

Quelques réflexions à partir d'une recherche auprès d'utilisateurs de deux ressources alternatives en santé mentale

Robert Letendre

Volume 18, numéro 2, automne 1993

Qualité de vie et des services

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032282ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032282ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Letendre, R. (1993). Quelques réflexions à partir d'une recherche auprès d'utilisateurs de deux ressources alternatives en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 18(2), 227–233. <https://doi.org/10.7202/032282ar>

Quelques réflexions à partir d'une recherche auprès d'utilisateurs de deux ressources alternatives en santé mentale

Depuis une dizaine d'années les ressources alternatives en santé mentale se sont développées considérablement. Maintenant, en 1993, on en dénombre 94. Leur reconnaissance par l'État, les services

qu'elles offrent à la population, nous incitent à nous pencher sur leur mode de fonctionnement, selon la perception qu'en ont leurs usagers. Quelques chercheurs [par exemple, Letendre et al., (1985), Alary et al., (1987), Maison St-Jacques (1986), Mercier (1986), Laroche (1987), Viens (1987), Chaume (1988), Picotte et al., (1989)] ont tenté de mieux en saisir le fonctionnement. Les ressources elles-mêmes ont aussi voulu prendre le pouls de leur clientèle. Lors d'un sondage téléphonique auprès de 44 ressources, nous avons pu constater que l'outil privilégié des trois-quarts d'entre elles, pour recueillir l'avis des usagers, consiste en réunions avec eux et dans ce but presque la moitié des ressources utilisent des questionnaires maison.

Nous livrerons d'abord quelques conclusions d'une recherche¹ menée auprès de deux de ces ressources alternatives. Ce travail visait à cerner l'expérience qu'en ont les usagers. Dans un second temps, à partir des résultats obtenus, nous amorcerons une discussion sur la notion même d'alternative.

Les ressources retenues (Le Tremplin à Drummondville et Le Projet Suivi Communautaire (PSC) à Verdun) le furent à cause de leurs caractéristiques propres qui, d'une certaine façon, font contraste: elles existent toutes deux depuis de nombreuses années, et sont reconnues et financées par l'État, elles présentent des aspects différentes: Le Tremplin, situé à Drummondville, offre des services d'hébergement, le PSC est localisé dans un centre urbain et concentre ses efforts sur l'accompagnement et l'aide dans la quotidienneté.

Résultats

Dans cette partie nous aborderons deux éléments de l'expérience des usagers, à savoir la relation usager-personnel et la situation des usagers au moment de l'entrevue, c'est-à-dire six mois après la fin de leur fréquentation avec la ressource.

Le Tremplin

Nous avons interviewé en profondeur 25 usagers qui ont fréquenté les locaux du centre-ville de cette ressource. Tous les usagers insistent sur la qualité de l'accueil qui leur est fait et sur le respect de la part du personnel. Neuf d'entre eux redoutent la présence des autres usagers et 13 ne cherchent pas ou évitent les autres usagers. Les 12 autres usagers cherchent cette compagnie. L'expérience de la relation avec le personnel se répartit de la façon suivante. Douze sujets investissent le centre-ville de façon principalement ou exclusivement individualisée (relation privilégiée avec un thérapeute). Dix

répondants nouent des relations personnelles significatives avec plusieurs répondants. Trois usagers n'ont pas de relation privilégiée avec un thérapeute ni de relations personnelles avec des intervenants.

Comment les répondants se sentent-ils six mois après avoir quitté Le Tremplin? Pour 14 d'entre eux la situation s'est améliorée; ils se sentent capable de composer avec leurs difficultés. La situation de 7 autres s'est aussi améliorée mais ils n'éprouvent pas un sentiment de bien-être comme ceux du premier groupe. Pour les 6 usagers restant, les problèmes qui les avaient amenés à consulter sont toujours présents.

De façon très résumée, l'expérience qu'ont les usagers du Tremplin en est une de satisfaction quant aux services offerts par l'organisme. Ceux qui ont fréquenté l'hôpital psychiatrique soulignent plus fortement que les autres, la grande liberté de choix qui leur est permise et le respect du personnel à leur égard. Les usagers du Tremplin arrivent porteurs d'une demande qui leur est propre, et la majorité d'entre eux considèrent, au moment où nous les avons rencontrés, qu'ils ont progressé dans la résolution de leurs problèmes. Le Tremplin nous semble être tout à la fois une réalisation clinique d'inspiration humaniste et un projet qui propose une aide au niveau de la quotidienneté. C'est une ressource communautaire mais aussi alternative en ce sens qu'elle offre aux personnes qui en font la demande des services qui ne s'appuient pas sur des référents psychiatriques mais prennent en considération la demande des usagers.

