

# Au-delà des murs : organiser l'intervention autour du cheminement des personnes

## Beyond the walls : organizing intervention around people's progress

Dominique Gaucher

Volume 12, numéro 2, novembre 1987

Chômage et santé mentale (1) et Histoire et politiques (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030406ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030406ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gaucher, D. (1987). Au-delà des murs : organiser l'intervention autour du cheminement des personnes. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 129–143. <https://doi.org/10.7202/030406ar>

Résumé de l'article

Le système de services de santé mentale est à un tournant de son histoire. Après deux réformes et de nombreux changements ayant marqué tant la société que les services, il apparaît nécessaire de réarticuler l'intervention autour de l'intégration de la vie des individus souffrant de troubles mentaux dans la vie sociale. La présente réflexion vise à dégager le concept de trajectoire, comme étant le résultat d'une diminution progressive des possibilités de vie entraînant les individus dans des circuits improductifs d'intégration sociale et d'utilisation des services. Les causes possibles et les mécanismes de cette réduction sont abordés, pour fournir des éléments de réflexion sur l'objectif des interventions et l'organisation des services.

## Au-delà des murs: Organiser l'intervention autour du cheminement des personnes

*Dominique Gaucher \**

**Le système de services de santé mentale est à un tournant de son histoire. Après deux réformes et de nombreux changements ayant marqué tant la société que les services, il apparaît nécessaire de réarticuler l'intervention autour de l'intégration de la vie des individus souffrant de troubles mentaux dans la vie sociale. La présente réflexion vise à dégager le concept de trajectoire, comme étant le résultat d'une diminution progressive des possibilités de vie entraînant les individus dans des circuits improductifs d'intégration sociale et d'utilisation des services. Les causes possibles et les mécanismes de cette réduction sont abordés, pour fournir des éléments de réflexion sur l'objectif des interventions et l'organisation des services.**

Nous ne vivons désormais plus dans un univers où la prise en charge des troubles mentaux équivalait à l'enfermement prolongé. Mais si de plus en plus de personnes souffrant de troubles mentaux vivent en société, il persiste néanmoins un malaise certain quant à la qualité de leur vie et quant à la réalisation de leur insertion sociale.

La désinstitutionnalisation amorcée depuis vingt-cinq ans a posé, de manière progressive, la question de l'intégration sociale. Elle a confronté les intervenants à la nécessité de mettre en place des mécanismes d'aide visant la restauration de la crédibilité des individus et celle de leurs habiletés de vie.

Le défi de l'intervention, dans le champ de la santé mentale, en l'absence de garantie de guérison, s'est donc porté sur le développement de services

extrêmement variés parce qu'ils doivent toucher à nombre d'aspects de la vie individuelle.

Le système de services a évolué pour tenter de répondre à ce défi, à coups d'essais, de succès et d'erreurs. Du côté des «erreurs», on peut penser à de simples ratés, mais aussi à des interventions ayant un effet exactement contraire à celui recherché. C'est encore le cas de l'«institutionnalisation», c'est-à-dire de la dépossession qui peut résulter de la prise en charge, dans certaines conditions.

Les personnes «désinstitutionnalisées», de leur côté, et souvent en l'absence de services, ou envers et contre ceux-ci, ont progressivement forgé leur propre existence sociale, individuelle et collective, au cours de ces vingt-cinq années.

À la faveur de la préparation d'une politique de santé mentale, et dans ce contexte historique précis, il nous semble indiqué de proposer des éléments de réflexion sur la nécessaire relation entre des services offerts (ou non) et des personnes qui, en dehors d'être des usagers des services, ont une vie et un libre-arbitre.

À la case départ de cette réflexion, celle de la définition d'une quelconque intervention, individuelle ou de masse, la question est la suivante: à quels besoins cherche-t-on à répondre?

\* L'auteure est sociologue et agente de recherche à la Direction de l'Évaluation du Ministère de la Santé et des services sociaux. Elle a collaboré aux travaux du Comité de la politique de santé mentale de juin 1986 à avril 1987.

\*\* Ce texte est une version remaniée et enrichie d'un document de travail présenté au Comité de la politique de santé mentale le 19 novembre 1986, intitulé *Essai de définition et proposition d'utilisation de la notion de trajectoire*. Je remercie de leurs commentaires les membres du Comité et leurs collaborateurs, ainsi que Mme Ellen Corin. Ce texte n'engage toutefois aucune de ces personnes.

## LA DIFFICULTÉ D'IDENTIFIER LES «BESOINS»

La maladie mentale rend difficile et sujette à caution l'identification de sa situation et de ses besoins par le malade, puisqu'elle affecte précisément l'état mental de la personne. Cette mise en doute, pourrait-on dire, de la crédibilité du malade, ouvre en fait la porte à des discours sur ces besoins qui sont le propre d'autres personnes que le malade lui-même, et qui font l'objet d'une lutte pour avoir le dernier mot dans la définition du problème. Le besoin devient alors un enjeu statique qui échappe au principal intéressé.

Les intervenants ne tombent pas non plus aisément d'accord sur le choix de la meilleure compréhension du problème puisque des pans entiers du savoir sur les maladies mentales ne font pas l'unanimité. En effet, si l'identification des maladies par des outils communs — tels le DSM III — emporte une certaine adhésion, l'étiologie et le développement des maladies font l'objet de nombreux débats. Les *besoins thérapeutiques* restent ainsi en discussion; le savoir sur les *besoins sociaux* est encore plus embryonnaire et on peut penser que ceux-ci sont forts variables d'un individu à l'autre. La distinction entre ces deux types de besoins a tendance à entraîner à l'heure actuelle un clivage dans l'intervention qui fait que l'on *centre* et *organise* celle-ci soit sur les uns, soit sur les autres, créant des filières Étanches et désynchronisées d'intervention<sup>1</sup>.

Toutefois, malgré les lacunes de nos connaissances en matière de maladie mentale, il est de plus en plus admis que l'état de santé/maladie mentale résulte de, et consiste en un équilibre entre l'individu et son environnement. Cet équilibre est de plus en constante transformation, notamment en fonction des âges de la vie (CSMQ, 1985). Il devient alors nécessaire d'ajuster notre perception des besoins des usagers pour tenir compte de leur aspect dynamique.

La notion d'équilibre en mouvement oblige donc à considérer les personnes *dans leur histoire*. Les besoins dont nous avons dit plus haut que la définition est imprécise, ont ainsi de plus comme caractéristique de *se modifier dans le temps*.

En effet, si on regarde plus particulièrement

l'une des formes que peut prendre cet équilibre — la maladie mentale chronique — on est bien obligé d'admettre qu'elle se transforme dans le temps ou, autrement dit, que la maladie, et le malade, évoluent. En effet, la *chronicité* qui caractérise les maladies mentales (et nombre de maladies physiques contemporaines) provient du fait que le processus de maladie est inscrit dans le temps, sous la forme d'un déroulement, d'ailleurs continu, et ne constitue pas un ensemble d'événements isolés les uns des autres comme le sont des maladies brèves.

Ce phénomène est récent dans l'Histoire. C'est l'allongement de l'espérance de vie, de même que la transformation des pathologies<sup>2</sup>, qui ont fait apparaître au cours du dernier siècle une nouvelle réalité: celle de l'état de malade, c'est-à-dire *la maladie comme situation existentielle*. C'est d'ailleurs l'apparition d'une possible «vie en état de maladie» qui est en partie à l'origine de *l'accumulation* et, pourrait-on dire, de la sédimentation (Laurin, 1986) de malades dans des lieux qui, bien que prévus initialement pour le traitement, sont devenus des lieux d'hébergement prolongé. N'est-ce pas précisément pendant les années 50, où la médecine physique progressait et où les acquis de l'hygiène publique étaient consolidés, reculant ainsi l'échéance de la mort, que les asiles du Québec devinrent rapidement surpeuplés?

Tout se passe comme si, pour n'avoir considéré que la maladie et pas la vie du malade, l'intervention avait engagé celle-ci dans une «trajectoire» gravitant, sans autre issue, autour d'un lieu.

De plus, considérer la santé/maladie comme un équilibre individuel amène à constater qu'il est soumis à toutes les variations imaginables, qu'il est de façon certaine affecté par le sexe des individus, leur origine ethnique, leur statut et leur origine socio-économiques, en plus d'être modifié par des événements particuliers.

