

L'approche proactive et l'intervention de crise The Proactive Approach and Crisis Intervention

Jérôme Guay

Volume 16, numéro 2, automne 1991

Crise et intervention

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032231ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032231ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

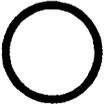
[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Guay, J. (1991). L'approche proactive et l'intervention de crise. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 139–154. <https://doi.org/10.7202/032231ar>

Résumé de l'article

Dans cet article, l'auteur définit un mode d'intervention de type proactif en santé mentale qui est actuellement expérimenté dans le cadre d'un projet-pilote. L'approche proactive remet en question la pratique qui consiste à réagir à des demandes urgentes de services, formulées alors que la situation s'est déjà fortement détériorée et que les ressources du réseau social sont absentes ou dépassées. L'auteur décrit d'abord les obstacles au développement de cette approche proactive, caractérisée par une grande visibilité et une grande accessibilité des praticiens, qui offrent des services avant qu'ils ne leur soient sollicités. Il illustre ensuite des modes d'intervention dont le but est d'apporter du soutien aux citoyens et aux aidants naturels.



L'approche proactive et l'intervention de crise

Jérôme Guay*

Dans cet article, l'auteur définit un mode d'intervention de type proactif en santé mentale qui est actuellement expérimenté dans le cadre d'un projet-pilote. L'approche proactive remet en question la pratique qui consiste à réagir à des demandes urgentes de services, formulées alors que la situation s'est déjà fortement détériorée et que les ressources du réseau social sont absentes ou dépassées. L'auteur décrit d'abord les obstacles au développement de cette approche proactive, caractérisée par une grande visibilité et une grande accessibilité des praticiens, qui offrent des services avant qu'ils ne leur soient sollicités. Il illustre ensuite des modes d'intervention dont le but est d'apporter du soutien aux citoyens et aux aidants naturels.

Alors que j'étais coordonnateur des équipes de santé mentale dans un CLSC, j'ai reçu un jour une demande d'aide de la part d'un propriétaire-résidant d'une maison de chambres accompagné d'un de ses locataires en état de crise. Le propriétaire, excédé par de nombreuses tentatives infructueuses pour obtenir de l'aide, manifestait beaucoup d'agressivité. Il exigeait qu'on le reçoive tout de suite, n'étant d'humeur à accepter aucun délai. Quant à son locataire, selon les termes utilisés par le propriétaire, il n'était pas « parlable ». Le propriétaire m'a alors décrit les nombreux méfaits commis par ce locataire: ce dernier avait sectionné tous les fils électriques de la maison et mis la fournaise hors d'usage, pensant qu'il s'agissait d'une bombe nucléaire sur le point d'exploser. L'urgence de la situation et la détérioration mentale de cette personne ne laissaient guère d'autre choix que de procéder rapidement à son hospitalisation. Une telle intervention est dite réactive, en ce sens qu'elle est prédéterminée et prévisible, un peu comme si on avait appuyé sur un bouton

* L'auteur, docteur en psychologie, est professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval.

Ce genre de situations se rencontre fréquemment. En effet, la pratique clinique traditionnelle en santé mentale est essentiellement réactive. Elle consiste en des interventions professionnelles décidées en réaction à des demandes de services qui arrivent trop tard, alors que la situation s'est déjà fortement détériorée. Le praticien n'entre donc en action qu'à la toute fin du cheminement critique de la personne en difficulté. Il est ainsi placé en bout de ligne, au moment de son intervention, et n'a d'autre choix que de répondre à la demande telle qu'elle est formulée. Or, cette demande se fait presque toujours en situation de crise, dans un contexte où les parents ou les amis sont portés à se décharger de leur responsabilité sur le professionnel. Le praticien peut donc difficilement faire appel à l'entraide, car les proches sont également en crise et les autres membres du réseau social sont absents ou complètement dépassés. Le praticien ne peut pas davantage compter sur les forces de la personne en difficulté, dont l'état de crise exacerbe et met en évidence les pathologies et les déficits. Le renouvellement de la pratique clinique en santé mentale implique donc en premier lieu une remise en question du caractère réactif des interventions professionnelles.

Le diagnostic professionnel joue un rôle capital dans ce processus, car il confère une nouvelle identité au psychiatisé en le stigmatisant de façon quasi irréversible dans un rôle social d'incompétence. Le psychiatisé devient alors un consommateur passif de services qui collabore très peu à son traitement.

L'approche proactive fournit le moyen de résoudre une telle situation. On pourrait la définir comme une intervention n'ayant pas nécessairement été sollicitée et qui survient avant que la situation ne se soit complètement détériorée et surtout avant que les proches n'aient complètement épuisé leurs ressources d'aide. Cette intervention proactive précoce a évidemment plus de chances de réussir qu'une action réactive, car il est plus facile d'apporter une solution appropriée à une situation qui n'en est qu'à ses premières difficultés, alors que l'on peut encore compter sur les capacités des personnes en besoin et sur l'aide de leurs proches.