Le Projet Communautaire

Quinze sujets furent rencontrés dans cette ressource. Contrairement à la ressource précédente, tous les répondants sont dirigés vers le PSC par une tierce personne (personnel d'un hôpital, d'un foyer supervisé, d'un CLSC, etc). La demande de l'utilisateur se confond avec celle de la personne référente. Nous avons repéré trois types d'expérience dans les rapports usager-personnel. La première se retrouve chez six sujets: l'intervenant est perçu comme un interlocuteur amical, respectueux et à l'écoute des usagers. Quatre répondants appartiennent à la deuxième catégorie: l'intervenant constitue ici une présence indispensable sans laquelle ils n'arriveraient pas à sortir de chez eux. Contrairement aux sujets de la première catégorie qui parlent de l'existence d'une certaine réciprocité dans la relation usager-intervenant, les répondants de la deuxième catégorie se décrivent comme «égocentriques» et aiment que l'intervenant reste longtemps avec eux. La troisième catégorie est composée de cinq sujets qui

perçoivent les intervenants comme des dispensateurs de services; ils les trouvent sympathiques et disponibles, mais ils mettent l'accent sur l'aide concrète. Pour les répondants des deux dernières catégories, l'intervenant représente souvent le seul lien avec le monde extérieur.

Au moment de l'entrevue, dix sujets jugeaient que leur situation s'était améliorée surtout en ce qui a trait à la gestion de leur quotidien. La moitié d'entre eux, sans passé psychiatrique lourd, considèrent que le PSC a apporté un support temporaire à la suite d'une crise; ils sont capables désormais de vivre sans l'aide de la ressource. L'autre moitié requiert toujours un support constant. Les cinq autres répondants n'ont pas vu leur situation s'améliorer. Très isolés, ils éprouvent beaucoup de difficulté à prendre soin d'eux-mêmes.

L'analyse du discours des répondants met premièrement en évidence le fait que le PSC est perçu comme travaillant en relation avec les services hospitaliers; la majorité des sujets ont été envoyés au PSC par un professionnel de la santé, et il est très difficile sinon impossible de repérer chez les répondants une demande qui leur serait propre. La demande initiale provient des personnes référentes. Deuxièmement, l'expérience des usagers démontre qu'ils recherchent surtout le contact avec les intervenants. Ces derniers leur apportent de l'aide au niveau de l'organisation quotidienne de la vie et ce support est apprécié. Les intervenants encouragent beaucoup les usagers à «passer à l'action»; quand l'usager préfère le «parler» au «faire», les rencontres usager-intervenant s'espacent. L'ampleur des problèmes vécus par les usagers du PSC est indéniable. La question qui se pose est la suivante: une aide au niveau de la quotidienneté est-elle suffisante pour que les sujets en arrivent un jour à se débrouiller par eux-mêmes?

Discussion

Dans leur fondement originel les ressources alternatives souhaitent offrir des services autres que les solutions psychiatriques habituelles. Or la reconnaissance par le ministère de la santé et des services sociaux — si essentielle puisque le M.S.S.S. tient les cordons de la bourse — passe par une redéfinition des alternatives dont la fonction devient dès lors la complémentarité avec les établissements du réseau. C'est le partenariat. D'alternatives qu'elles étaient, les ressources deviennent communautaires. Elles évoluent dans le champ de la prévention, de la réadaptation et de la réintégration sociale.

Les positions des différentes ressources alternatives peuvent se situer entre, d'une part, celles qui travaillent de concert avec les hôpitaux psychiatriques et en partagent l'idéologie, et à la limite, en suivant les directives et, d'autre part, celles qui ont adopté une idéologie que nous appellerons contre-psychiatrique et qui consiste à dénoncer les pratiques psychiatriques et les abus. Toutefois, il semble que presque rien n'ait été prévu du côté du clinique, ou plus justement le clinique est souvent laissé au psychiatrique. Même les intervenants des ressources qui dénoncent avec le plus de véhémence les pratiques psychiatriques tiennent un discours presque identique, faisant par exemple, du psychotique «quelqu'un pour qui il n'y a pas grand chose à faire», à part, bien sûr, lui offrir une assistance dans la vie quotidienne, défendre ses droits, etc. Ceci revient à une pratique de la folie fondée sur des bonnes intentions, le seul modèle conceptuel clinique demeurant le modèle psychiatrique. On demande aux usagers de s'impliquer dans les ressources, l'implication devenant l'équivalent de la normalisation, et, peu à peu, les personnes qui, pour des raisons de structures psychiques ou de parcours institutionnel ne peuvent répondre à la demande des intervenants (car c'est bien de cette demande qu'il s'agit), se retrouvent marginalisées. Et lorsque certaines ressources alternatives offrent une forme d'aide individuelle, celle-ci s'adresse à une clientèle spécifique, «une belle» clientèle, ni psychotique, ni schizophrène. Or, notre recherche de 1988 (Letendre et al., 1988) montre clairement que ce sont les personnes les plus mal en point, celles qui vivent une très grande détresse psychologique, qui sont le plus aliénées par l'institution psychiatrique.