*On peut donc imaginer que pour chaque individu, il existe un équilibre propre, et par conséquent un ensemble particulier de besoins, et que cet équilibre est constamment en transformation.*

## LA PAROLE DES USAGERS

La désinstitutionnalisation a donné aux usagers la possibilité de choisir, et ils l'utilisent. Ils sont actifs

dans la prestation de services, ils choisissent en plus d'être choisis. Leurs choix peuvent être motivés par des convictions, par la recherche de continuité ou de rupture, par l'évaluation qu'ils font des services. La durée des maladies chroniques offre en effet la possibilité aux malades de développer une attitude évaluative (à savoir: résultats à obtenir dans un temps donné; choses à ne pas essayer... Herzlich, 1985).

Si ces éléments ne font pas le tour de la question, ils indiquent que les usagers disposent d'une marge de manœuvre dans la définition de leurs besoins et dans l'utilisation des services, et qu'ils peuvent rejeter une définition de leurs besoins qui proviendrait plus d'une planification, même rationnelle des services, que d'une véritable écoute. Cette *subjectivité* constitue une variable dans l'adéquation besoins/services qui, elle aussi, est susceptible de *modification au cours de la vie* et, a fortiori, *au cours d'une maladie*.

Si l'organisation de services «complémentaires» n'engendre pas automatiquement la continuité et l'accompagnement, la réplique des usagers et leur réappropriation du système révèlent, elles, une autre continuité, celle de la logique de leur vie. Les usagers nous forcent ainsi à considérer leur vie dans son déroulement et sa dynamique pour améliorer la qualité des services.

La nécessité de prendre en compte *l'existence* des individus apparaît de plus en plus dans le champ de la santé mentale, et on y réfère implicitement quand on aborde le thème du *respect des droits des personnes*. Sur le plan conceptuel, elle a fait surface sous diverses formes: des chercheurs ont parlé de trajectoire, de carrière, de cheminement, de parcours, de trajet, d'histoire, ainsi que de stratégies et de styles de vie.

Nous allons maintenant regarder d'un peu plus près certains concepts qui ont été développés afin d'en tirer des éléments de réflexion qui permettent de considérer, dans la planification de l'intervention, la vie des personnes souffrant de troubles mentaux.

## DES IMAGES DE TRAJECTOIRES

Pour disposer d'éléments concrets permettant une réflexion sur les trajectoires possible d'individus

souffrant de troubles mentaux, nous nous sommes basés sur certaines études empiriques où sont développés des concepts qui s'appliquent à l'histoire de vie des individus et tentent de fournir des outils conceptuels pour en systématiser l'approche. Les réflexions qui suivent s'inspirent des concepts de «carrière morale» d'Erving Goffman (1968)<sup>3</sup>, de «carrière psychiatrique» de Lydwin Verhaegen (1985)<sup>4</sup>, de «destinées sociales» d'Anne Hébert (1985)<sup>5</sup>, de «trajectoire» de Ghyslaine Neill (1985)<sup>6</sup>, de «trajectoire» de Yvon Lefebvre et collaborateurs (1985)<sup>7</sup>, et de «stratégies d'existence» d'Ellen Corin et collaborateurs (1984)<sup>8</sup>.

Si on prend quelque distance par rapport au fait que la clientèle de chacune de ces études est différente, on peut remarquer des similitudes dans les résultats de ces études, qui sont autant de généralisations envisageables.

D'abord, il apparaît que le passage à l'hôpital a des conséquences sur la vie ultérieure, entraînant une perte de compétences sociales (Goffman, 1968) principalement sur le plan de l'emploi et de la vie sociale (Goffman, 1968; Verhaegen, 1985; Hébert, 1985; Lefebvre, 1985). On observe une réduction des possibilités d'emploi (Goffman, 1968; Hébert, 1985) et une structuration, au moins partielle, du mode de vie autour des services (Verhaegen, 1985; Lefebvre, 1985). L'hospitalisation psychiatrique est un des éléments intervenant dans la reproduction sociale des inégalités, mais elle ne constitue pas à elle seule la cause d'une détérioration de la condition sociale.

En effet, on découvre aussi que ce sont les conditions de vie antérieures à l'hospitalisation, plus que celle-ci, qui déterminent la vie ultérieure (toutes les études le font ressortir à des degrés divers). L'hospitalisation, dans ce contexte, a un effet précipitant et réductif, susceptible d'accentuer la dépendance socio-économique des individus déjà dépendants, ou risquant de le devenir avant l'hospitalisation (Verhaegen, 1985; Hébert, 1985)<sup>9</sup>. L'effet incapacitant de la maladie elle-même n'est pas isolé, toutes les études considérées ici ne concernant que des personnes hospitalisées.

On découvre aussi que les personnes développent des stratégies de vie et d'utilisation des services (ou de réaction à ceux-ci) (Goffman, 1968; Verhaegen, 1985; Lefebvre, 1985; Corin, 1984).

Les hospitalisations se sont multipliées, ce qui a amené une complexification des stratégies de vie pour les personnes ayant recours aux services: le fait de pouvoir «sortir de l'asile» ouvre la possibilité d'exploiter le recours aux services, de l'éviter ou de l'utiliser à discrétion. La vie en communauté ouvre aussi la possibilité de se servir de ressources informelles de support, de la famille aux organismes communautaires subventionnés, en passant par les groupes d'entraide. Évidemment, toutes ces stratégies n'ont pas le même sens, ou le même coût social pour tous les usagers, et certaines sont peu ou pas accessibles. Elles sont la plupart du temps décrites comme des réactions à la contrainte, que celle-ci provienne du milieu ou des services. Mais on peut supposer que le choix n'est pas que l'effet de la contrainte et qu'il reflète aussi un style de vie ou d'insertion sociale.

Les allers et retours des usagers dans les services ne sont pas sans causer des frictions, et le rejet à l'égard des malades mentaux peut se manifester là comme ailleurs. Ainsi, les services eux-mêmes peuvent se transformer en repoussoirs, faisant reculer les usagers vers des solutions plus extrêmes, telles la prison (Lefebvre, 1985). La protection légale accordée aux malades mentaux peut en retour inciter les services socio-sanitaires à recourir au système judiciaire pour forcer le traitement ou l'internement.

Dans ce nouveau système ouvert, l'ensemble des services publics entre ainsi en interaction avec des usagers libres de leurs gestes, bien que potentiellement lourdement handicapés sur le plan mental et psychosocial. Le système peut fonctionner bien, mais il peut aussi se transformer en une immense série de réfractions qui renvoient le patient indésirable à son image solitaire dans le miroir. Dans ce système, les ajustements des uns aux mouvements des autres génèrent d'autres réactions en chaîne...

En développant l'observation des vies individuelles, il devient possible d'identifier des sous-groupes de personnes dont les vies ont des cheminement semblables. Ces regroupements peuvent avoir davantage d'éléments en commun que ceux que l'on ferait à partir du diagnostic, regroupant même des personnes ayant des pathologies très différentes. Le diagnostic est toutefois une variable importante dans la détermination des chemine-

ments, mais il est difficile de préciser l'ampleur de son importance, comme il est difficile d'y distinguer la part biologique de la part sociale. Peu d'études ont par ailleurs pu isoler l'impact de la maladie de celui de l'hospitalisation.

Fait intéressant<sup>10</sup>, les sous-groupes qui se dessinent font apparaître la spécificité de la clientèle des *jeunes adultes* correspondant à la génération du baby boom, et qui n'a pas connu l'internement prolongé.

Ce groupe, bien des intervenants l'ont senti, pèse à l'heure actuelle lourdement sur le système des services et remet en question l'intervention telle qu'elle est connue et organisée. Une meilleure compréhension de la dynamique de vie des individus qui le composent — qui fait déjà l'objet de recherches spécifiques — pourrait permettre de réviser l'organisation des services en conséquence.

D'une façon générale, la seule détermination de populations cibles sur la base d'une approche strictement factorielle s'avère insuffisante à identifier correctement ces cibles, à les comprendre et à fournir les moyens de les rejoindre, ainsi qu'à déterminer les interventions pertinentes à mettre en action (CSMQ, 1985; Lecomte et Lefebvre, 1986).

Viser la construction d'un système logique de services dans un tel contexte peut devenir une tâche vouée à l'échec si on ne se centre pas sur les personnes elles-mêmes, qu'elles utilisent d'ailleurs ou non les services publics.

C'est pourquoi il nous apparaît nécessaire de tenter d'élaborer quelques éléments de réflexion, à partir des recherches mentionnées, pour contribuer à organiser notre pensée à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux.

### Les sens possibles à dégager

L'analyse des différents concepts cités plus haut fait ressortir davantage une approche qu'un concept très clairement délimité et sur lequel il y aurait consensus. Toutefois, des éléments convergent, comme nous l'avons montré. On peut d'abord isoler trois *paliers différents d'analyse des histoires individuelles*.