Ainsi, dans le cas cité plus haut, j'ai proposé au propriétaire qu'il m'appelle dès qu'une situation analogue se produirait. Il faut dire que ces problèmes duraient depuis une semaine et que les derniers jours avaient été particulièrement éprouvants pour lui, la police étant même intervenue plusieurs fois par jour. Je lui ai alors proposé une intervention de type proactif et lui ai fourni les numéros de téléphone de deux personnes qu'il pourrait joindre facilement. Il s'agissait de travailleurs

de rue recrutés dans le cadre d'un projet-pilote subventionné par Santé et Bien-être social Canada.

Dans cet article je décrirai tout d'abord ce projet-pilote et définirai le mode de fonctionnement de l'approche proactive. J'analyserai ensuite les changements de pratique qu'elle entraîne et j'illustrerai enfin certains modes d'intervention réalisés dans le cadre de cette approche.

Le projet-pilote «entraide de quartier»

Ce projet-pilote, subventionné pour une durée de deux ans et demi, se terminera à la fin de décembre 1991. Il se déroule dans le quartier Saint-Jean-Baptiste à Québec. Deux travailleurs de rue sont chargés de mettre en application l'approche proactive et un professionnel de la recherche, d'en analyser le processus. Le projet a permis jusqu'à présent de rejoindre plus de cent cinquante personnes, et un organisme sans but lucratif a été créé pour aider à la mise sur pied de projets (Guay et Chabot, 1990). Le projet-pilote a donné lieu à de nombreuses réalisations qui seront décrites dans une publication ultérieure. Cet article ne traite que des aspects du projet liés à l'intervention de crise.

Le projet-pilote a principalement pour but d'expérimenter cette approche proactive par l'élaboration d'une méthode d'intervention destinée à fournir un soutien aux citoyens d'une communauté, afin de les rendre plus aptes à participer à la réinsertion de personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale.

Ce projet est fondé sur l'hypothèse suivante: la mise au point et l'expérimentation d'une stratégie proactive d'intervention auprès des membres d'une communauté en vue de les supporter dans leurs interactions avec les psychiatisés, devrait, à long terme, avoir pour effet de réduire l'engorgement des services et d'alléger les prises en charge professionnelles. Il faut pour cela, que les interventions axées sur des services directs aux psychiatisés soient remplacées par des actions de soutien des citoyens qui assumeront une partie de la prise en charge. On peut évidemment prévoir, au cours des deux ou trois premières années, une hausse des demandes d'intervention de type proactif, les personnes rejointes s'ajoutant à celles qui demandent déjà des services. L'effet de plafonnement dans le nombre des hospitalisations devrait commencer à se manifester cinq ou six années après le début du projet.

Le travail de rue

Parler d'approche proactive, c'est donner une définition concrète de la prévention proche de l'univers du praticien et donc opérationnalisable. L'intervention proactive survient quelques semaines avant que

des services ne soient offerts à de futurs clients et à leurs proches, sans que ceux-ci ne les sollicitent et avant que leur situation ne se soit trop détériorée et que leur réseau social ne soit essoufflé ou dépassé. L'approche proactive implique donc un travail dans la communauté, car le praticien ne peut offrir des services à de futurs usagers à partir de son bureau; l'action dans le milieu ou le travail de rue constitue le terrain privilégié pour cette approche. L'intervention est centrée sur la communauté («*community-centered interventions*») plutôt que sur la personne qui a besoin d'aide («*client-centered interventions*»).

L'expérience de Coupe-Circuit (Langlois, 1981) et celle des «Patchwork Schemes» (Hadley et McGrath, 1984; Hadley et al., 1987) ont démontré qu'il est possible d'appliquer l'approche proactive en établissant des relations de partenariat entre des professionnels et des citoyens ou des aidants naturels (Guay, 1984). Pour qu'une telle collaboration soit possible, il est d'abord nécessaire de maintenir une présence très active dans le milieu de vie des usagers, à partir d'une stratégie non interventionniste caractérisée par une grande visibilité des praticiens. On peut alors identifier facilement ces derniers comme des personnes disponibles pour fournir aide et soutien.

Or, pour ce faire, le quartier à couvrir doit être relativement peu étendu. Dans notre cas, le quartier Saint-Jean-Baptiste de Québec a constitué jusqu'à maintenant le principal lieu d'intervention. Précisons que dans ce projet, nous avons adopté une définition fonctionnelle du quartier, c'est-à-dire une notion qui, en plus des frontières géographiques, inclut également les lieux et les institutions fréquentés par les résidents de Saint-Jean-Baptiste.

Il est important, à cet égard, de faire une distinction entre le lieu de résidence des clients actuels ou potentiels et celui des personnes qui constituent le réseau informel d'entraide. La clientèle est mouvante et se déplace d'un point à l'autre du centre-ville, tandis que les aidants naturels et autres citoyens désireux de s'engager sont assez stables et résident dans Saint-Jean-Baptiste.

