

# le partenaire

La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale



## **Le rapport au risque dans les pratiques de rétablissement en santé mentale: des savoirs-faire et des savoirs-être renouvelés**



# le partenaire

est la revue de

l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Publiée 3 fois par année, cette revue est la seule de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale.

Siège social :

AQRP, 2380, avenue du Mont-Thabor,  
bureau 205

Québec (Québec) G1J 3W7

Internet : aqrp-sm.org

Éditrice : Esther Samson

esamson@aqrp-sm.org

Pour abonnement :

lepartenaire@aqrp-sm.org

418 523-4190, poste 214

Comité d'édition :

Rosanne Émard,

Consultante formatrice en réadaptation  
psychosociale et rétablissement et en suivi  
communautaire, Outaouais

Michel Gilbert,

Coordonnateur du Centre national  
d'excellence en santé mentale (CNESM)

Diane Harvey,

Directrice générale, AQRP, Québec

Paul Jacques,

Psychiatre, Institut universitaire en santé  
mentale de Québec, Programme clientèle  
des troubles anxieux et de l'humeur

Marie-Hélène Morin,

Travailleuse sociale, professeure régulière  
en travail social, Université du Québec  
à Rimouski (UQAR)

Steve Paquet, Ph.D.,

professionnel de recherche au Centre  
d'excellence sur le vieillissement  
de Québec et professeur associé  
au département de sociologie de  
l'Université Laval

Annie Poirier, B.Sc. Sciences biomédicales,  
boursière FRSQ; B.Sc. Sciences de la santé,  
Mention d'honneur du Doyen de la Faculté  
de Médecine; utilisatrice de services  
en santé mentale

Révision des textes :

Judith Tremblay

Conception et réalisation graphique :

www.fleurdeleysee.ca

Impression :

Les Copies de la Capitale, Québec

ISSN : 1188-1607

## SOMMAIRE

### ÉDITORIAL

3

#### La gestion du risque en santé mentale : au-delà du contrôle

Steve Paquet, Ph. D., professionnel de recherche, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec;  
professeur associé, Département de sociologie, Université Laval;  
membre, Comité d'édition, revue *le partenaire*

Esther Samson, éditrice, revue *le partenaire*

### CHRONIQUE DU FRANC-TIREUR

5

#### L'appropriation de la gestion du risque par les personnes aux prises avec un trouble mental

Noémie Charles, travailleuse sociale; personne utilisatrice; chargée de projet,  
Les Porte-Voix du Rétablissement

7

#### Rétablissement et gestion du risque... Du paradoxe à l'intégration

Mathieu Morel-Bouchard, chargé de projet, projet Mosaïque,  
Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme

13

#### Gestion du risque et lien intervenant-client Porter un regard différent sur les situations comportant de la dangerosité

Jessica Soto, coordonnatrice clinique, Équipe toit d'abord, Diogène

16

#### Faire face au risque : une composante essentielle à un mode de gestion axé sur le rétablissement

Entretien avec Louise Marchand, gestionnaire retraitée, auparavant chef d'unité et  
gestionnaire-coach clinique à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)

Esther Samson, éditrice, revue *le partenaire*

19

#### Quand la peur a raison de la raison

Dr Pierre Thériault, artiste peintre, médecin de famille

21

#### Réflexions sur le risque de voyager à des milliers de kilomètres avec des patients partenaires sensibles au stress

Jean-François Pelletier, Ph. D., patient partenaire; professeur-chercheur, Département de  
psychiatrie, Université de Montréal, Institut universitaire en santé mentale de Montréal,  
Yale Program for Recovery & Community Health

25

#### Familles de personnes atteintes de troubles mentaux et gestion du risque

Jean-Pierre Bonin, professeur titulaire, chercheur, Faculté des sciences infirmières, Université de  
Montréal; Centre de recherche, Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)

Caroline Larue, professeure agrégée, chercheuse, Faculté des sciences infirmières, Université de  
Montréal; Centre de recherche, IUSMM

Gabrielle Chicoine, étudiante graduée à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières,  
Université de Montréal

Mathieu Dostie, coordonnateur de projet, Centre de recherche, IUSMM

Hélène Racine, directrice, Soins infirmiers, Institut universitaire en santé mentale Douglas

### NOUS AVONS LU POUR VOUS...

30

#### Santé mentale, santé spirituelle

Odetta Bernazzani et Benoît Lacroix. (2014). Médiaspaul Canada.

Dominic Mailhot

31

#### Pour faire avancer les choses maintenant...

Daniel B. Gélinas, M. Sc., psychoéducateur, travailleur social retraité de l'Institut universitaire en santé  
mentale de Montréal

#### Héritage d'un franc-tireur

Texte de l'allocation livrée par Daniel Gélinas lors de l'événement soulignant son départ à la retraite (Institut  
universitaire en santé mentale de Montréal, 27 août 2014)



# La gestion du risque en santé mentale : au-delà du contrôle

Cette notion de risque qui prend au XX<sup>e</sup> siècle, et notamment depuis quelques décennies, l'ampleur d'une véritable obsession, induirait une nouvelle conception du lien causal : celui de risque comme danger sans intention, sans auteur, sans volonté spécifique de nuire à un individu ou à une population. À chaque risque est associé un ensemble de facteurs de risque. Ériger un danger en risque implique l'éclatement de cette notion de causalité vers la multiplication des causes ainsi que la convergence ou le cumul des facteurs<sup>1</sup>.

Le thème du risque en santé mentale nous interpellant depuis un certain temps, nous avons choisi de lui consacrer un numéro en l'envisageant sous l'angle du rétablissement plutôt que de celui de la dangerosité, de sa gestion et de son autogestion plutôt que de son contrôle ou de son évitement.

Avant de poursuivre la présentation du numéro, nous vous offrons une réflexion sur la notion de risque, laquelle servira de grille de lecture pour apprécier à leur juste valeur les textes réunis ici.

La citation ci-dessus de la sociologue Johanne Collin exige la construction d'une pensée rigoureuse sur le concept du risque dans le domaine de la santé, en raison entre autres de son caractère « invisible » et indéfini; le risque échappe à la perception sensible, il est d'abord appréhendé avant que d'être l'objet d'une connaissance acquise par l'expérience de la vie quotidienne. Cette distinction majeure implique que le rapport au risque se situe dans l'espace social comme l'aboutissement d'une longue chaîne associative où est évacuée l'idée de « causalité directe » au profit d'un long et tortueux « processus interprétatif » capable d'intégrer un nombre potentiellement infini d'éléments dans l'explication culturelle des conduites humaines. Ainsi, il y a eu modification du discours social : nous ne vivons

pas, semble-t-il, dans une société plus dangereuse qu'auparavant, nous évoluons dans un monde où le risque, jamais aperçu, existe partout. À la différence du danger, présenté comme une menace émanant de l'extérieur et échappant en quelque sorte au contrôle humain, la question du risque se pose différemment : elle vient inscrire au fondement même de l'action l'imminence de ce danger autrefois localisé en dehors de la vie sociale et de son unité. Si l'on pouvait se prémunir et éventuellement empêcher les conséquences d'une situation objectivement dangereuse, on ne peut aujourd'hui que s'approcher d'un principe de précaution à jamais inatteignable, puisqu'il supposerait la possibilité d'un « risque zéro ». De cette mise en contexte, retenons deux éléments :

1) La notion de risque réfère à deux types de réalité trop peu souvent distingués :

a) *Le risque comme attribut* servant à définir, en amont, un groupe ou des individus

L'idée d'une « population à risque » illustre cette première caractéristique. Dans ce cas de figure, le concept de risque intervient en lieu et place de ce qui, autrefois, servait à décrire les causes possibles de l'infortune. Le cas des aînés considérés comme étant à risque d'isolement social peut ici être évoqué pour mieux comprendre cette fonction du risque. Car l'avancement dans le grand âge et les conséquences que cette condition entraîne souvent (diminution des contacts sociaux liée à la perte des proches, fragilisation de l'état de santé, précarité financière, etc.) ne peuvent plus être imputés à un « mauvais coup du destin ». L'isolement comme problème social s'explique par l'enchevêtrement d'un cumul de « facteurs de risque » accolés aux personnes (les aînés dans ce cas-ci) et agissant comme autant de déterminants potentiels;



Steve Paquet, Ph. D.  
Professionnel de recherche,  
Centre d'excellence sur le  
vieillessement de Québec  
Professeur associé,  
Département de sociologie,  
Université Laval  
Membre, Comité d'édition,  
le partenaire



Esther Samson  
Éditrice

<sup>1</sup> J. Collin. (2005). « Médicament psychotrope : quelques mythes à détruire », *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, p. 126.

*Ordo ab chaos,*  
Huile sur panneau de Masonite  
Dr Pierre Thériault

Ce tableau constitue l'exploration et l'expression par le biais de l'abstraction, d'un état, d'un moment qui se veut de prise de conscience ou même de « grâce ». La démarche découle de la réalisation qu'il est possible de faire l'expérience de tels états par l'action de peindre. Il s'agit de plonger dans l'inconscient, ou le vide, en appliquant une foi totale en sa maîtrise et son intention dirigée vers le Beau, le Vrai, et de laisser se manifester à travers les lignes, les formes et les couleurs sans censure, sans appréhension et en toute liberté le message du tableau. Ainsi, du chaos intérieur émerge l'ordre, de l'informe nous créons une forme, du néant, une vie apparaît. Car, un tableau réalisé de cette façon peut nous accompagner tout une vie durant et nous inspirer, nous instruire en nous soufflant son message qui évolue avec nous sans jamais épuiser le mystère qui a présidé à sa naissance.



b) *Le risque comme lexique général* permettant de « lire » ce qui, chez l'autre, sera perçu comme une menace toujours présente

Dans le domaine de la justice pénale, la notion du « **risque de récidive** » peut servir d'exemple pour imager ce second type de réalité. Le caractère imprévisible du risque sert ici à justifier un ensemble de mesures et de pratiques sociales préventives, avant même qu'un réel « dommage » soit advenu. C'est le risque comme « événement-non-encore-survenu qui motive l'action »<sup>2</sup> qui se déploie dans ces pratiques. Dans cette perspective, la gestion du risque peut conduire (par une dérive possible) à une obsession pour la sécurité servant à encourager les initiatives individuelles axées sur le « souci » et la responsabilisation de soi. Nous sommes ici plongés dans une représentation (nécessairement incomplète) de l'action humaine qui serait constamment et en tous lieux volontaire et rationnelle, orientée naturellement vers la réduction de ce qui, *chez soi*, pourrait être menaçant *pour soi* ou *pour les autres*. Autrement dit, « être à risque de... » intervient dans la parole et la rumeur publique comme le résultat d'un construit social qui remet à l'avant-scène le stigmaté, le blâme, la faute et le contrôle.

2) L'avènement du risque en remplacement de la question du danger va de pair avec la montée de l'individualisme, entendu ici comme l'éclatement et la diversification croissante des repères et des appuis symboliques servant aux acteurs sociaux à construire leur identité, le sens de leurs interactions avec autrui et leur sentiment d'appartenance à un groupe ou à une communauté. L'exercice des rôles sociaux ne nous est plus imposé ou dicté de l'extérieur; leur adoption est tout au contraire bâtie à partir d'une série de choix que l'on dit « personnels », étalés sur des parcours de vie qui ne sont plus tracés d'avance. Une conséquence de ces transformations est qu'elles ouvrent la voie à la responsabilité individuelle. La maladie et la santé par exemple ne sont plus une affaire de classe et ne peuvent plus être expliquées à partir de déterminismes sociaux, quand bien même des efforts seraient faits en ce sens. Car la santé requiert aujourd'hui l'adhésion *consentie* à des normes culturelles concernant les figures du « bien-vivre ». En lien et en accord avec le thème de cette présentation, illustrons les choses à partir d'un autre exemple : l'adoption de ce qui est actuellement défini comme de saines habitudes de vie implique en contrepartie le refus avoué de ce qui sera reconnu comme un risque au bien-être. La conscience libre et éclairée (anciennement jugée en fonction de son rapport à la vérité) est à présent une *conscience du risque* et elle se traduit par la capacité d'éviter celui-ci.

De diverses manières, les textes que nous vous proposons dans ce numéro reflètent ces différents types de réalité du risque. Être à risque de rechute, de récidive, de décompensation; intervenir auprès de personnes dont le comportement est à risque; vivre au quotidien avec celles-ci. Nous avons voulu dans ce numéro mettre

l'accent non sur la possibilité de conjurer les risques, mais plutôt sur la *gestion* du risque afin de promouvoir le rétablissement. Il s'agit d'examiner son propre rapport au risque en tant qu'intervenant ou gestionnaire. C'est aussi savoir affronter des risques et laisser autrui prendre les siens propres au profit de son rétablissement.

Ce numéro s'ouvre sur notre chronique du franc-tireur où l'auteure prône justement l'appropriation de la gestion du risque par les personnes vivant avec un trouble mental, tout en proposant le GeRAR<sup>3</sup>, un modèle novateur de gestion du risque. L'autogestion du risque et sa normalisation sont au centre du texte suivant où ces notions sont intégrées comme composantes du processus d'intervention. La relation de l'intervenant vis-à-vis du risque – en intervention, mais également par rapport à lui-même – est abordée dans l'écrit subséquent.

Nous nous sommes intéressés aussi à la gestion du risque sous l'angle de la vision organisationnelle. *le partenaire* a rencontré Louise Marchand qui a exercé à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec un rôle de pionnière dans l'implantation de pratiques et de services axés sur le rétablissement. Mme Marchand fait part de sa vision de ce qu'est le risque et de son expérience de gestion s'appuyant sur le rétablissement. Suit un écrit introspectif sur le risque et le rétablissement que partage avec nous un artiste peintre et médecin de famille dont le parcours a été marqué par la maladie mentale.

Un voyage en Europe, réunissant gestionnaires, intervenants et personnes utilisatrices, vous est raconté par la suite. Un bel exemple de gestion du risque comme ingrédient actif du rétablissement. Puis vient un texte portant sur le rapport particulier qu'entretiennent les familles avec le risque et sur les outils de formation qui leur sont adressés.

*Santé mentale, santé spirituelle* est le titre du livre commenté pour vous dans notre chronique *Nous avons lu* qui, exceptionnellement, ne clôt pas ce numéro. En effet, nous vous laissons avec un hommage à un grand franc-tireur, récemment retraité, Daniel Gélinas. Découvrez l'allocution qu'il a prononcée le 27 août dernier, alors que l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal soulignait son départ.

Steve Paquet, Ph. D.  
Professionnel de recherche, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec  
Professeur associé, Département de sociologie, Université Laval  
Membre, Comité d'édition, *le partenaire*

Esther Samson  
Éditrice, *le partenaire*

<sup>2</sup> U. Beck. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Flammarion.

<sup>3</sup> N. Charles. (2014). « L'appropriation de la gestion du risque par les personnes aux prises avec un trouble mental », *le partenaire*, 23(2), automne 2014.

# L'appropriation de la gestion du risque par les personnes aux prises avec un trouble mental

Noémie Charles, travailleuse sociale; personne utilisatrice; chargée de projet, Les Porte-Voix du Rétablissement

Par un dimanche de juillet, je prenais plaisir à écouter Boucar Diouf à la radio. Le sujet de l'émission : l'instinct. Qu'ont en commun l'instinct et la gestion du risque? Posez-vous réellement la question!

Instinct parental (autrefois maternel!), instinct de survie, instinct de préservation... Dans la gestion du risque, plusieurs instincts entrent en jeu. Lorsqu'un parent prend naturellement en charge son enfant majeur, quand un professionnel mise sur son expertise et passe sous silence la richesse du savoir expérientiel de son client..., c'est pour le bien de ces personnes qui vivent avec un trouble mental. Des signaux d'alarme devraient pourtant retentir lourdement. Ces situations entraînent fréquemment – sinon systématiquement – la victimisation, la déresponsabilisation, l'autostigmatisation, la stigmatisation, la discrimination et la « contention » sociale<sup>1</sup>. Ceci en plus de discréditer la personne, de diminuer son estime, de lui démontrer qu'on ne peut lui faire confiance, qu'elle doit se méfier d'elle-même, etc. Que de barrières au rétablissement!

Nous empêcher de prendre des risques ou les gérer à notre place, c'est nous priver d'une qualité de vie, nous infantiliser, nous départir du mode d'apprentissage le plus instinctif (essais et erreurs). Patricia Deegan<sup>2</sup> mentionne la dignité du risque et le droit à l'échec. J'ajouterais la culture de l'effort. Inutile, même dommageable, tant pour la personne que pour les familles et les professionnels, de faire à la place de..., de prendre sur soi, de porter, de tirer, de pousser...

La gestion du risque concernant tout ce qui peut avoir une incidence sur nous doit nous revenir. Après tout, nous sommes souvent les mieux placés pour répertorier, prévoir et évaluer les risques auxquels nous devons faire face. Promouvoir le rétablissement, et par conséquent l'autodétermination et le pouvoir d'agir<sup>3</sup>, pose déjà les prémisses de l'appropriation de la gestion du risque par les personnes aux prises avec un trouble mental. Toutefois, des actions plus concrètes doivent être entreprises.

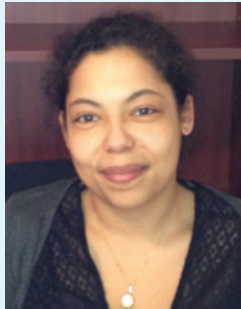
Prenons l'exemple de la gestion du risque suicidaire. Une personne remplirait un formulaire<sup>4</sup> officiel, reconnu par la loi et

authentifié, qui expliquerait à son entourage comment et à quel moment elle désire être aidée. Elle y détaillerait, entre autres, les événements qui la mettent à risque; les services et traitements qu'elle veut utiliser ou proscrire; les éléments indiquant que la crise est terminée; les balises pour le retour à la maison; ses stratégies pour favoriser son rétablissement et éviter les situations de crise. De cette façon, elle préserve son pouvoir et sa qualité de vie. L'appropriation de la gestion du risque peut donc aussi passer par la prévention et la légifération de certaines démarches.

Tout cela représente un défi majeur pour lequel la collaboration des familles, des professionnels et des communautés est nécessaire. Il semble que ce soit le dernier pas à franchir pour une réelle appropriation du pouvoir sur notre vie. Ce n'est qu'ensemble que nous pouvons y arriver.

Je ne peux conclure sans aborder la normopathie (exiger que nous soyons plus « normaux » que les gens n'ayant pas de trouble mental). Par exemple, un individu peut changer d'emploi jusqu'à ce qu'il trouve celui qui lui convienne, mais pour la personne vivant avec un trouble mental, cela devient un signe d'instabilité. Ou encore, nul ne communiquera avec la Direction de la protection de la jeunesse ni ne remettra en question les habiletés parentales d'un proche désespéré et désemparé devant les comportements délinquants de son enfant, *sauf* si ce proche présente un trouble de santé mentale... La normopathie est donc un risque que nous devons gérer.

Le fait que les personnes aux prises avec un trouble mental s'approprient la gestion du risque permet que l'on dépasse l'instinct de survie pour renforcer « l'instinct de qualité de vie ». Ce défi implique des changements – parfois radicaux – sur le plan de la planification, de l'organisation, de la prestation et de l'évaluation des services de santé mentale. Il remet aussi en question certaines habitudes et façons de faire des personnes utilisatrices, de leur famille et de la communauté. Oserons-nous agir en ce sens? Allez, mettons-nous au défi! Qui ne risque rien n'a rien... Alors..., on s'lance?!



Noémie Charles

<sup>1</sup> Surprotéger une personne perçue comme fragile ou vulnérable, au point de restreindre ses aspirations, ses rêves, ses projets..., et de la contraindre au seul rôle de malade mental (Charles 2009).

<sup>2</sup> P. Deegan. (1987). *Recovery, Rehabilitation and the Conspiracy of Hope*.

<sup>3</sup> L'autodétermination et le pouvoir d'agir figurent parmi les dix composantes du rétablissement selon le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* aux États-Unis (SAMHSA 2006).

<sup>4</sup> Par exemple, le *Plan d'action individualisé de rétablissement* (PAIR), l'adaptation francophone du *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP) de Mary Ellen Copeland (2002).





## GeRAR (Charles 2014)

En réfléchissant à l'appropriation de la gestion du risque par les personnes vivant avec un trouble mental, j'ai eu l'idée d'une Gestion du risque axée sur le rétablissement (GeRAR). Neuf principes de base guident la prise de décision en GeRAR.