1. On distingue en effet un *premier palier global qui réfère à l'histoire de vie, c'est-à-dire à l'histoire personnelle d'un individu*, couvrant tous les

aspects de la vie de celui-ci, et qui résulte autant de déterminismes que de choix personnels. On y trouve des conditions objectives et les représentations que s'en fait l'individu. On se situe à ce palier de réflexion dans des concepts tels «trajectoire personnelle», «histoire de vie» et «histoire sociale».

2. Un second palier de définition touche aux mêmes aspects que ceux mentionnés précédemment, mais il renvoie à des histoires de vie dont le propre est *d'être, autant de manière observable que subjective, réduites dans leurs possibilités*. La réduction résulte, on peut le supposer, d'une combinaison de facteurs, à savoir une *rupture* dans le cours de la vie, suivie de *ruptures à répétition* (des rechutes) face auxquelles l'environnement et les services sont impuissants. L'individu ne parvient donc pas à rétablir son fonctionnement à un niveau antérieur ou à un niveau supérieur (Lecomte et Lefebvre, 1986). Il développe progressivement des attitudes néfastes. Celles-ci sont personnalisées par les intervenants; dans *Psycauses* (1985), Lefebvre et ses collaborateurs nous mettent en garde contre cette personnalisation des attitudes, socialement générées des malades, et mettent en évidence le fait que celles-ci ne sont interprétables qu'à partir de l'histoire de vie. On retrouve ici les notions de «carrière psychiatrique», de «trajectoire criminelle», de «destinées sociales» qui évoquent toutes l'image d'une *vie enchâssée dans un tunnel*.

C'est évidemment parce qu'ils soupçonnaient l'existence de ce second palier, et pour le découvrir, que les auteurs des concepts mentionnés plus haut en ont cherché les tenants et les aboutissants. C'est aussi bien évidemment ce palier qui nous intéresse dans la double perspective de traiter les personnes inscrites dans une trajectoire (ce qui renvoie à la chronicisation), et de prévenir l'entrée dans le tunnel, si possible. On rejoint ainsi, du même coup, la clientèle «lourde» et celle qui risque de le devenir.

3. Troisièmement, on peut souhaiter isoler des aspects particuliers d'une histoire de vie ou d'une trajectoire, pour plusieurs raisons. D'abord, le contexte organisationnel des services nous oblige à spécialiser l'intervention. Ensuite, divers aspects de la vie d'une personne peuvent être laissés intacts pendant une période de crise (Lecomte et Lefebvre, 1986) et on peut vouloir les identifier; travailler en

misant sur les forces, approche chère à la réadaptation, exige le même exercice. Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, si l'on isole ces trajets, c'est que ces portions de la vie se déroulent dans le temps et coexistent en parallèle. On pourrait les qualifier de «trajets dans l'histoire de vie». C'est à ceux-ci que réfèrent les termes «trajectoire socio-professionnelle», «histoire de travail» et «histoire d'hospitalisation».

Il est intéressant de voir que l'ensemble de ces notions étaient contenues en germe dès les travaux de Goffman à la fin des années 50. Ces travaux mettaient en évidence la réduction de la vie postérieure à l'hospitalisation — soulevant la question d'un avant et d'un après — et suivaient, avant, pendant et après l'hospitalisation, le rapport des malades aux services et le rapport à leurs proches. Toutefois, ce n'est qu'à partir du moment où les personnes sont confrontées à autre chose qu'à l'enfermement — où tous les rapports se confondent, parce que soumis au caractère totalitaire de l'institution — qu'il devient possible et nécessaire de préciser nos conceptions et d'en distinguer les éléments.

Ces trois paliers sont essentiels à distinguer, puisqu'ils ont une envergure et un sens différents. La distinction entre l'histoire de vie et la trajectoire est cependant dangereuse. Elle pose le problème du jugement à établir sur une vie quant à son degré de liberté. C'est un sujet délicat, certes. Mais l'évidence de certaines trajectoires, telles les trajectoires criminelles, et l'utilité de les comprendre, à partir du moment où on dispense de toutes façons des services, justifient que l'on s'y intéresse. Par ailleurs, l'identification de trajets spécifiques a une fonction opérationnelle, alors que le concept d'ensemble est plus difficile à manipuler. En effet, le fait d'isoler des trajets particuliers permet de planifier des interventions spécialisées. Mais savoir qu'ils s'inscrivent dans la globalité d'une vie appelle à coup sûr à les relier entre elles.

Sur le plan pratique, ces notions ont l'avantage de pouvoir s'adresser autant aux personnes ayant des pathologies sévères qu'à celles qui sont «à risque»; de plus, elles peuvent s'appliquer à des usagers ou à des non-usagers, et permet de diriger le projecteur sur la personne plutôt que sur la porte de l'hôpital. Déplacer ce projecteur pourrait fort bien constituer le premier pas à faire — et le plus sérieux

— dans une politique de santé mentale. Écouter les usagers et respecter les ressources informelles auxquelles ils ont recours contribuerait à éviter la professionnalisation outrancière des problèmes individuels. Être à l'écoute des besoins, et y apporter une réponse ponctuelle et appropriée éviterait la surcharge ultérieure des services. Être à l'écoute des stratégies d'existence des individus permettrait de bien camper le sens de la désinstitutionnalisation.

Centrer son regard sur les personnes ne veut en revanche pas dire qu'il faille tomber dans l'excès et utiliser ce concept pour déclarer tout de go l'individu responsable de lui-même, de sa santé, etc. quand il n'est pas en mesure de l'être. Centrer sa compréhension sur les dynamiques réelles des individus peut bien au contraire faire ressortir leur irresponsabilité, leurs incapacités, et la compréhension donner lieu à la compassion et à la prise en charge publique.

Axer la compréhension des problèmes de santé mentale sur la dynamique de vie des usagers est probablement la meilleure voie pour intégrer les conditions biologiques et culturelles de la maladie ainsi que les approches «professionnelle» et «communautaire», sanitaire et sociale, de la santé/maladie mentales. Cette approche peut aussi contribuer à faire la jonction entre les connaissances et les discours propres à la planification, s'appliquant à la population dans son ensemble (épidémiologie, sciences sociales...) et les démarches cliniques quotidiennes des intervenants, qui font depuis toujours des «histoires de cas» et des «histoires sociales». Cette approche, par l'écoute des malades, peut aussi favoriser une intégration des savoirs «savants» et des savoirs populaires.

## COMMENT DÉFINIR LA TRAJECTOIRE

On peut dans un premier temps tenter de définir ce qui correspond au premier palier identifié plus haut, qu'on appellera l'histoire de vie.

### L'histoire de vie

L'histoire de vie référerait au déroulement de l'ensemble des événements, des états et des conditions de vie d'une personne, qu'ils soient rapportés par

celle-ci ou autrement, ainsi qu'à la perception subjective et à la reconstruction personnelle de ces événements, états et conditions de vie. La reconstitution de cette histoire relève d'une analyse clinique, psychosociale et micro-sociologique des événements, états et conditions de vie de la personne. Cette histoire est celle d'un équilibre en mouvement entre l'individu et son environnement qui s'inspire d'une conception dynamique de l'adaptation qui n'est pas considérée en fonction de l'ajustement ou de la conformité mais dans un sens actif ou dynamique qui confère une importance égale aux forces qui viennent de l'environnement, et donc à l'ancrage dans un contexte, et à celles qui émanent de l'individu avec ses «coping mechanisms» (CSMQ, 1985, 10).

À cet égard, rappelons la définition de l'impact du contexte présentée dans l'Avis du Comité de la santé mentale sur *la notion de santé mentale*:

«l'impact du contexte intervient à deux niveaux principaux: à celui des pressions qu'il fait peser sur la personne et à celui de *l'influence* qu'il exerce sur les *stratégies* qu'élabore cette dernière pour les affronter. Quand on parle du contexte, il faut cependant toujours avoir conscience de ce que son impact dépend autant de ce qu'en perçoit la personne, ou de la signification qu'elle lui associe, que de ses caractéristiques objectives. De la même manière, *l'insertion de l'individu* dans les processus d'adaptation (coping styles) se joue sur plusieurs plans parallèles: celui de ses potentialités, de leurs forces et de leurs limites, celui de ses stratégies d'adaptation (coping styles) et celui de son vécu subjectif et de son désir. Le fait d'intégrer l'aspect individuel dans l'analyse permet de compléter une vision objective, ou de l'extérieur, des processus en jeu par une perspective plus subjective qui intègre des concepts tels celui de la qualité du vécu personnel qui peut être en contradiction avec ce que l'on en perçoit en tant qu'expert ou observateur extérieur. Ceci invite à toujours s'interroger sur la place laissée, dans le champ relationnel et dans nos interventions, aux démarches, désirs ou projets de vie des personnes particulières» (CSMQ 1985, p. 10; nous soulignons).