Tournées quotidiennes

La visibilité et l'accessibilité des praticiens constituent le fondement des autres interventions. Grâce à des tournées, les agents de quartier ont pris contact avec le milieu, qui les a identifiés, comme des personnes facilement accessibles en cas de nécessité (Bédard et Thibault, 1987; Guay et Chabot, 1990). Ils sont d'ailleurs munis de téléphones cellulaires afin d'être plus faciles à rejoindre. Ils ont en particulier rencontré les personnes charnières («*gatekeepers*»), c'est-à-dire

celles dont la fonction les met en contact avec les autres (propriétaires de petites épiceries, concierges, barmen, employés de buanderies, etc.). Ils ont discuté avec ces personnes afin de prendre le pouls du quartier, surtout en ce qui concerne les ex-patients psychiatriques. Parmi ces personnes charnières, les agents ont pu identifier des aidants naturels, c'est-à-dire des personnes ayant des aptitudes naturelles en psychologie et désireuses de s'engager face aux personnes qui souffrent de graves problèmes de santé mentale.

Hausse des demandes de services

Si le praticien fait preuve d'une grande disponibilité, les citoyens en difficulté n'hésiteront pas à faire appel à ses services, ce qui entraînera à court terme une hausse considérable des demandes de services, leur nombre pouvant quintupler en quelques semaines.

C'est ce qui est arrivé aux intervenants d'un nouveau «Patchwork Scheme» à Dinington, un village minier du nord de l'Angleterre (Bayley et al., 1985). L'équipe avait quitté le siège social de l'agence sociale pour s'installer au cœur du village dans une maison mobile, surnommée «the hut». Six mois seulement après le début des activités, l'équipe avait reçu six fois plus de demandes de services que lorsqu'elle travaillait dans une agence traditionnelle. Elle a pourtant réussi non seulement à répondre à toutes ces demandes, mais à le faire deux fois plus rapidement!

Pour parvenir à un tel résultat, il est indispensable que la prise en charge puisse être partagée grâce à l'établissement de relations de collaboration avec les citoyens et les aidants naturels. C'est ce que nous nous sommes employés à faire dans notre projet-pilote. Pour y parvenir, il faut toutefois empêcher que cette hausse de demandes de services ne se traduise par un plus grand nombre d'interventions professionnelles directes; sinon, on ne fait qu'aggraver davantage la situation d'engorgement que l'on cherche justement à corriger.

C'est là le plus grand défi que l'approche proactive pose à la pratique clinique en santé mentale. Mais il existe d'autres défis, qui seront décrits plus loin. Des changements importants à la pratique clinique s'imposent si on veut y répondre.

Les changements de pratique qu'impose l'approche proactive

Supprimer ou retarder les services professionnels

Si une institution choisissait de mettre en application l'approche proactive, elle aurait à répondre à la question suivante: «Combien de

personnes en difficulté sommes-nous prêts à sacrifier, en les privant des services dont elles ont besoin de façon urgente, pour pouvoir développer l'approche proactive?»

La réponse à cette question réside évidemment dans le partage de la prise en charge avec des citoyens et des aidants naturels, comme nous le disions plus haut. Il s'agit là d'une solution à long terme, car à court terme, le dilemme reste entier, jusqu'à ce que les praticiens aient appris à assurer ce partage de responsabilité.

La parabole du pêcheur illustre bien le dilemme auquel les gestionnaires seraient confrontés:

Un pêcheur taquinait tranquillement le poisson sur le bord de la rivière, lorsque son attention fut attirée par les cris d'une personne emportée par le courant, qui appelait au secours. Comme il était assez bon nageur, il se précipita à l'eau et réussit après quelques efforts à ramener la personne sur la rive, la sauvant ainsi d'une noyade certaine. Il s'était à peine rassis, son linge encore mouillé, qu'une autre personne passa devant lui en appelant à l'aide. Il se jeta à nouveau à l'eau et réussit à sauver le malheureux. Puis la scène se répéta à plusieurs reprises, à quelques minutes d'intervalle. Le pauvre pêcheur à bout de souffle comprit alors que quelqu'un jetait les gens à l'eau en haut de la rivière, ce qui le plaça devant un dilemme assez terrible. «Combien de personnes vont se noyer si je monte en haut de la rivière pour empêcher que l'on en jette d'autres à l'eau?»

De fortes pressions pour l'instauration de services directs se sont exercées sur l'équipe de notre projet-pilote: lorsque les demandes d'aide ont afflué en raison de notre plus grande visibilité, les services étaient presque inexistantes. Beaucoup de personnes étaient en train de se noyer et les nageurs professionnels qui auraient pu les sauver étaient dans leur bureau, très loin de la rive.