Un des problèmes majeurs au sein des ressources alternatives est le déni de la réalité psychique (confondue, par manque de connaissances, avec la perspective psychiatrique alors que ironiquement, c'est là que les deux positions se rejoignent) et sa conséquence inévitable: l'évacuation des questions cliniques et l'absence remarquable d'outils conceptuels pour penser la folie et en faire quelque chose. La position anti-professionnelle de plusieurs ressources est compréhensible puisque les professionnels se sont souvent liés les pieds et les mains dans leurs pratiques institutionnelles et n'ont pas toujours fait preuve de solidarité avec les usagers, ce qui peut justifier une certaine méfiance à leur égard. Toutefois il semble que cela entraîne une autre forme d'abus où toute pratique professionnelle qui pourrait être véritablement alternative est par définition rejetée, ce qui risque de mener à un nivellement par le bas des compétences.

Nous en arrivons donc à poser la question de l'évaluation des ressources alternatives. Si nous devons élaborer des outils d'évaluation selon des critères qui soient propres aux alternatives, encore faut-il connaître leurs pratiques d'intervention. Il est compréhensible que les ressources alternatives soient réticentes face à une évaluation qui pourrait être un moyen de contrôle par l'État. Elles ne doivent pas être les seules à être évaluées; départements de psychiatrie des hôpitaux, cliniques externes, CLSC, bref, tous les lieux qui «offrent des services en santé mentale» doivent avoir à rendre des comptes. Les ressources alternatives permettront-elles une véritable évaluation de leurs pratiques pour identifier et, s'il y a lieu, améliorer les services aux usagers, ou tomberont-elles dans le piège d'une évaluation qui serait davantage une auto-gratification pour éviter la remise en question de leur pratique que pour préserver leur financement? Auront-elles en commun avec le modèle psychiatrique, même à leur insu, d'empêcher une véritable réflexion sur leurs pratiques et de perpétuer ce fait remarquable: plus une clientèle est lourde, moins on offre de services cliniques?

NOTE

1. Ce travail est subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale et il sera disponible à l'automne 1994.

RÉFÉRENCES

- ALARY, J., et al., 1987, *Des ressources alternatives en santé mentale de la région Montérégie, Tome 1: un projet de recherche-action-formation*, 125p., *Tome 2: Description et analyse des maisons*, 298p., Rapport des travaux réalisés conjointement par Le service aux collectivités, École de service social, Université de Montréal et Un groupe de ressources alternatives en santé mentale de la région Montérégie.
- CHAUME, C., 1988, *Les pratiques alternatives en santé mentale au Québec: un portrait de notre différence*, Rapport de recherche, R.R.A.S.M.Q.
- COLLECTIF DES USAGERS DE LA MAISON ST-JACQUES, 1986, *Mot des usagers*, La Maison St-Jacques, Texte de réflexion; *14 ans d'intervention d'une ressource thérapeutique différente*, Équipe de la Maison St-Jacques, 120-121.
- LETENDRE, R., PANACCIO, M., 1985, Les professionnels et les ressources alternatives en santé mentale au Québec, *Transitions*, 19, 140-151.

- LETENDRE, R., MONAST, D., PICOTTE, F., 1988, *Dynamique de l'expérience de l'hospitalisation psychiatrique chez les sujets âgés de 18-30 ans*, Conseil québécois de la recherche sociale.
- MERCIER, C., 1986, Les appartements protégés: le point de vue des locataires, *Santé mentale au Québec*, 11, 2, 1986, 108-116.
- PICOTTE, F., BRUNET, L., CHARTRAND, S., 1989, Prendre Part, *L'Entonnoir*, 6, 2, nov-déc, 6-15.
- VIENS, C., 1987, La parole est aux résident(e)s: compte-rendu de deux rencontres, in Alary, J. et al., *Des ressources alternatives en santé mentale de la région Montérégie, Tome II: description et analyse des maisons*, 1987, 158-214, Rapport des travaux réalisés conjointement par Le service aux collectivités, École de service social, Université de Montréal et Un groupe de ressources alternatives en santé mentale de la région Montérégie.

Robert Letendre,
psychanalyste et professeur au
département de psychologie de
l'Université du Québec à Montréal.