mieux. »

Lucia, elle, est moins marquée par l'expérience de l'hospitalisation et est habituée à conserver une part de contrôle sur la prise de médicaments. Toutefois, le fait de se retrouver dans une structure intermédiaire d'hébergement signifie une prise en charge qui brutalement effrite l'autonomie qu'elle était parvenue jusqu'ici à préserver, du moins en partie :

« Les médicaments je ne peux pas les prendre moi-même, ça a descendu mon autonomie [...] Je pouvais prendre mes médicaments [...] quand c'était le temps de les prendre [...] Ici, c'est pas ça, ici faut que j'aille dans le bureau à telle heure. Puis là ils te donnent tes médicaments [...] »

La solitude constitue la toile de fond des récits de ces personnes. Elle définit en quelque sorte leur inscription dans un système de soins où leur voix semble à peine entendue. Julien apparaît seul, souffrant, faible et impuissant face à un discours uniforme qu'il ne peut pas et ne veut pas s'approprier. À la lecture de son témoignage, il semble qu'il se livre essentiellement à un travail d'introspection et est privé d'espace de dialogue. Un décalage semble être présent entre ce qu'il perçoit comme un discours uniforme et schématique où il ne trouve aucune possibilité de faire dissonance et se voit forcé de contenir tout désir et intuitions qui ont dominé sa vie personnelle, un « projet vocationnel » d'éducateur spécialisé et des aspirations affectives immenses.

Lucia donne l'impression dans son récit que la personne est négligée au profit de la définition de ses besoins fragmentés en de nombreux problèmes et incapacités. Dans le système décrit par Lucia, on semble procéder à des opérations de type « bilan des déficits » qui débouchent sur des actions ciblées sur ces derniers. Le modèle de la déficience intellectuelle ne semble pas être loin. Lucia se reconnaît mal dans les interventions compartimentées qui lui sont proposées. Elle estime cependant qu'il serait possible d'imaginer quelque chose d'autre qu'un tel « éparpillement » (l'expression est tirée de son récit) des services et des soins. Elle évoque ainsi l'image suivante :

« quelqu'un, soit un psychiatre, soit un psychologue, soit... un psychothérapeute [...] quelqu'un qui pourrait m'aider à... à qui je parlerais de mes problèmes, qui m'aiderait à... les régler ensemble. Ça j'en aurais besoin parce que là, c'est éparpillé, j'ai beaucoup de gens que je vois. Mais euh... il y en a pas aucun que c'est pour parler de tous mes problèmes. [...] Qu'il soit pas comme spécialisé pour telle affaire puis je parlerais juste de telle affaire ».

Cette timide espérance telle une bouteille lancée à la mer témoigne du peu de conviction de Lucia d'être entendue. Dans ce contexte, elle conteste mais agit peu laissant une certaine inertie dominer son quotidien.

Giorgio semble plus calme et détaché que d'autres personnes interrogées. Il constate son absence subjective des interventions qui le concernent bien qu'il soit présent physiquement.

« Moi, je suis là, mais c'est pas moi qui fais les démarches. Je suis là, je fais mon comportement sensible. Et apprendre les tâches ici, bien. Comportement à 100 %, 90 %, 80 %. N'importe quel. Mais c'est pas moi qui parle. [...] C'est mon travailleur social, mon docteur, Hélène (intervenante de la structure d'hébergement où il est installé depuis une année), et mon orienteur. »

En même temps, Giorgio qui semble avoir découvert un certain équilibre d'un monde intérieur où domine la musique, apparaît peu affecté par les limites des interventions qui le concernent. Il lui arrive d'ailleurs de s'y opposer mais avec une résistance tranquille. On peut s'interroger sur ce qui pourrait alimenter ou encore, réduire cette passivité souvent attribuée à la maladie mentale. Il est étonnant de constater dans quelle mesure tout espace de négociation entre la personne et le système demeure absent de son discours.