En effet, le quartier Saint-Jean-Baptiste est situé à Québec, où les institutions sont tellement nombreuses que le MSSS l'a qualifié de territoire le plus riche du Québec en ressources de santé. Les institutions monopolisent les ressources financières et n'ont rien laissé pour la réinsertion sociale. Le ministère a fourni une contribution très mince lors de la mise en place de nouveaux programmes en santé mentale dans les CLSC du Québec métropolitain. Quant aux groupes communautaires, un seul nouveau groupe a reçu une nouvelle subvention du CRSSS.

C'est sous la forme d'interventions de crise que s'est exprimée cette demande de services professionnels. J'expliquerai plus loin comment nous avons pu atteindre nos objectifs dans le cadre de l'intervention de crise.

Clients difficiles à identifier

Une autre difficulté que pose au professionnel l'approche proactive tient au fait que la cible de l'intervention n'est plus le client pré-identifié, mais les personnes de l'entourage social. Il est donc parfois difficile de distinguer le véritable client de l'intervention. De plus, lorsque le praticien apporte du soutien à des personnes qui font partie de l'environnement social, ces dernières deviennent alors les véritables cibles des interventions. Ainsi, le processus de référence est basé sur le contact personnel et la confiance des citoyens qui demandent au praticien de donner des services à un membre de leur entourage social. L'approche proactive suppose donc la capacité de s'adapter à ce mode informel de référence, plutôt que de passer par un processus formel qui détermine les règles d'attribution des cas.

Absence de formalisme et polyvalence des interventions

Lorsque des praticiens deviennent plus visibles et plus accessibles, les gens s'adressent à eux pour des problèmes qui ne correspondent pas aux services spécifiques offerts par les services publics. L'exemple classique est celui des clients de milieu défavorisé, dont les besoins sont d'abord de nature économique, auxquels on offre de la sollicitude humaine. Dans notre projet, ces besoins d'ordre économique nous ont amenés à exploiter toutes les possibilités offertes par les divers programmes de supplément de revenu et de retour à l'emploi pour nos participants; plus de soixante-dix d'entre eux bénéficient actuellement de l'un ou l'autre de ces programmes.

De plus, les problèmes des gens sont indissociables de leurs conditions de vie et agissent les uns sur les autres: santé physique, santé mentale, économie, logement, etc. Les réseaux sociaux sont interreliés; la population n'est pas divisée en groupes d'âge comme le sont souvent nos programmes, ce qui implique qu'il faut pouvoir s'adresser à tous les usagers quel que soit leur âge ou leur problème. Dans l'approche proactive, la spécialisation est abandonnée au profit de la polyvalence; en effet, l'approche proactive est fondamentalement généraliste, tant par les types d'interventions que par les clientèles rejointes.

Nos visiteurs sont souvent surpris par la grande variété des clientèles touchées par notre projet: psychiatrisés, délinquants, jeunes fugeurs, etc. Pourtant, il s'agit là d'une conséquence inévitable de l'approche proactive.

Enfin, le praticien doit alléger et débureaucratiser ses modes de pratique s'il veut répondre à ces nouvelles demandes de services, ce qui

implique de réduire le temps consacré aux interventions formelles impliquant la constitution d'un dossier et d'augmenter les interventions ponctuelles sans ouverture de dossier. En fait, les résultats positifs obtenus par les «Patchwork Schemes» de Dinington (Bayley et al., 1985) et de Normanton (Hadley et McGrath, 1984), soit une réponse plus rapide à un nombre accru de demandes de services, s'expliquent en bonne partie par le nombre élevé d'interventions informelles effectuées sans ouverture de dossier.

Plus grande familiarité avec les praticiens

La plus grande disponibilité dont font preuve les praticiens les expose à une plus grande familiarité de la population à leur égard, voire à un envahissement de leur vie privée, qui les oblige à définir la frontière qu'ils veulent maintenir entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Ils doivent établir une distinction entre la relation amicale et la compassion qui fait partie de l'intervention professionnelle.

Roger Hadley et ses collaborateurs (1987) estiment que dans les «patch», chaque praticien définit ses propres limites, en particulier sa disponibilité en dehors des heures de bureau, en cas d'urgence.

Dans une recherche effectuée dans un CLSC situé en milieu rural au Québec (Godbout et Guay, 1988), les employés ont qualifié d'amicales leurs relations professionnelles, ce qui ne les a pas empêchés d'imposer une limite. Cette dernière est quand même très claire et très explicite. Il s'agit de la non-réciprocité dans les confidences intimes.

Cette pression vers la réciprocité et l'égalitarisme va à l'encontre de l'attitude de dépendance apprise des usagers, qui abandonnent généralement la responsabilité de la résolution de leur problème, à cause de leur sentiment d'incompétence face à l'expertise professionnelle à laquelle on accorde beaucoup de crédibilité. Par ailleurs, cette plus grande proximité entre praticiens et usagers peut amener une forte solidarité, comme l'a démontré l'expérience de l'équipe du projet.