## Les axes de l'histoire de vie

Après avoir défini brièvement la dynamique de l'histoire de vie, on peut aussi préciser, sans être ici exhaustif, certains axes et certains éléments d'histoire personnelle.

On peut rencontrer, sur l'axe proprement biologique, l'histoire naturelle des problèmes psychiatriques et les dynamiques relationnelles qui leur sont liées, afin de pouvoir intervenir avec plus d'exactitude et d'à-propos à différents moments de cette histoire (CSMQ, 1985, p. 139).

On peut aussi, de l'histoire proprement sociale, et correspondant aux axes développemental et contextuel de la santé mentale (CSMQ, 1985) faire ressortir certains traits particuliers:

- *l'histoire de l'appartenance à une sous-culture* (groupe ethnique, milieu particulier,...);
- *l'histoire occupationnelle*, ou le *trajet* parcouru sur le marché du travail;
- *l'histoire relationnelle*, c'est-à-dire la partie de l'histoire de vie qui identifie plus particulièrement l'état et la dynamique des rapports interpersonnels à deux niveaux:
  - famille et proches;
  - réseau social;
- *l'histoire d'utilisation des services* incluant tous les services pertinents visant le traitement et le soutien, qu'ils soient publics, privés ou communautaires.

## La trajectoire

La notion de trajectoire serait réservée<sup>11</sup> à ce type d'histoire de vie dont les déterminismes sont à ce point forts qu'ils réduisent au minimum les possibilités de choix en situant, en quelque sorte, les éléments structurants de la vie de l'individu en dehors de son contrôle, et qui limitent par le fait même l'étendue des comportements possibles et crédibles.

Sont considérés comme des déterminismes la prise en charge totalitaire (en institution, ou dans le milieu) quand elle n'est pas requise par une incapacité, la répétition de situations de crise ne se résolvant pas de manière satisfaisante, le rejet généralisé, un état mental affecté de manière permanente par une pathologie sévère, une souffrance trop intense, ou une accumulation de ces facteurs.

L'étendue des comportements est limitée quand ceux-ci sont entravés par des ressources matérielles nettement insuffisantes, par l'absence de contact, et par la pression à se conformer à une image entretenue par le milieu ou les services (par exemple, la dangerosité).

Les individus sont ainsi amenés à s'inscrire dans des trajectoires diverses, de l'adaptation à l'hospitalisation prolongée, à des trajectoires de criminalité ou suicidaires.

*L'histoire d'une vie se transformerait donc en trajectoire au moment où l'individu entre dans un processus de dépossession de ses choix de vie.*

Ce «moment» n'est pas nécessairement une crise et n'est même probablement pas une crise<sup>12</sup>. C'est plutôt la répétition de crises, l'approfondissement d'un fossé avec les proches ou le marché de travail, la détérioration de l'état physique par la maladie prolongée, l'épaississement du mur du silence, l'élargissement du rejet par les autres ou encore une prise en charge dépossédante (comme une hospitalisation prolongée) qui induiraient progressivement la réduction de l'espace vital et l'entrée dans une trajectoire. Défini par la négative, le facteur déclencheur de la trajectoire serait l'absence d'une solution véritable à la crise ou aux crises. Cette solution véritable, Lecomte et Lefebvre la définissent comme «la possibilité de retrouver la tolérance, l'acceptation et le support social dans les rapports que peut vivre l'individu avec son environnement» (Lecomte et Lefebvre, 1986, p.131).

Pour les fins de l'intervention et de la planification, il est nécessaire d'être sensible aux *étapes cruciales* possibles de l'histoire de vie, et qui peuvent se situer sur l'un ou l'autre de ces parcours, susceptibles de se transformer en crises qui, si elles ne sont pas résolues de manière à restaurer le fonctionnement antérieur ou à l'améliorer, s'accroissent pour réduire les possibilités de vie, et engager les individus sur une trajectoire. L'intervention aurait alors pour but de *restaurer l'éventail des possibilités* et de permettre à l'individu de sortir de cette trajectoire ou de l'éviter.

## Un aspect de l'histoire de vie: l'histoire d'utilisation des services

L'un des éléments à considérer en premier lieu pour



éviter l'entrée en trajectoire, c'est bien le rôle que jouent dans la vie des individus les services formels qui sont censés les traiter et les soutenir. Quand les services ont un effet contreproductif, celui-ci est dévastateur, parce qu'ultime. L'appel aux services formels a en effet lieu bien souvent en dernier recours, quand les ressources du réseau informel ont été épuisées.

Or, cet effet contreproductif existe. Des éléments du trajet d'utilisation des services peuvent être à la source d'une trajectoire. C'est le cas des réponses inappropriées telles une intervention insuffisamment rapide en cas de crise, une hospitalisation trop prolongée, l'accolage d'une étiquette de dangerosité...

Pour aborder l'histoire d'utilisation des services, il pourrait être utile de distinguer un certain nombre de choses.

La première distinction doit mettre en relation la structuration des services en séquence, chacun d'entre eux ayant une fonction spécifique et complémentaire à celle des autres, avec l'utilisation effective de ces services, incluant les *déviations* à la séquence prévue. On parlera du *trajet* qu'effectue l'individu sur l'itinéraire des services et les éventuels *circuits* que représente ce trajet. Le terme «circuit» renvoie à un trajet qui tourne en rond, et il est approprié dans la mesure où l'un des types de trajets qui pose problème est précisément ce *retour* périodique à des services particuliers au détriment de l'utilisation prévue d'autres services (par ex. la porte tournante, le vagabondage diurne de bénéficiaires externes dans les CH psychiatriques, etc.<sup>13</sup>).

Observer le trajet qu'effectue l'individu dans l'univers des services, c'est bien sûr réfléchir en tant que prestataires de services (avec toute la subjectivité que ce point de vue implique) et s'éloigner d'une lecture faite par l'individu lui-même. Mais le trajet d'utilisation des services constitue en général le seul repère, la seule trace qu'on ait de la demande de la personne, et les circuits qu'elle effectue nous renseignent sur les effets pervers de l'intervention.

L'un de ces effets pervers déjà observés, c'est l'utilisation accrue et inefficace des services qui résulte d'une *méconnaissance des besoins réels des individus*. Outre l'exemple fourni par l'étude portant sur la clientèle judiciarisée (Lefebvre et coll., 1985), on sait que l'insuffisance (réelle ou appré-

hendée) de services et l'anxiété qu'elle génère entraînent une inflation de la demande d'hospitalisation chez les personnes âgées<sup>14</sup>. *D'une façon générale, on peut supposer que la non prise en compte de la vulnérabilité des personnes — et celle-ci déborde le diagnostic — engendre la déviance dans l'utilisation des ressources.*

Outre la vulnérabilité, la subjectivité des individus, à savoir la perception qu'ils ont de leur situation personnelle et sociale, les amène à se définir une attitude à l'égard des services: des travaux de Verhaegen, on pourrait retenir et postuler que, tant à l'égard de l'hospitalisation qu'au recours à d'autres ressources, trois attitudes sont possibles:

- l'évitement des services;
- l'exploitation des services;
- l'utilisation instrumentale.

Dans le cas de l'évitement, on peut avoir affaire à deux versions de cette attitude: celle qui consiste à éviter d'utiliser des services tout en disposant de nombreuses ressources personnelles et sociales («self reliant non seekers of help» et celle qui consiste à éviter ce recours sans disposer de telles ressources («reluctant non seekers of help» — Lieberman, d'après CSMQ, 1985, p.139).

Ces attitudes peuvent s'appliquer à deux grandes catégories de services: les *services thérapeutiques* et les *services sociaux* (c'est-à-dire touchant la vie sociale). Elles s'appliquent aussi à trois modes de prestation de services: *les services publics, communautaires ou privés*. De plus, l'ensemble de ces attitudes opère dans la sélection du type de service, selon que ceux-ci relèvent de tendances estimées *traditionnelles ou non traditionnelles* et qu'il s'agisse, à l'intérieur de chacun de ces types, d'une *école particulière de pensée* ou d'une autre.

Ainsi, il est important de savoir si un individu recherche par exemple une intervention thérapeutique précise, sous un certain mode (gratuit) et dans un certain contexte (non traditionnel) et s'il est susceptible de vouloir *éviter systématiquement* toute autre proposition de services. Ceci est d'autant plus important qu'indépendamment de la possibilité objective d'efficacité d'une intervention, la croyance qu'a l'individu en cette efficacité est déterminante dans le succès de l'intervention.

Ces éléments — et peut-être d'autres encore — se combinent aux valeurs culturelles (l'influence du

milieu et des proches est déterminante dans la constitution de ces valeurs) pour définir l'attitude d'un individu à l'égard des services. Méconnaître cette attitude, c'est s'exposer à offrir des réponses inadéquates et, à la limite, pas de réponse du tout à une fraction importante de la clientèle.

