

**Traiter dans la communauté.  
Un regard alternatif sur des enjeux de bonnes pratiques en santé mentale\***

Manuscrit soumis à la  
*Revue canadienne de santé mentale communautaire*

Marie-Laurence Poirel, Ph.D.  
Ellen Corin, Ph.D.  
Lourdes Rodriguez Del Barrio, Ph.D.

\* Cet article a été réalisé à partir des résultats d'une recherche financée par le programme des Initiatives de développement de la recherche du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Septembre 2010

Document de travail

**Traiter dans la communauté.  
Un regard alternatif sur des enjeux de bonnes pratiques en santé mentale**

**Résumé**

Une recherche qualitative réalisée au Québec dans des organismes non institutionnels en santé mentale qui se décrivent comme des ressources alternatives de traitement pourrait contribuer à reconsidérer la place et le rôle de certains aspects dans l'étude et l'évaluation d'un programme de traitement. Cette étude explore et compare le point de vue de différents acteurs (personnes usagères, intervenantes et intervenants, responsables) sur le traitement proposé dans les ressources alternatives. La large convergence entre les différents points de vue accentue la portée des résultats qui se dégagent de l'étude. Certains résultats rejoignent les hypothèses d'une tradition en psychiatrie et d'une perspective de recherche qui s'intéressent l'une et l'autre à la contribution, en termes cliniques et thérapeutiques, de différents paramètres de l'environnement et de l'atmosphère d'un milieu de pratique.

*Mots clés* : traitement, communauté, ressource alternative, environnement thérapeutique, changement

**Community-based treatment.  
An alternative glance on good practices in mental health**

**Abstract**

A qualitative study pursued recently in Quebec in alternative mental health centers, which describe themselves as Treatment Alternatives Resources, could help to reconsider some important therapeutic issues such as the setting and the human environment of mental health services. In this study, we explored the point of view of different actors on many aspects of treatment, both practical and philosophical. We met seventeen users, seventeen therapists and nine directors from nine Treatment Alternatives Resources and compared their perspectives on treatment. The results of the study renew with some important ideas of an old psychiatric tradition which has particularly emphasized the notion of therapeutic environment involving both locus and human environment of care and treatment.

*Key words*: treatment, community, alternatives resources, therapeutic environment, change

**Traiter dans la communauté  
Un regard alternatif sur des enjeux  
de bonnes pratiques en santé mentale**

**Introduction : La question du traitement**

Poser la question du traitement en santé mentale et en psychiatrie implique, inévitablement, une série de questionnements qui portent à la fois sur les moyens et sur les finalités du traitement (Fédida, 2001). Certains questionnements relèvent davantage des moyens : Qu'est-ce qui participe au traitement et quels en sont les principaux ingrédients? Quelle est la part respective de la médication, de la psychothérapie, d'autres formes de thérapies ou d'activités ? D'autres questionnements touchent davantage aux finalités du traitement : Quelles sont les cibles du traitement (les symptômes, les déficits, le vécu de souffrance...) ? Quels sont les avantages et les limites respectives d'une approche ciblée et d'une approche englobante de traitement? Quelles sont les résultats attendus du traitement? Le traitement vise-t-il principalement à *soulager* ou porte-t-il un projet plus ambitieux, qui serait plus *résolutif* que palliatif (Racamier et al., 1973) ? Une diversité de réponses et de solutions, parfois profondément contradictoires, ont été apportées à ces interrogations. En elles-mêmes, la complexité et la pluralité inhérentes aux problèmes de santé mentale, l'ampleur des défis qu'ils soulèvent, dissuadent de s'en tenir à des solutions et à des réponses uniques. L'importance de maintenir une pluralité dans les approches et les pratiques en santé mentale a été reconnue (Rodriguez et al., 2006; MSSS, 2005). Dans cette perspective, on a notamment souligné l'importance de poser et d'explorer la question des implications cliniques et thérapeutiques de différents dispositifs ou modes de traitement (Sassolas et al., 2004; Bachrach, 1978). À cet égard, la question du *lieu* à partir et au sein duquel se déploie le traitement se dégage comme un enjeu important que nous aborderons plus particulièrement dans cet article en présentant et en discutant les résultats d'une recherche qualitative poursuivie au Québec dans des organismes non institutionnels qui se sont eux-mêmes identifiés comme des ressources alternatives de traitement en santé mentale.