1. Le rétablissement, coconstruction de notre identité à partir de qui nous avons été, de qui nous sommes devenus et de notre potentiel :
  - Impossibilité de se rétablir seul (avec ou sans les services de santé mentale);
  - Importance des rêves qui font naître ou qui ravivent l'espoir;
  - Nouvelles contraintes et limites, mais aussi nouvelles connaissances et possibilités;
2. Les dix composantes du rétablissement (SAMHSA 2006) :
  - Autodétermination;
  - Caractère non linéaire;
  - Cheminement axé sur les forces;
  - Entraide entre pairs;
  - Espoir;
  - Services individualisés et centrés sur la personne;
  - Pouvoir d'agir;
  - Respect;
  - Responsabilités;
  - Vision holistique;
3. La contribution de tous les acteurs touchés par la planification, l'organisation, l'implantation et l'évaluation systématique et continue en GeRAR;
4. Le partage des responsabilités :
  - Partenariat réel;
  - Confiance et respect mutuels;
  - Reconnaissance tant du savoir expérientiel que de l'expertise professionnelle;
5. La création de relations mutuellement satisfaisantes entre les personnes et la communauté (jumeler les forces aux besoins);
6. Les quatre tamis<sup>5</sup> :
  - 1) Légalité du comportement;
  - 2) Sécurité (de la personne ou d'autrui);
  - 3) Souffrance (pour la personne ou pour autrui);
  - 4) Pertinence (bon service, bon moment, bonne personne);
7. La dignité du risque, le droit à l'échec et la culture de l'effort;
8. La qualité de vie (exemple : trouver la dose de médicaments permettant de soulager les symptômes incapacitants de la dépression sans « geler » la personne);
9. La gestion du risque suicidaire à l'aide du PAIR :
  - Prévention (exemples : comment je suis quand je vais bien; quels sont les éléments déclencheurs);
  - Intervention (exemples : dans quel centre de crise je veux aller; quelle médication je refuse de prendre);
  - Postvention (exemples : quels sont les comportements indiquant que la crise est terminée; comment préparer le retour à la maison).

<sup>5</sup> S. Ratel, chef de service, Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine. (12 mai 2010). *Présentation*, Journées biannuelles en santé mentale.

# Rétablissement et gestion du risque... Du paradoxe à l'intégration

Mathieu Morel-Bouchard, chargé de projet, projet Mosaïque, Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme



## La belle et le risque – Il était une fois...

*Il était une fois une personne qui avait perdu le contrôle de sa vie à un point tel que la société dans laquelle elle évoluait l'avait contrainte dans sa liberté afin de sécuriser la population... Elle était dorénavant jugée dangereuse et instable. Les gens de sa communauté craignaient tellement sa présence qu'elle était marginalisée, elle s'est retrouvée seule. Un changement de regard de son entourage sur sa personne s'imposait pour qu'elle puisse un jour danser avec l'idée de se rétablir et modifier ainsi l'image qu'elle avait d'elle-même. Heureusement, l'histoire se termine bien : le rêve de se rétablir est devenu réalité.*

Cette histoire, une analogie associant la notion de risque à l'affreux monstre du conte *La Belle et la Bête*, permet d'introduire l'idée qu'il est possible d'apprivoiser le risque et de l'intégrer au travail clinique des professionnels œuvrant auprès des personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale. En ce sens, le risque peut donc se révéler un allié intéressant dans les interventions soutenant le rétablissement, pourvu que nous puissions lui donner une raison d'être et une fonction.

Ce texte explique que l'idée de risque s'avère un levier important pour le rétablissement et qu'elle permet de contourner certains paradoxes de l'intervention auprès des personnes ayant des difficultés de gestion sur ce plan. En effet, nous entendons souvent dire qu'il n'est pas facile d'accompagner une personne dans son cheminement si elle est sous le coup d'une ordonnance légale ou de toute autre mesure exerçant un contrôle sur sa vie. De ces affirmations découle une opposition paradoxale entre le principe de « contrôle » et celui de l'« alliance thérapeutique ». Il est clair, dans ces impressions « menottantes », que le cadre structurant facilitant la gestion du risque potentiel chez la personne est perçu comme un ennemi. Ce contexte fait émerger plusieurs questions spontanément, telles : « Comment pouvons-nous aider quelqu'un s'il apprend que nous dansons

avec l'ennemi? » et « L'alliance thérapeutique serait-elle quasi impossible? ». Réalisé à partir d'expériences professionnelles en psychiatrie légale, ce texte – qui n'est pas un guide pratique – suggère diverses généralisations permettant un meilleur arrimage de la notion de risque au travail clinique des milieux non spécialisés en la matière. De ce fait, son contenu fait voir que cette intégration optimisée offre la possibilité d'utiliser le risque comme porte d'entrée au travail de réadaptation de la personne, ce qui ajoute aux options cliniques disponibles pour l'intervenant.

### QUELQUES REPÈRES INITIAUX

Avant de prendre connaissance des explications relatives à l'emploi de la notion de risque comme levier pour le rétablissement, il est essentiel que le lecteur puisse être instruit de quelques points d'ancrage :

1. La notion de risque dans les services de première ligne;
2. Le citoyen à part entière; droits et responsabilités;
3. La normalisation et le concept de risque;
4. La nécessité de passer de la dangerosité à la gestion du risque.

Bonne lecture!



Mathieu Morel-Bouchard





### *1. La notion de risque dans les services de première ligne*

Il est important que tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, incluant ceux de la première ligne de service, puissent intervenir aisément auprès des personnes ayant des difficultés d'autogestion du risque. Ainsi, ils intégreront la notion de risque à leurs actions cliniques comme ils le font pour toute autre caractéristique de la personne. Par ailleurs, cette clientèle est souvent confiée aux services spécialisés du réseau, ce qui est logique puisque la majorité des spécialistes du risque travaillent dans les organisations de troisième ligne et possèdent plusieurs compétences pointues sur l'évaluation et la gestion du risque. Cependant, les personnes éprouvant des difficultés à gérer leurs risques se retrouvent souvent dans plusieurs autres services non spécialisés. Pensons seulement aux gens ultérieurement orientés vers des services n'ayant pas ce type de spécialité une fois leur fréquentation des services spécialisés terminée. À l'inverse, un grand nombre de personnes ayant un risque instable ne recevront jamais des services spécialisés en ce sens. Toutes – sans exception – se retrouveront à consulter l'ensemble des services de santé mentale.

Cette réalité représente un défi de taille pour les organisations non spécialisées en matière de gestion du risque. Ainsi, bien que les intervenants de celles-ci agissent au meilleur de leurs

connaissances vis-à-vis des comportements à risque de ces personnes, leur relation avec elles se résume souvent à des interventions en temps de crise. Ceci n'est d'ailleurs pas étranger au fait que le stigmate de dangerosité est trop facilement associé à ceux qui ont sillonné les couloirs de l'Institut Philippe-Pinel; le risque est alors assimilé arbitrairement au mot « danger ». Afin d'agir en prévention et d'éviter d'ignorer cette réalité, les intervenants des services non spécialisés doivent être bien au fait de la dynamique parfois complexe du risque qui habite les personnes qu'ils aident. La connaissance de cette dynamique favorisera l'accès à la fonction du comportement dysfonctionnel lourd de conséquences pour la personne et aidera à la compréhension de la chaîne comportementale menant à tout type de passage à l'acte (consommation de drogues, fugue d'une personne en thérapie, risque d'être victime de mauvais traitements, de sévices, de voies de fait, d'automutilation, etc.).

### *2. Le citoyen à part entière; droits et responsabilités*

Pour en arriver à justifier l'importance pour la personne ayant un problème de santé mentale d'apprendre à autogérer les risques avec lesquels elle doit vivre, il est essentiel d'établir la juste valeur de la notion de responsabilité de celle-ci. Pour y parvenir, les intervenants doivent absolument être conscients que les responsabilités rattachées au rôle de citoyen sont



aussi fondamentales que le respect de ses droits. D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) énonce que le thème de fond du prochain plan de santé mentale sera **l'exercice de la pleine citoyenneté**. Par « exercice de la citoyenneté », le MSSS (2014) fait référence à la dimension sociale de la citoyenneté, qui *s'enracine dans [un] sentiment d'appartenance partagé par des individus qui sont à la fois sujets de droits et de libertés et acteurs sociaux porteurs de responsabilités*. Cet énoncé fait état à la fois de droits et de responsabilités de la personne ayant eu ou ayant un problème de santé mentale. Quoiqu'il reste encore des améliorations à réaliser, les années 2000 ont été très actives du côté de la sensibilisation par rapport aux droits. Ces actions issues du mouvement des droits civils étaient primordiales pour permettre aux principes du rétablissement et de l'autodétermination de prendre forme (Piat et coll. 2008). Du même coup, la formation et les actions de sensibilisation des dernières années ont traité, en second plan, des responsabilités que la personne ayant un problème de santé mentale doit endosser pour vivre aisément dans sa communauté. En ce sens, la croyance qu'elle est capable de prendre ses responsabilités de citoyen deviendra un atout majeur pour son apprentissage de l'autogestion du risque.

En outre, les personnes vivant une phase aiguë de leur maladie mentale affichent une grande variabilité quant à leur jugement. En ce sens, il devient difficile de généraliser le principe de responsabilité de ces personnes et ce fait rend selon nous les actions de promotion plus difficiles à établir. Il arrive parfois qu'il soit nécessaire de mettre en place des mesures de protection pour pallier l'incapacité temporaire de la personne en phase aiguë de maladie d'assumer certaines responsabilités de citoyen comme l'autogestion du risque. Pour éviter toute confusion dans le présent texte, nous n'aborderons pas ces situations requérant au premier abord l'intervention médicale, situations qui s'inscrivent dans une période définie pendant laquelle le travail d'accompagnement en matière d'autogestion du risque est suspendu.

### 3. La normalisation et le concept de risque

Il est pertinent comme clinicien de parler de **normalisation** du concept de risque afin de donner à ce dernier une existence réelle et plausible. D'ailleurs, cette normalisation – qui distingue la notion de risque de celle de maladie mentale – rejoint grandement les propos de P. E. Deegan (1997) qui témoignent de l'importance pour la personne ayant un problème de santé mentale grave de se détacher de l'étiquette de « malade mental » pour se rétablir. Cependant, la tâche qui consiste à faire accepter le risque comme allié au rétablissement n'est pas mince. Plus précisément, ce concept est généralement associé aux personnes dangereuses, à ce qu'elles pourraient provoquer comme situation, à l'appréhension qu'elles font vivre. Or, serait-il possible que toute personne, peu importe son rang social, son statut, sa richesse, soit porteuse de sa propre « bête », de ses propres risques? Que toute personne soit sujette à différents types de risques selon ses caractéristiques et sa structure de personnalité? Évidemment, nous désirons faire émerger ici la réponse que chaque personne recèle ses propres facteurs de risques. Ce sont les habiletés et les compétences d'autogestion

du risque par les personnes qui expliquent les raisons pour lesquelles nous ne pouvons déceler le risque chez ces dernières. Cependant, cette dynamique ne signifie pas que le risque n'existe pas!

D'autre part, la normalisation de la notion de risque peut faire naître un sentiment d'insécurité pour certains ou d'exagération pour d'autres. Mais cette façon de « déstigmatiser » le risque ne doit pas être interprétée comme étant banalisante. Au contraire, il faut toujours se rappeler qu'une mauvaise gestion du risque entraîne souvent des conséquences indésirables pour la personne ou pour la population. Cette manière de voir se veut constructive et donne la possibilité d'intégrer la notion de risque comme partie prenante du travail clinique des intervenants.

### 4. La nécessité de passer de la dangerosité à la gestion du risque (Gendron 2011)

Afin de faciliter l'intervention auprès des personnes vivant des difficultés de gestion du risque, il est primordial de se distancier du principe de dangerosité comme guide principal pour intervenir. La dangerosité est souvent décrite dans les profils cliniques des personnes comme un élément central, parfois inquiétant. De ce fait, nous permettons à nos appréhensions de prendre une place beaucoup trop grande dans les décisions relatives aux orientations cliniques. D'ailleurs, il arrive à l'occasion que ces données soient utilisées pour justifier que l'on refuse à la personne l'accès à certains programmes, la privant alors de services. Cette réalité est compréhensible lorsqu'on travaille avec le principe de dangerosité qui rappelle dans un tout premier lieu celui de DANGER. Le danger, associé à la personne, devient un élément stable dans le temps : la personne considérée comme étant dangereuse va porter cette étiquette pour toujours, ce qui est extrêmement stigmatisant pour elle. C'est pour ces raisons que le troc du principe de dangerosité (danger de passage à l'acte) pour celui de risque est essentiel. Cet échange conduira systématiquement à la possibilité de variation de la probabilité du passage à l'acte (dynamique) en fonction du profil de la personne, du contexte, des moyens déployés pour assurer la gestion du risque, etc. La personne éprouvant des difficultés de gestion du risque en ressortira gagnante, car en plus de se séparer de l'étiquette d'individu dangereux, elle pourra renouer avec l'espoir de pouvoir acquérir des compétences d'autogestion du risque. Le changement de principe permettra de rendre concrète l'intervention préventive minimisant le risque de passage à l'acte de la personne et de préserver le fragile équilibre entre sa qualité de vie et sa sécurité. En plus de diminuer les conséquences d'un passage à l'acte, cette dynamique réduira l'impression d'impuissance des intervenants tout en augmentant leur sentiment de sécurité et de compétence.

### LA NOTION DE RISQUE COMME LEVIER AU RÉTABLISSEMENT

Dans un contexte où une personne a de la difficulté à forger une alliance thérapeutique, l'accompagnement favorisant l'amorce d'un processus de maturation en matière d'autogestion du risque chez elle représente un défi de taille pour l'intervenant. Cependant, en s'inspirant des travaux du Dr Xavier Amador (Amador et coll. 2007) portant sur l'anosognosie et sur la méthode ÉEAP (Écoute –

Empathie – Accord – Partenariat), il est possible d'avoir recours à la notion de risque comme tremplin au déclenchement d'un tel travail et ainsi de permettre à la personne de devenir partenaire de sa démarche. Il faut dire que cette clientèle fait montre généralement de peu d'autocritique à l'égard de sa dynamique et que sa perception altérée de soi la maintient souvent dans une sorte de cercle de récidives où elle accumule plusieurs conséquences négatives. Tel que cela est illustré par le schéma I ci-dessous, la personne n'étant pas critique par rapport à ses passages à l'acte (cadrons C et D), elle ne pourra pas entamer un réel travail d'intériorisation des acquis indispensables à l'autogestion du risque. Pour ces raisons et pour prévenir d'autres récidives, il sera donc pertinent et justifié de pallier ce manque d'introspection en intégrant un encadrement (cadran C) plus strict. Ainsi, on pourra gérer le risque de la personne. Cet encadrement plus intensif exécuté souvent par des ordonnances légales ou par la pression d'un proche contribue généralement au fait que les personnes acceptent par obligation les services les aidant à un meilleur contrôle de leurs comportements. Dans ce contexte, elles auront recours à certains mécanismes de défense (par exemple, la manipulation) pour échapper à cette pression externe et pour poursuivre leur chemin sans même acquérir de nouvelles habiletés nécessaires à l'autogestion du risque. L'enjeu clinique de cette étape sera de favoriser l'ouverture au changement (cadran B) à partir de techniques variées issues d'approches (motivationnelle, cognitivo-comportementale, réduction des méfaits, etc.) qui soutiennent le rétablissement. Durant ces tentatives de motivation, l'intervenant peut faire valoir à la personne qu'elle a la possibilité de prendre sa responsabilité d'autogestion du risque comme membre d'une communauté et qu'elle évitera ainsi l'accumulation des conséquences négatives reliées aux normes sociales. Bref, en plus de générer un effet de « déstigmatisation », la mise en valeur de la « responsabilité de citoyen » contribuera au transfert de la motivation extrinsèque



**Il est primordial pour l'intervenant œuvrant auprès des personnes ayant des difficultés de gestion du risque de bien comprendre les étapes que ces dernières traversent en route vers l'autogestion du risque autonome.**

(désir de changement procédant d'une pression extérieure) de la personne à une démarche d'intériorisation de son besoin de changement (voir tableau I, étape 4).

Il est donc logique d'affirmer que la capacité d'autocritique de la personne vis-à-vis de ses comportements à risque laisse anticiper quels seront les moyens déployés (soit par des mesures externes ou par la personne elle-même) pour gérer le risque. De ce fait, il est essentiel que l'encadrement prévu soit balisé et ajusté parallèlement à l'évolution de l'autocritique de la personne et à l'amélioration de ses compétences d'autogestion du risque. La naissance d'une capacité d'autocritique est un facteur déterminant auquel nous devons porter une attention particulière afin que la personne puisse intérioriser ses acquis en matière d'autogestion du risque. En ce sens, l'engagement de la personne dans sa démarche rejoint plusieurs indicateurs du rétablissement définis par Larry Davidson (2005). Parmi ceux-ci, nous retrouvons : se responsabiliser, être citoyen à part entière, trouver sa place dans la communauté, surmonter la stigmatisation, renouveler l'espoir et l'engagement, avoir du soutien social et, finalement, redéfinir sa vie.

Il est primordial pour l'intervenant œuvrant auprès des personnes ayant des difficultés de gestion du risque de bien comprendre les étapes que ces dernières traversent en route vers l'autogestion du risque autonome. Cette compréhension lui permettra de moduler l'utilisation du concept de risque pendant ses interventions et l'aidera à mieux saisir les réactions de sa clientèle. Pour décrire ces étapes, nous nous sommes inspirés du processus de rétablissement (Lagueux et coll. 2007). Le tableau I met en évidence le chemin que la personne doit parcourir pour arriver à la mise en action nécessaire à l'intériorisation réelle des acquis en matière d'autogestion du risque.

## Schéma I

### CORRÉLATION ENTRE LA CAPACITÉ D'AUTOCRITIQUE DE LA PERSONNE ET LE TYPE D'ENCADREMENT REQUIS

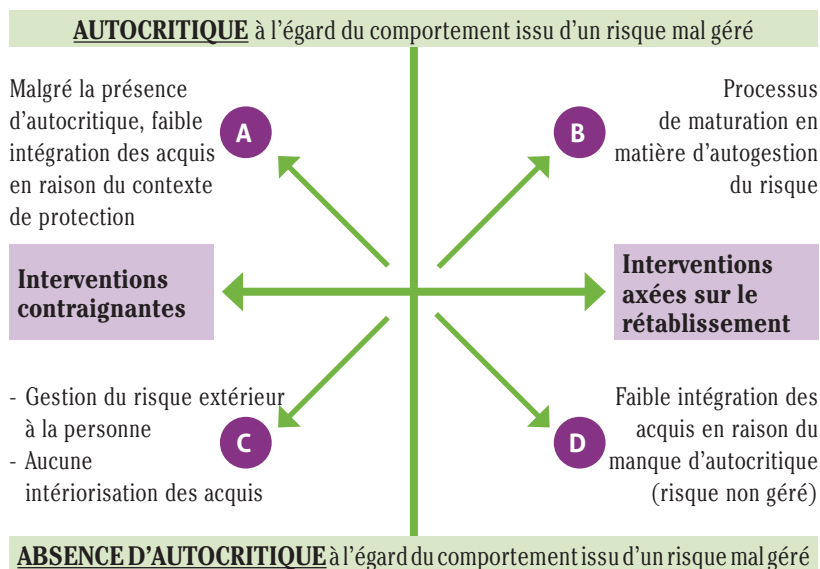


Tableau I

PROCESSUS DE MATURATION D'AUTOGESTION DU RISQUE					
ÉTAPE	ÉTAPE 1 <b>Effet sur la personne du comportement</b> issu d'une mauvaise gestion du risque (automutilation, victimisation, voie de fait, consommation de drogues, fugue, etc.)	ÉTAPE 2 <b>Prise de conscience</b> de l'effet du comportement issu d'une mauvaise gestion du risque à la suite des événements (désespoir)	ÉTAPE 3 <b>Remise en question</b> des moyens d'autogestion du risque	ÉTAPE 4 <b>Acceptation du besoin de changement</b> (décision d'engagement)	ÉTAPE 5 <b>Mise en action</b> pour augmenter sa capacité d'autogestion du risque
DESCRIPTION	La personne vit des conséquences à la suite du passage à l'acte. Elle justifie le comportement par la volonté de s'adapter à une situation. Elle ressent un sentiment d'injustice, elle se sent incomprise et jugée alors qu'elle voulait alléger sa souffrance provenant de difficultés d'adaptation. Absence d'autocritique.	La personne perçoit les pertes engendrées par le comportement (perte d'une relation avec un proche, perte de liberté, contraintes, perte de pouvoir, blessure, rechute, etc.).	La personne s'interroge sur la possibilité d'une vie différente à la suite des comportements issus d'une mauvaise gestion du risque. Elle commence à éprouver un besoin de changement devenu potentiellement possible (espoir). Le chemin du changement demeure flou.	La personne accepte le fait qu'elle doit acquérir une meilleure capacité d'autogestion du risque.	Responsabilisation et pouvoir d'agir  Les actions et les moyens sont pris pour changer.  La personne amorce les actions pour améliorer sa capacité à autogérer son degré de risque. Elle accepte le soutien et l'accompagnement offerts.
→ → Intériorisation du besoin de changement → →					

Plus concrètement, lorsque l'intervenant aura réussi à créer un partenariat avec la personne qui a des difficultés avec la gestion du risque, l'objectif du travail clinique sera de la mobiliser pour qu'elle maîtrise les habiletés inhérentes à l'autogestion du risque (étape 5). De ce fait, la normalisation de la présence du risque dans l'ensemble de la population et la considération des passages à l'acte comme une tentative d'adaptation infructueuse contribueront certainement à ce que la personne puisse percevoir l'effet de « déstigmatisation ». Du même coup, elle sera davantage disposée à reconnaître les faits entourant ses comportements dysfonctionnels et à identifier la chaîne comportementale menant aux gestes indésirables (étapes 2 et 3). De manière fluide et subséquente, le travail d'accompagnement pourra alors l'aider à sélectionner des moyens d'adaptation plus efficaces, à l'intérieur des normes sociales. À la suite de l'accumulation d'effets positifs aux comportements d'autogestion du risque, elle percevra les gains et consolidera les acquis requis pour accéder à une plus grande autonomie à ce sujet. De ce fait, le travail d'apprentissage d'habiletés de gestion du risque lui aura permis de reprendre du pouvoir sur sa vie et d'en améliorer la qualité.