Acceptation de valeurs différentes

Lorsque le praticien intervient dans le milieu de vie de populations défavorisées, il est inévitablement confronté à des valeurs et à des comportements différents des siens. L'approche proactive exige donc du praticien une remise en question des valeurs liées à sa classe sociale. Il doit passer par ce processus pour parvenir à une acceptation et à un respect mutuels; sinon, il ne pourra pas collaborer avec les aidants naturels, comme nous le verrons plus loin.

Interventions proactives

Les interventions de crise comme monnaie d'échange

Les systèmes informels d'entraide qui existent dans un quartier sont auto-suffisants; les citoyens n'ont pas vraiment besoin de notre aide, sauf lorsque les situations dépassent leur seuil de tolérance. Les demandes d'aide qui nous étaient adressées consistaient en des interventions d'urgence auprès d'individus qui se comportaient de façon menaçante et provoquaient l'inquiétude des citoyens avec lesquels nous avons établi contact. Il va de soi que, pour gagner et conserver la confiance de la population, ces interventions de crise devenaient inévitables pour les travailleurs de rue. En fait, notre expérience nous a démontré que les seuls services directs que devait conserver le professionnel étaient les interventions d'urgence nécessitant l'hospitalisation. Le citoyen attend d'ailleurs du professionnel qu'il prenne la responsabilité de ce type d'intervention, car il souhaite conserver un bon contact avec ces personnes. Quant au professionnel, il est normal qu'il assume le mauvais rôle.

Les interventions de crise effectuées par les agents de quartier étaient fondées sur le principe de l'échange avec les citoyens, qui sont apparus d'autant plus intéressés à collaborer que les services qu'on leur offrait répondaient à leurs besoins et soulageaient leurs craintes. En effet, les interventions ponctuelles d'urgence visent d'abord à offrir un soutien et à apporter un soulagement aux aidants lorsque les comportements des psychiatisés sont vécus comme dérangeants, éprouvants ou lourds à supporter. Presque toutes ces interventions ont nécessité des ordonnances de la Cour pour faire hospitaliser les patients.

Les agents de quartier ont cependant, chaque fois qu'ils l'ont pu, utilisé ces interventions de crise pour réaliser les buts du projet. Ils ont, par exemple, joué un rôle de conciliateurs entre les propriétaires ou les concierges et les psychiatisés. Ils ont aussi fait prendre conscience à ces derniers de l'impression négative créée par certains de leurs comportements marginaux et gênants, tout en présentant d'eux une image plus positive aux propriétaires. Autre exemple: un psychiatisé avait transformé son appartement en atelier de couture et de réparation de bicyclettes, au grand désarroi de son propriétaire. L'intervention des agents de quartier a permis d'abord de dédramatiser la situation et de responsabiliser le psychiatisé, de manière à ce qu'il apporte plus d'attention au mobilier et à son environnement. Grâce à cette action, le propriétaire a pu voir le psychiatisé comme un marginal plutôt que comme un malade mental.

Malgré la dimension proactive du projet-pilote, les agents de quartier, influencés par le milieu, ont dû s'écarter de leurs objectifs initiaux et intervenir à la demande des citoyens. Nous avons choisi de relever le défi, étant donné que notre clientèle-cible auprès de laquelle nous devons faire connaître le modèle d'intervention est justement constituée de professionnels qui doivent travailler de façon réactive. Une de nos méthodes a consisté à utiliser l'intervention de crise comme prétexte pour pénétrer un milieu et ainsi atteindre nos objectifs en dynamisant les capacités d'entraide qui y existent.

L'intervention de crise comme prétexte

Une de nos interventions de crise a eu comme point de départ une dispute entre voisins dans une maison de chambres. Nous avons déjà identifié cette maison comme une sorte de ghetto informel de psychiatisés, car les patients psychiatriques, à leur sortie de l'hôpital, recommandaient à d'autres ce lieu d'hébergement en raison du prix relativement bas des chambres. Lorsque nous avons reçu la demande d'aide d'une des résidentes, nous avons saisi l'occasion puisque nous souhaitions y intervenir depuis longtemps. En effet, lors du travail de rue, C., le concierge, s'était plaint à nous du climat malsain qui régnait en ce lieu et se disait débordé par les conflits et les disputes constantes.

Une des résidentes, nommée G., nous a adressé une demande d'aide, se plaignant du harcèlement dont elle était l'objet de la part d'une autre chambreuse. Lorsqu'elle a appelé, elle était en état de crise, car la situation était devenue intenable pour elle. Il faut dire que la chambreuse qui la harcelait avait fait venir à la maison un inspecteur de la ville à cause des problèmes d'hygiène qu'elle croyait dus à la malpropreté de G.

Les intervenants se rendent à la maison de chambres et organisent une rencontre des membres de ce réseau social, qui regroupe non seulement G. et C. mais également d'autres locataires, afin de donner dès le point de départ une dimension collective au problème. Cette session a servi à dédramatiser la situation et à accorder du soutien au concierge, personne-clef, tout en ouvrant la porte à l'équipe pour améliorer l'atmosphère de la maison de chambres.

