

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

Par Benoît Côté, directeur général, Pech

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

Pierre Bourdieu

15 octobre 1988

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

18 novembre 1988

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

L'histoire d'une pratique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

24

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

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

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

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

Des services, une pratique, une identité

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

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

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

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

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

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

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

L'approche axée sur les forces des gens

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



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

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

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

Pech : un réseau de services intégrés et intersectoriels

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

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

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

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

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

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

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

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

L'évaluation du programme de soutien communautaire de Pech

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

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

Les faits saillants de la recherche

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

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

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

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

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

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

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

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

Passer de la réinsertion sociale à la participation sociale

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

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

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

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

Les pistes de réflexion

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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