Pour y arriver, l'intervenant devra croire profondément que la personne avec laquelle il travaille possède le potentiel pour acquérir une meilleure capacité d'autogestion du risque. Selon Henri Dorvil et ses collaborateurs (1997), cette croyance n'est pas innée, car plusieurs intervenants ont autant, voire davantage, de préjugés que le grand public quant au potentiel de réadaptation de leur clientèle. Le savoir-être de l'intervenant en sera fortement influencé et il lui permettra de stimuler le rétablissement de son partenaire de travail.

## INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DU RISQUE; QUELQUES SUGGESTIONS

Afin de mieux travailler avec le principe de risque, il est crucial de concrétiser sa dynamique chez la personne. Pour ce faire, l'obtention de compétences de base en matière d'évaluation et de gestion du risque devient essentielle. Principalement inspirées des services spécialisés, certaines de ces connaissances peuvent être assimilées dans différents milieux et s'intègrent aisément aux approches prônées par le réseau de la santé et des services sociaux.

Pour mieux comprendre les risques auxquels s'expose la personne, il existe plusieurs instruments destinés à mesurer spécifiquement le type de risque (risque suicidaire, risque de violence, etc.). Précisons que ces instruments ne remplacent pas l'expertise clinique et qu'ils doivent être considérés comme des moyens pour standardiser la démarche d'évaluation (Côté 2001). Cependant, ils demandent souvent plusieurs heures de formation et de travail pour en arriver à un rapport d'évaluation. Leur méthodologie de passation et la nécessité d'avoir accès à un expert rendent difficile leur emploi dans les secteurs offrant des services non spécialisés dans le domaine du risque. D'ailleurs, peu d'outils permettent de dépister ou d'évaluer simultanément les divers types de risques auxquels la personne est sujette (pour elle-même, pour autrui, pour l'environnement, etc.). Nous retrouvons par exemple l'analyse multimodale inspirée des travaux de William Gardner (2008) et du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). Cet instrument issu de l'approche multimodale couvre tous les types de risques possibles que la personne pourrait vivre. L'analyse



multimodale fait partie d'un rigoureux processus clinique conduisant à la réalisation d'un plan d'action multimodale et d'un *monitoring* du trouble grave du comportement de la personne. Le recours à cette analyse est optimal lorsque l'organisation offrant des services à la personne soutient la démarche de celle-ci grâce à un investissement en ressources financières et humaines (formation, adoption d'un mode de fonctionnement clinique standardisé, outils cliniques s'y rattachant, etc.).

Il existe aussi l'outil START (*Short-term assessment of risk and treatability*<sup>1</sup>), qui permet d'organiser les éléments caractérisant les types de risques vécus par une personne afin de mieux analyser et planifier les interventions, de rédiger un rapport destiné aux instances pertinentes ou de formuler une référence quelconque. Cet outil, basé sur l'interdisciplinarité, est intéressant grâce aux discussions cliniques – auxquelles participe aussi la personne évaluée – qu'il engendre lors de sa passation. Le START demande une formation d'un jour et la méthodologie employée pour l'implanter convient bien aux milieux non spécialisés. Afin d'optimiser cette expertise en évaluation et en gestion du risque à travers le réseau de la santé et des services sociaux, l'équipe de recherche d'Anne G. Crocker a mis sur pied un site Web regroupant les intervenants formés au START afin de créer une sorte de communauté de pratique. Cette plateforme Web, le WIKISTART (<http://wiki.douglas.qc.ca/START>), en est à ses premiers pas depuis peu.

Ces élans d'innovation ne sont pas étrangers au besoin de décloisonner l'expertise en lien avec le risque afin de la rendre accessible à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'au milieu communautaire.

## CONCLUSION

La notion de risque est complexe et son utilisation dans les milieux non spécialisés l'est tout autant. Il est donc souhaitable

que ce concept puisse continuer à être discuté et peaufiné afin de contribuer à son décloisonnement. Pour y arriver, plusieurs enjeux devront être pris en compte afin d'éviter certains pièges qui pourraient nuire à l'intégration des éléments liés à ce thème. Parmi ceux-ci, le fait que le travail clinique considère la personne dans sa globalité et non sous le seul angle des risques qui peuvent éventuellement émerger. La notion de risque, qui sera devenue partie intégrante du travail clinique, occupera une fonction de levier pour le rétablissement et interpellera la responsabilité d'autogestion que la personne doit accepter. À ce moment précis, nous pourrions affirmer qu'il est possible d'approviser le risque et d'en tenir compte pour favoriser l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant des difficultés sur ce plan!

## IDÉES-CLÉS DE L'INTÉGRATION DE LA NOTION DE RISQUE AU RÉTABLISSEMENT

- Normalisation du risque (incluse dans les caractéristiques de la personne)
- Autogestion du risque comme responsabilité de citoyen (exercice de la pleine citoyenneté)
- De la dangerosité à la gestion du risque
- Processus de maturation en matière de gestion du risque
- Corrélation entre l'autocritique et les moyens de gestion du risque (ajustement en continu)
- Utilisation des fenêtres de possibilités rencontrées à travers le cheminement de la personne pour favoriser l'intériorisation des acquis nécessaires à l'autogestion du risque
- La notion de risque peut être utile pour créer un partenariat avec la personne (partenaire de sa démarche)
- Croyance par l'intervenant que la personne a le potentiel d'apprendre à autogérer les risques qu'elle porte en elle
- Instruments permettant d'évaluer plusieurs risques en même temps de façon systématique

<sup>1</sup> « Évaluation du risque à court terme et traitabilité », selon la traduction française d'Anne G. Crocker et de son équipe.

## BIBLIOGRAPHIE

- Amador, X. et coll. (2007). *Comment faire accepter son traitement au malade : schizophrénie et troubles bipolaires*, Paris, Éditions Retz. (Savoir faire psy).
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2012). *Processus de rétablissement en santé mentale – Formation approfondie et interactive*, Québec, AQRP.
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2008). « Dialogue sur la citoyenneté ». *le partenaire*, 17(1).
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2008). « Le rétablissement : un savoir qui se construit ». *le partenaire*, 16(1).
- Côté, G. (2001). *De la dangerosité à l'évaluation du risque*, Québec, Psychologie Québec.
- Crocker, A. G. et coll. (2007). *L'évaluation et la gestion du risque à court terme et la traitabilité : un guide d'évaluation et de planification, version française du START*, Montréal, Institut universitaire en santé mentale Douglas.
- Davidson, L. (2005). Présentation donnée lors d'un symposium de l'AQRP organisé conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, cité dans le Cahier du participant, Programme Pairs Aidants Réseau.
- Deegan, P. E. (1997). « Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities ». *Social Work in Mental Health*, 25(3), 11-24.
- Dorvil, H. et coll. (1997). *Défis de la configuration des services de santé mentale; pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Comité de la santé mentale du Québec.
- Dumais, A. (2010). *Dimensions prioritaires à considérer afin d'améliorer le processus de rétablissement des patients souffrant de troubles mentaux graves associés à une problématique de violence ou de comportements antisociaux*, Québec, Érudite.
- Gardner, W. I. (2008). *Aggression and other disruptive behavioral challenges: Biomedical and psychosocial assessment and treatment*, Kingston, NADD Press.
- Gendron, P. (2011). *Formation : psychiatrie légale et dangerosité*, Saint-Jérôme, CSSS de Saint-Jérôme.
- Méthot, S., D. Lebeau et J. St-Roch. (2013). *Formation à l'analyse et l'intervention multimodales*, Saint-Jérôme, Centre du Florès.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020 – Document de consultation*, Québec, MSSS.
- Piat, M. et coll. (2008). « Qu'est-ce que le rétablissement signifie pour moi? : la perspective des usagers en santé mentale ». *le partenaire*, 16, 98-106.

# Gestion du risque et lien intervenant-client

## Porter un regard différent sur les situations comportant de la dangerosité

Jessica Soto, coordonnatrice clinique, Équipe toit d'abord, Diogène



Parler de risque et de dangerosité dans notre travail peut nous conduire à adopter différents points de vue, différentes façons de faire pour limiter ou diminuer les facteurs présentant un risque élevé de dangerosité. Il arrive aussi que des interventions servent tout simplement à atténuer nos peurs et nos insécurités en tant qu'intervenants. Se situer par rapport à la crise est un enjeu central dans le travail d'intervention. Nous avons une responsabilité professionnelle à l'égard des personnes à qui nous offrons nos services, envers le public en général et notre propre sécurité. En apprenant à mieux connaître une personne et en créant un lien basé sur le respect mutuel, nous sommes davantage outillés pour repérer plus rapidement quelle est la nature de la crise à laquelle nous devons faire face et quelles sont les interventions les plus appropriées.

Je suis une des deux coordonnatrices cliniques de Diogène. Depuis vingt-cinq ans, notre organisme accompagne dans la communauté des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale dans un contexte d'itinérance ou de démêlés avec la justice. Au cours des cinq dernières années, nous avons participé au projet de recherche-action pancanadien « Chez soi ». Nous étions une des équipes de suivi d'intensité variable (SIV) auprès d'une clientèle itinérante ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Dans le cadre de ce projet, nous avons été mandatés pour travailler avec l'approche rétablissement. Cette expérience nous a permis de constater que l'application

rigoureuse d'une telle approche, l'utilisation d'un protocole de sécurité adapté au suivi dans la communauté et la présence d'une équipe bien outillée sur le plan des évaluations de la dangerosité et des supervisions cliniques hebdomadaires permettaient d'atténuer les risques.

Nos services s'adressaient à des gens dont les comportements ont souvent été jugés inacceptables par les services habituels. Notre travail consistait à offrir un suivi clinique dans la communauté pour permettre à ces personnes itinérantes souffrant d'un problème de santé mentale d'acquiescer une stabilité résidentielle et de rétablir certaines sphères de leur vie selon leurs critères et leurs choix. Toutes ces interventions s'effectuaient sans qu'il y ait aucune obligation de traitement psychiatrique ou d'arrêt de la consommation de drogues ou d'alcool.

On peut être tenté de croire que le degré de risque et de dangerosité était très élevé pour des intervenants qui doivent travailler en solo et faire des rencontres hebdomadaires dans le logement de la personne. Pourtant, nous n'avons eu aucun incident à déplorer qui aurait pu mettre en danger les membres de l'équipe.

L'approche rétablissement, toile de fond de nos interventions, conduit les intervenants à ne pas recourir à des attitudes



Jessica Soto



coercitives, autoritaires, peu empathiques, etc., surtout lorsqu'ils ressentent de l'impuissance, assument une surcharge de travail ou subissent les conséquences de tout autre facteur stimulant l'intolérance.

Nous travaillons avec les choix des personnes, en respectant leur rythme et en les appuyant dans la réalisation des objectifs qu'elles ont elles-mêmes fixés. En ce sens, nous n'endossons pas le rôle de l'autorité experte qui dicte à la personne ce qu'elle devrait faire de sa vie. D'après notre expérience, cela contribue à ce que les personnes qui reçoivent nos services se sentent plus en contrôle malgré les symptômes ou handicaps engendrés par la maladie. De cette façon, les personnes commencent à exercer un certain pouvoir sur leur existence en prenant des décisions qui les concernent : le type de services qu'elles souhaitent recevoir, les efforts qu'elles sont prêtes à fournir, les aspects insatisfaisants qu'elles veulent améliorer et les changements qu'elles aimeraient réaliser. Lorsqu'elles deviennent les acteurs et décideurs principaux de leur vie, il y a réduction des frustrations et de l'agressivité canalisées parfois vers l'intervenant.

Travailler avec une approche rétablissement nous a permis d'avoir recours à un des facteurs importants pour notre sécurité : le lien de qualité qui crée une véritable alliance thérapeutique. Le fait

de ne pas tomber dans un rapport de force – que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale doivent fréquemment subir – limite le risque d'agression. Puisque notre manière d'intervenir nous éloigne de l'image d'une autorité quelconque, le lien de confiance peut s'établir plus rapidement. Pour une clientèle marginale, souvent discriminée et ayant un bagage répétitif de mauvaises expériences vis-à-vis de l'autorité, un accompagnement et des interventions différentes contribuent à restreindre les crises et les comportements violents. D'après notre expérience, lorsque l'intervenant pivot et l'équipe traitante forment une alliance avec la personne, sans la juger ou juger ses objectifs et ses projets, nous devenons ses meilleurs alliés puisqu'elle ne nous voit plus comme des figures contraignantes lui imposant quoi que ce soit. À partir de là, un partenariat s'établit. La personne s'engage plus dans sa démarche de rétablissement et oppose moins de résistance aux changements. De son côté, l'intervenant s'égare moins dans l'illusion du contrôle, il a davantage tendance à encourager la personne à prendre des risques et à sortir de sa zone de confort. Il devient moins la cible des colères de la personne lorsque celle-ci vit des frustrations ou des difficultés, puisque c'est elle-même qui a pris des décisions et fait des choix : les résultats positifs ou négatifs lui appartiennent.

Lorsque l'intervenant encourage la personne à sortir de sa zone de confort, celle-ci va vivre des réussites et des échecs. L'intervenant a alors la responsabilité de lui faire voir que ces échecs (incluant les crises) sont des expériences lui permettant de découvrir où se trouvent les obstacles dans le processus d'atteinte de ses objectifs. Cette prise de conscience incite la personne à vouloir faire des efforts pour éliminer les barrières. Très souvent, ces obstacles sont reliés à la consommation de drogues ou d'alcool, à des comportements inadéquats, à des crises consécutives à l'arrêt de la médication, à de la procrastination, etc. Puisque c'est la personne elle-même qui expérimente les situations qui l'empêchent d'avancer et non l'intervenant ou l'équipe qui pointe du doigt ce qui ne va pas, cela diminue les affrontements. L'intervenant n'est plus l'agent moralisateur qui perçoit la personne comme incapable.

Parler de dangerosité dans notre travail implique que l'estimation de celle-ci doit s'inscrire dans une vision à court, à moyen et à long terme. Pour cela, il est fondamental de disposer d'outils et de moyens qui aident l'intervenant et l'équipe à procéder à des évaluations objectives. Il est aussi important pour l'intervenant de recevoir de la formation permanente et appropriée sur le sujet de même que de pouvoir s'appuyer sur un protocole de sécurité énonçant des consignes claires lorsqu'une situation comportant des éléments de dangerosité survient.

Nous devons souvent affronter des crises, principalement dans les deux premières années d'un suivi.

Nous parlons ici de crises suicidaires, de désorganisation compromettant la sécurité d'autrui, de surdoses, de conflits violents avec des voisins, de squatteurs s'installant dans le logement de la personne, etc. Ces situations comportent des risques pour les intervenants, d'autant plus qu'ils travaillent avec des gens ayant des problèmes graves de concomitance





(toxicomanie et santé mentale); certains d'entre eux ne suivent aucun traitement en psychiatrie ou en toxicomanie. Dans un tel contexte, il est fondamental de compter sur une équipe solide d'intervenants, capables d'intervenir judicieusement et de désamorcer la crise afin d'éviter une hospitalisation inutile. En effet, une hospitalisation peut s'avérer une expérience difficile, même traumatisante, pour la personne en crise et qui se sent angoissée, en colère ou paniquée. C'est ce qu'expriment certains de nos participants qui décrivent leur passage à l'urgence de l'hôpital comme une expérience dont ils gardent de très mauvais souvenirs. C'est comme cela que nous comprenons leur résistance au moment de se rendre à l'hôpital lorsque rien ne va plus. S'ajoute la peur de ne plus pouvoir en sortir, de perdre tout contrôle sur leur vie. Tout cela nous conduit à mettre l'accent sur la prévention afin d'éviter une hospitalisation sauvage, où la personne se sent souvent humiliée.

D'autre part, après l'hospitalisation forcée, il nous est parfois très difficile de rétablir un lien de confiance; il arrive même que nous le perdions à tout jamais. C'est donc pour que les choses se passent le mieux possible pour la personne que nous nous concentrons davantage sur la prévention de la crise que sur la prévention de situations présentant un risque de dangerosité élevé. L'idée est de réussir notre partenariat même dans les moments les plus complexes, notamment durant les crises. C'est par ailleurs dans ces moments que le lien tissé avec la personne est mis à l'épreuve; « ça passe ou ça casse. » Cela est valable autant pour la confiance que la personne place en l'intervenant que pour l'inverse, ce qui facilitera entre autres le meilleur passage possible à travers la tempête.

Pour ce faire, nous nous sommes dotés de quelques outils pour mieux gérer les situations comportant des risques élevés et éviter de succomber aux sentiments d'urgence ou de panique. Ces outils nous aident à réaliser une évaluation de manière aussi objective que possible, car en tant qu'intervenants, nous devons affronter des enjeux personnels lorsque nous faisons de telles évaluations. Nos peurs, notre seuil de tolérance vis-à-vis de la colère, nos valeurs personnelles et la crainte de nous tromper dans nos évaluations puis d'être tenus pour responsables si jamais la situation dérape, etc., peuvent influencer nos décisions et nous conduire à faire des interventions prématurées, inadéquates ou peu efficaces, qui servent plus à rassurer l'intervenant que la personne.

Un outil employé systématiquement lors des premières rencontres est le plan de prévention des urgences. Grâce à celui-ci, nous demandons à la personne en quoi consiste une crise pour elle, quels sont les signes avant-coureurs, le type d'appui qu'elle souhaite et qui a déjà été efficace, etc. Une fois la crise passée, nous révisons le plan à nouveau avec la personne et nous l'ajustons ensemble pour mieux réagir la prochaine fois.

Nous avons le mandat d'estimer la dangerosité et d'intervenir quand elle est très élevée, mais nous n'avons pas à gérer les risques que la personne prend. Cela veut dire qu'en tant

qu'intervenants, lorsque nous évaluons la dangerosité, nous devons aussi mettre en lumière les éléments subjectifs nous appartenant, ces éléments qui influencent le travail et le discours de l'intervenant et qui encouragent ou découragent la personne quant à la prise de risques dans sa vie. De là l'importance pour les intervenants d'être conscients de leur responsabilité de s'autogérer avant d'avoir la prétention de gérer la vie de l'autre.

Le travail des intervenants est très exigeant – particulièrement sur le plan émotif – et il comporte des risques importants. Pour que l'intervenant puisse faire la part des choses et se sentir soutenu, apprécié et confiant dans son travail, la supervision clinique, le soutien et un bon filet de sécurité sont essentiels. En tant que coordonnatrice clinique, mon rôle consiste à m'assurer qu'il emploie tous ces éléments. Les intervenants terrain ont accès quotidiennement à la coordonnatrice clinique, à son bureau ou au téléphone. Ils bénéficient aussi d'une supervision clinique mensuelle grâce à un consultant externe et de réunions cliniques hebdomadaires supervisées à l'interne. Ma présence régulière sur le terrain me permet d'être consciente du travail à faire et de rester sensible aux difficultés vécues par l'intervenant. Je peux observer l'intervention et le lien intervenant-client. Ainsi, j'apporte un soutien pertinent lors des supervisions cliniques.