## L'IMPACT DE LA NOTION DE TRAJECTOIRE POUR LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

### La transposition des histoires individuelles sur le plan social

Si la compréhension des histoires individuelles est utile dans l'intervention auprès d'individus, qu'en est-il de son utilité dans le cadre de la planification des services en général, et d'une politique de santé mentale en particulier?

D'abord, comprendre la nécessité de considérer les histoires individuelles *organise* un certain nombre de variables sociales (connues comme affectant l'équilibre mental et la prestation de services) autour d'un axe, la personne, plutôt qu'un autre — les professionnels, les organisations, etc. En effet, ces variables sont généralement traitées isolément et ne permettent pas de soupçonner l'existence de *sous-groupes* sociaux que les intervenants, en revanche, perçoivent intuitivement. Savoir que ces caractéristiques s'organisent en styles de vie peut entraîner les planificateurs à prôner le respect de ces diversités et à reconnaître l'inutilité et l'inadéquation de modèles de services qui n'en tiendraient pas compte, soit par leur **rigidité organisationnelle**, soit par leur caractère normatif.

Mais il manque à l'heure actuelle trop de connaissances pour pouvoir élaborer précisément les contours de ces sous-groupes sociaux; notre désir de les connaître pourrait toutefois inciter à investir dans la recherche en ce sens.

À défaut de disposer de ces connaissances, on peut tenter d'utiliser les actuelles variables sociales et épidémiologiques en se souciant d'y inclure des préoccupations historiques. Le rapport entre les histoires individuelles et les connaissances sur la société peut prendre la forme suivante:

TABLEAU 1  
*Rapport entre les histoires de vie et les connaissances*

<i>Histoires de vie</i>	<i>Connaissances</i>
Histoire naturelle de la maladie	Médecine et épidémiologie, connaissance des causes et évolution des pathologies.
Appartenance à une sous-culture	Connaissance de l'insertion des sous-cultures dans la société et de leurs valeurs et mécanismes internes.
Histoire occupationnelle	Connaissance de l'état du marché du travail et de ses poches de réceptivité à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux (par exemple les petites entreprises).
Histoire relationnelle	Connaissance des grands traits d'évolution des modes d'association entre les personnes (par exemple: place de la famille à une période historique donnée).
Histoire d'utilisation des services	Connaissance de l'évolution des déterminants de l'organisation et du fonctionnement des services.
Trajectoires particulières	Connaissance des problématiques sociales qui ressortent comme: augmentation de la clientèle des jeunes adultes, augmentation du taux de suicide, etc.

Ceci ne constitue cependant qu'un rapprochement grossier entre deux paliers de réflexion qu'il ne suffit certes pas de mettre en parallèle.

### La trajectoire et le contenu santé/maladie

Aborder les problèmes des usagers de manière longitudinale est salutaire pour retrouver un certain sens de la mesure concernant l'état de santé mentale des personnes. La volonté d'éviter la stigmatisation qu'impliquent les termes «folie» et «maladie mentale» et la connaissance d'une parenté certaine entre les états «pathologiques» et «normaux» ont fait perdre de vue l'existence des états pathologiques. L'idée d'un continuum santé/maladie a été développée pour remplacer ces concepts, continuum à l'inté-

rieur duquel on cherche à redéfinir une frontière. Pour ne pas oublier les malades mentaux lourds encore plus efficacement par le flou que par la marginalisation, le Comité de la santé mentale (1985) chercha désespérément à sonner l'alarme en parlant de «noyau dur» et d'«aura». Peut-être la compréhension du cheminement des personnes amènera-t-elle à aborder l'intensité de leur souffrance et du rejet qu'elles subissent.

### **La trajectoire et la continuité de l'intervention (prévention, traitement, réadaptation et soutien)**

Prendre en compte la vie des personnes permet de remettre en perspective l'enchevêtrement, la possible superposition et les interrelations des interventions à caractère préventif, curatif, réadaptatif ou de support. Ainsi, un traitement ou une activité préventive deviennent autant de moyens réunis pour éviter la réduction d'une histoire de vie en trajectoire; le traitement, la réadaptation et le soutien se présentent comme des moyens de réinstaurer les possibilités de choix dans une vie. Est-il bien indispensable, dans cette perspective, et pour le principal intéressé, de les distinguer?

Dans le même sens, cette prise en compte amène à poser d'une nouvelle manière la question de la continuité des services. En effet, l'histoire de vie et la trajectoire font ressortir leur vis-à-vis en termes de services, à savoir l'*accompagnement*. Or, celui-ci constitue sans nul doute la principale lacune relevée dans l'organisation des services, que ce soit sous cette appellation, ou en référant au *manque de coordination* des services. Si de nombreux services sont efficaces, leur action bénéfique est entravée par l'*absence de suivi*. En effet, l'étapisme des services peut avoir comme effet pervers de faire perdre de vue les objectifs globaux des individus par une attention trop parcellisée dirigée vers des objectifs particuliers.

Les notions d'histoire de vie et de trajectoire ont donc une utilité majeure si elles facilitent l'articulation de la continuité des services.

### **La trajectoire et la désinstitutionnalisation**

On peut définir la désinstitutionnalisation comme la *restauration des capacités* de choix plutôt que comme la stricte sortie des murs de l'asile. Cette

définition engage à se préoccuper de l'histoire de vie et des trajectoires des personnes. Il s'agirait, pour désinstitutionnaliser, de respecter la dynamique de vie des individus, de l'approcher en tenant compte de la dynamique de vie de l'entourage, et de déplacer le focus de la désinstitutionnalisation des services vers les individus. Opérer ce déplacement conceptuel —cette décentration (Corin et al., 1984) — est important pour définir les objectifs à poursuivre dans l'amélioration des services et, surtout, les orientations à imprimer aux interventions en santé mentale. Cette conception, en créant une vision commune de l'accompagnement, servirait à asseoir la nécessité de comprendre les mécanismes de rejet social et les rôles positifs ou potentiellement nocifs des services. On battrait ainsi en brèche la fausse dichotomie posée entre la communauté envisagée uniquement sous un angle positif quant à ses capacités de réinsertion, et un blâme par trop unilatéral accablant certains services publics relativement au retrait qu'ils imposent aux individus.

### **La trajectoire et la formation**

Dans le cas de la formation des intervenants, le principal apport des concepts d'histoire de vie et de trajectoire consiste à introduire cette approche à tous les niveaux de formation, rétablissant par le fait même les apports respectifs des divers intervenants dans les cheminements de vie des individus. Les champs de pratique se clarifieraient d'autant, et sur un autre terrain que celui des querelles professionnelles. Cette approche favoriserait la mise en contexte des savoirs portant sur les différents axes de la santé mentale (CSMQ, 1985) et la coexistence des interventions.

### **La trajectoire et la recherche**

Admettre l'existence de dynamiques individuelles de vie incite à développer la recherche sur l'ensemble des aspects de la santé mentale. On réduirait ainsi la distance qui sépare actuellement la recherche à caractère biologique de la recherche psychosociale en montrant clairement l'interdépendance de ces savoirs en vue de produire une intervention efficace auprès des individus.

## La trajectoire et les services

Pour éviter l'entrée d'un individu dans une trajectoire, il importe sans nul doute en premier lieu de *réagir de manière efficace dans la résolution des crises*. Les modalités significatives de réussite de l'intervention à cette étape sont la rapidité, l'intégration des services, ainsi que la compréhension et le support apportés à l'entourage (Lecomte et Le-febvre, 1986, p. 134).

Outre l'intervention de crise, l'*accompagnement* doit être envisagé, ses modalités étant variables selon les individus. La question de la coordination des services se poserait ainsi comme la coordination des interventions auprès de l'individu.

La *diversité* des histoires de vie fournit un troisième critère d'organisation des services: celui de la disponibilité, pour chaque étape possible d'un cheminement, d'un éventail de possibilités de services.

Ces critères ne sont pas inconnus; des recherches les font ressortir, de même que le discours de nombre d'intervenants et de clients. Il est intéressant cependant de voir que l'attention accordée aux trajectoires particulières dans un milieu donné faciliterait l'opérationnalisation des interventions.

## CONCLUSION: ORGANISER L'INTERVENTION AUTOUR DU CHEMINEMENT DES INDIVIDUS

Pour que la vie d'une personne souffrant de troubles mentaux passe d'une existence à une trajectoire, il faut y retrouver une pathologie sans guérison et sans stabilisation, un rejet de la personne au lieu du support attendu de la part du milieu naturel (proches et milieu social) ainsi que des interventions qui agissent plus comme repoussoir que comme facteur facilitant l'intégration à la vie sociale. Ces manifestations sont celles de la peur, de l'incompréhension, du besoin de protection et du rejet.