Un « dedans » nourricier et confortable

Les récits des personnes d'OSI du secteur où le modèle est axé sur la planification de la communauté expriment une toute autre position. Ici, les personnes semblent se sentir en sécurité dans un organisme (OSI) qu'elles décrivent comme enveloppant et rassurant, proche de leur quotidien, une présence presque maternelle dans leur existence. La nourriture occupe une place centrale et ici, le *dedans* s'inscrit dans le plaisir et le mouvement.

Dans ce contexte, la question de la structure intermédiaire au sein d'un système psychiatrique plus large se pose différemment. Contrairement aux récits précédents, il y a presque absence de dramatisation de la distinction entre le dedans et le dehors. Les contacts effectifs avec le monde extérieur à l'organisme ne sont pourtant pas nécessairement plus présents. Toutefois dans tous les cas, appartenir à ce type d'organisme (OSI) s'accompagne d'une redécouverte ou d'une confirmation d'un espoir et d'une ouverture sur un avenir envisageable.

Dans l'ensemble des récits se profile le sentiment d'un mouvement de transformation personnelle auquel l'organisme apparaît tenir un rôle significatif. C'est avec le soutien de l'organisme qu'André a amorcé sa plus longue expérience de vie en appartement qui devait se révéler la moins éprouvante. À cette étape de sa vie, il trouve une importante source de sécurité dans le contact régulier qu'il maintient avec la structure intermédiaire. Étienne a le sentiment de (re) découvrir peu à peu un visage qu'il se sent de plus en plus prêt à montrer au jeune neveu qui ne le connaît pas encore ; « il va me connaître sous mon véritable... mon jour meilleur ».

Le besoin d'être épaulé dans une démarche de travail sur soi se manifeste chez certaines personnes utilisatrices des secteurs où le système de soins psychiatriques fait peu d'espace à un suivi psychothérapeutique. Tout en leur rappelant que la « thérapie, en fait, c'est pas ici », les intervenants responsables du suivi trouveraient une façon de répondre à la demande d'écoute et d'élaboration de l'histoire personnelle. Ainsi, certaines manières de concevoir la complémentarité et la continuité des

services semblent offrir la flexibilité nécessaire pour répondre davantage aux désirs et projets des personnes.

*L'intégration axée sur la communauté :
le dedans comme ouverture sur le dehors*

Selon les personnes utilisatrices de la ressource alternative, c'est l'absence de visée de prise en charge qui caractérise l'approche et les pratiques de cet organisme. Le récit de Charles reflète ce point de vue ainsi que l'importante contribution de cet organisme à son cheminement vers une plus grande autonomie :

« Je me suis aperçu que j'étais beaucoup plus capable que je le pensais. [...] Ça m'a permis de sortir plus, de sortir de... mon cocon. Eux-autres (les intervenants, mais plus largement les ressources alternatives) nous amènent à (nous) mettre dans le chemin pour devenir plus autonome. Et puis savoir exactement ce que l'on doit changer. Comment qu'on peut, comment JE peux le faire. Non pas eux autres, mais MOI... [...] sans... prise en charge. »

Une autre utilisatrice, Madeleine met en évidence les implications subjectives d'un type de soutien qui se démarque de toute perspective de prise en charge. L'accompagnement offert s'inscrit tout naturellement comme une étape dans la trajectoire de vie des personnes :

« Quand ils sentent que t'es un petit oiseau prêt à voler, ben là, ils t'aident à... à passer la porte. [...] C'est drôle, tu sais, là... C'est qu'ils ont pas à te le dire. Un moment donné, tu vois que t'es plus, tu sais, c'est plus ta place. Tu sais, t'as tout fait. [...] T'as passé les ateliers. T'as passé tout ça. Ils t'ont passé de A à Z. [...] T'as pas le choix, il faut que tu avances. »

Ainsi, cet organisme est présenté comme un lieu ouvert qui favorise l'élargissement des espaces d'intégration des personnes vers l'extérieur. Au moment de l'entrevue, Charles était davantage impliqué au sein d'une autre ressource alternative, un organisme d'entraide. Il estime que ce dernier organisme est destiné à des personnes plus autonomes. Il voit ce changement comme une étape dans une évolution personnelle. Madeleine fait écho à ces propos en décrivant un mouvement similaire vers « le dehors » :