Le problème ponctuel pour lequel on nous avait demandé de l'aide s'est rapidement réglé, puisque l'autre locataire a déménagé. Quant à G., elle a obtenu le soutien non seulement de l'équipe mais surtout de certains autres chambreurs. Cette intervention nous a permis de répondre à un autre de nos objectifs, celui qui consiste non seulement à stimuler les interactions avec les personnes qui font partie de l'environnement,

mais également de favoriser l'entraide afin que le soutien provienne des voisins et amis plutôt que d'une relation individuelle avec un professionnel.

Après que l'équipe ait fait une première intervention dans cette maison de chambres, elle a pu y retourner plus facilement, afin d'en changer la dynamique et d'apporter du soutien au concierge dans une démarche d'animation qui engage davantage les résidents.

Une occasion s'est rapidement présentée, car J., un nouveau participant, est apparu dans notre projet. Comme il n'était pas satisfait de sa chambre, nous lui avons suggéré d'aller à cette maison tout en lui expliquant la démarche en cours. En agissant ainsi avec J., nous essayons d'atteindre un autre de nos objectifs, soit celui de transformer, chaque fois que c'est possible, le rôle de client passif en celui de personne activement engagée dans les activités reliées au projet d'entraide.

J. emménage dans la maison et nous exprime qu'il a vraiment envie de s'engager à accroître son dynamisme. Il invite par lettre les locataires à une fête chez lui! Toute l'équipe participe à l'organisation de cet événement, en collaboration avec J.: l'achat de la nourriture se fait avec les aidants, on frappe à toutes les portes, etc. Cette première fête s'avère un gros succès, et tous les invités en reparlent les jours suivants. Plusieurs conséquences positives en découlent, tant au niveau de l'amélioration du climat que de nouvelles interactions et de la rencontre de nouveaux participants. Une deuxième fête est donc organisée la semaine suivante. L'équipe croit opportun de se retirer alors et de laisser les résidents s'organiser eux-mêmes. En effet, un autre des objectifs du projet est sa prise en charge par le milieu, de façon à empêcher une dépendance à l'endroit des intervenants salariés. C'est à nouveau J. qui organise cette fête, occasion d'interactions multiples et enrichissantes. Quant au concierge, il semble heureux de ces fêtes, car le climat est devenu beaucoup plus positif. L'objectif fondamental du projet est ainsi atteint: l'environnement social est amélioré, ce qui contribue à éliminer les conditions de stress, sources des problèmes psychologiques pour lesquels les demandes d'aide sont faites. Il est important de souligner que J. s'est également révélé un excellent aidant naturel à la maison de chambres, effectuant des interventions de crise auprès de voisins qui vivaient des problèmes de santé mentale. Aux dernières nouvelles, certains résidents de cette maison ont pris l'initiative de faire des interventions analogues dans une autre maison.

Ainsi que l'illustre cette présentation de cas, la règle d'or de ce type d'intervention est le recours à l'entraide, afin de partager avec tout

le milieu la responsabilité de l'aide à apporter aux personnes en souffrance.

Un autre exemple est celui d'un jeune délinquant extrêmement agressif qui intimidait les commerçants à qui il devait de l'argent. Notre intervention a consisté à faire la tournée de ces commerçants et d'autres personnes et, après nous être informés à son sujet, à structurer une forme d'intervention indirecte qui a modifié le comportement de ce jeune à partir des réactions des citoyens. À mesure que les gens exprimaient leur insatisfaction, nous leur mentionnions que d'autres avaient vécu le même problème. Nous leur demandions leur avis et les informions de ce que les autres avaient fait ou voulu faire, ce qui a créé une sorte de solidarité. Ensuite, des mesures collectives ont été prises afin de faire cesser le comportement d'intimidation de ce jeune délinquant; les participants ont apporté leur soutien en organisant une pétition contre cet individu. Cette lettre lui a été remise; des policiers ont fait, à la demande de certaines personnes, une fouille de son appartement pour y chercher des armes. Toutes ces actions ont fait diminuer graduellement les comportements violents de ce jeune.

Il est important de souligner que toute cette intervention a été lancée et dirigée non pas par les travailleurs de rue, mais par un de nos participants qui avait lui-même eu un comportement violent dans un passé récent. Celui-ci est devenu un aidant naturel et a choisi de s'aider lui-même en aidant les autres. Un de nos principes d'intervention consiste à essayer de transformer en aidants naturels les personnes en besoin et à partager avec eux la responsabilité de la prise en charge.

Le partage de la responsabilité professionnelle

Le professionnel ne pourra pas répondre à l'afflux de nouvelles demandes s'il n'apprend pas à partager la prise en charge et il risque alors l'épuisement psychologique à court terme. Il partage donc la prise en charge avec deux types d'acteurs, d'une part avec les citoyens de la communauté et les aidants naturels et d'autre part, avec les clients actuels et potentiels.