A peur et rejette qui ne comprend pas. En l'absence de connaissances solides, vérifiées et largement admises et partagées sur les troubles mentaux, les murs de protection se dressent rapidement et commence la cavale à la recherche de coupables. Coupables d'avoir causé la maladie, coupables de

l'avoir laissée se développer, coupables de l'avoir mal traitée. Et, culpabilité suprême, le culte de la folie se pointe à l'horizon comme la somme de toutes les culpabilités possibles et imaginables. À ce stade, le respect de la personne peut devenir la panacée, la punition collective, le pendule que l'on veut arrêter du côté des malades, l'oubli purificateur de la nécessaire protection collective contre la folie.

Après avoir fait porter le blâme, au cours de l'histoire, sur le mauvais sort, sur l'individu lui-même et ses péchés, sur les hôpitaux généraux et les prisons, sur les asiles, puis enfin sur les familles — et surtout sur les mères — faut-il blâmer maintenant les intervenants, quels qu'ils soient, parce que c'est eux qui ont pris, tant bien que mal, le relais des milieux naturels, des familles et des asiles? Faut-il dresser d'autres murs, qui opposent de nouveaux intervenants aux anciens, en vertu d'une nouvelle légitimité?

Or, si des interventions sont inadéquates, c'est que les intervenants ne trouvent pas, tout comme le milieu environnant, le fragile équilibre entre leur propre protection et la protection de la personne qui souffre et qui, souvent, dérange. À ce moment, la balance penche du côté de l'incompréhension, et devient un mur qui entoure, non pas Berlin, mais le milieu lui-même, les intervenants, les organisations.

Au-delà de ce mur se trouve le sens de la vie d'individus souffrants, devenu encore plus indéchiffrable. S'exposer à comprendre ce sens, c'est en même temps franchir un peu le mur et découvrir *comment* l'intervention est inadéquate, et se donner les moyens de la transformer. On y voit apparaître son caractère potentiel de repoussoir et ses aspects contreproductifs, quand elle dépossède l'individu du contrôle de sa vie alors qu'il serait en mesure de l'exercer, ou quand elle contribue à son isolement par le rejet.

Au-delà d'une incantation humaniste bienveillante, qui risque d'ailleurs, comme incantation, de demeurer un vœu pieux, le respect des personnes, s'il signifie s'exposer à comprendre le sens des vies individuelles, est, croyons-nous, surtout dans le contexte de la faiblesse de nos connaissances, la manière la plus simple d'être le plus efficace possible — et le moins inefficace — dans l'aide à

apporter. Elle indique des pistes plus précises de travail. C'est aussi une voie qui, parce qu'elle met au centre l'objet des services, et ses caractéristiques uniques, réduit le risque de «normalisation» abusive. C'est aussi une voie qui crée le terrain où puissent se régler nombre de problèmes organisationnels, de manière concrète, en dépassant les culs-de-sac des luttes de pouvoir entre intervenants. Comme les guerres resserrent souvent le tissu social, l'attention portée à des vies humaines et la guerre à la détresse ne seraient-elles pas une utopie mobilisatrice et unifiante?

#### NOTES

1. Voir à ce sujet le concept d'hétérochronie développé par Yvon Lefebvre (1987).
2. Il n'y a pas plus d'un siècle, la réalité dominante de la pathologie était encore l'épidémie: elle avait un caractère collectif et on en mourait rapidement. L'état de maladie n'avait donc pas beaucoup d'importance et encore moins de statut, vu sa courte durée. Il n'avait pas non plus de caractère individuel (Herzlich, 1985).
3. Pour Goffman (1968), qui a étudié le comportement en salle de malades internés dans les «National Institutes of Health Clinical Center» de 1954 à la fin de 1957, la *carrière* réfère à un double aspect de la vie individuelle. Il s'agit du sentiment qu'a un individu de sa propre identité ainsi que du cadre de ses relations sociales, dans un mouvement de va-et-vient de la vie privée à la vie publique. La *carrière morale* réfère aux «modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière et les modifications du système de représentation par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres». (Goffman, 1968, pp. 179-180).  
Goffman décrit plus qu'il ne les formalise les phénomènes de dépersonnalisation liés au milieu asilaire et les réactions des individus à ceux-ci. À la phase pré-hospitalière de la carrière, l'individu est confronté à l'ostracisme et à l'expérience de l'abandon, de la trahison et de l'amertume. La phase hospitalière est caractérisée par une restructuration du moi pour le réajuster au diagnostic et à l'organisation hospitalière. Elle s'effectue par une distanciation de l'individu à l'égard de sa nouvelle situation, distanciation qui se transforme en stratégies d'adaptation à l'institution hospitalière, qui sont de quatre types: le repli sur soi, l'intransigeance, l'installation et la conversion. Ces stratégies participent au processus d'asilation. Il présente la carrière en trois étapes (pré-hospitalière, hospitalière et post-hospitalière) en y faisant intervenir les interactions entre l'individu, ses proches et le personnel institutionnel. À sa «rentrée dans le monde», l'individu n'est pas marqué par les opérations de dépouillement de la personnalité et de restructuration, mais sa position sociale est affectée de manière indélébile. De plus, il a subi un processus de déculturation (c'est-à-dire qu'il a perdu certaines habitudes courantes exigées par la vie en société).  
L'approche de Goffman a le mérite de faire ressortir

l'interaction entre les déterminants extérieurs à l'individu — dans ce cas, l'hôpital et les proches — et les réactions de l'individu lui-même qui «joue» avec les faibles marges que lui laisse l'institution totalitaire qu'est l'asile. L'approche a par contre le désavantage de *se centrer uniquement sur l'hospitalisation* (elle reflète son époque), définissant la clientèle à partir de son insertion dans les services. Reste le problème d'étendre le concept pour rendre compte de la réalité d'une clientèle non hospitalisée. En fait, si l'asilation a marqué les débuts de la critique de l'institutionnalisation, ce concept concerne plus l'impact de l'hospitalisation sur la vie ultérieure que le rapport entre les conditions de vie, antérieures à l'hospitalisation, et celles-ci à la sortie.

4. Dans une étude portant sur 35 patients différents (sexes et origine) hospitalisés en situation de crise, le concept de «carrière psychiatrique» de Verhaegen (1985) réfère lui aussi à l'hospitalisation («faire carrière à l'asile»). Mais il tient compte de la discontinuité actuelle des séjours et de la multiplication des stratégies à l'égard de l'institution, à partir de variables psychiatriques et sociales différentes au point de départ et pendant les hospitalisations. Ces stratégies sont: la recherche à tout prix, l'évitement et l'utilisation instrumentale («les hôpitaux sont devenus leur domicile favori», «l'hôpital psychiatrique «coûte trop cher», «je vais à l'hôpital quand je suis malade»). Verhaegen conçoit «la maladie et ses comportements associés en termes de stratégies individuelles, c'est-à-dire comme le degré de rencontre entre la capacité d'action d'un individu et les opportunités qu'il saisit» (Verhaegen, 1985, p. 51).

La carrière psychiatrique s'inscrit dans la *trajectoire sociale* (qui réfère au cheminement socio-professionnel principalement) comme une rupture, c'est-à-dire «le moment où dans cette trajectoire est arrivé l'accident qui a mis le patient en contact avec la psychiatrie pour la première fois, c'est-à-dire ce que cet épisode est venu briser comme projets de l'individu lui-même» (Verhaegen, 1985, p. 53). Poussant la réflexion plus loin que Goffman, Verhaegen affirme que la logique institutionnelle du système psychiatrique renforce une détermination sociale, familiale ou professionnelle *déjà présente*, qu'elle s'y superpose pour en doubler les effets déterminants. La position sociale du patient à la sortie dépend donc partiellement de sa position à l'entrée.

On retrouve ici deux notions; l'une évoque la *vie du malade*, qui est déterminée, et l'autre qui, après une rupture de l'élan de cette vie, *se structure autour d'une relation aux services*, pour les utiliser, les exploiter ou les fuir... et qui est davantage le fruit de déterminismes. On élargit ici le concept en y faisant intervenir la totalité de l'existence (les déterminants antérieurs à l'hospitalisation et leurs effets après) ainsi que la possibilité de multiples hospitalisations. Mais la trajectoire de vie et la carrière psychiatrique apparaissent comme des cheminements expliqués entièrement par des causes sociales et psychiatriques, sans laisser supposer une part de choix individuel.