En résumé, avec le temps et l'expérience, nous avons appris qu'en tant qu'intervenants, il faut avoir une bonne connaissance de soi et garder son sang-froid pour gérer ses propres émotions. Lorsqu'une crise survient, nous devons établir des distinctions entre celle-ci et une situation problématique récurrente, entre un comportement dangereux et un comportement dérangeant qui provoque une situation d'urgence. Par ailleurs, il faut voir s'il s'agit de symptômes de la maladie, de comportements délinquants ou liés à la consommation, puis faire les interventions appropriées selon le contexte et le degré de dangerosité. De plus,

**...lorsque nous évaluons la dangerosité, nous devons aussi mettre en lumière les éléments subjectifs nous appartenant, ces éléments qui influencent le travail et le discours de l'intervenant et qui encouragent ou découragent la personne quant à la prise de risques dans sa vie.**

il faut se préoccuper dès le début de prévention avec la personne pour qu'elle puisse se sentir entendue et participer à la solution. Le plan de crise doit être révisé et ajusté autant de fois qu'il est nécessaire, sans perdre de vue que certaines personnes sont de mauvais juges de leurs capacités ou des dangers encourus. On effectue ensuite les corrections adéquates et le plan remplit alors son rôle d'outil d'apprentissage pour que la personne chemine dans son rétablissement.

L'approche rétablissement nous aide à sortir du rapport de force, à travailler avec les objectifs et projets de la personne et à diminuer les tensions intervenant-client.

# Faire face au risque : une composante essentielle à un mode de gestion axé sur le rétablissement

Entretien avec Louise Marchand, gestionnaire retraitée, auparavant chef d'unité et gestionnaire-coach clinique à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)

Esther Samson, éditrice, revue *le partenaire*



Esther Samson

Dès mes débuts à l'hôpital, je trouvais que l'on prenait les clients pour des impotents ou des incapables. Par exemple, on les rasait au lieu qu'ils le fassent eux-mêmes, on les mettait en rang, on attachait les lacets de leurs souliers à leur place. Je me disais qu'il fallait au contraire les laisser faire par eux-mêmes tout ce qu'ils étaient capables de faire, surtout ne pas les mater ni les surprotéger.

Tout au long de sa carrière, Louise Marchand a exercé au sein de l'IUSMQ un rôle de pionnière dans l'implantation de pratiques et de services axés sur le rétablissement. La revue *le partenaire* a choisi de rencontrer cette femme inspirante afin de partager avec vous son expérience de gestion s'appuyant sur le rétablissement et sa vision de la notion de risque.

**Je n'aspirais pas à devenir gestionnaire. Pour moi, c'était de la paperasse, jusqu'au jour où j'ai compris qu'en tant gestionnaire, j'aurais le pouvoir de changer les choses et d'implanter de nouvelles idées.**

Louise Marchand a commencé à travailler à l'IUSMQ au début des années 70 (à ce moment l'Hôpital Saint-Michel-Archange) dans différents services, d'abord en tant qu'éducatrice spécialisée puis à titre de gestionnaire. Ayant à cœur de perfectionner ses connaissances, elle complète un baccalauréat général individualisé à l'Université Laval orienté vers la réadaptation psychosociale en choisissant soigneusement les cours qui le composent afin qu'ils répondent à ses besoins et à ses intérêts professionnels. C'est au Centre de traitement et de réadaptation de Nemours (CTR de Nemours), appartenant à l'IUSMQ, où elle a travaillé auparavant comme éducatrice spécialisée, qu'elle occupera pour la première fois un poste de gestionnaire. Elle terminera sa carrière comme gestionnaire-coach clinique d'une unité de soins à l'IUSMQ en 2013.

## UNE GESTION BASÉE SUR DES VALEURS DE RÉTABLISSEMENT PROFONDEMENT ANCRÉES

De prime abord, les membres du comité d'édition étaient curieux de connaître les sources d'inspiration qui avaient pu orienter le style de gestion de Mme Marchand. Nous nous demandions par exemple si certains auteurs l'avaient influencée de manière particulière, s'il existait des expériences ou des travaux réalisés dans des milieux similaires sur lesquels elle s'était appuyée.

En toute humilité, Mme Marchand explique plutôt que son mode de gestion de même que son travail d'éducatrice spécialisée plongent leurs racines dans ses propres valeurs et convictions.

Je ne suis pas du genre à être toujours dans les livres... Pour moi, ce qui a toujours compté, c'est d'avoir confiance en la personne, de croire en ses forces, de la considérer comme une personne égale à moi-même. D'une certaine manière, j'ai agi avec intuition, mais en restant toujours ancrée à ces valeurs de base. Je cherchais continuellement à faire en sorte que la personne sente qu'elle avait du potentiel.

Aujourd'hui, nous sommes plus familiers avec ce type de discours que nous associons aux valeurs du rétablissement. Toutefois, Louise Marchand portait en elle ces valeurs bien avant qu'elles soient largement promues. On comprend que cette vision qui lui est propre est le point de départ de ses interventions avec les clients et du modèle de gestion qu'elle a préconisé et appliqué.

*Première leçon d'une gestion axée sur le rétablissement : croire fondamentalement au potentiel de la personne*

## UNE VISION QUI S'ÉTEND AU PERSONNEL

Pour Mme Marchand, cette foi dans le potentiel de l'autre n'est pas limitée aux clients de l'IUSMQ ayant un problème de santé mentale. Elle s'applique à toute personne et spécialement aux intervenants de son équipe. Ainsi, elle considère chacun de ses employés comme une personne avec ses forces, ses rêves. Elle tente de mettre à profit les occasions où les employés peuvent exercer leur pouvoir d'agir et cherche à faire en sorte qu'ils se sentent experts dans leur travail. Non seulement cette attitude reflète sa vision de la personne, mais elle est aussi essentielle à la transformation de

l'ensemble des services fournis par son unité : « Je me dis que la manière dont j'agis avec mon personnel va peut-être l'influencer à agir de la même façon avec ses clients ».

*Deuxième leçon : croire au potentiel de son personnel*

## FAIRE FACE AUX RISQUES

En tant qu'éducatrice spécialisée ou que gestionnaire dans un milieu de soins comme celui de l'IUSMQ, agir selon ses convictions et selon les valeurs du rétablissement conduit parfois à remettre en question des règles ou des manières de faire en place depuis longtemps. « Les règles sont nécessaires, elles donnent des balises, une orientation. Toutefois, elles ne doivent pas devenir des automatismes : il importe de bien comprendre pourquoi la règle existe ou les raisons pour lesquelles on agit de telle ou telle façon. » Cette compréhension et le respect de ce qui a été fait jusqu'à maintenant sont le point de départ des changements que l'on souhaite apporter.

Selon Mme Marchand, il faut retenir deux concepts lorsqu'il est question du risque inhérent à une modification de règle ou de culture. Le risque doit être *analysé et porté par tous* les acteurs pertinents. Ces deux concepts sont indissociables l'un de l'autre. Avant d'implanter une transformation qui se veut « prorétablissement », Mme Marchand insiste sur le fait qu'il est nécessaire de constamment évaluer les effets négatifs et positifs du risque que l'on envisage de prendre. Cette analyse se fait avec l'équipe ou avec un seul intervenant, parfois avec le client selon le cas. On doit faire en sorte de bien savoir *pourquoi* on prend un risque et s'assurer que l'intervenant ou l'équipe se sente en sécurité par rapport à cette décision. Mme Marchand appuie sur ce point : « L'intervenant doit sentir qu'on ne le lâchera pas si la décision entraîne des conséquences fâcheuses ». De même, comme gestionnaire, elle verra à informer et à convaincre ses supérieurs de la légitimité d'une transgression à une règle si elle juge que cela peut contribuer au rétablissement d'un client ou de plusieurs. Il devient donc plus facile de prendre des décisions lorsque le risque est connu et assumé par plus d'une personne.

*Troisième leçon : oser prendre des risques **calculés** et **partagés**!*

## FAIRE PREUVE D'UN LEADERSHIP RASSEMBLEUR...

Lorsqu'il y a présence d'un risque, changer des façons de faire bien ancrées ou des règles officielles, ou simplement y faire un accroc pour un cas particulier, demande de savoir rallier tous et chacun, et plus spécifiquement dans ce contexte-ci de les réunir autour des valeurs du rétablissement. Ce savoir-faire est essentiel si un gestionnaire veut pouvoir prendre des risques avec l'appui de ses supérieurs ou de son personnel. Selon Mme Marchand, c'est d'abord une question d'attitude envers la personne que l'on tente de gagner à son point de vue. Il importe de respecter l'opinion de l'autre, de ne jamais être « blâmant » ni de réagir vivement en cas de désaccord, mais plutôt de faire preuve d'ouverture et de sensibilité. On doit être patient et persévérant, tenter de trouver les bons arguments en expliquant en quoi le changement souhaité apporte une « plus-value » en comparaison des effets négatifs de la règle actuelle. Il est aussi utile de mettre de l'eau dans son vin. « S'il n'est pas possible de faire le changement comme on le souhaite, il faut voir jusqu'où l'on peut



Louise Marchand

**Il faut toujours se poser la question :  
« Pourquoi ne pas faire autrement si ça peut  
mieux répondre aux besoins des clients? ».**

aller. Parfois, les changements devront se faire étape par étape, en respectant le rythme de chacun. L'essentiel est de toujours viser à améliorer les services et les soins pour qu'ils soutiennent le plus possible le rétablissement de la personne. »

*Quatrième leçon : savoir rallier les gens*

## QUELQUES ILLUSTRATIONS...

Voici trois exemples qui illustrent bien les concepts de gestion axés sur le rétablissement en situation de risque.

Dans l'unité de soins où travaille Mme Marchand, les clients demandent à avoir un four à micro-ondes pour entre autres se faire du café et du maïs soufflé. Mme Marchand est d'accord, mais certains intervenants ont des réserves, l'un des problèmes étant la règle implicite voulant que les clients ne prennent plus de café après 21 h.

Le risque anticipé (boire du café après 21 h) est alors analysé en équipe, laquelle portera un regard « rétablissement » sur la situation. On décide de faire un essai qui sera réévalué par la suite. On accorde donc aux clients l'accès à un four à micro-ondes, les intervenants les sensibiliseront aux effets du café sur le sommeil et leur proposeront des alternatives (tisane, café décaféiné, ...). Le client sera à même de prendre la décision d'en boire ou non et d'en expérimenter les effets. Au besoin, une nouvelle intervention se fera auprès de lui.

Dans cette situation, le risque de voir le sommeil des clients perturbé est analysé et assumé par tous : gestionnaire, intervenant et client. Les intervenants y gagnent dans leur rôle



d'accompagnateur du client dans son rétablissement et ce dernier accroît son autonomie et sa responsabilisation. Il retire également des acquis qui seront transposables dans sa vie hors de l'IUSMQ.

Toujours dans la même unité de soins, on porte à l'attention de Mme Marchand que certains clients fument la nuit dans le dortoir, ce qui est particulièrement dangereux compte tenu de la literie facilement inflammable. Elle interroge l'un d'eux sur la cause de ce comportement : le fumoir est verrouillé la nuit. Le même processus est repris ici avec l'équipe : pourquoi fermer le fumoir? Quels sont les risques réels à le laisser ouvert par rapport au risque de contraindre les clients à fumer dans le dortoir? On décide alors de donner accès au fumoir la nuit, tout en prenant le risque que certains clients s'y regroupent et « y fassent le party » (risque anticipé). Il restera à agir en conséquence si, effectivement, les gens se comportent de la sorte.

Un dernier exemple... Il arrive qu'un client particulièrement agité soit placé en salle d'isolement. La pratique voulait qu'on lui retire alors ses lunettes – entre autres<sup>1</sup>. Il s'agissait ici d'une de ces règles implicites instaurées pour éviter que le client n'utilise le verre de ses lunettes pour s'automutiler, voire se suicider. À la suite de l'intervention de Mme Marchand qui jugeait que cette procédure n'allait pas dans le sens du rétablissement de la personne, le risque a été analysé et la mesure de prévention s'applique maintenant au cas par cas pour certains clients à risque seulement.

...l'expérience de Mme Marchand nous laisse aussi en héritage quelques leçons garantes d'une saine gestion basée sur le rétablissement, soit de croire fondamentalement au potentiel de la personne (client ou personnel), de savoir rallier les gens autour des valeurs du rétablissement et surtout d'oser prendre des risques calculés et partagés.

## CONCLUSION

Quand on demande à Mme Marchand quels conseils elle donnerait à un gestionnaire qui veut orienter son mode de gestion vers le rétablissement ou à un intervenant souhaitant amorcer des changements tangibles en matière de pratiques axées sur le rétablissement, elle assure qu'elle n'a pas de trucs ou de recettes à livrer : « Il faut simplement se mettre à la place des clients, faire comme si c'était nous ou l'un de nos proches. Ce ne sont pas des sous-hommes, ce sont des personnes comme toi et moi ». Elle revient sur l'importance de croire au potentiel des gens et insiste sur la nécessité de faire du cas par cas : examiner chaque besoin et chercher comment y répondre, tout en remettant en

question certaines certitudes. Éviter également de se réfugier dans des règles déjà établies, faire preuve d'ouverture et de réceptivité, et oser se demander « et pourquoi pas »?

Par ailleurs, l'expérience de Mme Marchand nous laisse aussi en héritage quelques leçons garantes d'une saine gestion basée sur le rétablissement, soit de croire fondamentalement au potentiel de la personne (client ou personnel), de savoir rallier les gens autour des valeurs du rétablissement et surtout d'oser prendre des risques **calculés et partagés**.

## POUR EN SAVOIR PLUS...

... sur les notions de leadership des gestionnaires, de partage d'une vision commune ou d'encouragement de l'*empowerment* des employés, le *partenaire* vous propose les lectures suivantes :

***Le développement des compétences des intervenants en suivi communautaire : un élément clé pour soutenir le rétablissement***

Émard, R. (2009).

*le partenaire*, 18(3), 44-51, [En ligne].

[<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-vol18-no3.pdf#zoom=100>]

***Principled Leadership in Mental Health Systems and Programs***

Anthony, W. A. et K. A. Huckshorn. (2008).

Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

***Un nouveau mode de gestion selon un modèle de rétablissement***

Marchand, L. (2013).

Dans Collectif, *Je suis une personne, pas une maladie! La maladie mentale, l'espoir d'un mieux-être*. Montréal, Performance Édition.

<sup>1</sup> Je ne sais pour vous mais, personnellement, étant fortement myope, si l'on me retire mes lunettes même dans un état calme, c'est suffisant pour que je panique. De plus, privée ainsi d'une vision normale, je me sentirais passablement diminuée!

# Quand la peur a raison de la raison

Dr Pierre Thériault<sup>1</sup>, artiste peintre, médecin de famille

J'ai comme principe que rien n'arrive pour rien. Donc, quand j'ai reçu l'invitation à collaborer à la revue *le partenaire*, j'ai accepté spontanément, sans vraiment savoir si mon expérience pourrait servir à d'autres.

Que puis-je dire sur la gestion du risque sinon que le risque est toujours là? Il fait partie intégrante de la vie et l'on a beau être conscient de celui-ci, cela ne l'élimine pas.

En ce qui me concerne, malgré mon désir d'éviter les problèmes, de chercher à évaluer les situations qui me semblaient à risque, les problèmes sont survenus et je vis avec les conséquences. Je m'efforce simplement – bien que ce soit parfois pénible ou compliqué – de les assumer de mon mieux, en personne adulte et responsable. Donc, que puis-je transmettre d'utile et de bénéfique à celui qui me lira?

D'abord, je dirai que je ne suis pas là pour raconter mon histoire. Je ne crois pas que ce soit utile et je risquerais trop de me complaire dans la plainte, le blâme ou la justification. En fait, ce ne sont pas mes expériences qui importent, c'est ce qu'elles m'ont permis de comprendre : où j'en suis, ce que je suis devenu.

Ce n'est pas le chemin que nous avons parcouru avec ses joies ou ses peines, ni les succès ou les échecs qui comptent, c'est ce que nous devenons à travers eux, ce que nous sommes devenus, ce que nous voulons ou croyons pouvoir devenir. J'insiste : l'important, c'est ce que nous devenons.

Cela dépend de la façon dont nous interprétons nos expériences, dont nous les intégrons. Cela ne dépend pas des expériences elles-mêmes comme nous serions tentés de le croire. Ultimement, c'est ce que nous en faisons, ce que nous pouvons distiller comme sagesse et amour en partant de nos expériences. Appliqué à l'art de la peinture<sup>2</sup>, cela représente l'occasion que nous offre la réalité ambiante de créer une représentation grâce au dessin, à la couleur et à la composition, une œuvre au sein de laquelle nous nous appliquons à faire régner la beauté, l'harmonie et une émotion qui soit juste et ressentie. C'est à la suite de ces années de travail et de recherche que j'en arrive bien humblement à vous présenter mon objectif, mon intention : ajouter ma voix à ceux qui croient que le rétablissement existe, qu'il est possible de l'atteindre.

« Le rétablissement est un engagement dans un cheminement unique et personnel, ancré dans l'espoir et le pouvoir d'agir



Dr Pierre Thériault

<sup>1</sup> Le Dr Pierre Thériault est artiste peintre et médecin de famille. La maladie mentale a marqué son parcours et a influencé ses recherches et son approche tant sur le plan de l'art que sur celui de la médecine. Entre autres œuvres, il a réalisé une série de tableaux illustrant l'histoire de l'hôpital Robert-Giffard, conservés au musée de l'hôpital et utilisés comme illustrations par le Dr Hubert Wallot dans son livre *La danse autour du fou*, ainsi qu'une collection de portraits de patients dont certains ornent la salle du conseil d'administration de l'hôpital.

<sup>2</sup> Je fais de la peinture depuis plusieurs années et cela a été un mode d'apprentissage extraordinaire pour moi.

de la personne. Au-delà des effets catastrophiques de la maladie, elle aspire à une vie pleinement épanouie dans sa communauté. »<sup>1</sup>

Puisque le risque ne cesse d'exister, puisqu'on ne peut l'éliminer, « gestion du risque » signifie pour moi : « acceptation de ce qui est », et « ce qui est » est une infinité de possibilités car, à chaque moment, nous créons notre réalité présente par nos croyances, notre programmation mentale, nos pensées, nos paroles et nos actions. Et cette réalité, nous pouvons la changer, l'ajuster, la déterminer selon le degré de compréhension, de sagesse, d'amour que nous avons atteint.

Je dirais que le risque devient inévitable si nous retombons dans des attitudes et des actions négatives d'autosabotage découlant du fait que nous n'avons pas compris la leçon de vie que nous avons à comprendre.

Je ne doute pas que chacun agisse et choisisse au départ en fonction de ce qu'il croit être le mieux pour lui selon son expérience, son éducation, c'est-à-dire selon l'information dont il dispose. Car, qui ne songe pas à s'éviter la souffrance, sinon celui qui, consciemment ou inconsciemment, croit devoir se punir lui-même pour quelque faute dont il s'estime coupable et qu'il cherche ainsi à expier?

Peut-on recueillir une information et en disposer d'une manière qui nous protégerait des erreurs du passé? C'est ce que nous

plongeant le plus profondément possible à l'intérieur de nous-même à la recherche de notre essence, nous parvenons, à force de persévérance, à sortir de ce labyrinthe d'illusions et de fausses conceptions au sujet de ce qui nous définit et à toucher au divin en nous, au miracle même de notre existence. Alors, notre regard sur nous-même change. Si nous abordons cette expérience avec le cœur, nous rencontrerons moins de résistance du mental et de l'ego constructeurs du labyrinthe.

On affirme que nous ne sommes pas des êtres physiques faisant des expériences spirituelles, mais bien des êtres spirituels vivant des expériences physiques.

En acceptant et en appliquant davantage ce principe, nous pourrions mieux nous libérer de l'autosabotage, nous guérir du blâme et de la culpabilité, de cette solidarité avec le mal collectif au sein duquel nous vivons.

Si ma fragilité découle de ma sensibilité qui est en lien avec mon essence, ne pourrait-elle pas être considérée comme un potentiel plutôt que comme un facteur de risque? En cherchant à nier cette sensibilité pour rassurer mon ego et mon mental et me conformer à un système caractérisé par la distorsion, je persiste à me laisser programmer sur un mode dysfonctionnel.

Ce n'est qu'en retrouvant et en respectant ma nature essentielle que je pourrai espérer obtenir l'équilibre et l'intégrité me permettant de fonctionner dans un système qui aurait déjà contribué à ma maladie.

**Ce n'est pas le chemin que nous avons parcouru avec ses joies ou ses peines, ni les succès ou les échecs qui comptent, c'est ce que nous devenons à travers eux, ce que nous sommes devenus, ce que nous voulons ou croyons pouvoir devenir. J'insiste : l'important, c'est ce que nous devenons.**

tentons de faire. Pourrait-on y arriver justement en nous abstenant de porter un jugement sur les événements de notre vie et en ne les considérant pas comme des erreurs, mais plutôt comme des expériences nous ayant conduits à être la personne que nous sommes aujourd'hui? Et, se peut-il que cette personne dans son essence possède une valeur allant bien au-delà de toute considération mesquine et de tout jugement? J'affirme que oui!