« Ils te donnent déjà des responsabilités dans le milieu. [...] Ça fait que je pense que... ils t'endorment pas. [...] Ils te prennent, oui, en situation de crise, de peur, de peine [...] Mais... ils te réapprennent à voir ça autrement. Euh... Au début, tu comprends pas. Ils te parlent, tu comprends pas. [...] Puis au fur et à mesure [...] ils te dirigent dehors, dans des ressources concernant le sujet. »

Ainsi, Madeleine estime que cet organisme l'a accompagnée dans son cheminement de façon significative tout en lui permettant de conser-

ver les rennes et de choisir les ressources qui lui conviennent le mieux. Elle n'éprouve pas le besoin de marquer une rupture entre le soutien reçu de la ressource alternative et la « thérapie au quotidien » poursuivie avec une infirmière. Elle qualifie comme « très bonne » sa relation avec son psychiatre. Cette pluralité d'interlocuteurs est perçue comme étant très positive à son cheminement.

Les récits de ces personnes permettent aussi d'identifier leur implication au sein de l'organisme. Ainsi, les personnes critiquent divers aspects des pratiques tout en suggérant des solutions possibles. Certaines sont impliquées dans la mise en place de changements dans l'organisation des activités, les orientations et les pratiques de la ressource. Les personnes ont ainsi développé un sentiment d'appartenance dynamique qui parfois va au-delà de l'organisme et s'insère dans un mouvement plus large des pratiques alternatives en santé mentale. Ainsi, Charles compare les règles de la société à celles des organismes en santé mentale dans la communauté qu'il fréquente. En plus de participer à certaines activités, il a développé un regard critique sur la ressource alternative et contribue à transformer ses orientations. Charles prône en effet une structuration plus grande de l'entraide entre les personnes ; cette entraide serait selon lui, plus pertinente que l'aide des intervenants. Il estime que l'organisme progresse vers une reconnaissance de l'expertise des personnes ayant vécu l'expérience de la souffrance « de l'intérieur ».

L'intégration sous l'angle du sujet

Selon les récits des personnes, la maladie mentale est vécue comme un trouble qui affecte l'être dans son entier. La maladie plonge la personne dans un passé qui continue à peser de tout son poids et restreint dramatiquement ses possibilités d'être et d'être heureuse. Dans cette perspective, les services, les activités et l'aide proposés par les personnes, sont évalués de manière à permettre à la fois un dégagement des contraintes et une réinsertion dans un projet de vie. L'intégration des services doit donc être redéfinie en fonction du rapport entre ces services et ces trajectoires de vie, et de façon à ce que les personnes qui en ont besoin puissent non seulement les utiliser mais se les approprier.

Pour illustrer les implications de cette perspective, nous avons analysé cinq récits de personnes utilisatrices de RA et trois d'OSI. Ici, nous n'avons pas classifié les récits en fonction du type d'organisme. Nous indiquons si le propos concerne un organisme de type structure intermédiaire (OSI) ou de ressource alternative (RA).

Une vie à la dérive

Tous les récits font référence à une histoire de vie difficile marquée par le rejet, la violence, des dynamiques familiales parfois perverses : un passé qui se prolonge dans une marginalité sociale qui semble amplifier une grande fragilité psychique. Un tel contexte permet de comprendre le poids subjectif de certains symptômes ou les difficultés de vivre des personnes.

Plusieurs parlent de la nécessité de se dégager d'un passé étouffant : « Qu'une bonne fée vienne me visiter, puis qu'elle efface tout mon passé » (RA) ; « Dans ces vides-là, c'est le passé qui revient » (RA). Une personne (OSI) continue à argumenter la nuit avec les personnages de son passé, cherchant à démêler ce qui s'est vraiment passé. Dans ce contexte, le fait de pouvoir identifier et reconnaître un passé difficile, d'en nommer les traces dans l'expérience actuelle semble ouvrir les possibilités de dégagement et permettre une sorte d'« humanisation » des symptômes.