5. Anne Hébert (1985), dans une étude sur les individus sortant, en 1979, d'une hospitalisation psychiatrique dans trois centres hospitaliers de Montréal, desservis par un service de placement spécialisé (l'Arrimage), distingue «l'histoire de

travail» et «l'histoire d'hospitalisation»; leur interaction se traduit par une *réduction progressive de la présence sur le marché du travail*. Plus fragile et plus courte était l'insertion sur le marché du travail, plus elle sera affectée par le retrait causé par l'hospitalisation.

Mais plus encore, un certain nombre de caractéristiques se jumellent pour produire des destins très contrastés quant aux cheminements professionnels suite à l'histoire d'hospitalisations. Il se dégage ainsi trois *destinées sociales* à l'issue de l'hospitalisation, dans un processus d'homogénéisation des destins: on retrouve en effet les bénéficiaires de l'aide sociale (43%), les ménagères (14%) et les travailleurs (13%).

On a donc encore ici deux notions qui distinguent le trajet «normal» de vie de celui qui suit une rencontre avec l'hospitalisation. On y fait ressortir l'*impact déterminant* de l'histoire sociale et l'*effet catalyseur* de l'histoire d'hospitalisation: L'homogénéisation des destinées sociales indique une *réduction des possibilités de vie, d'un cheminement de vie engagé sur une voie étroite et inévitable*. Il est toutefois difficile de dire si c'est l'hospitalisation ou la maladie qui est source de réduction.

6. Ghyslaine Neill (1985) arrive à des conclusions similaires à celles d'Anne Hébert concernant la prépondérance des conditions antérieures à l'événement-repère, dans une étude où celui-ci est l'immigration plutôt que l'hospitalisation. Le sexe et la classe sociale prévalent sur l'immigration pour déterminer le déroulement de la carrière après l'immigration (étude basée sur un échantillon, non représentatif toutefois, de Haïtiens immigrés).
7. On retrouve chez Lefebvre et coll. (1985), dans une étude sur les individus présents à Parthenais à titre de prévenus, en 1982, et ayant des antécédents psychiatriques, l'approche du cheminement de vie des «psychiatisés judiciaisés», sous la forme d'une mise à jour de la construction en escalade de la dangerosité appréhendée, qui justifie l'exclusion sociale de ces individus et leur judiciarisation progressive. Il s'agit d'un lien sociopathique dans lequel le sujet ne parvient pas à se faire entendre par le groupe et ne voit aucune possibilité de faire valoir ses droits, de réaliser ses buts. On peut parler d'une situation d'entropie humaine, d'un état de marginalisation, d'isolement et de réduction de l'identité sociale dans le quotidien.

Cette escalade résulte d'un rapport entre l'incapacité des services d'encadrer ces individus «prédestinés» — jeunes (34%), peu scolarisés et ayant peu travaillé (15%) ou en tant que cols bleus, célibataires ou seuls (83%), instables dans l'environnement (31%), ayant eu à souffrir de l'absence marquée des parents durant l'enfance, de difficultés scolaires, ayant abusé de drogues et d'alcool... donc, des personnes provenant de milieu socio-économique défavorisé — et l'attitude que développent ces individus. Cette attitude opère comme une reconstruction de la perception qu'a d'eux le milieu. Ils intègrent le rôle qui correspond à la perception des intervenants qui personnalisent, en retour, cette attitude et la dépouillent de son caractère socialement construit.

On assiste à l'attribution progressive d'une étiquette de dangerosité, correspondant à des délits réels (souvent mineurs), mais surtout à une perception (d'ailleurs plus de la détresse psychologique que de la violence) et à une attitude induite chez le malade. Refoulé des services, ses ressources

s'amenuisant, et les exigences de l'environnement s'accroissant avec l'étiquette de délinquant, l'individu s'oriente vers une déviance secondaire. De part et d'autre s'installe une attitude défensive qui réduit la connaissance de l'autre aux seuls indices de menace ou de danger. Dans l'escalade, on passe de la défensive aux comportements destructifs, à la névrose ou aux crises psychotiques.

Le milieu et les services publics jouent donc un rôle actif dans la chronicisation des individus et la judiciarisation de bon nombre de personnes souffrant de troubles mentaux. L'individu manifeste certes des symptômes de pathologie mentale et commet des délits; mais l'absence d'accompagnement dans cette souffrance temporaire peut le conduire à la violence, à son tour re-provoquée par l'accollage d'une étiquette pathogène ou criminogène. «Cette attitude conduit trop souvent à rendre permanent un état de crise temporaire vécue par l'individu en détresse. L'individu s'inscrit ainsi de plus en plus, par des crises répétitives, dans un statut de malade mental dangereux, en conformité avec l'alternative que lui proposent la communauté et les institutions pour «normaliser» sa situation et la «banaliser» dans un rôle quotidien, qu'on juge adapté à sa situation» (Lefebvre, 1985, p. 46).

La trajectoire, ici, touche donc à la totalité de la vie des individus, et permet de faire ressortir que *la position* des individus par rapport au groupe (le fait qu'ils soient perçus comme dangereux) est susceptible de *déterminer le sens* de leur comportement, ce rapport devenant un *mode d'être* construit sur la défensive et personnalisé à tort par les intervenants. Prendre en compte l'ensemble des besoins des individus, au-delà des symptômes et des comportements délictuels, reconnaître *l'histoire personnelle* et sociale redonnerait à ces individus leur dignité humaine.

Cette approche de la trajectoire est très large. Elle est centrée sur la dynamique des individus, permettant de mettre en perspective — plutôt qu'au centre — le rapport aux services, et de faire apparaître l'apport de divers facteurs, outre l'hospitalisation, dans la réduction progressive des possibilités de vie. En effet, on y intègre les dimensions pathologiques et psycho-sociales, ainsi que l'impact spécifique des services, les faits observables et les perceptions qui donnent lieu à des reconstructions de l'identité. L'histoire individuelle apparaît ainsi, non comme le fruit d'un déterminisme social et hospitalier, mais comme un «enchevêtrement indissociable des dimensions sociales, psychologiques et psychiatriques» (Lefebvre, 1985, p. 127). La construction de l'attitude à travers cet enchevêtrement rejoint de très près la conception de la carrière morale de Goffman, mais dans un univers où la contrainte s'exerce de manière plus diffuse. Dans les deux cas, il s'opère une reconstruction de la perception, suite à une impossibilité d'exprimer les perceptions réelles. On aurait donc bouclé la boucle, montrant que le système ouvert actuel conduit à la même situation que l'institution totalitaire, le malade subissant une effective désinstitutionnalisation sociale (Corin et Lauzon, 1984), c'est-à-dire une exclusion et une négation de son existence qui déterminent profondément son comportement pour le rendre congruent avec ces perceptions.

Lefebvre n'emploie pas le terme de trajectoire pour l'associer précisément à la réduction des possibilités de vie, mais l'omniprésence d'un déterminisme social amène à y

associer le concept de trajectoire, comme dans «trajectoire criminelle».

8. Corin, Tremblay, Sherif et Bergeron (1984) ont étudié les stratégies d'existences des personnes âgées de trois milieux socio-économiques différents. Nous retenons ici cette étude à cause de ce qu'elle permet de faire ressortir. Dans un univers où les contraintes sont certainement moins lourdes que pour les clientèles des études mentionnées plus haut, la pathologie mentale y étant absente, on voit apparaître des stratégies d'existence caractérisées par un certain degré de liberté. La recherche veut ici dépasser la préoccupation envers les problèmes des personnes âgées et les services à mettre en place pour y répondre, ainsi qu'envers les mécanismes de coordination, qui chercheraient à en résoudre les lacunes et les contradictions. On cherche plutôt à envisager ces programmes dans «leur signification pour les personnes âgées elles-mêmes» (Corin et al., 1984, p. 89). Les stratégies mises en lumière sont celles «que les personnes âgées ont mises au point pour affronter les difficultés de la vie quotidienne» (Corin et al., 1984, p. 89). Ces stratégies sont lues dans les pratiques quotidiennes; elles constituent notamment une forme de résistance anonyme des individus à l'emprise des systèmes gérés par les macro-structures de nos sociétés. Dans ce contexte, on introduit nécessairement le recours à des ressources de «support naturel», le recours à des services professionnels n'étant qu'une des démarches possibles. Parmi les personnes ne recourant pas aux services professionnels, on retrouve celles qui disposent de ressources personnelles et sociales, et celles qui n'en possèdent pas. Le milieu et les intervenants sont soumis à la même investigation. Le recours à des ressources non professionnelles ne garantissant pas nécessairement une meilleure écoute des dynamiques individuelles et sociales des personnes, il faut porter sur elles un regard aussi critique que sur les ressources professionnelles.