Cela ne signifie pas que les gens de notre entourage cessent de nous juger, mais avec la conscience et le pardon, nous faisons preuve de compassion à notre égard et nous arrivons à ne pas souscrire aux jugements puisque nous n'en sommes plus là. En nous penchant avec amour sur l'être que nous sommes et en

Je ne m'attends pas à être guéri par ce système. Mon médecin pourra m'aider à voir où j'en suis par rapport à mon fonctionnement et à mon adaptation à ce système et m'offrir une médication adaptée à ma condition et aux normes en cours. Ce que je souhaite, par mon engagement personnel, c'est adopter une hygiène de vie qui favorise l'atteinte et le maintien de mon rétablissement.

Affronter les problèmes que la vie m'impose et les voir d'un regard

positif comme de nouveaux défis change nécessairement mon approche et favorise la créativité afin que de nouvelles solutions apparaissent. Dans cette perspective, chaque épreuve devient une occasion de rapatrier mon pouvoir personnel et d'accroître mon degré de conscience. Si je parviens à me dégager de mon drame personnel en éprouvant plus de compassion pour moi, la souffrance de notre monde apparaît alors et en appelle à une compassion encore plus large.

Assumer les conséquences des gestes que l'on pose; oui, mais aussi et surtout s'accueillir soi-même avec ses blessures et se pardonner. Choisir d'être responsable, c'est choisir d'être libre; mais se pardonner, c'est être totalement libéré.

<sup>3</sup> Définition du rétablissement, Institut universitaire en santé mentale de Québec



# Réflexions sur le risque de voyager à des milliers de kilomètres avec des patients partenaires sensibles au stress

Jean-François Pelletier, Ph. D., patient partenaire; professeur-chercheur, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Yale Program for Recovery & Community Health

## INTRODUCTION

La notion de gestion du risque préoccupe de plus en plus les gestionnaires des services de santé mentale, qui subissent une pression croissante pour l'instauration de pratiques d'évaluation et de gestion des risques. Cette insistance a été critiquée parce qu'elle se ferait au détriment de la relation thérapeutique. Le recours à un vocabulaire du risque a été décrit comme un facteur entravant la possibilité pour les personnes utilisatrices de services de santé mentale de prendre part aux décisions et aux discussions qui les regardent (Clancy et coll. 2014). Selon Davidson et ses collaborateurs (2006), la décision reposant sur la crainte du risque est difficilement compatible avec la promotion du rétablissement, cette décision servant trop souvent à limiter l'expression des choix des personnes ayant recours aux services.

Cet article propose de voir le risque comme un ingrédient actif du rétablissement et de la pleine citoyenneté. Il comporte également une réflexion sur les observations recueillies lors d'un voyage d'études en France, à l'automne 2010, tout particulièrement dans la région de Lille où l'organisation des services publics de santé mentale est portée par la psychiatrie citoyenne. Ce voyage a été effectué avec des intervenants-gestionnaires et des personnes vivant avec un problème de santé mentale. La réflexion s'est poursuivie avec les forums citoyens en santé mentale.

Lors du premier forum citoyen tenu à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM 2010) le 11 novembre 2010, il a été annoncé qu'une délégation d'une quinzaine de personnes se rendrait en France le mois suivant pour aller s'initier à la psychiatrie citoyenne (Roelandt et Desmons 2002). La psychiatrie citoyenne est un mode de planification et d'organisation des services de santé mentale mis graduellement en place là-bas, notamment en réponse à la loi de 2002 sur la démocratie sanitaire et la participation des utilisateurs. La délégation serait composée de gestionnaires, de cliniciens, d'agents de planification, de programmation et de recherche, de personnes aux prises avec des difficultés psychologiques et de membres des familles. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées avec des représentants de chacune de ces catégories d'acteurs (N=5), dans le cadre d'un projet de recherche participative ayant pour but d'amasser de l'information sur la place des familles qui ont un proche suivi au programme de psychiatrie et de déficience intellectuelle de l'IUSMM. Parmi les activités de transfert de connaissances liées à cette étude, il y avait les présentations faites par l'équipe lors du premier forum citoyen international de psychiatrie citoyenne tenu à Besançon. Pour acquérir de

nouvelles compétences d'intervieweur avant de rencontrer en entrevue les participants à la recherche (n=15), un membre d'une famille – qui n'a pas de proche au programme de psychiatrie et de déficience intellectuelle – a d'abord réalisé cinq entrevues avec des partenaires du voyage. Nous vous présentons ici la synthèse de ces entrevues.

## VOYAGE D'ÉTUDES EN FRANCE

Dès la préparation du voyage, le thème du risque a été soulevé. Par exemple, les responsables se sont interrogés : « Faut-il demander aux utilisateurs de services de santé mentale la liste de leurs médicaments? ». Une telle requête n'ayant pas à être signifiée à tous les participants au voyage, elle portait atteinte à la dignité des personnes à qui elle était faite. Le médecin psychiatre a donc apporté des échantillons des médicaments les plus courants, en cas de besoin.

Les cliniciens et les gestionnaires étaient conscients et soucieux de la responsabilité qu'on pourrait leur imputer si quelque chose de fâcheux se produisait, par exemple qu'un voyageur, anxieux, se perde en pays étranger. Il était évident que le voyage pouvait représenter un surcroît de stress pour des personnes qui, en cas de fatigue, n'avaient plus la possibilité de simplement retourner chez elles. Des passagers ont mentionné ressentir beaucoup de stress durant les préparatifs, en particulier lorsqu'ils anticipaient la perte de leurs médicaments ou la longue durée des vols. Pour certains, il s'agissait en effet de leur tout premier voyage en avion. Le professionnalisme des cliniciens leur commande habituellement d'éviter de placer ces gens vulnérables dans un contexte de voyage à l'étranger à des milliers de kilomètres de distance.

Les professionnels éprouvaient aussi des inquiétudes quant à la possibilité pour les personnes qu'ils accompagnaient de se procurer du vin français à bon prix, étant donné la grande disponibilité de ce produit là-bas, sachant que la consommation d'alcool est souvent contre-indiquée avec des médicaments psychiatriques. Il fallait accepter de courir de tels risques et bien sûr ne pas empêcher qui que ce soit de commander du vin lors des repas, comme tout adulte en a normalement le droit. Tout s'est finalement bien passé, notamment à cet égard, et l'analyse des entrevues met en évidence que ce voyage a en fait été l'occasion pour les diverses catégories d'acteurs en présence de se côtoyer intensément et de se voir dans des contextes variés et bien différents de celui qui conditionne ordinairement la structure de leurs rapports à l'intérieur des murs de l'Institut.



Jean-François Pelletier



En rétrospective, tous les partenaires du voyage considèrent que celui-ci représente un tournant pour la mise au point d'une nouvelle vision clinique centrée sur la pleine citoyenneté (Fortin et coll. 2012).

## POINT DE VUE DES VOYAGEURS

### *Gestionnaire*

En entrevue, le gestionnaire<sup>1\*</sup> a dit qu'il recommanderait aux futurs intervenants de vivre un tel voyage avec des personnes en voie de rétablissement et des membres des familles, « car ça permet de voir les qualités des gens, leur sensibilité, leur humilité, leur authenticité ». Il est sorti grandi de son expérience sur le plan humain. Le modèle de psychiatrie citoyenne, préconisé dans la région de Lille, l'a impressionné en raison du bien-être dégagé par les patients partenaires et par l'intégration des services dans la cité. Ce modèle permet d'éviter le plus possible la rupture dans les soins et le recours à l'isolement et à la contention. Il fait la promotion d'une approche d'entraide mutuelle où la citoyenneté de chacun est respectée, car les hiérarchies sont aplanies au profit

d'une organisation plus circulaire. Le Conseil local de santé mentale qui coordonne le tout, et dont l'équivalent chez nous est le Comité organisateur du forum citoyen, s'assure que la collectivité de proximité est bien informée de la réalité de la santé mentale dans son milieu.

### *Clinicien*

Le clinicien a aimé le fait que les différents membres du groupe exprimaient de la bienveillance les uns envers les autres et partageaient des valeurs communes lors du voyage. Il a également appris à comprendre l'univers des chercheurs et leurs contraintes, et en a retiré une meilleure connaissance des impératifs de gestion des changements, au-delà de la gestion du risque. Il s'est dit lui aussi fortement impressionné par l'organisation des services à Lille, en particulier en ce qui touche la façon dont les professionnels répondent aux situations d'urgence, le temps d'hospitalisation réduit et les services alternatifs (par exemple, les familles d'accueil) déployés pour soutenir dans leur milieu naturel les personnes atteintes d'un trouble mental.

---

<sup>1</sup> \* Des femmes et des hommes ont pris part au voyage et participé aux entrevues. Pour assurer la confidentialité des uns et des autres, ces dernières sont présentées au masculin.

### *Agent de programmation et de recherche*

L'agent de planification, de programmation et de recherche a décrit sa visite d'une unité d'admission à Lille, une organisation qu'il a trouvée très différente de celle à laquelle il est habitué : « C'est très grand, très aéré et les personnes utilisatrices peuvent faire des activités, de l'hydrothérapie et peuvent décompresser ». Il aurait aimé poser plus de questions et voulu savoir surtout ce que cette unité fait avec les personnes plus difficiles à soigner, entre autres celles ayant une déficience intellectuelle. Il a souligné qu'il y avait tout de même des approches plus avant-gardistes chez nous que là-bas, par exemple si l'on réfère à la vitalité du mouvement des personnes luttant pour leur rétablissement.

### *Personne utilisatrice*

L'une des personnes prestataires des services de santé mentale a révélé en entrevue qu'elle ressentait beaucoup d'appréhension au début : peur de partir avec des gens inconnus, peur de ne pas être comprise par les Français en raison de son accent québécois. Elle craignait également le fait d'être constamment en groupe. À Besançon, elle a pris plaisir à sa visite des « Invités au festin » qui lui a permis de voir comment les personnes vivent différemment avec leurs limitations en santé mentale. À Lille, elle a fait la rencontre d'un groupe d'entraide mutuelle. Globalement, elle s'est sentie utile par sa présence et son savoir expérientiel, et s'est dite contente – fière même – d'avoir relevé le défi malgré les craintes initiales.

### *Famille*

Selon le membre d'une des familles, les aléas du voyage et le fait d'être à l'étranger ont permis la naissance d'une solidarité dans le groupe, ce qui a fait voir que les personnes vivant avec un trouble psychologique sont égales à celles non touchées par cette difficulté. « Ces personnes étaient intégrées au groupe, cela allait de soi. Mais est-ce que la psychiatrie citoyenne, c'est pour notre enfant? » L'enfant dont il est question ici, hospitalisé depuis des décennies, est suivi au programme de psychiatrie et de déficience intellectuelle. Le parent craint qu'il ne soit soudainement désinstitutionnalisé, ce qui l'insécurise. Selon lui, cela représenterait des risques trop importants. Nous l'avons rassuré à ce sujet.

## **DISCUSSION**

En entrevue, les participants étaient invités à relater quelques anecdotes. Ainsi, un clinicien a été marqué par le sens aigu de l'orientation d'un patient partenaire. Il a noté le rôle actif de celui-ci auprès du groupe, alors que dans l'exercice de ses fonctions institutionnelles, il est plutôt habitué à voir des individus aux prises avec des difficultés et des limitations de toutes sortes. Une personne atteinte mentalement s'est dite agréablement surprise de constater un sens de l'humour très pointu chez ce même clinicien.

Lorsque les membres de la délégation voyageaient ensemble, en train par exemple, les uns et les autres ont pu se découvrir des talents et des capacités que le cadre formel de l'institution psychiatrique traditionnelle ne fait pas nécessairement ressortir. De plus, se côtoyer pendant toute une semaine a fait en sorte que le vouvoiement habituellement de rigueur entre un agent de planification et de recherche et son gestionnaire apparaisse incongru alors que les autres participants se tutoyaient.

Au cours du voyage, les membres de la délégation se sont rapprochés les uns des autres et ont voulu faire part au retour de ce sentiment de solidarité, notamment en le communiquant lors des forums citoyens et des présentations diverses.

La délégation représentait un seul groupe cohésif : des Québécois en voyage en France et sans distinction particulièrement apparente entre eux. Le seul trait distinctif les liant en tant que groupe était leur accent québécois que plusieurs Français reconnaissaient.

Une autre anecdote rapportait qu'une bonne partie de la France s'est retrouvée paralysée par une bordée de quelques centimètres de neige. Plusieurs vols d'avion ont été annulés et des trains retardés. « Nous autres, les Québécois, ce ne sont pas trois pouces de neige qui nous impressionnent », se sont dit en souriant les participants, au profit d'un esprit de corps renforcé.

Le fait d'avoir couru le risque de voyager ensemble outre-Atlantique a solidifié la volonté de s'engager résolument en faveur du rétablissement et de la psychiatrie citoyenne avec la notion de pleine citoyenneté. La pleine citoyenneté est maintenant la vision clinique officielle de l'IUSMM. « Au sein d'une collectivité, l'expression de la pleine citoyenneté consiste, pour les individus qui la composent, en la possibilité de jouer un rôle actif dans

**Le fait d'avoir couru le risque de voyager ensemble outre-Atlantique a solidifié la volonté de s'engager résolument en faveur du rétablissement et de la psychiatrie citoyenne avec la notion de pleine citoyenneté. La pleine citoyenneté est maintenant la vision clinique officielle de l'IUSMM.**

le respect de leurs droits, devoirs et capacités. L'exercice de la pleine citoyenneté fait donc appel à la solidarité et à la place que notre collectivité accorde à chaque individu » (IUSMM 2014).

C'est lors de ce voyage que cette vision clinique a commencé à prendre forme (Pelletier et Fortier 2011). Le forum citoyen en santé mentale se trouve à la jonction du rétablissement et de la psychiatrie citoyenne (Pelletier 2013). Si les deux premiers forums ont été tenus dans l'enceinte même de l'IUSMM, le troisième, portant sur la question du logement, a eu lieu au cœur





de la communauté de Pointe-aux-Trembles. Les organisateurs ont pesé et soupesé le risque que pouvait représenter le fait de tenir un événement public sur le logement en santé mentale dans un arrondissement de Montréal où il y a de nombreuses ressources spécialisées d'hébergement. Ils ont eu vent qu'un groupe de résidents opposés à la concentration de telles ressources dans leur voisinage planifiait de signaler leur mécontentement. Le forum s'est ouvert par le témoignage de trois personnes recourant aux services de santé mentale, témoignages par moments empreints d'humour ou encore de sensibilité. Plutôt que d'exprimer un ressentiment s'apparentant au phénomène du « pas dans ma cour », les résidents mécontents se sont ralliés au fait qu'il est important de faire montre de solidarité et d'hospitalité, comme les actes du 3<sup>e</sup> Forum citoyen en santé mentale l'indiquent (IUSMM 2013).

## CONCLUSION

Le voyage dont cet article fait état a été l'occasion pour les diverses catégories d'acteurs en présence de se voir dans des rôles différents de ceux qu'ils incarnent au cœur des murs de l'Institut. Le fait d'avoir vu des gens employant les services de santé mentale participer à une diversité d'activités sociales et politiques au quotidien, et de les avoir soutenus dans ce rôle, s'est avéré une façon particulièrement efficace d'actualiser la pleine citoyenneté, ceci bien au-delà des ordres professionnels qui encadrent la pratique des uns et des autres. De retour au Québec, l'ambiance d'entraide et de solidarité informelle qui régnait au sein du groupe a servi de point d'appui à la formalisation d'une nouvelle vision clinique centrée sur la pleine citoyenneté et ayant pour objectif l'intégration de tous à la vie de la communauté.

Ce voyage à l'étranger, une situation qui n'est pas sans risque, a permis aux professionnels de redéfinir leurs rapports entre eux dans un contexte de personne à personne, c'est-à-dire de mieux comprendre les individus derrière leurs fonctions et mandats officiels respectifs. Les personnes éprouvant des difficultés psychologiques – habituellement de l'autre côté de la barrière – ont elles aussi pu interagir différemment avec les cliniciens et les gestionnaires, en les comprenant mieux dans leur globalité. Il en est résulté une prise de conscience qui s'est transposée dans une vision clinique favorisant l'interaction avec la communauté pour une participation sociale et politique accrue et pour le respect de la dignité de tous et de chacun.

## BIBLIOGRAPHIE

- Clancy, L., B. Happell et L. Moxham. (2014). « The language of risk: Common understanding or diverse perspectives? ». *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 551-557.
- Davidson, L. et coll. (2006). « The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation ». *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645.
- Fortin, D. et coll. (2012). *Une vision clinique centrée sur la pleine citoyenneté : axe de transformation d'un institut de santé mentale montréalais*, 16<sup>e</sup> colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale – Rétablissement et pleine citoyenneté, du discours à l'action. Montréal, 31 octobre.
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2010). *Forum citoyen en santé mentale : pour une psychiatrie sans frontières*, [En ligne]. [<http://www.iusmm.ca/hopital/actualites/forum-citoyen-en-sante-mentale.html>] (Consulté le 28 juillet 2014).
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2013). *Actes du 3<sup>e</sup> Forum citoyen en santé mentale : un toit, un quartier, notre communauté!*, [En ligne]. [[http://pirap-ippar.com/Actes\\_3e\\_Forum\\_citoyen.pdf](http://pirap-ippar.com/Actes_3e_Forum_citoyen.pdf)] (Consulté le 28 juillet 2014).
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2014). *Pleine citoyenneté*, [En ligne]. [<http://www.iusmm.ca/pleinecitoyennete.html>] (Consulté le 28 juillet 2014).
- Pelletier, J. F. (2013). « The global model of public mental health through the WHO quality rights project ». *Journal of Public Mental Health*, 12(4), 212-223.
- Pelletier, J. F. et L. Fortier. (2011). « Sur les chemins de la psychiatrie citoyenne ». Dans M. N. Besançon (éd.), *Actes du Forum citoyen international de psychiatrie citoyenne, 6 et 7 décembre 2010* (79-100). Besançon, [En ligne]. [[http://www.lesinvitesaufestin.fr/pdf/actes\\_colloque\\_psycitoyenne.pdf](http://www.lesinvitesaufestin.fr/pdf/actes_colloque_psycitoyenne.pdf)] (Consulté le 28 juillet 2014).
- Roelandt, J. L. et P. Desmons. (2002). *Manuel de psychiatrie citoyenne : l'avenir d'une désillusion*, Paris, In Press.

# Familles de personnes atteintes de troubles mentaux et gestion du risque

Jean-Pierre Bonin, professeur titulaire, chercheur, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; Centre de recherche, Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)

Caroline Larue, professeure agrégée, chercheuse, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; Centre de recherche, IUSMM

Gabrielle Chicoine, étudiante graduée à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Mathieu Dostie, coordonnateur de projet, Centre de recherche, IUSMM

Hélène Racine, directrice, Soins infirmiers, Institut universitaire en santé mentale Douglas



Jean-Pierre Bonin

Cette recherche a pu être réalisée grâce au soutien des Instituts de recherche en santé du Canada, du Fonds de recherche en santé du Québec et du Réseau de recherche en intervention en soins infirmiers du Québec

La santé publique doit favoriser le renforcement de la capacité des individus et des collectivités à prendre des décisions éclairées et à agir quant aux risques qui les concernent.

(J. St-Arnaud 1999)

On entend souvent parler de gestion du risque dans un contexte de soins professionnels, que ce soit des services hospitaliers ou communautaires. Par exemple, selon Santé Canada, la « gestion des risques par la santé publique doit accorder la priorité à la protection de la santé humaine » (2000). Le présent article vise à se centrer sur la perception des familles quant aux risques inhérents aux soins d'une personne atteinte de troubles mentaux, soit les risques pour cette personne même et pour le proche aidant. Puisque la gestion des risques implique de prévoir des actions permettant de la faire, un programme de formation pour les familles sera décrit à la fin de l'article.

Quand on est membre d'une famille et proche aidant, il nous semble évident que les risques les plus importants concernent d'abord le proche vivant avec des problèmes psychologiques. Tel qu'il a déjà été dit (Morin 2012; Carpentier 2001; Bonin et coll. 2014), la famille a traversé les époques en jouant (ou, selon plusieurs, en semblant jouer) différents rôles. Ainsi, au début du XXe siècle, on a longtemps perçu la famille comme étant un agent causal de l'émergence de la maladie mentale chez la personne, que ce soit dans une perspective psychanalytique, sociale ou biologique de l'étiologie des troubles mentaux. Or, depuis la fin du XXe siècle, on a plutôt vu les membres de familles comme ayant un rôle à assumer dans le rétablissement ou non de leur proche, d'où l'intégration de la notion de risque comme on la vit sur un plan professionnel, sans toutefois avoir reçu de formation à cet effet (Morin 2012; Bonin et coll. 2011). Dans nos différentes recherches, les familles ont ainsi indiqué que ce rôle comportait un risque pour leur proche, pour elles-mêmes, pour l'entourage, pour les autres personnes dans leur situation.