Des espaces de parole

Lorsque les personnes sont abordées en termes d'« identité » psychiatrique, elles se disent profondément blessées. Le fait de se sentir respecté, écouté s'impose donc comme une nécessité pour elles. Ces dernières parlent de l'importance d'être écouté, d'établir un climat de confiance permettant de mettre des mots à leur histoire.

Les personnes utilisatrices de la RA soulignent l'importance de la disponibilité de l'intervenant, le sentiment d'être accueillies et aidées dans la formulation de leurs questions et besoins. Elles parlent de la possibilité de s'approprier un espace d'intimité où les mots peuvent commencer à se former : « Tu sens pas que tu les déranges... tu rentres dans le bureau, c'est quasiment comme si tu étais autant chez vous... ils vont t'aider... tu poses les questions, tu as les réponses, les services qu'il te faut » ; « C'est de savoir qu'il y a des intervenants que je peux appeler pour dire "moi je suis plus capable, pouvez-vous m'aider ?" »

Ce qui semble compter ici c'est cette possibilité de formuler des questions en présence d'une personne attentive. Un tel rapport met cependant du temps à s'établir et demande que la personne apprivoise d'abord l'espace de l'organisme. C'est à partir de la participation aux diverses activités que s'installe progressivement un espace de parole.

Les personnes utilisatrices de l'OSI mentionnent aussi la nécessité de parler à quelqu'un quand elles en sentent le besoin. Cependant, un tel espace de parole semble ici plus circonscrit au niveau de l'espace-

temps et au sens où cette parole semble plus directement articulée autour de problèmes actuels. Les intervenants peuvent être investis du rôle de témoin des progrès accomplis et s'en réjouir. Les réactions des intervenants peuvent aussi fournir des points de repères dans la manière dont il faut se comporter dans la vie : un feedback précieux pour des personnes souvent en marge de la scène sociale depuis longtemps. Le fait que les intervenants respectent le rythme de l'évolution personnelle de chacune des personnes est aussi mentionné comme quelque chose d'important (OSI).

Reprendre part à la vie

Qu'importe le trajet emprunté par les personnes, l'idée d'un travail sur soi occupe une place importante dans les récits. Cette démarche sous-entend souvent de clarifier son rapport au passé et d'y reconnaître sa propre implication : « Je vivais dans une cage. C'est terrible de se faire sa propre prison » (RA). Le fait de qualifier son passage dans une ressource alternative de cheminement personnel permet à cette personne de s'orienter vers un mieux être. Elle parle de calme intérieur, de l'impression qu'elle va s'en sortir, d'une diminution de la confusion et de la peur. Une autre personne d'un OSI commente ainsi le travail effectué : « être plus à l'écoute de moi-même, de mes besoins personnels... m'a appris à mieux me connaître, je vois la vie plus belle qu'elle était ».

Plusieurs parlent de l'importance de s'investir à nouveau dans des relations de réciprocité relative où l'on donne autant que l'on reçoit. Cela peut se traduire de diverses façons : contribuer au fonctionnement de l'organisme et se voir confier des responsabilités ou démarrer une activité. Une personne parle de cette impression étrange lorsque l'on sollicite son aide à la ressource : « Ça fait du bien d'entendre merci beaucoup » (RA) de voir qu'on lui a fait confiance. Une autre parle de l'importance d'occuper une fonction dans un organisme, elle qui a passé sa vie dans un travail très « subalterne ». Elle y fait de l'écoute (sans intervenir, précise-t-elle) ; elle se trouve ainsi à briser l'isolement de certaines personnes, elle qui rapporte qu'à son arrivée : « je sortais pu, j'avais pu rien, je faisais rien, juste le ménage ».