Les *stratégies d'affrontement des problèmes* sont abordées en regard de quatre domaines de situations de vie: la vie quotidienne, la sécurité, les problèmes de santé et les problèmes divers. On y explore les connotations qu'ont pour les personnes ces situations, les modes d'organisation des démarches et le rôle des différentes catégories de ressources. On retient quatre types d'enchaînements de démarches: — une utilisation de ressources professionnelles, qu'elle soit accompagnée ou non d'une mobilisation de ressources informelles — une utilisation exclusive de ressources informelles dans la situation; — une utilisation exclusive de la ressource «soi-même» dans la situation; — une utilisation conjointe de la ressource «soi-même» et d'une ressource externe, qu'elle soit formelle, informelle ou les deux. On postule que les personnes sont caractérisées par un certain style de stratégie, dont le choix est influencé par le degré du problème associé à la situation et la disponibilité des ressources. Ce *style de stratégie* est le reflet d'un certain type de rapport au monde extérieur et à soi-même, qui varie selon les milieux (le sentiment d'insécurité est par exemple plus grand en milieu rural; les stratégies basées sur les ressources informelles sont plus développées au centre-ville).

Les auteurs définissent aussi les indicateurs d'un style de sociabilité sur la position que pense avoir la personne dans ses rapports sociaux. Sans reprendre ici en détail les résultats de cette étude, soulignons que le type d'utilisation des

ressources (formelles ou informelles) que privilégient les personnes âgées leur permet de se constituer un certain espace face aux contraintes qui peuvent émaner aussi bien de leur réseau social que des systèmes de services.

Les analyses factorielles et discriminantes effectuées dans cette étude font ressortir deux colorations possibles des stratégies d'existence: on y lit à certains moments un contexte de contrainte, à d'autres, il semble que les stratégies s'inscrivent également dans un autre contexte, où la variable qui prime sur la contrainte serait un style d'insertion dans les rapports sociaux.

Cette étude vient donc renforcer l'existence de cheminements qui possèdent leur propre dynamique, et qu'il faut prendre en compte dans la recherche d'amélioration des services. Elle introduit toutefois plus que d'autres — sans doute parce que la clientèle investiguée dispose d'une marge de manœuvre plus grande — la possibilité de choix de styles de vie ne résultant pas exclusivement de la contrainte. Cette dimension n'est pas à écarter, selon nous, même dans le cas d'usagers ayant des incapacités lourdes.

9. L'effet incapacitant de la maladie elle-même n'est pas isolé de l'effet de l'hospitalisation, toutes les études considérées ici ne concernant que des personnes hospitalisées.
10. Nous référons ici, en plus des études mentionnées, aux travaux en cours de Céline Mercier portant sur des patients schizophrènes.
11. Nous réservons le mot «trajectoire» aux cheminements de vie dans lesquels s'opère une réduction, parce que ce mot implique un déterminisme extérieur (la trajectoire d'un satellite, celle de la balle d'un fusil...), alors que le terme d'«histoire» s'inscrit à la fois dans la contrainte et la liberté.
12. Nous référons à la définition de crise de Caplan (1964), c'est-à-dire «une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème» reprise par Lecomte et Lefebvre (1986, p. 123). Ces auteurs identifient trois sortes de crises: intratemporelles (partie intégrante d'un cycle de vie, comme la maladie et le deuil); intertemporelles, survenant dans une période de transition entre deux cycles importants de la vie, et liées au développement physiologique ou à des transitions sociales; et a-temporelles, qui surviennent indépendamment des moments de développement. Ces dernières sont des *crises pathologiques* qui se manifestent dans la phase aiguë des épisodes névrotiques et psychotiques qui «mettent (ou semblent mettre) l'identité du sujet en danger et ouvrent (ou semblent ouvrir) la possibilité d'un changement de structure» (Ribstein et al., 1981, cité par Lecomte et Lefebvre, 1986, p. 124). Le processus de la crise, en trois temps, implique dans un premier temps un événement dangereux, un état vulnérable du sujet et un facteur précipitant. En un deuxième temps, l'individu en crise active (désorganisation et réorganisation de la perception cognitive). Le troisième temps est celui de la résolution. S'il n'y a aucune résolution satisfaisante, la crise mène à un niveau inférieur de compétence sociale et l'individu risque d'être précipité dans un état de désorganisation majeure lors d'une nouvelle crise. Une résolution satisfaisante amène un niveau de fonctionnement identique et la crise peut aussi être une occasion de croissance et amener un ni-

veau de fonctionnement supérieur. Évidemment, les mécanismes d'adaptation peuvent permettre une résolution de la crise pendant les temps un ou deux. Dans le contexte de la définition de la trajectoire, on peut penser que les crises impliquées sont principalement celles du troisième type, d'une part, et celles dont la résolution amène un niveau de fonctionnement identique (dans le cas où ce niveau n'était déjà pas très élevé) ou inférieur. La trajectoire existe là où il y a lien entre crises et chronicité.

13. Toutefois, des circuits pourraient bien se transformer en itinéraires et cesser d'être déviants, dans la mesure où le recours répétitif à des services serait reconnu comme mode d'intervention, telles des hospitalisations périodiques planifiées qui remplaceraient la péjorative «porte tournante».
14. Informations fournies verbalement à des membres du Comité de la politique de santé mentale par le Dr. Tom Arie, directeur de l'Unité des soins pour les personnes âgées, à l'Université de Nottingham, en Angleterre, et consultant auprès du gouvernement britannique en matière de politique de santé mentale pour les personnes âgées.

#### RÉFÉRENCES

- APOLLON, W., 1986, Pour une politique en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 75-104.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *La santé mentale: de la biologie à la culture. Avis sur la notion de santé mentale*, Québec, CSMQ, Éditeur officiel du Québec, 158 p.
- CORIN, E., LAUZON, G., 1984, Chronicité psychiatrique et désinstitutionnalisation: une approche sociale en psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, IX, no. 2, déc., 168-171.
- CORIN, E., TREMBLAY, J., SHERIF, T., BERGERON, L., 1984, Entre les services professionnels et les réseaux sociaux: les stratégies d'existence des personnes âgées, *Sociologie et sociétés*, XVI, no. 2, octobre, 89-105.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES PARENTS ET AMIS DU MALADE MENTAL, 1987, *Mémoire présenté au Comité de politique de Santé mentale*, 11 février, 31 p. et annexe.
- GARANT, L., 1985, *La désinstitutionnalisation en santé mentale: un tour d'horizon de la littérature*, Québec, secrétariat à la Coordination de la recherche, Évaluation des Programmes, série Études et analyses, septembre, 74 p. et annexes.
- GENDREAU, C., 1984, Ressources alternatives vs ressources institutionnelles: de la pensée magique à la concertation de survie, *Administration hospitalière et sociale*, no. 6, 9-16.

- GOFFMAN, E., 1968, *Asiles; études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, coll. le Sens commun, 447 p.
- HEBERT, A., 1985, La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques: un profil professionnel, social et psychiatrique, *Sociologie et sociétés*, XVII, no. 1, 61-72.
- HERZLICH, C., 1986, Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, in *Les médecines douces et le système de santé québécois: le rapport de l'Agora*, Ayer's Cliff, Ed. de l'Agora, 179-195.
- LAURIN, C., 1986, La maladie mentale: un défi à notre conscience collective, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 105-116.
- LECOMTE, Y., LEFEBVRE, Y., 1986, L'intervention en situation de crise, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 2, 122-143.
- LEFEBVRE, Y., COUDARI, F., LABRECQUE-MARCEAU, M.-P., 1985, *Psycauses*, Montréal, Université du Québec à Montréal, décembre, 176 p.
- LEFEBVRE, Y., 1987, Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 5-14.
- NEILL, G., 1985, Classe, sexe, et trajectoire socio-professionnelle: le cas de l'immigration haïtienne au Québec, *Cahiers québécois de démographie*, 14, no. 2, 259-273.
- PERRAULT, C., 1987, *Pour une problématique québécoise de la santé mentale*, projet réalisé pour le Comité de la politique de santé mentale, février, 43 p. et annexe.
- VERHAEGEN, L., 1985, Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques, *Sociologie et Sociétés* XVII, no. 1, 51-60.

#### SUMMARY

The system of mental health services has reached a turning point. Two reforms and numerous developments have left their mark on society as well as on available services. Today, it appears necessary to refocus intervention around an integration of the life of individuals living in society, who suffer from a mental handicap. The author's approach isolates the concept of trajectory, defined as the result of a progressive decline of opportunities to live fully. Consequently, the trajectory leads the individual into unproductive environments from the point of view of both social integration and utilization of services. Examined are the possible causes and the mechanisms of such a diminution in order to fuel the debate on the purpose of intervention and the organization of services.