## LE RISQUE POUR LE PROCHE ATTEINT

Depuis longtemps, on connaît les risques pour la personne éprouvant des difficultés sur le plan mental tels qu'ils sont perçus par sa famille. Ainsi, les recherches ont expliqué que la famille est souvent la première à prendre conscience qu'un de ses membres ne va pas bien (Pescosolido 1992; Andersen et Newman 1973). Pescosolido a parlé d'une « carrière en tant que malade » où ce ne sont pas les personnes touchées qui réalisent de prime abord qu'elles ont un problème, mais bien leur famille. En effet, lors d'une enquête récente (Bonin et coll. 2012) auprès des familles de ces personnes, où 1 496 questionnaires ont été distribués par des organismes communautaires à travers le Québec, il est apparu que la personne qui bénéficie des soins du membre de la famille est le plus souvent le fils (50,7 %) ou la fille (25,0 %) et que les familles semblent assez bien connaître les problèmes de leur proche. Ainsi, les membres de familles ont presque toujours été capables de préciser le diagnostic de leur proche, dont les plus fréquents sont la schizophrénie (55,0 %), le trouble bipolaire (20,0 %) et le trouble de la personnalité (16,5 %).

Toutefois, au-delà du diagnostic, la connaissance de la maladie mentale est limitée; cette dernière reste toujours un peu taboue et mystérieuse. Les familles s'inquiètent : « C'est très dur quand on annonce que ton fils unique, en qui tu avais des espoirs, puis du jour au lendemain, tu sais qu'il va avoir une maladie chronique toute sa vie... »; « Puis aussi, souvent, les inquiétudes... Sans arrêt... Imaginer plus tard dans l'avenir, quand on ne sera plus là. Ça, le réseau de la santé ne s'occupe pas de ça. Mais on les a, ces inquiétudes-là ».

## Le risque de sombrer dans l'itinérance

On s'inquiète aussi que la personne soit itinérante ou le devienne. L'enquête de Fournier (2001) a démontré que 60 % des itinérants avaient des troubles mentaux graves. En entrevue (Bonin et coll. 2013), les familles ont exprimé leur inquiétude quant à plusieurs aspects de la vie de leur proche. Elles doivent souvent offrir différentes sortes d'aide : l'hébergement et un appui financier (ceux-ci étant les plus fréquemment interrompus); le soutien émotionnel et l'accompagnement social (qui tendent davantage à





perdurer). Les familles demeurent aussi, la plupart du temps, le premier refuge en situation de crise (Hopper 1990). « Toutes les fois qu'elle veut de l'aide, je suis ouvert, elle appellera à l'heure qu'elle voudra, ça ne me dérange pas » (Bonin et coll. 2014). Par contre, à long terme, un phénomène de désaffiliation apparaît, fréquemment provoqué ou exacerbé par la toxicomanie : « Parce que mon frère, aussi, quand je vais à Angrignon, puis il sent l'alcool... Je l'ai averti : "Si tu sens l'alcool, tu ne viens pas chez nous. Je te laisse au métro, puis tu ne viens pas chez moi" »<sup>1</sup>.

### Le risque de suicide

Les familles craignent aussi que leur proche ne se suicide. En effet, les troubles mentaux et la toxicomanie sont les plus importants facteurs de risque de suicide (Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki 2004). Les familles doivent donc prêter assistance,

sans avoir nécessairement les connaissances requises. Le soutien émotionnel se traduit alors par une aide dans la gestion des émotions. Un père raconte : « La dernière fois, il voulait se jeter en bas du pont, des choses comme ça. C'est sûr que c'est parce qu'il a consommé trop, puis... Est-ce que c'est qu'il va finir par le faire? Dieu seul le sait, mais j'ai dit : "Avant de te jeter par-dessus bord, laisse-moi réfléchir, réfléchis toi aussi" » (Bonin et coll. 2014).

### Le risque d'agressivité

Les résultats de notre précédente enquête (Bonin et coll. 2012) montrent que le proche aidant se sent fréquemment démuni devant le caractère impulsif, dérangeant ou nettement agressif de celui qui vit un problème de santé mentale dans la famille. Un colloque, tenu au Centre de recherche Fernand-Seguin en 2011 et regroupant entre autres des proches aidants, a mis en évidence le sentiment d'impuissance de ces derniers vis-à-vis de ces comportements. Les écrits avancent aussi qu'entre 10 % et 40 % des proches touchés par la maladie ont fait preuve de violence depuis l'établissement du diagnostic, et qu'entre 50 % et 65 % des gestes sont perpétrés envers les membres de familles (Estroff et coll. 1998; Kjellin et Ostman 2005; Lefley 1996; Link et Stueve 1994; Solomon et coll. 2005; Steadman et coll. 1998; Vaddadi et coll. 2002). Notre étude (Bonin et coll. 2011)<sup>2</sup> a indiqué que 30 % des familles soulignent avoir subi de l'agressivité de la part de leur proche atteint. Cependant, ces résultats sont probablement sous-estimés puisque les familles ont tendance à peu rapporter les cas (Solomon et coll. 2005).

Plusieurs aidants entretiennent des craintes par rapport à des comportements potentiels d'agressivité chez leur proche (par exemple, lors d'un sevrage d'alcool parce que celui-ci manque d'argent) et se sentent parfois vulnérables en sa compagnie. On perçoit d'ailleurs dans leur discours l'oscillation entre une affirmation de soi et une retenue, liée à de la méfiance établie. Certains mentionnent qu'ils anticipent encore plus de désagréments et de malaises à l'idée de contredire leur proche. Ils peuvent donc tolérer la situation pour de multiples raisons, comme éviter de subir une crise, d'avoir à s'affirmer, de devoir se fâcher ou de mettre à jour un conflit. « Elle peut venir très méchante. Fait que... non, j'ai toujours été craintive envers elle sur ce côté-là. Je ne sais pas qu'est-ce qu'elle peut me faire faire ou faire faire par d'autres ou... Je suis craintive » (Bonin et coll. 2014).

### Les risques liés au rôle du proche aidant

Les familles s'avèrent donc une ressource inestimable durant une période de crise. L'aidant peut contribuer à apaiser l'atmosphère par son écoute ou à répondre aux besoins fondamentaux de son proche (manger, dormir, sécurité). Toutefois, depuis les années

<sup>1</sup> J.-P. Bonin et coll. (En préparation). *Création et implantation d'une formation novatrice sur la gestion de l'agressivité de leur proche atteint de troubles mentaux : évaluation du processus, des effets et de l'empowerment*. Le projet est mis sur pied pour améliorer le pouvoir des familles quant à l'agressivité d'un de leurs membres. Le point central a été de former 14 membres de familles à devenir des formateurs d'une nouvelle formation par et pour les familles, inspirée d'OMÉGA, une formation visant à mieux gérer l'agressivité. Par la suite, ces membres ont donné la formation dans des associations de familles. Dans un second temps, elles ont formé une autre vague de formateurs qui donnent de la formation à travers la province. Près de 500 membres de familles ont été formés.

<sup>2</sup> J.-P. Bonin et coll. (2008-2011). *Collaboration avec les familles et les organismes communautaires au sein des transformations en santé mentale*. Une recherche s'inspirant de l'approche participative a été mise sur pied et elle regroupe des chercheurs et des partenaires décideurs de toutes les instances touchées, mais principalement des organismes communautaires en lien avec les familles. Il s'agit d'un projet mené par les familles, lesquelles ont participé à la création d'outils de collecte de données, et pour les familles, à qui des questionnaires ont été distribués à travers le Québec (N=1 496). L'analyse de ces données a été bonifiée par des entrevues de groupes de familles, soit 6 groupes, à 2 reprises, à 18 mois d'intervalle.



1990, plusieurs recherches ont mis en évidence que cette aide, quelle que soit la maladie ou sa gravité, génère un fardeau qui peut se révéler assez lourd. Ainsi, les deux tiers des aidants affirment jouer ce rôle avec une certaine difficulté, et environ 20 % des familles disent se sentir dépassées ou stressées la plupart du temps devant les exigences du membre bénéficiant de leurs soins (Bonin et coll. 2011).

Dans notre étude, il est apparu que le rôle d'aidant entraîne des risques pour la santé physique et mentale de celui-ci. Ainsi, le score moyen pour la santé émotionnelle de la personne aidante gravite autour de 7 sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le meilleur état de santé imaginable. Environ 1 aidant sur 5 disait prendre des médicaments prescrits par un médecin pour des problèmes émotionnels. De même, le score moyen de la santé physique de l'aidant s'établit autour de 7,5 et 40 % prenaient des médicaments à cet effet. Enfin, 50 % des familles affichent une détresse psychologique élevée (Bonin et coll. 2011) et ce taux apparaît assez stable dans le temps, alors que la population en général montre un pourcentage de 20 %. En entrevue, les familles évoquent souvent ce lien entre leur santé et leur rôle d'aidant : « Elle m'a tellement fatiguée depuis des années que, moi-même, je prends des antidépresseurs ».

Ce fardeau et cette détresse influencent aussi l'agressivité familiale. En effet, Fresan et coll. (2007) ont conçu un modèle de la rechute en santé mentale où la personne vivant avec des limitations sur ce plan, qui retourne chez son proche aidant après une hospitalisation, cesse de prendre sa médication, ce qui exacerbe les symptômes de la maladie et augmente le fardeau de l'aidant. À ce moment, ce dernier devient plus agressif et le climat familial très tendu, ce qui augmente l'agressivité de la personne souffrante et provoque sa rechute et une nouvelle hospitalisation. Ce modèle ramène aussi ce qu'on a appelé les « émotions exprimées » (Brown et coll. 1972), modèle en vogue dans les années 1970, mais que Fresan situe dans une vision plus systémique. Selon ce chercheur, l'aidant fait preuve d'agressivité verbale pour évacuer sa détresse ou pour assurer son contrôle, ce qui pousserait la personne aidée à la rechute. Ainsi, ce n'est pas seulement ce dernier qui montre de l'agressivité, mais aussi le proche aidant.

Dans le cadre de son mémoire de maîtrise (non publié), Chicoine a pu explorer cet aspect auprès de personnes ayant un problème de santé mentale, dont le proche aidant a suivi une formation de gestion de l'agressivité (voir plus bas), et confirmer que ce dernier contribuait à l'agressivité dans sa famille en se conduisant lui-même de manière agressive, ce qui est noté par le proche atteint : « Me faire poser une question pendant que ça me tentait pas, pis j'me sentais envahi, ça n'en prenait vraiment pas beaucoup, juste me demander comment ma journée avait été, pis c'était déjà trop. Des fois, c'était des questions plus personnelles, pis ça passait pas plus ». « Est-ce qu'il y avait des discussions plus intenses dans votre famille? Madame Cygne : "Ouais, ouais,

ça arrivait, mais c'était tout le temps par rapport à mon père, qui pognait les nerfs, pis là j'y répondais de quoi, pis là il me disait : 'Dehors de la maison' " ».<sup>3</sup>

Il appert donc que dans les familles de personnes manifestant des troubles mentaux, plusieurs risques sont perçus par l'aidant quant à sa propre santé et à celle du proche aidé.

## LA GESTION DES RISQUES

Pour gérer les risques, il existe plusieurs stratégies élaborées par les membres de familles qui peuvent être mises en place ou qui l'ont déjà été. Cette gestion leur permettrait, d'une part, de limiter leur fardeau et leur détresse psychologique, et d'améliorer leur capacité d'agir sur la situation. D'autre part, elle vise à mieux intervenir auprès du proche vulnérable. Ainsi, lors d'études précédentes, les familles ont exprimé le besoin de recevoir plus d'information sur la maladie, sur les interventions et sur la gestion de l'agressivité; 35 % ont dit qu'elles souhaitaient recevoir une formation sur la gestion de l'agressivité, car elles avaient déjà subi de la violence ou avaient eu peur de l'agressivité de leur proche (Bonin et coll., données non publiées). Bien que les familles possèdent ce que l'on appelle la connaissance expérientielle acquise au fil des années auprès du membre qui se débat avec des difficultés psychologiques, cette connaissance et cet engagement ont des limites : « À l'hôpital, ils ont un groupe d'information sur les troubles de personnalité limite. Moi, j'ai appris... »; « Puis, ça nous aide à comprendre, aussi, pourquoi notre fille agit de telle ou telle façon. Si le psychiatre dit : "Votre fille ou votre garçon fait telle ou telle chose parce que...", il n'est pas conscient, il fait des choses...", ça nous aide à comprendre en vulgarisant un peu les termes médicaux, expliquer qu'est-ce qui se passe ».

Les familles aimeraient aussi avoir l'occasion de participer aux décisions qui concernent l'organisation des services que leur proche reçoit. À cet égard, 45 % estiment que les intervenants des services de santé mentale n'ont pas du tout tenu compte de leur opinion (Bonin et coll. 2011). Selon l'ensemble des aidants, la loi sur le secret professionnel, qui les empêche de recevoir des renseignements de nature confidentielle sur leur proche affecté par un problème psychique sans le consentement de ce dernier lorsqu'il est majeur, constitue une entrave non négligeable à la collaboration. Cette loi est perçue comme donnant tous les droits au patient majeur et aucun à l'aidant : « Effectivement, à chaque fois que j'ai essayé d'intervenir, d'avoir de l'information, c'était toujours : "Bien, ton gars est majeur". Là, il fallait comme avoir le consentement de mon fils pour que je puisse aller plus loin. Je pense que c'est la plus grosse problématique qu'il y a dans toute l'organisation. Dans toute la structure, c'est ça ».

## APPRENDRE À SE RAPPROCHER SANS AGRESSIVITÉ

L'agressivité, comme nous l'avons vu plus haut, représente toujours un aspect central du fardeau des familles et soulève des craintes importantes qui les conduisent fréquemment à provoquer l'entrée

<sup>3</sup> G. Chicoine. (2012-2014). Évaluation des effets d'une intervention familiale éducative de gestion des comportements agressifs auprès des membres de familles, sur leur proche atteint d'un trouble de santé mentale et vivant dans la communauté. Imbriqué dans le projet sur la gestion de l'agressivité, ce mémoire de maîtrise (directeurs : J.-P. Bonin et C. Larue) vise à évaluer la perception des proches atteints dont l'aidant a suivi la formation créée par et pour les familles. L'évaluation, réalisée à l'aide de questionnaires et d'entrevues, porte sur le climat familial, la gestion des symptômes et la perception des changements chez leur proche aidant.

à l'hôpital de la personne atteinte en faisant appel à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, ce qui permet à l'aidant de forcer le proche aidé à être vu en psychiatrie. Les familles rapportent aussi que, souvent, après un court séjour à l'hôpital de celui-ci, le cycle décrit par Fresan reprend et celui de la violence également. À cet effet, une formation a été créée pour aider les familles à mieux gérer l'agressivité en leur sein, soit Apprendre à se rapprocher sans agressivité. Ce projet a été mis en place en collaboration avec l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale et la Société québécoise de la schizophrénie. Ces organisations agissent comme utilisatrices principales de connaissances.

La formation à l'intention des membres de familles s'est déroulée en cinq étapes.

1) Dans un premier temps, 14 membres de familles ont été recrutés dans des organismes communautaires participant à l'étude de Bonin et coll. (2011), lesquels regroupent la plupart des associations du Québec qui aident les familles de personnes éprouvant un problème psychologique. Ces membres ont été choisis à la suite d'une entrevue menée par un membre d'une famille, un membre d'une association de familles et un chercheur. Les critères de sélection étaient les suivants :

1. être un membre d'une famille dont une des personnes vit avec un trouble mental;
2. avoir vécu des périodes d'agressivité de la part de cette personne;
3. avoir cheminé à la suite de ces périodes;
4. avoir déjà donné une formation dans un domaine quelconque;
5. être motivé et libre pour participer au projet.

Ces personnes sont devenues, au terme des activités suivantes, les formatrices de la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs transmise en deux vagues.

2) Ces membres de familles ont été formés à l'approche *OMÉGA* – un partenariat entre l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) et les centres hospitaliers Douglas<sup>4</sup>, Robert-Giffard<sup>5</sup> et de Charlevoix – sur une période de quatre jours. Cette formation veut créer chez l'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en cas d'agressivité. Elle mise principalement sur une méthode de pacification de la crise d'agressivité (ASSTSAS 2014). Elle a été donnée par des formateurs d'un centre hospitalier de la région de Montréal spécialisé en santé mentale, dont la directrice des soins infirmiers agit comme décideuse principale dans le cadre du projet.

3) Au terme de cette formation, les 14 membres de familles recrutés et le formateur *OMÉGA* ont participé à un comité de

création d'une nouvelle formation, adaptée d'*OMÉGA*. Il aura fallu 17 jours à ces membres pour modifier la formation et la rendre adéquate en fonction de leurs besoins. Un des éléments les plus importants qui en est ressorti concerne le fait que les intervenants qui suivent la formation n'éprouvent pas le même attachement à l'égard de la personne aidée et ne passent pas la journée auprès d'elle. La distance émotionnelle nécessaire dans l'approche *OMÉGA* leur semblait passablement difficile à maintenir vis-à-vis de leur proche.

4) Par la suite, quatre jours de formation à la prestation de la formation, sous forme d'ateliers et de microprésentations, ont été offerts aux membres de familles. Cette formation permettait d'être autonome dans la diffusion de l'approche *OMÉGA* et de fonder sa propre dyade de formateurs. Elle cherchait à rendre le participant apte à enseigner aux autres membres de familles la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs.

5) Une fois cette étape réalisée, les 13 membres de familles<sup>6</sup> recrutés ont transmis à d'autres membres de familles, en dyade, la nouvelle formation, intitulée *Apprendre à se rapprocher sans agressivité*, par l'entremise des organismes communautaires engagés dans le projet. Les membres ont organisé cinq rencontres d'une durée de deux heures trente minutes chacune. Deux vagues de formation ont eu lieu : 1) des formateurs du groupe initial ont sélectionné les candidats pour une session en 2012 et une autre au printemps de 2013, regroupant jusqu'à ce jour 426 participants; 2) une seconde vague de formateurs, formée par trois des formateurs du début, a été créée à l'automne 2013.

Jusqu'à présent, les résultats sont plus que satisfaisants. D'une part, un nombre étonnant de séries de formation a pu être donné, soit 36, alors que le projet en ciblait 12, et 144 personnes devaient initialement être formées, tandis qu'il y en a eu dans les faits 426. D'autre part, les participants présentent, quatre mois après la formation et comparativement à leur situation d'avant, moins de détresse psychologique et une meilleure santé physique et mentale. De plus, sur le plan qualitatif, les personnes ressources du réseau et les participants se déclarent très satisfaits. Les proches aidants rapportent qu'ils agissent mieux auprès de leur proche aidé et connaissent davantage les règles de sécurité. La formation, grâce à son volet sur la pacification, a aussi permis une meilleure relation entre la personne touchée par des difficultés en santé mentale et son entourage, de même qu'un climat familial plus bénéfique, ce qui minimise les risques d'agressivité.

Quatre capsules vidéo ont été conçues pour décrire le projet et les familles ont pu s'exprimer sur leur perception :

« J'ai compris qu'avant de changer ma fille, c'est moi qui devais changer mon approche. C'est comme si je retrouvais ma fille. C'est WOW » (participante dans une des capsules vidéo).

Il ressort donc de ce court article que les familles de personnes souffrant d'un problème de santé psychologique doivent affronter divers risques, que ce soit pour ces personnes ou pour elles-

<sup>4</sup> Actuellement Institut universitaire en santé mentale Douglas.

<sup>5</sup> Actuellement Institut universitaire en santé mentale de Québec.

<sup>6</sup> Un membre d'une famille a participé à la création et à l'adaptation de la formation, mais s'est désisté par la suite en raison de problèmes de santé.

mêmes. Il a été démontré que les risques inhérents aux troubles vécus par son proche se traduisent par un fardeau et de la détresse chez l'aidant. De plus, le cycle maladie-rechute-hospitalisation détermine souvent un climat familial difficile pour tous ceux qui le vivent. À cet effet, les familles recherchent de plus en plus d'aide pour elles et pour leur proche. Elles sont aussi nombreuses à vouloir collaborer afin de faire profiter les autres de leur expérience. Dans un contexte où l'on favorise de plus en plus le rétablissement de la personne, entre autres en l'incitant à

## LIENS POUR LES CAPSULES VIDÉO

Retrouvez nos quatre capsules vidéo et une description de notre projet sur notre site : [sansagressivite.ca](http://sansagressivite.ca).

soutenir ses pairs, un mouvement semblable se dessine pour les membres de familles. On constate en effet que plusieurs hôpitaux psychiatriques engagent maintenant des proches aidants et des proches aidés pour favoriser une meilleure communication entre ceux-ci et le personnel soignant. Une formation telle que celle que nous proposons

s'inscrit dans cette mouvance et vise justement à permettre aux familles d'utiliser le même langage que les intervenants lors d'une situation de crise et à améliorer le partenariat dans les soins et, de fait, la gestion partagée du risque.