Les ressources alternatives semblent mettre davantage l'accent sur la possibilité de se réinsérer dans un projet quelconque. Ainsi, pour une personne utilisatrice particulièrement fragile, élaborer un atelier avec une intervenante suffit : « Je veux pas m'intéresser à autre chose parce que je sais que je serais pas capable de mener deux choses de front » (RA). Pour elle, il s'agit là d'un accomplissement important qui signale un changement de sa position dans les échanges : « On va décider avec

mon avoir, puis avec son avoir (de l'intervenante)». Pour une autre personne qui a connu jadis une vie professionnelle active, c'est le fait d'assumer sa position de parent qui constitue son projet de base : « Je veux plus faire partie du système, c'est ce que j'ai compris, quelque chose me dérange là-dedans, c'est pas humain... tu regardes les gens qui travaillent, ils ont pas de vie ailleurs que le travail » (RA).

Pour une autre personne d'OSI, dont la vie allait à la dérive à cause de problèmes de dépendance qui l'avaient fait basculer dans l'itinérance, le but de sa vie est de « devenir mature ». Cet objectif se confond avec l'idée d'autonomie. Elle rejette tout conseil ayant une connotation normative (« puis tu vas faire ci, tu vas faire ça ») mais accepte des indications qui respectent son propre rythme (« prends ton temps », « checke ça »). « Ça c'est la sécurité... de me laisser libre de prendre mes responsabilités, ça c'est valorisant... dire 'chez moi' ». Le respect et le soutien de l'intervenant revêtent pour lui, une grande importance.

Pour d'autres, le simple fait d'avoir l'impression de compter semble suffire à réouvrir une voie qui paraissait bloquée. « Tout le monde vit pour des jobs éventuellement, pour n'importe quoi, même pour votre famille... une chance que j'aimerais avoir, que j'aurai pas... J'avais pas une place... puis pas de pouvoir, puis j'étais pas égale aux autres ». Pour cette personne, le fait même de participer à des activités, d'y être encouragée par les intervenants est essentiel.

Faire et être : l'enjeu des activités dans un projet de vie

Quel que soit le type d'organisme, les activités accessibles sont perçues comme venant épauler un mouvement de réouverture vers la vie. Ce qui compte alors est autant un encouragement à participer que le contenu même des activités.

La ressource alternative où les activités se passent essentiellement dans le cadre de l'organisme offre en quelque sorte un espace neutre permettant de négocier son rapport aux autres de manière non menaçante. De façon générale, les personnes soulignent aussi le rythme temporel que les activités introduisent dans la semaine. On peut penser que le fait d'avoir à planifier la journée en fonction des activités du lendemain introduit une forme de temporalité où les choses ne font pas qu'arriver ou vous tomber dessus. « C'est prendre en main des choses que t'avais pas dans ta vie. » Les activités tiennent peut-être plus de place chez les personnes d'OSI que chez celles de RA qui mettent davantage l'accent sur le cheminement personnel. De la même façon, les premières tendent à souligner le fonctionnement « en équipe » des intervenants et la sécurité que leur apporte le fait de pouvoir compter sur une gamme de res-

sources (« Je suis saturée, je suis encadrée, ça fait mon bonheur ») (OSI) alors que pour les autres, le lien à une personne clé revêt sans doute plus d'importance. Les personnes utilisatrices de RA estiment insuffisants les aspects liés à la médication et au soutien psychiatrique pour résoudre leurs problèmes alors que celles des OSI se perçoivent davantage comme faisant partie d'un réseau de services psychiatriques comportant une hiérarchie de recours accessibles en fonction de la gravité de leurs problèmes. Dans ce dernier cas, c'est l'aspect « filet de sécurité » qui semble dominer ; le sentiment d'être encadré et suivi. Une personne de RA mentionne par contre que quand elle parle à une intervenante, « cela l'éloigne de l'hôpital ».

Prendre du recul : construire des espaces de retrait

Les récits font aussi ressortir l'importance d'aménager des espaces de retrait pour refaire le calme ou rassembler ses forces, des espaces de répit ou d'élaboration essentiels à un cheminement personnel. Les personnes mentionnent aussi chacune à leur façon l'importance d'une référence spirituelle perçue comme rassurante, aimante et protectrice ou encore comme donnant sens à une vie autrement trop dure.