Collaboration avec des aidants naturels

L'aidant naturel, également appelé «intervenant profane indigène» ou «aidant du voisinage», désigne ici les membres de la communauté qui n'ont reçu aucune formation mais qui possèdent naturellement des aptitudes d'aide. Dans la plupart des quartiers existent ce que l'on appelle des aidants du voisinage, soit des personnes qui aiment s'occuper des autres, qui sont capables d'assumer des responsabilités et qui ne se lassent jamais d'écouter les problèmes des autres. Étant en contact

avec un réseau assez considérable, elles sont importantes pour le professionnel, puisqu'elles peuvent lui permettre de rejoindre un grand nombre de gens.

L'expérience nous a appris que ces aidants naturels ne sont pas nécessairement efficaces en dehors de leur réseau social ou avec d'autres personnes que celles qu'ils choisissent spontanément d'aider. Ces aidants ont souvent de fortes personnalités et collaborent difficilement avec d'autres aidants naturels. Ils sont profondément convaincus qu'ils appliquent la bonne méthode et supportent difficilement la compétition.

La collaboration avec les professionnels pose donc des problèmes particuliers, car ces aidants naturels sont autonomes, ont leurs propres idées sur la façon d'intervenir, n'acceptent pas toujours les suggestions des professionnels. De plus, ils ont souvent des valeurs différentes de ceux-ci, parfois même des comportements qu'en d'autres circonstances les professionnels réprouveraient, et vont se valoriser en démontrant que leurs méthodes sont plus efficaces.

Il faut accepter ces personnes tels qu'elles sont, car elles écoutent rarement un avis professionnel et sont farouchement indépendantes. Notre rôle consiste à bien sélectionner les clients qui conviennent le mieux à leur personnalité.

Les agents de quartier sont entrés en contact avec plusieurs de ces aidants naturels qui apportent leur compétence, puisée à même leur expérience de la psychiatrie, de la criminalité, de la toxicomanie ou de l'itinérance. Ainsi N., qui travaille dans un lavomat du quartier Saint-Jean-Baptiste, apporte son soutien moral et fait de la psychothérapie naturelle avec ses clients (Bouchard, 1990). Une autre aidante naturelle héberge chez elle, sur une base privée, plusieurs de nos clients psychiatriques qui constitueraient individuellement des cas très lourds.

Nous avons commencé à élaborer une nouvelle formule de *case management* qui intègre certains de ces aidants naturels. L'accompagnement dans le milieu de vie avec un but de réhabilitation est assumé par six accompagnateurs («*case managers*») qui ont chacun cinq personnes à suivre. Deux aidants naturels sont également engagés et interviennent de façon ponctuelle et temporaire, sans assumer de suivi régulier. Les six accompagnateurs sont encadrés par les deux intervenants du projet-pilote. Ce projet est en processus d'élaboration et nous en aurons beaucoup plus à dire à ce sujet dans un an.

Transformer le client en aidant naturel

Dans notre projet, nous avons mis au point une forme d'intervention qui vise systématiquement à transformer le rôle de client chronique

(malade mental, toxicomane, délinquant) en celui d'aidant naturel. Cette philosophie a provoqué des réactions négatives chez certains professionnels, car elle peut sembler très révolutionnaire. Les difficultés d'application sont dues au scepticisme de professionnels qui croient difficilement qu'un de leurs anciens clients, très détérioré, puisse se transformer en aidant.

Par exemple, H., un psychiatrisé connu à travers le réseau comme un grand consommateur de services, est devenu un aidant naturel. Pourtant, lors des premières actions, les intervenants avaient dû procéder à son hospitalisation à cause de son comportement inquiétant; il avait menacé certaines personnes à l'aide d'un couteau et avait tenté d'allumer un incendie. H. est très typique des personnes rejointes par notre projet, car il est à la fois psychiatrisé et toxicomane, passant par des cycles où il refuse de poursuivre ses traitements et cesse de prendre ses médicaments. Ainsi, deux ordonnances de Cour successives se sont avérées nécessaires, car lors de sa première hospitalisation, il avait signé un refus de traitement et était ressorti de l'hôpital quelques jours plus tard.

Les intervenants informent, bien sûr, H. que ce sont eux qui l'ont fait hospitaliser et lui rendent visite quelquefois avec d'autres participants de notre projet. Une fois que son état s'est amélioré suffisamment, H. est autorisé à sortir et recommence à fréquenter le café que nous avons ouvert dans le cadre du projet-pilote. Il y démontre des qualités évidentes d'aidant, en particulier dans ses relations avec un autre psychiatrisé, B. Ce dernier souffre de graves problèmes de toxicomanie qui le poussent souvent à se procurer illégalement de l'argent. Un jour où B. était en état de détresse psychologique au point de manquer de contrôle sur lui-même et de perdre contrôle avec la réalité, seul H. a été capable d'entrer en relation avec lui parce qu'il le comprenait à partir de sa propre expérience. Il a réussi à convaincre B. de suivre une cure de désintoxication.