## BIBLIOGRAPHIE

- Andersen, R. et J. F. Newman. (1973). « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States ». *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 51, 95-124.
- Arsenault-Lapierre, G., C. Kim et G. Turecki. (2004). « Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A metaanalysis ». *BMC Psychiatry*, 4, 37-48.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2014). *Formation OMÉGA de base*, [En ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/asstsas/nos-services/formation.html>] (Consulté le 14 août 2014).
- Bonin, J.-P. et coll. (2011). « Collaborer avec les familles : pas seulement une philosophie... ». *Santé mentale au Québec*, 72-76.
- Bonin, J.-P. et coll. (2012). « Situation of families of mentally ill persons in a context of change in mental health system: A time for stakeholders and families collaboration ». *European Psychiatry*, 27(1), 590.
- Bonin, J.-P. et coll. (2013). « Le rôle des familles de personnes en situation d'itinérance et souffrant de troubles mentaux : un regard rétrospectif et prospectif des liens ». *Santé mentale au Québec*, 38(1), 143-163.
- Bonin, J.-P. et coll. (2014). « Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec ». *Santé mentale au Québec*, 39(1), 159-173.
- Brown, G. W., J. L. Birley et J. K. Wing. (1972). « Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication ». *The British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-258.
- Carpentier, N. (2001). « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle ». *Sciences sociales et santé*, 19(1), 79-106.
- Chicoine, G. *Les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion de comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal. [Non publié].
- Estroff, S. et coll. (1998). « Risk reconsidered: Targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders ». *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33(1), 95-101.
- Estroff, S. et C. Zimmer. (1994). « Social networks, social support, and violence among persons with severe, persistent mental illness ». Dans J. Monahan et H. Steadman (édit.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (259-296). Chicago, University of Chicago Press.
- Fournier, L. (2001). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 142 p.
- Fresan, A. et coll. (2007). « Association between violent behavior and psychotic relapse in schizophrenia: Once more through the revolving door? ». *Salud Mental*, 30(1), 25-30.
- Groff, A. et coll. (2004). « Caregiving for persons with mental illness: The impact of outpatient commitment on caregiving strain ». *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 192, 554-562.
- Herman, J. (1986). « Histories of violence in an outpatient population: An exploratory study ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 137-141.
- Hopper, K. (1990). « Public shelter as "a hybrid institution": Homeless men in historical perspective ». *Journal of Social Issues*, 46(4), 13-29.
- Kane, S. M. et M. O. Mazurek. (2011). « Aggression in children and adolescents with ASD: Prevalence and risk factors ». *Journal of Autism Development Disorders*, 41, 926-937.
- Kjellin, L. et M. Ostman. (2005). « Relatives of psychiatric inpatients – Do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care? ». *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 7-11.
- Lefley, H. (1996). *Family Caregiving in Mental Illness*, Thousand Oaks, Sage.
- Link, B. et A. Stueve. (1994). « Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls ». Dans J. Monahan et H. Steadman (édit.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (37-60). Chicago, University of Chicago Press.
- Morin, M. H. (2012). « D'agent causal à... famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de familles dans les pratiques en santé mentale ». *le partenaire*, 20(4), 4-10.
- Pescosolido, B. A. (1992). « Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance ». *Advances in Medical Sociology*, 2, 61-184.
- Santé Canada. (2000). *Cadre décisionnel de Santé Canada pour la détermination, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé*, Ottawa, Santé Canada.
- Solomon, P., M. Cavanaugh et R. Gelles. (2005). « Family violence among adults with severe mental illness: A neglected area of research ». *Trauma Violence Abuse*, 6(1), 40-54.
- St-Arnaud, J. (1999). « Dilemmes éthiques reliés à l'application des principes de bienfaisance et de non-malfaisance en santé publique ». Dans Association pour la santé publique du Québec, *Les enjeux éthiques en santé publique : Actes du colloque* (139-148). Montréal, Association pour la santé publique du Québec.
- Steadman, H. et coll. (1998). « Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods ». *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401.
- Swanson, J. W. et coll. (2000). « Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behaviour in patients with severe mental illness ». *British Journal of Psychiatry*, 176, 324-331.
- Taameeyapradit, U., D. Udomittipong et N. Tepparak. (2014). « Characteristics of behavioral and psychological symptoms of dementia, severity and levels of distress on caregivers ». *Journal of Medical Association of Thailand*, 97(4), 423-430.
- Vaddadi, K., C. Gilleard et H. Fryer. (2002). « Abuse of caregivers by relatives with severe mental illness ». *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 149-155.





Dominic Mailhot

### SANTÉ MENTALE, SANTÉ SPIRITUELLE

Odette Bernazzani et Benoît Lacroix. (2014). Médiaspaul Canada.

Dominic Mailhot

Le présent article traitera du livre *Santé mentale, santé spirituelle*, coécrit par Odette Bernazzani et Benoît Lacroix. La première est psychiatre et s'intéresse à la théologie, d'où son association avec le second, théologien de formation. Le livre regroupe en majeure partie des articles centrés autour d'un « cas » psychiatrique fictif proposé par Mme Bernazzani pour soumettre à la discussion divers enjeux thérapeutiques à travers une approche où la spiritualité est prise en compte et interrogée dans la pratique psychiatrique telle qu'elle est exposée dans les vignettes. Des questions méthodologiques quant à l'écriture du livre et à la position scientifique de la psychiatrie ainsi que des enjeux de la discipline médicale sont présentés. Il y a là une porte pour explorer cette brèche que peut parfois sembler amener l'axe de la spiritualité au cœur des sciences de l'homme. Ces dernières, élaborées de manière « scientifique », demeurent néanmoins dépendantes de la conscience et de l'âme de ceux qui en établissent les bases et en pensent l'avenir.

Le livre facilite cette réflexion à travers nombre de cas. La variété des exemples, la mise en évidence de la pertinence d'une approche sensible à la dimension religieuse et spirituelle de même qu'au cheminement moral et spirituel des personnes souffrantes conduisent à mettre en mots des réalités qui, peut-être, seraient indicibles dans la langue et le spectre des pratiques traditionnelles de la psychiatrie. Un tel discours méticuleux permet une réappropriation d'enjeux psychiatriques à travers ce nouveau regard, montrant en même temps un idéal altruiste qui donne belle figure à une approche engagée et éveillée, porteuse d'une sorte de vérité qui semble réellement ajouter quelque chose à l'intervention.

La lecture de cet ouvrage peut sembler répétitive. Est-il nécessaire de le lire en entier pour en profiter? Peut-être pas. Ce qui revient à dire qu'il remplit plus d'une mission. En tant qu'outil de réflexion, en tant que corridor d'accès à une voie peu fréquentée dans le domaine, le texte prouve sa valeur. Je me suis dit qu'il était constitué comme une recherche à caractère scientifique et que le nombre de cas ne pouvait qu'ajouter du poids à l'argument promouvant l'approche spirituelle en psychiatrie. En revanche, j'aurais personnellement mis l'accent sur une théorisation de la pratique de l'intervention spiritualiste (du moins, j'aurais essayé), en conclusion des cas exposés et détaillés dans des mots, disons-le, très justes.



Demeure tout de même à l'esprit une question latente et grave : l'institutionnalisation du discours médical en santé mentale conditionne-t-elle les pratiques et le discours structurellement construit à travers ces pratiques exclut-il maintes approches complémentaires, dont celle qui voudrait adapter les services en regard d'une conscience de la nature certes matérielle, mais aussi spirituelle de l'être humain? Ce livre alimente le feu... Il reste à voir si l'offre des services de soins réussira à utiliser à sa juste valeur l'allothérapie, afin que celle-ci ne soit plus instrumentalisée et surinvestie. La réflexion est globale; pourquoi les solutions ne le seraient-elles pas? Un

changement ne s'avère possible que si une culture venant appuyer l'expérience individuelle dans le domaine fondamental de la spiritualité émerge et progresse, l'expérience étant la base véritable d'une modification idéologique que tout le monde peut et doit pouvoir assumer.

Je me suis demandé ce que ce livre pouvait apporter à des personnes souffrant d'un trouble ou d'une maladie sur le plan mental. Bien que le texte présente un contenu assez soutenu, il permet aussi de démystifier l'approche du psychiatre et de comprendre l'étendue des aspects pris en compte par celui-ci. Il est en effet assez positif de voir que la finesse et la sollicitude dont peut faire preuve un psychiatre, ainsi que sa capacité à se remettre en question donnent une image positive et dynamique de la profession. Cela n'est pas nécessairement toujours le cas et correspond encore moins souvent à l'impression que laisse parfois à la personne internée le médecin qui parcourt l'aile psychiatrique. L'autre côté de la médaille...

Dans ma pratique de pair aidant, j'ai observé nombre de mes confrères souligner l'importance de la spiritualité pour eux. Et pour mes pairs qui ne le sont pas encore, pour ceux aussi que j'aide au quotidien, une bonne connaissance du rétablissement est le legs d'une expérience grave de l'intériorité envahie par des symptômes, par des anti-quelque chose, d'une intériorité partiellement accessible ou possible parfois. La spiritualité semble être la possibilité de reconstruire des morceaux de vie, à commencer par la vie sociale, une fois que les problèmes personnels sont apaisés. Qu'on le veuille ou non, la spiritualité apparaît à la fois comme le terreau et un tuteur plus ou moins bien implanté mais toujours là. Pour cela, il suffit de la proposer comme pilier pour construire.

# Pour faire avancer les choses maintenant...<sup>1</sup>

Daniel B. Gélinas, M. Sc., psychoéducateur, travailleur social retraité de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

## HÉRITAGE D'UN FRANC-TIREUR

Le 27 août dernier, des collègues de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal soulignaient le départ à la retraite, après plus de 38 ans de service, de M. Daniel Gélinas, d'abord psychoéducateur, puis travailleur social (diplôme de deuxième cycle en 1996) et agent de recherche. À cette occasion, M. Gélinas a livré une vibrante allocution que *le partenaire* a le privilège de vous transmettre ici.

Ces quelques lignes sont le legs d'un homme profondément dévoué au mieux-être des personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale. Daniel Gélinas s'est plus spécifiquement consacré à promouvoir l'embauche de ces personnes par les services de santé mentale, à titre de pair-aidant ou dans d'autres fonctions.

Aujourd'hui, M. Gélinas nous exhorte à ne pas laisser s'éteindre le flambeau, à continuer à le porter fièrement, car il reste bien du chemin à parcourir...

*Les membres du comité d'édition du partenaire tiennent à souligner l'importante contribution de Daniel Gélinas à la réadaptation psychosociale et sa précieuse collaboration à la revue (2006 et 2009).*

Je profite de cette tribune pour vous livrer mes réflexions sur une problématique qui me tient à cœur depuis l'automne 2005 : l'embauche de personnes utilisatrices de services de santé mentale par les services de santé mentale.

Au cours des dix dernières années, les choses ont progressé au Québec avec le programme Pairs Aidants Réseau (Lagueux 2010) qui, en étant « soutenu par l'AQRP, a formé 135 pairs aidants depuis 2008, dont 50 % ont été embauchés dans le réseau » (Delorme et Gilbert 2014, p. 52). Pour l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), il importe de souligner

- l'embauche de Colombe St-Louis à titre de paire aidante à la Direction du soutien à l'intégration sociale dans le programme *l'Avancée*;
- l'embauche d'un technicien professionnel hautement qualifié pour gérer les applications informatiques de la recherche qui, tout en contribuant à la réalisation de notre mission universitaire, nous parle librement de son trouble de santé mentale et de son rétablissement sans qu'il se sente obligé de dévoiler son vécu;
- l'engagement social d'une professionnelle à la Direction générale qui n'hésite pas à divulguer à l'échelle nationale son diagnostic psychiatrique et son rétablissement pour encourager toutes les personnes touchées par la maladie à rechercher de l'aide et des traitements pour la surmonter (IUSMM 2014);
- l'embauche de « patients-partenaires » au sein du centre de recherche pour faire la démonstration de l'utilité de la participation citoyenne dans une démarche vers le rétablissement (Pelletier et coll. 2014);
- l'affichage, à l'été 2014, d'un poste de pair aidant aux soins intensifs pour accompagner des personnes ayant



Daniel Gélinas

<sup>1</sup> Version bonifiée aux fins de publication d'une allocution faite le mercredi 27 août 2014 au Centre d'enseignement Frederic-Grunberg de l'IUSMM. Je remercie mon collègue Yves Leblanc pour ses précieux conseils.

fait l'expérience des mesures de contrôle lors de leur hospitalisation.

Le parcours de toutes ces personnes indique que la longue marche pour surmonter le stigmate de la maladie mentale lors de l'embauche est déjà enclenchée dans cet établissement.

De son côté, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) s'est illustré par l'embauche en 2005 du premier travailleur pair aidant, feu Roger Pelletier. À l'heure actuelle, cet établissement compte cinq pairs aidants dans ses trois équipes de suivi intensif en équipe, à son Centre de traitement et de réadaptation de Nemours et dans son programme Clientèle des troubles de l'humeur. De plus, l'Institut s'est démarqué en engageant Luc Vigneault (Samson 2010) qui siège au Comité de direction clinique de l'IUSMQ tout en présidant le conseil d'administration des Porte-voix du rétablissement, une association québécoise pour les personnes vivant ou ayant vécu un trouble mental.

Enfin, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) offre des services de pairs aidants à son Centre de réadaptation Wellington (IUSMD En ligne) et s'est distingué comme étant le berceau du premier programme de soutien à l'emploi de type IPS (*Individual Placement and Support*) au Québec (Latimer et coll. 2006).

Toutefois, il reste encore plusieurs obstacles à surmonter pour faire en sorte que nos instituts universitaires deviennent des employeurs exemplaires à la manière du *South West London & St. George Mental Health Trust* de Londres en Angleterre qui a commencé sa démarche au milieu des années 1990 et dont l'apogée a été l'adoption d'une charte en 2000 stipulant explicitement que l'expérience de la maladie mentale et du rétablissement constituait un atout et non une tare lors de l'embauche de toutes les personnes pouvant postuler sur tous les postes sans exception, démarche que j'ai décrite en détail dans l'article publié dans *le partenaire* en 2006 (Gélinas 2006; Perkins 2010a, 2010b; Perkins et coll. 2010; Seebohm et Grove 2006).

À la suite de cette recension des écrits, j'ai acquis la conviction que la seule façon de procéder à l'embauche massive de pairs aidants dans le secteur public serait qu'ils aient accès au même statut que tous les autres employés syndiqués. Je tiens ici à souligner la contribution majeure de Luc Legris qui a rédigé les documents requis auprès du Conseil du trésor pour faire reconnaître le nouveau titre d'emploi de travailleur pair aidant dans le contexte où il a été démontré que « l'absence du titre d'emploi de pair aidant empêche la syndicalisation et complique la procédure d'embauche, dont l'établissement de contrats de travail qui diffèrent de ceux des autres intervenants » (Provencher et coll. 2012). Malheureusement, cette démarche n'a pas encore abouti et je pense qu'à l'aube d'une prochaine ronde de négociation des conventions collectives, il faudra que nos

instituts universitaires remettent cette question à l'ordre du jour<sup>2</sup> (Bossé 2014).

Ceci dans l'optique où l'obtention et la reconnaissance de ce titre d'emploi au sein même du secteur public au Québec viendront consolider l'essor du soutien et de l'entraide entre et par les pairs dans le milieu communautaire et dans l'entreprise privée (Basset et coll. 2010; Gélinas et Forest 2006; Repper et coll. 2013a, 2013b; Repper et Carter 2010; Repper et Watson 2012a, 2012b). Ce mouvement s'effectue dans le contexte de son efficience économique (Trachtenberg et coll. 2013), de sa reconnaissance, de sa promotion et de son utilité incontournable, tel que cela est décrit présentement dans les écrits scientifiques et psychiatriques contemporains sur le plan international (Davidson et coll. 2012; Gillard et Holley 2014; Jacobson et coll. 2012). Mais pour y arriver, il faudra à mon avis résoudre les contradictions suivantes :

- Premièrement, comme le disait si bien l'une de mes collègues du service social, feu Claire Gagnon, « Ce que tu donnes à Minou, il faut que tu le donnes aussi à Pitou ». Autrement dit, si d'une part vous demandez à « Minou » non seulement de divulguer son diagnostic psychiatrique, mais également d'utiliser son expérience personnelle du rétablissement dans l'exercice de ses fonctions; si d'autre part vous rejetez la candidature de « Pitou » sur n'importe quel autre poste en raison d'un diagnostic psychiatrique, vous pouvez être sûr que vous n'arriverez jamais à vous entendre avec le syndicat!
- Deuxièmement, cela nous renvoie à la gestion du risque, car comme l'avait si bien déclaré Robert K. Lundin lors de sa venue au Québec en 2003, la première conséquence de l'attribution d'un diagnostic psychiatrique est la perte de l'admissibilité à l'assurance, indépendamment de la réussite du traitement psychiatrique (Corrigan et Lundin 2001; Dumais 2003), et – n'ayons pas peur des mots – de la guérison.

Cet enjeu est majeur sur le plan de la santé publique et de la prévention du suicide. Tout simplement parce que plusieurs personnes ne vont pas chercher de l'aide, car elles savent pertinemment que leur candidature sera rejetée en raison du fait que leur diagnostic psychiatrique sera considéré sur le plan médical comme un stigmate, c'est-à-dire un signe clinique permanent, permettant de poser le diagnostic d'un état morbide (Link et Phelan 2001; Scattergood Foundation En ligne; Schomerus et Angermeyer 2008; Thornicroft 2006, 2008; Thornicroft et coll. 2007).

Le jour où cela se produit dans la procédure d'embauche à l'intérieur même de nos établissements, nous envoyons *de facto* le message à la population que nous ne croyons pas à la réussite de nos traitements psychiatriques et de nos programmes de réadaptation. Bref, que le rétablissement est une idéologie pour amuser la galerie et non un fait réel ayant des assises médicales et scientifiques (Bellack 2006). D'où l'importance stratégique pour un institut universitaire en santé mentale de tout mettre en

<sup>2</sup> En répondant notamment à l'appel lancé par Annie Bossé sur le plan provincial pour consolider la démarche déjà engagée au sein de nos instituts universitaires en santé mentale et pour ajouter des signatures aux 826 déjà enregistrées en date du 20 septembre 2014 à 13 h 45 lors de la révision finale de cet article. Cette démarche en appelle à ce que le prochain plan d'action ministériel poursuive l'implantation du concept de rétablissement de la santé mentale et inclut la participation des utilisateurs de services, des intervenants pairs aidants, des membres de la famille et de leurs proches. Voir le site [[http://www.petitions24.net/le\\_retablissement\\_en\\_sante\\_mentale\\_economie\\_de\\_mieux-etre](http://www.petitions24.net/le_retablissement_en_sante_mentale_economie_de_mieux-etre)] pour signer cette pétition en ligne.





œuvre pour résoudre cette problématique et devenir l'exemple à suivre partout au Québec dans notre système public de santé.

Au fil des ans, je suis devenu intimement convaincu qu'il existe parmi nous un « corps de métier » possédant la bonne clé pour nous ouvrir la porte de l'employeur exemplaire, et ce sont les ergothérapeutes. Pourquoi? Parce que deux personnes peuvent présenter le même diagnostic. La première s'est rétablie en vertu des critères objectifs de rétablissement proposés par la vision médicale et scientifique du Dr Robert Paul Liberman (Gélinas 2012; Liberman et coll. 2002). La seconde compose encore avec les symptômes actifs de la maladie qui l'empêchent d'accomplir les tâches normales de son emploi. Autrement dit, c'est l'évaluation fonctionnelle qui devrait déterminer la capacité de remplir ou pas les exigences normales d'un poste, et non le diagnostic en soi qui condamne la personne en fonction du risque arbitraire de l'assurance.

Une autre dimension aussi fondamentale ne doit pas être négligée pour entamer cette démarche et j'ai nommé l'un des multiples volets de l'*Avancée* de l'IUSMM, soit le soutien à l'emploi de type IPS (Rinaldi et coll. 2008), que nous devons absolument conserver et consolider comme la prunelle de nos yeux, car il sera le véhicule non seulement pour soutenir l'embauche massive et l'intégration des pairs aidants notamment, mais également pour surmonter efficacement la contradiction suivante : « Comment voulez-vous convaincre les employeurs du secteur privé d'embaucher nos

usagers si nous sommes incapables de le faire dans nos propres services de santé mentale? » (Gélinas 2006, 2009). Charité bien ordonnée commence par soi-même, et le jour où les personnes utilisatrices de services de santé mentale auront goûté aux devoirs et aux responsabilités, aux droits et aux privilèges de nos conventions collectives, ce sont elles qui viendront réclamer en commission parlementaire qu'il y ait des services de soutien à l'emploi de type IPS aux quatre coins du Québec.