Conclusion

Bien au-delà de l'organisation des services, la notion d'intégration interroge les modèles de pratiques et leur capacité de tenir compte des trajectoires et des désirs des personnes utilisatrices. Des différences significatives sont apparues dans la manière dont les principes de continuité et de complémentarité se traduisent concrètement dans deux secteurs géographiques. On est loin de l'application mécanique d'un principe. Dans chaque secteur, les particularités historiques et contextuelles et les acteurs en présence, incluant les établissements psychiatriques contribuent à donner une couleur particulière aux modèles de concertation.

On a pu constater des différences importantes du « climat » des organismes et de la possibilité des intervenants de s'approprier leur mandat ; ces différences se reflètent dans la façon de transformer et d'enrichir leur pratique auprès des personnes utilisatrices. Aussi, ces différences se manifestent au niveau de la perception qu'ont les personnes utilisatrices de la place qu'elles estiment avoir au sein des diverses ressources et du système des services.

Nous avons été étonnés de constater dans quelle mesure les préoccupations des personnes utilisatrices et des intervenants se rejoignent et se complètent. Les deux voix se déploient parfois en continuité, parfois en parallèle pour finalement se rejoindre sur le plan des certitudes.

L'ouverture, la flexibilité et le pluralisme des modèles de concertation ainsi que l'interprétation des principes de continuité et de complémentarité semblent les seuls garants de la capacité d'un réseau de services de s'articuler autour des trajectoires des personnes.

Ainsi, un certain nombre de conditions doivent être réunies pour permettre aux personnes d'élaborer des stratégies d'insertion, reprendre part à la vie et enclencher les changements nécessaires à un mieux-être. Il s'agit fondamentalement de modèles de pratiques qui permettent aux personnes comme aux intervenants, de tenir compte de leur subjectivité et d'enrichir les pratiques par l'expérience, le dialogue et la négociation quotidienne.

Dans un réseau de services où les intervenants peuvent définir leur mandat, les pratiques sont transformées en fonction d'un dialogue quotidien entre intervenants et personnes utilisatrices. Cela semble faciliter une meilleure adaptation des services et des pratiques aux besoins concrets des personnes tout en imprimant un caractère personnel aux interventions. Du point de vue des personnes utilisatrices, lorsqu'on se sent accueilli « comme personne », on peut contrer l'impression de fragmentation et rehausser notre sentiment de valeur personnelle. Cela permet aussi de dépasser les aspects négatifs d'une identité marquée par les expériences de la souffrance, la « maladie », les « symptômes », le diagnostic et l'hospitalisation.

On a vu les effets négatifs des nouvelles formes d'institutionnalisation dans la communauté qui n'arrivent pas à se dégager du poids des pratiques psychiatriques. La solitude, le sentiment de fragmentation et de manque de pouvoir sur sa vie dominant alors les discours des personnes. Ailleurs, le désengagement des services publics et des établissements semble consolider des pratiques psychiatriques de plus en plus restrictives axées presque exclusivement sur la médication. Ce contexte semble toutefois laisser aux intervenants la possibilité d'y opposer une résistance.

L'existence d'un espace de pratiques variées semble favoriser pour les personnes utilisatrices, une prise de pouvoir sur leur propre vie et la possibilité de s'insérer dans la communauté de manière personnelle. Pour les intervenants, un tel espace permet de développer des stratégies de concertation diversifiées en plus de soutenir la création d'un éventail de modèles d'intervention et de pratiques.

Ainsi, paradoxalement, dans un contexte où les services sont coordonnés à partir d'un modèle unique qui tend à déterminer à l'avance le rôle de chaque ressource et intervenant, les personnes utilisatrices font

face à plus de fragmentation. Le système prend littéralement en charge ces personnes et par le fait même accentue les situations où ces dernières apparemment trop malades, ne peuvent connaître leurs besoins.