Cet article s'articule autour de deux séries de questions. La première concerne la revendication des ressources alternatives de traitement de traiter *ailleurs et autrement* les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale (RRASMQ, 2005). Comment se traduit, concrètement, cette revendication? Quels sont les dispositifs qui sont mis en place et quelle est leur contribution au déploiement du traitement? Qu'en est-il en particulier de la référence à un lieu et à une vie communautaire? Quelles significations revêtent ces dimensions dans la définition du traitement? La seconde série de questions porte sur les effets, chez les personnes concernées, de l'approche de traitement mise en œuvre à partir des ressources alternatives. En quels termes les personnes évoquent-elles ces effets? De quelle manière parlent-elles de ce qui a changé en elles et dans leur vie suite à leur fréquentation de la ressource alternative de traitement? En toile de fond à ces deux séries de questions, cet article vise à remettre au travail une interrogation plus large parfois soulevée face aux approches de traitement développées à partir d'un lieu en tant que tel : dans quelle mesure et à quelles conditions le passage par un « lieu où il fait bon vivre » peut-il soutenir ou au contraire restreindre la capacité des personnes de faire face « aux exigences du monde extérieur » (Mannoni, 1970)?

### **Traitement en institution et traitement dans la communauté**

Le traitement en institution psychiatrique a été l'objet de nombreuses critiques. On a maintes fois dénoncé les pratiques d'enfermement à l'œuvre dans certains établissements et, de manière plus générale, le rôle de l'institution psychiatrique dans la chronicisation des troubles mentaux. Au départ cependant, la création d'asiles a visé à autre chose qu'à un enfermement des malades mentaux pour en protéger la société ou pour leur donner des soins de base. Certains ont vu en l'institution la possibilité de mettre en œuvre un dispositif qui pourrait s'avérer porteur en lui-même de potentialités proprement thérapeutiques (Leighton, 1982; Swain, 1977). Plus récemment, on a vu resurgir cette idée à travers le courant de la psychiatrie institutionnelle tel qu'il s'est développé en France et en Grande-Bretagne (Corin et al., 1986) et dans la formation de communautés thérapeutiques, parfois à l'intérieur même d'hôpitaux psychiatriques (Jones, 1970). Malgré la récurrence de cette vision positive du rôle, thérapeutique, de l'hôpital psychiatrique et de ses différentes incarnations (Racamier et al., 1973), les abus perpétrés à partir d'institutions psychiatriques semblent avoir fortement imprégné la représentation plus générale de l'hôpital psychiatrique (Bachrach, 1978). Dans ce contexte, un certain discrédit et la marginalisation paraissent, de manière subtile, avoir peu à peu ébranlé l'idée que l'hôpital psychiatrique peut être un lieu spécifique, significatif, voué au traitement, un lieu à partir duquel peuvent s'articuler un ensemble de dispositifs participant au traitement. Par ailleurs, chez certains, la critique de l'institution a impulsé un souci d'explorer le potentiel thérapeutique de petites communautés que l'on supposait en mesure, dans certaines conditions, d'échapper aux vicissitudes et aux pièges de l'institution; la vie communautaire se voyant ici opposée à la vie en institution (Cooper, 1970; Mannoni, 1970). Toutefois, dans le large mouvement de la désinstitutionalisation psychiatrique, cette idée de créer d'autres lieux, plus humains, pour l'accueil et le traitement des personnes touchées par des problèmes de santé mentale, est finalement restée assez marginale, tout particulièrement en Amérique du Nord.

La préoccupation d'une plus grande proximité des services par rapport au milieu naturel permettant une plus grande continuité pour les personnes concernées a accompagné le mouvement de la désinstitutionalisation. Dans ce contexte, la notion de traitement dans la communauté a connu un large essor. Particulièrement en Amérique du Nord, le développement et la diffusion d'un modèle particulier, le modèle ACT, *Assertive Community Treatment* (où une équipe multidisciplinaire d'intervenantes et d'intervenants se déplace directement dans le milieu de vie de la personne, offrant à la fois des services de traitement et de réadaptation) a tenu un rôle important à ce égard (Rosen et al., 2007; Test, 1998; Gélinas, 1998). Par ailleurs, d'autres types de modèle de traitement dans la communauté ont aussi été développés, notamment à partir des hôpitaux de jour en psychiatrie, lesquels se sont parfois directement identifiés comme des centres de traitement dans la communauté. Plutôt que de considérer les différents modèles de traitement dans la communauté en concurrence, certains auteurs relèvent l'importance d'étudier et d'évaluer leur contribution respective dans un système de service diversifié offrant différentes stratégies de soins et de traitement susceptibles de répondre à la pluralité des expériences et des besoins des personnes vivant des troubles mentaux graves, et ce à différentes étapes de leurs problèmes et de leur vie (Thomicroft et Tansella, 2004; Davidson et al., 1996). De manière plus large, d'autres notent l'importance pour un système de soins de réussir à préserver et à développer des lieux de soins et de traitement suffisamment intensifs et complets, établis à partir d'un lieu en tant que tel, à l'instar du rôle tenu par l'hospitalisation (Bachrach, 1978).