Et c'est notre mission. C'est à nous, à titre d'institut universitaire, de peaufiner cette technologie de suivi intensif pour le travail et d'associer nos centres de recherche à cette démarche pour qu'ils fassent la démonstration que si le soutien et les accommodements nécessaires sont présents (Corbière et coll. 2014), le taux d'absence-maladie des « employés-personnes utilisatrices » sera inférieur au taux d'absence de tous les autres employés, tel que cela a été démontré historiquement par Rachel Perkins (SWL&SGMHT 2010), officière de l'Ordre de l'Empire britannique (Curran et coll. 2004; Perkins et Selbie 2004). Et c'est pourquoi j'ai toujours affirmé qu'il fallait se tourner vers l'expérience de l'Angleterre. Tout simplement parce que notre système politique et notre système de santé nous viennent du Royaume-Uni, comme on peut le constater chaque fois que nous allons retirer des billets de 20 \$ au guichet automatique!

Il faudra aussi reprendre la démarche de feu Vesta Wagener-Jobidon, membre-fondatrice de l'Association québécoise pour la

Diane Harvey et  
Daniel Gélinas,  
l'Institut universitaire  
en santé mentale de  
Montréal, 27 août 2014.

réadaptation psychosociale (AQRP) : embaucher des personnes utilisatrices de services (Wagener-Jobidon 1998) et lancer des entreprises sociales – dont, d'ailleurs, la capacité de soutenir le processus de rétablissement a été récemment mise en évidence au Royaume-Uni (Gilbert et coll. 2013). Le jour où, comme en Allemagne, une loi demandera à tous les employeurs des secteurs public et privé d'embaucher un pourcentage raisonnable de personnes handicapées physiques et psychiques (si vous me permettez l'expression française), faute de quoi une portion de la masse salariale sera remise à des entreprises sociales embauchant 50 % de personnes dites handicapées au sens large (Hertrampf 1996; Wagener-Jobidon 1994), on verra alors surgir des programmes gérés par et pour des personnes utilisatrices et des agences communautaires de réadaptation psychosociale, tel que cela a été décrit par Mary Ann Test dans le numéro de *Santé mentale au Québec* que j'avais coordonné en 1998 avec le soutien indispensable de Lise Tessier (Test 1998).

Dans cette optique, il serait tout à fait plausible d'imaginer l'émergence d'organismes, comme *Recovery Innovations* de l'Arizona, qui ont fait la démonstration qu'il est possible de mettre sur pied des agences dont le personnel est constitué à 50 % par des pairs aidants (Shepherd et coll. 2008). Mais surtout, il faudrait mettre en place des entreprises sociales dans les secteurs de l'écologie et de la protection de l'environnement entre autres, pour n'oublier personne, premier principe de la réadaptation

psychosociale (Lesage et Morissette 2002; Tessier et coll. 1992; Thomson 1992). N'oublier personne signifie avoir recours aux personnes des autres « corps de métier » qui ne veulent pas travailler dans les « corps de métier » de la relation d'aide, et encore moins utiliser leur vécu psychiatrique dans l'exercice de leurs fonctions.

Voilà le défi que je vous propose de relever d'ici la fin de la décennie. Je prends ma retraite avec le sentiment du devoir accompli en tant que « courtier de connaissances » au Centre national d'excellence en santé mentale (Delorme et Gilbert 2014). Je vous invite à relire attentivement mes articles publiés dans *le partenaire* en 2006 et en 2009 pour tirer les leçons de l'expérience britannique (Perkins et coll. 2010; Rinaldi et coll. 2004). Et comme je demeure « allumé par l'espoir », je resterai disponible pour vous accompagner dans l'avenir dans la mesure où vous enclencherez un chantier de cette envergure pour faire en sorte que l'IUSMM, l'IUSMD et l'IUSMQ deviennent des employeurs exemplaires et des leaders du soutien à l'emploi sous toutes ses formes. Car l'enjeu est de taille pour les usagers. Le travail d'abord, le rétablissement suivra », pour reprendre le mot d'ordre des spécialistes certifiés de la Géorgie (Riefer 2003, p. 30), dont l'expérience est à la source de notre programme Pairs Aidants Réseau au Québec.

Salutations, merci et bonne continuation!

## BIBLIOGRAPHIE

- Basset, T. et coll. (2010). *La voie tracée par l'expérience vécue : le soutien par les pairs en santé mentale*, Londres, Together/The University of Nottingham/National Survivor User Network. Traduction française éditée en 2012 par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et le programme québécois Pairs Aidants Réseau (AQRP), Québec, [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/voie-tracee-experience-vecue.pdf#page=page1>] (Consulté le 7 septembre 2014).
- Bellack, A. S. (2006). « Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications ». *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442.
- Bossé, A. (2014). « Le rétablissement en santé mentale, économie de mieux-être », [En ligne]. [[http://www.petitions24.net/le\\_retablissement\\_en\\_sante\\_mentale\\_economie\\_de\\_mieux-etre](http://www.petitions24.net/le_retablissement_en_sante_mentale_economie_de_mieux-etre)] (Consulté le 20 septembre 2014 à 13 h 45 pour constater que 826 personnes ont signé la pétition à cet instant précis).
- Corbière, M. et coll. (2014). « Work accommodations and natural supports for maintaining employment ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 90-98.
- Corrigan, P. et R. Lundin. (2001). *Don't Call Me Nuts: Coping with the Stigma of Mental Illness*, Tinley Park, Recovery Press.
- Curran, C., M. Knapp et J. Beecham. (2004). « Mental health and employment: Some economic evidence ». *Journal of Mental Health Promotion*, 3(1), 13-24.
- Davidson, L. et coll. (2012). « Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience ». *World Psychiatry*, 11(2), 123-128, [En ligne]. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363389/pdf/wpa020123.pdf>] (Consulté le 12 août 2014).
- Delorme, A. et M. Gilbert. (2014). « Que serait une œuvre sans son cadre? ». *Santé mentale au Québec*, 39(1), 47-64.
- Dumais, L. (2003). « Stigmatisation et rétablissement : un retour sur ma vie – Une conférence de Robert Lundin ». *le partenaire*, 11(1), 4-9, [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v11-n1.pdf#zoom=100>] (Consulté le 18 septembre 2014).
- Gélinas, D. (2006). « L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale ». *le partenaire*, 14(1), 9-42, [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v14-n1.pdf#zoom=100>] (Consulté le 27 août 2014).
- Gélinas, D. (2009). « Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec ». *le partenaire*, 18(3), 4-43, [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-vol18-no3.pdf#zoom=100>] (Consulté le 27 août 2014).
- Gélinas, D. (2012). « Suivi intensif en équipe et soutien d'intensité variable ». Dans T. Lecomte et C. Leclerc (édit.), *Manuel de réadaptation psychiatrique (deuxième édition)* (121-141). Québec, Les Presses de l'Université du Québec.
- Gélinas, D. et L. Forest. (2006). « Le Réseau national pour la santé mentale : un bel exemple d'entraide mutuelle et de leadership par et pour les usagers/survivants à l'échelle du Canada! ». *le partenaire*, 14(1), 4-8, [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v14-n1.pdf#page=page1>] (Consulté le 7 septembre 2014).
- Gilbert, E. et coll. (2013). « Social firms as a means of vocational recovery for people with mental illness: A UK survey ». *BMC Health Service Research*, 13(1), 270, [En ligne]. [<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/270>] (Consulté le 29 juillet 2014).
- Gillard, S. et J. Holley. (2014). « Peer workers in mental health services: Literature overview ». *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 286-292.
- Hertrampf, K. (1996). « Les entreprises sociales en Allemagne : un moyen privilégié pour l'insertion au travail des personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants ». *le partenaire*, 5(3), [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v05-n3.pdf#page=page1>] (Consulté le 29 juillet 2014).
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2014). *L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale choisit Kathleen Dugas comme porte-parole*, Montréal, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, [En ligne]. [<http://www.iusmm.ca/actualites/kathleen-dugas-visages-sm-2014.html>] (Consulté le 1<sup>er</sup> septembre 2014).
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. [En ligne]. *Centre Wellington*, Montréal, Institut universitaire en santé mentale Douglas, [En ligne]. [<http://www.douglas.qc.ca/page/centre-wellington>] (Consulté le 18 septembre 2014).



- Jacobson, N. et coll. (2012). « What do peer support workers do? A job description ». *BMC Health Services Research*, 12, 205.
- Lagueux, N. (2010). « La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs ». *Rhizome*, (40), 11-12, [En ligne]. [[http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome\\_40\\_bd.pdf](http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome_40_bd.pdf)] (Consulté le 1<sup>er</sup> septembre 2014).
- Latimer, E. A. et coll. (2006). « Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a canadian randomised controlled trial ». *British Journal of Psychiatry*, 189(1), 65-73.
- Lesage, A. D. et R. Morissette. (2002). « Chronique Mon C\*\* ». *Revue canadienne de psychiatrie – Canadian Journal of Psychiatry*, 47(7), 619-620.
- Liberman, R. P. et coll. (2002). « Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia ». *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256-272.
- Link, B. G. et J. C. Phelan. (2001). « Conceptualizing stigma ». *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385, [En ligne]. [<http://www.heart-intl.net/HEART/Legal/Comp/ConceptualizingStigma.pdf>] (Consulté le 6 septembre 2014).
- Pelletier, J. F., D. Fortin et J. Bordeleau. (2014). « Pour nous, être citoyens à part entière, ça veut dire... ». *Santé mentale au Québec*, 39(1), 311-324.
- Perkins, R. (2010). *Faire de l'emploi au sein des services de santé mentale une réalité pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale*. XV<sup>e</sup> colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale qui s'est tenu sous le thème « Vaincre la stigmatisation : un enjeu collectif » les 8, 9 et 10 novembre 2010, Montréal.
- Perkins, R. (2010). *Prêcher par l'exemple – Mettre à profit l'expertise du vécu grâce à l'embauche dans les services de santé mentale – L'expérience du South West London (R.-U.)*. XV<sup>e</sup> colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale qui s'est tenu sous le thème « Vaincre la stigmatisation : un enjeu collectif » les 8, 9 et 10 novembre 2010, Montréal.
- Perkins, R. et D. Selbie. (2004). « Decreasing employment discrimination against people who have experienced mental health problems in a mental health trust ». Dans A. H. Crisp (édit.), *Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness* (350-355). London, Royal Society of Medicine Press.
- Perkins, R., M. Rinaldi et J. Hardisty. (2010). « Harnessing the expertise of experience: Increasing access to employment within mental health services for people who have themselves experienced mental health problems ». *Diversity in Health and Care*, 7(1), 13-21.
- Provencher, H. et coll. (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : points de vue de divers acteurs – Synthèse des résultats de l'étude*, Québec, Office des personnes handicapées – Université Laval – Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/Pairs-aidants-synthese.pdf#page=page1>] (Consulté le 11 septembre 2014).
- Repper, J. et coll. (2013). *5. Briefing Paper – Peer Support Workers: Theory and Practice*, London, Implementing recovery through organisational change programme, a joint initiative from the Centre for mental health and the NHS Confederation's mental health network, [En ligne]. [[http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/ImROC\\_peer\\_support\\_workers\\_theory\\_practice.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/ImROC_peer_support_workers_theory_practice.pdf)] (Consulté le 7 septembre 2014).
- Repper, J. et coll. (2013). *7. Briefing Paper – Peer Support Workers: A Practical Guide to Implementation*, London, Implementing recovery through organisational change programme, a joint initiative from the Centre for mental health and the NHS Confederation's mental health network, [En ligne]. [[http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/imroc\\_briefing7\\_peer\\_support\\_workers\\_implementation.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/imroc_briefing7_peer_support_workers_implementation.pdf)] (Consulté le 7 septembre 2014).
- Repper, J. et E. Watson. (2012). « A year of peer support in Nottingham: Lessons learned ». *Journal of Mental Health Training Education and Practice*, 7(2), 70-78.
- Repper, J. et E. Watson. (2012). « A year of peer support in Nottingham: The peer support workers and their work with individuals ». *Journal of Mental Health Training Education and Practice*, 7(2), 79-84.
- Repper, J. et T. Carter. (2010). *L'utilisation de l'expérience personnelle pour soutenir ceux ayant des difficultés similaires : recension des écrits liés au soutien par les pairs au sein des services de santé mentale*, Londres, Together/The University of Nottingham/National Survivor User Network. Traduction française éditée en 2012 par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et le programme québécois Pairs Aidants Réseau (AQRN), Québec, [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/utilisation-experience-personnelle.pdf#page=page1>] (Consulté le 7 septembre 2014).
- Riefer, M. (2003). *Georgia's Consumer-Driven Road to Recovery*, Division of mental health, Developmental disabilities and addictive diseases/Georgia mental health consumer network (GMHCN), Office of consumer relations.
- Rinaldi, M. et coll. (2004). « Implementing a user employment programme in a mental health trust – Lessons learned ». *A Life in the Day*, 8(4), 9-14.
- Rinaldi, M. et coll. (2008). « Individual placement and support: From research to practice ». *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), 50-60.
- Samson, C. (2010). « Pair aidant en santé mentale : le Québec fait sa marque – L'art de porter l'espoir ». *Le Soleil*, [En ligne]. [<http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201011/08/01-4340608-pair-aidant-en-sante-mentale-le-quebec-fait-sa-marque.php>] (Consulté le 18 septembre 2014).
- Scattergood Foundation. (En ligne). *Stigma and Service Utilization – Peer-Reviewed Research Excerpts*, Philadelphia, Scattergood fellow on stigma reduction, [En ligne]. [<http://scattergoodfoundation.org/sites/default/files/ScattergoodResearchDocument.pdf>] (Consulté le 6 septembre 2014).
- Schomerus, G. et M. C. Angermeyer. (2008). « Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? ». *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 31-37.
- Seebohm, P. et B. Grove. (2006). *Leading by Example: Making the NHS an Exemplar Employer of People with Mental Health Problems*, London, Sainsbury Centre for mental health, [En ligne]. [[http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/leading\\_by\\_example.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/leading_by_example.pdf)] (Consulté le 31 août 2014).
- Shepherd, G., J. Boardman et M. Slade. (2008). *Faire du rétablissement une réalité (édition québécoise)*, Londres, Sainsbury Centre for mental health, [En ligne]. [[http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Faire\\_du\\_retablissement\\_une\\_realite\\_2012.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Faire_du_retablissement_une_realite_2012.pdf)] (Consulté le 31 juillet 2014).
- SWL&SGMHT. (2010). *Dr Rachel Perkins Receives OBE Following 28 Years Dedication to Mental Health Services*, London, South West London and St George's mental health NHS Trust, [En ligne]. [<http://www.swlstg-tr.nhs.uk/news-and-media/news/dr-rachel-perkins-receives-obe/>] (Consulté le 5 septembre 2014).
- Tessier, L., M. Clément et V. Wager-Jobidon. (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : défis des années 90*, Boucherville, Comité de la santé mentale du Québec/Gaëtan Morin Éditeur.
- Test, M. A. (1998). « Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes ». *Santé mentale au Québec*, 23(2), 119-147, [En ligne]. [<http://www.erudit.org/revue/smq/1998/v23/n2/032456ar.pdf>] (Consulté le 23 août 2014).
- Thomson, D. A. (1992). « New direction ». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 105-109.
- Thornicroft, G. (2006). *Actions Speak Louder... Tackling Discrimination Against People with Mental Illness*, London, Mental health foundation, [En ligne]. [[http://www.docs.csg.ed.ac.uk/EqualityDiversity/Actions\\_Speak\\_Louder.pdf](http://www.docs.csg.ed.ac.uk/EqualityDiversity/Actions_Speak_Louder.pdf)] ou [[http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/actions\\_speak\\_louder.pdf?view=Standard](http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/actions_speak_louder.pdf?view=Standard)] (Consulté le 6 septembre 2014).
- Thornicroft, G. (2008). « Stigma and discrimination limit access to mental health care ». *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 14-19, [En ligne]. [[http://www.psychiatry.univ.it/page\\_eps/docs/2008\\_1-Thornicroft.pdf](http://www.psychiatry.univ.it/page_eps/docs/2008_1-Thornicroft.pdf)] (Consulté le 6 septembre 2014).
- Thornicroft, G. et coll. (2007). « Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? ». *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193, [En ligne]. [<http://bjp.rcpsych.org/content/190/3/192.full.pdf>] (Consulté le 6 septembre 2014).
- Trachtenberg, M. et coll. (2013). *Peer Support in Mental Health Care: Is it Good Value for Money?*, London, Centre for mental health, [En ligne]. [[http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/peer\\_support\\_value\\_for\\_money\\_2013.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/peer_support_value_for_money_2013.pdf)] (Consulté le 19 septembre 2014).
- Wager-Jobidon, V. (1994). « Les entreprises sociales à l'avant-garde de l'intégration au travail ». *le partenaire*, 3(4), [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v03-n4.pdf#page=page1>] (Consulté le 29 juillet 2014).
- Wager-Jobidon, V. (1998). « Les usagers comme pourvoyeurs de services en réadaptation psychosociale ». *le partenaire*, 6(3, 4), 1-13, [En ligne]. [<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v06-n3-4.pdf#page=page1>] (Consulté le 1<sup>er</sup> septembre 2014).



# Lors du XVII<sup>e</sup> Colloque de l'AQRP, l'Association a procédé en assemblée spéciale au lancement de son Carrefour de formation, de recherche et de référence

## OBJECTIFS DU CARREFOUR

- Promouvoir les meilleures pratiques en santé mentale en respect des valeurs et des principes de la réadaptation psychosociale, de l'appropriation du pouvoir d'agir, du rétablissement et de la pleine citoyenneté;
- Soutenir la transformation de pratiques par le transfert des connaissances auprès de l'ensemble des acteurs concernés;
- Développer et diffuser une offre de services répondant aux besoins d'information, de référence, de formation et de soutien pour la transformation des pratiques des divers milieux, y compris des personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale, des membres de leur entourage et des partenaires intersectoriels.

## SERVICES PROPOSÉS

Complémentaires à l'offre actuelle de services, les services du Carrefour de formation reposent dans une large mesure sur le savoir expérientiel et la participation directe de personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale. Voici la liste des services proposés :

- Formation au moyen d'activités diversifiées;
- Accompagnement pour l'élaboration de projets;
- Information et référence;
- Conception d'activités de transfert de connaissances;
- Gestion de projets de formation et de transfert de connaissances;
- Élaboration de projets de recherche participative;
- Soutien à la recherche par des activités de recrutement et de diffusion.

Ce projet vous intéresse? Vous cherchez une formation sur mesure? Vous désirez promouvoir vos activités de formation? Communiquez immédiatement avec nous! Le Carrefour de l'AQRP, c'est aussi votre carrefour!

« C'est avec intérêt que nous avons considéré le projet de création d'un Carrefour de formation et de référence en réadaptation psychosociale et en rétablissement en soutien à l'implantation des meilleures pratiques en santé mentale. Nous adhérons aux grands objectifs poursuivis par la mise en place du Carrefour et reconnaissons le rôle important et l'expertise de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale en matière de mobilisation et de formation. »

Le directeur national de la santé mentale, D<sup>r</sup> André Delorme, M.D., FRCPC  
Le 5 août 2013

## CARREFOUR DE FORMATION, DE RECHERCHE ET DE REFERENCE

Éventuellement soutenu par une coordination assurant un accès à la recherche et aux expertises innovantes (3 savoirs) avec la collaboration d'un Comité Vigile

Ses activités de formation et de soutien (*coaching*)

Rétablissement

Intervention par les pairs

Entendeurs de voix

Lutte contre la stigmatisation

Intégration au travail

Approche milieu de vie

Autres

Ses activités de transfert de connaissances

La revue *le partenaire*

Le Colloque biennal

Le site Internet

Diffusion des activités de formation et de recherche des partenaires

Ses activités de recherche participative

Impacts des services RPST / en développement

Impacts de la formation rétablissement

Participation à divers comités de recherche

Recrutement et diffusion

Le succès des projets de l'AQRP repose en grande partie sur la collaboration de ses membres et de ses partenaires, ces personnes et organismes passionnés pour la mission que vise à réaliser son projet de Carrefour :

**favoriser une plus grande inclusion sociale par l'amélioration des pratiques de santé mentale et la promotion des meilleures approches en réadaptation psychosociale, rétablissement et pleine citoyenneté.**