Au contraire, dans un espace d'intégration d'un ensemble de services, les personnes se sentent accueillies de manière globale ; on peut supposer que la possibilité de choisir les intervenants et les organismes qui joueront un rôle central dans leurs démarches y est pour quelque chose. L'intégration des services est ici construite par la personne et est encouragée par les intervenants.

Dans un contexte où les établissements psychiatriques ne renoncent pas à jouer un rôle central dans l'implantation des services dans la communauté, on peut se demander si l'on ne risque pas de consolider des formes subtiles d'institutionnalisation, de « colonisation de la communauté », selon l'expression de White, au détriment de modèles pluriels et flexibles ancrés dans les réalités locales. Aussi faut-il craindre que les paradoxes entourant le statut du « communautaire » en viennent à diluer le mouvement alternatif autonome qui fait partie de la spécificité du champ de la santé mentale au Québec ? Ce mouvement a contribué au processus de désinstitutionnalisation et d'innovation du système en adoptant une attitude critique face aux institutions psychiatriques et aussi par le développement de nombreux services diversifiés et ouverts aux nouveaux besoins.

Les instances responsables des transformations du système de soins (MSSS, 2001a, 2001b) reconnaissent la nécessité de développer des approches alternatives de traitement qui tiennent compte d'une conception large de la souffrance et des problèmes en santé mentale. Le principe de l'appropriation du pouvoir est le critère qui oriente les transformations du système. Les régions régionales ont amorcé le processus de mise en place des réseaux intégrés de services. On peut se demander quelles tendances seront privilégiées dans l'élaboration des pratiques et des services.

Notes

1. Cette recherche financée par le CQRS a été conçue et réalisée par Ellen Corin et Lourdes Rodriguez. M^{me} Rodriguez est responsable de la réalisation de la recherche ; Marie Drolet, coordonnatrice terrain, a participé avec Marie-Laurence Poirer et Karine Vanthuynne à l'analyse du matériel.
2. En effet, au Québec, la désinstitutionnalisation et la communautarisation des services ont été l'aboutissement de processus complexes impliquant à la fois un mouvement interne des institutions psychiatriques et un mouvement externe, au sens où de nouveaux acteurs revendiquent une manière

“autre” d’aborder les problèmes en santé mentale. Ces derniers ont été particulièrement actifs dans le développement de pratiques innovatrices dans la communauté. À l’interne, le déplacement des services vers la communauté vise à améliorer la qualité de vie des patients psychiatriques en brisant les processus de marginalité et d’exclusion associés à l’hospitalisation à long terme. Ainsi, depuis les années 80, le MSSS a favorisé la mise en place de structures intermédiaires (SI). À mi-chemin entre l’hôpital et le milieu de vie, les SI visent, d’un côté, à réhabiliter des patients ayant fait de longs séjours en psychiatrie, et, de l’autre, à empêcher la chronicisation des nouveaux patients. À l’extérieur du système, un nouvel espace de revendication et d’expérimentation visant à mettre en place des pratiques alternatives à la psychiatrie biomédicale apparaît autour des années soixante-dix : les ressources alternatives en santé mentale. À partir des années quatre-vingt, le développement des ressources alternatives (RA) s’est trouvé favorisé suite à de nouvelles orientations ministérielles. Les SI et les RA occupent des positions contrastées en ce qui concerne leur inscription administrative et les principes de continuité et de complémentarité : les premières tendent à être développées dans une perspective de réseau, en continuité et complémentarité avec les institutions psychiatriques ; les RA, pour leur part, maintiennent une position critique ou opposée aux principes de continuité et de complémentarité. Notre recherche a permis de mieux connaître la manière dont ces différences se concrétisent sur le plan des discours formels dans l’établissement des liens entre les organismes, dans des pratiques concrètes et comment elles affectent la vie des personnes.