De façon générale, on constate dans la littérature des dernières décennies un manque relatif d'études portant plus systématiquement sur des expériences de traitement dans la communauté réalisées à partir d'un lieu en tant que tel, comme c'est notamment le cas de l'hôpital de jour en psychiatrie. Ce manque relatif a notamment été mis en relation avec une tendance, de plus en plus présente dans la recherche en psychiatrie, à circonscrire le cadre et les cibles du traitement à une action sur la symptomatologie (Rosie et al., 1995). Certains auteurs ont mis en évidence une tendance plus générale des systèmes de services psychiatriques d'Amérique du Nord à subordonner le traitement à des objectifs de réadaptation, et ainsi à mettre davantage l'accent, dans le traitement, sur la réduction des symptômes qui hypothèquent l'intégration sociale de la personne (Corin et Harnois, 1991). Or, les quelques études disponibles sur le traitement en hôpital de jour en psychiatrie invitent précisément à élargir la notion et le champ du traitement au-delà de l'action sur les symptômes en mettant de l'avant une approche et un abord plus larges et plus englobants de la personne touchée par des troubles mentaux (Larivière et al., 2010; Rosie et al., 1995; Holloway, 1988). Au Québec, les expériences de traitement dans la communauté développées à partir d'un lieu, à l'intérieur du système institutionnel, avec les hôpitaux de jour, comme à l'extérieur, en particulier avec les ressources alternatives de traitement, ont été de façon générale peu étudiées mis à part des études monographiques réalisées par des représentantes et des représentants des milieux de pratique concernés (Larivière et al., 2009; Boivert et Lecomte, 2006; Lecomte et Gagné, 2000; Apollon et Bergeron, 1990).

Dans le paysage plus large des approches et des pratiques en santé mentale au Québec, les ressources alternatives se distinguent par leur regard critique sur la psychiatrie biomédicale et sur la société plus large, par leur contribution au renouvellement des pratiques en santé mentale, par l'exigence éthique dont elles sont porteuses dans le rapport à la personne souffrante. Depuis leur apparition dans les années 1970, ces ressources, qui sont aujourd'hui plus d'une centaine, veulent proposer un « ailleurs » et un « autrement » et donner parole et citoyenneté à des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale (Lasvergnas et Gagné, 2000). Les ressources alternatives en santé mentale se décrivent comme des ressources communautaires, « imbriquées dans la communauté », « à taille humaine », préoccupées de la « qualité de l'accueil » (RRASMQ, 1999). Elles ont développé une diversité d'activités et de pratiques, comme la défense de droits, l'entraide, l'accompagnement dans la crise, l'hébergement, la thérapie sous différentes formes, le soutien dans la communauté. Parmi les ressources alternatives en santé mentale, une douzaine s'identifient plus particulièrement comme des ressources alternatives de *traitement*, évoquant ainsi la possibilité que le traitement puisse se définir et se déployer en marge des milieux et des services psychiatriques, même face aux problèmes graves de santé mentale. De manière générale, les ressources alternatives de traitement se réfèrent assez peu à ce qui relève des diagnostics utilisés en psychiatrie ou alors, elles en indiquent les limites. On pourrait dire que, sur un plan philosophique, ces ressources se présentent comme avant tout préoccupées par l'humain et qu'elles se méfient des diagnostics et de leur potentiel de réification (RRASMQ, 2005).

### **Évaluer les effets du traitement**

Des études portant sur les résultats de différentes approches et programmes de traitement en psychiatrie appréhendés à partir d'instruments standardisés arrivent au constat d'une grande proximité dans les résultats obtenus chez les personnes visées par les différents programmes, par rapport à la diminution des taux d'hospitalisation, à la réduction de la symptomatologie, à

l'amélioration du fonctionnement social (Davidson et al., 1996; Hoge et al., 1992). Les différences les plus apparentes se manifesteraient alors davantage au niveau des coûts impliqués dans telle ou telle modalité de traitement. Toutefois, pour certains auteurs, un tel constat d'homogénéité dans les résultats obtenus à partir de modèles d'intervention très différents soulève une question importante : celle d'une limitation possible des méthodes d'évaluation. On envisage la possibilité que les méthodes utilisant des instruments standardisés ne soient pas en mesure de repérer des changements plus subtils, lesquels contribueraient pourtant à des processus de transformation significatifs, touchant la personne en profondeur (Ware et al., 2007; Davidson et al., 1996; Lieberman et Strauss, 1986). Dans cette perspective, l'importance de développer des méthodes d'investigation plus qualitatives et des instruments spécifiques, susceptibles d'accéder à d'autres types de changements que ceux accessibles par les études standardisées, a été soulignée. Ceci implique qu'il faut envisager la possibilité que ce qui constitue un changement, les indices qui permettent d'en juger et ce qui y contribue puissent s'éloigner des critères qui paraissent les plus habituels et les plus évidents. Dans les dernières années, le courant du *recovery* a beaucoup contribué à promouvoir la pertinence et l'importance du recours à des méthodologies de recherche qualitatives en psychiatrie et en santé mentale (Anthony et al., 2003; Corin, 2002). Par ailleurs, on a aussi souligné la complexité des processus de changement à l'œuvre chez les personnes impliquées dans une démarche thérapeutique en santé mentale et les défis posés aux démarches visant à évaluer les résultats des interventions en psychiatrie (Moro, 2006; Holloway, 1988).