Les intervenants ont encouragé H. en l'invitant à faire du travail de rue avec eux et en le faisant participer à une formation procurée par notre équipe dans un CLSC du centre-ville de Montréal.

Quiconque souffre de graves problèmes de santé mentale a la capacité d'aider quelqu'un qui souffre de problèmes analogues, mais sa capacité et son niveau de motivation ne sont pas constants et varient énormément d'une personne à l'autre. Il est donc important de coordonner les transactions d'entraide selon les capacités et les motivations de chacun. Le projet-pilote nous a permis d'identifier les différentes formes que peuvent prendre les rôles de client et d'aidant. Ainsi, certaines personnes préfèrent conserver le rôle de consommateur de services,

malgré nos exhortations, mais il peut leur arriver d'aider quelqu'un. D'autres adoptent le rôle d'aidant de façon assez régulière, mais vont retomber dans le rôle d'aidé en situation de stress ou de crise. Mais certaines personnes, même si elles souffrent de problèmes sérieux de santé mentale, sont capables de devenir des aidants de façon régulière et relativement constante, et démontrent une grande habilité à cet effet. Certains de ces psychiatrisés devenus des aidants naturels sont aptes à adopter des rôles plus formels et des responsabilités plus spécifiques dans un groupe.

Par ailleurs, notre expérience nous a démontré que l'hétérogénéité des clientèles est un des facteurs qui favorisent le développement de l'entraide. Ainsi, nous avons noté que les relations d'entraide entre les personnes ayant un passé judiciaire et celles ayant un passé psychiatrique se sont révélés très productives. En effet, les délinquants ont un impact très stimulant sur les psychiatrisés, qu'ils poussent à l'action, alors que la contribution des psychiatrisés se situe surtout au niveau de la relation d'aide basée sur la compréhension affective.

Conclusion

J'aimerais terminer cet article en faisant référence à la perspective futuriste de Frank Riessman (1990), qui fut le premier à énoncer le principe selon lequel on s'aide soi-même en aidant les autres, qu'il a appelé le «*Helper therapy principle*». À partir de l'exemple des AA qui prouve la validité de ce principe depuis des années, il propose une restructuration en profondeur de nos services qui ferait appel aux ressources d'aide existant dans notre société. Il nous suggère de renverser la perspective en considérant les dix millions d'alcooliques américains comme des aidants plutôt que comme des personnes en besoin d'aide.

Le même renversement pourrait s'appliquer aux psychiatrisés, aux délinquants, aux itinérants et aux autres marginaux mal desservis par nos services publics. C'est du moins vers cette conclusion que nous amènent les expériences vécues dans notre projet-pilote. Il est tentant de croire que ce principe contient peut-être le germe d'une solution aux problèmes vécus par les personnes en besoin de nos centres-villes. Plusieurs visiteurs de notre projet constatent la grande efficacité et la pertinence de cette approche auprès de nos participants, très souvent considérés comme irrécupérables par les praticiens du réseau des services sociaux et de santé.

RÉFÉRENCES

- BAYLEY, M., SEYD, R., TENNANT, A., 1985, *Neighborhood Services Project: Dinington*, Paper No. 12, Final Report.

- BÉDARD, L., THIBAUT, B., 1987, *L'approche communautaire: une réponse à la désinstitutionnalisation*, Essai de maîtrise, École de psychologie, Université Laval, Québec.
- BOUCHARD, A., 1990, L'archipel des poqués, *Le Soleil*, 7 et 10 mai.
- GODBOUT, J., GUAY, J., 1988, *Le communautaire public, le cas d'un CLSC*, Rapport de recherche subventionné par le C.Q.R.S., publié par INRS-Urbanisation.
- GUAY, J., 1984, *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Gaëtan Morin.
- GUAY, J., CHABOT, D., 1990, *Parrainage social et entraide de quartier: rapport préliminaire*, Santé et Bien-être Canada.
- HADLEY, R., COOPER, M., DALE, P., STACY, G., 1987, *A community social worker's handbook*, Tavistock Publications, Londres.
- HADLEY, R., McGRATH, M., 1984, *When Social Services are Local: The Norman-ton Experience*, George Allen Unwin, Londres.
- LANGLOIS, R., 1981, Coupe-circuit, une alternative à la psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, 6, 2, 119-125.
- RIESSMAN, F., 1990, Restructuring help: a human services paradigm for the 1990's, *American Journal of Community Psychology*, 18, 2.

The Proactive Approach and Crisis Intervention

ABSTRACT

In this article, the author describes a mode of intervention defined as proactive in mental health care, in the case of an existing pilot project. This type of intervention contrasts with the reactive mode, which is characterized by reactions to urgent requests for services when a situation has deteriorated badly and social network resources are either absent or irrelevant. The author outlines the obstacles to developing such a proactive mode. This approach, which requires a high degree of visibility and accessibility on the part of the practitioner, involves providing services before they are even requested. Finally, the author examines certain types of proactive interventions whose objective is to offer support to members that are close to the individual.