3. Dans chacun des cas, il s’agit de services de petite taille faisant partie d’une même SI.
4. Tous les noms propres dans le texte sont des pseudonymes.
5. Cette stricte dichotomie du dedans et du dehors trouve son pendant dans le discours de certains intervenants avec la perception d’un dedans qui se veut adapter aux différentes facettes et degrés d’incapacités supposées induites par la maladie et d’un dehors qui est d’abord celui de la vie ordinaire présumée presque inaccessible aux personnes frappées par les troubles mentaux graves.

Références

- COMTOIS, G., MORIN, C., LESAGE, A. D., LALONDE, P., LIKAVCA-NOVA, E., L’ÉCUYER, G., 1998, Patients versus rehabilitation practitioners : Comparison of assessments of needs for care, *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 152-165.
- CORIN, E., GUAY, L., RODRIGUEZ, L., 1996, Les figures de l’aliénation : un regard alternatif sur l’appropriation du pouvoir, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, XV, 2, 45-67.

- CORIN, E., HARNOIS, G., 1991, Problems of continuity and the link between cure, care, and social support of mental patients, *International Journal of Mental Health*, XX, 3, 13-22.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2001a, *Transformation des services en santé mentale. État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2001b, *Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Gouvernement du Québec.
- RODRIGUEZ, L., CORIN, E., GUAY, L., 2000, La thérapie alternative : se (re) mettre en mouvement, *Santé mentale au Québec/RRASMQ*, 49-94.
- WHITE, D., MERCIER, C., 1995, La politique de santé mentale et la communautarisation des services, *Santé mentale au Québec*, XX, 1, 17-30.
- WHITE, D., 1993, Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas de réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec, *Sociologie et société*, XXV, 1.
- WHITE, D., MERCIER, C., 1989, Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois, *Santé mentale au Québec*, XIV, 1.

ABSTRACT

Integration of services and practices: the test of experience

The authors explore how integration of services takes shape in specific contexts according to data of a research on discourses and practices of mental health workers and consumers of community groups. The analysis aims at understanding how the models prevailing on the level of organization of services impact on one hand, on the rules of work organization of professionals and their concept of problems and interventions and on the other hand, on the climate of organizations and the daily lives of consumers, the relationship between themselves as well as with mental health workers and the place given to consumer's words, projects and wishes. The authors thus examine how organizational models and their implications affect the possibilities offered to consumers and the paths opening or not to improve their lives.

RESUMEN

La integración de servicios y prácticas. La prueba de la experiencia

Los autores exploran como se concretiza la integración de servicios en contextos particulares apoyándose sobre una investigación tratando de los discursos y prácticas de intervinientes y personas utilizadoras reagrupadas al seno de un organismo de la comunidad. Su análisis pretende comprender como los modelos que prevalecen al nivel de la organización de servicios repercute por una parte sobre las reglas que rigen la organización del trabajo de los intervinientes y su concepción de los problemas y de las intervenciones y, por otra parte, sobre el clima de los organismos y la vida cotidiana de las personas, las relaciones entre ellas y los intervinientes así que el lugar acordado a la palabra, a los proyectos y a los deseos de personas utilizadoras. Así trata de examinar como los modelos organizacionales y sus implicaciones afectan las posibilidades ofertadas a las personas utilizadoras y las vías que se abren o no para mejorar las condiciones de existencia.

RESUMO

Integração dos serviços e das práticas. O teste da experiência

As autoras analisam como a integração dos serviços se concretiza em contextos específicos, baseando-se em uma pesquisa sobre os discursos e práticas dos assistentes sociais e dos usuários, dentro de órgãos da comunidade. Sua análise visa compreender a repercussão dos modelos estabelecidos na organização dos serviços prestados sobre as regras que regem a organização do trabalho dos assistentes sociais e sua concepção dos problemas e dos serviços prestados por um lado, e, por outro lado, sobre o ambiente nos órgãos e na vida cotidiana das pessoas, as relações entre elas e os assistentes sociais, e também sobre a importância dada à palavra, aos projetos e aos desejos dos usuários. Trata-se, assim, de uma análise de como os modelos organizacionais e suas implicações afetam as possibilidades oferecidas aos usuários e os caminhos que se abrem para melhorar sua condição de vida.