Une autre lacune des études existantes qui portent sur les résultats de différentes approches et modèles de traitement a été mise en évidence. On a souligné que, le plus souvent, les études ne permettent pas de prendre en compte les facteurs, les paramètres et les processus à l'œuvre dans tel ou tel dispositif de traitement susceptibles d'influencer les résultats et qui contribuent à des changements significatifs chez les personnes concernées (McGrew et al., 2003; Holloway, 1988; Lieberman et Strauss, 1986). Dans cette perspective, on en appelle à des voies de recherche qui permettent d'explorer de manière plus systématique les phénomènes et les processus impliqués. L'importance de solliciter le point de vue des personnes directement concernées est soulignée.

### **Méthodologie : Une étude qualitative dans des ressources alternatives de traitement**

Avec l'appui du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, les ressources alternatives de traitement ont formé un groupe de travail à partir de la fin des années 1990 avec la préoccupation de réfléchir sur la spécificité de l'alternative dans le champ contemporain des approches de traitement en santé mentale. C'est à leur demande que nous avons formulé et développé entre 2006 et 2008 un projet de recherche exploratoire ayant pour objectif général de dégager et de préciser les paramètres d'une approche alternative du traitement en santé mentale, en nous interrogeant sur les moyens, les dispositifs, les cibles et les finalités du traitement mis en œuvre dans ces organismes. L'étude a été développée à partir d'un devis qualitatif. Il s'agissait d'explorer la question du traitement à partir du point de vue des différents acteurs impliqués dans son déploiement. L'étude faisait suite à une série d'autres recherches réalisées dans des ressources alternatives, qui ne portaient toutefois pas directement sur les ressources de traitement (Corin et al., 1996; Rodriguez et al., 2000, 2001, 2002 et 2007).

## **Les organismes**

L'ensemble des ressources alternatives de traitement ont été invitées à participer à la recherche; neuf d'entre elles se sont engagées dans la recherche. Ces ressources couvrent un large éventail de pratiques et de milieux, urbain et semi-urbain. Tout en s'identifiant à une philosophie et à des valeurs communes, elles ne recourent pas nécessairement aux mêmes approches thérapeutiques. Certaines d'entre elles s'adressent à des personnes qui vivent des types particuliers de difficultés ou de troubles; d'autres ont fait le pari de travailler avec des personnes vivant une variété de problèmes de santé mentale, par ailleurs le plus souvent des problèmes graves. En fonction des dispositifs mis en place, on peut globalement distinguer trois groupes de ressources: des ressources d'hébergement à moyen et long terme; des ressources offrant un programme intensif limité dans la durée, dans un contexte d'hébergement ou pas; des ressources de type milieu de jour qui offrent un dispositif ouvert.

## **Participant·es et participants**

Afin de recueillir et de comparer différentes perspectives, nous avons rencontré, dans chacune des ressources, la personne responsable, deux intervenantes ou intervenants ainsi que deux personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale graves. La plupart des personnes usagères rencontrées avaient reçu un diagnostic de troubles importants (schizophrénie, troubles de la personnalité, dépression majeure, troubles bipolaires) et un traitement médicamenteux; plusieurs étaient passées par des périodes d'hospitalisation en psychiatrie. Pour le recrutement des personnes usagères ainsi que des intervenantes et intervenants, nous sommes passées par l'intermédiaire de la personne responsable de la ressource, mandatée d'abord pour présenter le projet, puis pour mettre en contact les personnes intéressées à y participer avec une membre de l'équipe de recherche. Dans les deux cas, le principal critère de sélection était d'avoir une expérience assez longue, soit de fréquentation pour les personnes usagères (la longueur restant relative aux dispositifs particuliers de chaque ressource), soit de travail dans la ressource pour les intervenantes et les intervenants. Ce mode de recrutement sollicitant les responsables d'organismes comme intermédiaires représente une limite de cette recherche exploratoire par le biais ainsi introduit dans l'échantillonnage.

## **Instruments**

Nous avons rencontré chaque participante et chaque participant dans le cadre d'une entrevue individuelle d'une durée d'une heure trente à deux heures. Les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites. Pour les trois catégories de participants, nous avons utilisé des grilles d'entrevue semi-structurée comportant un corps commun de questions et des questions plus spécifiques. Ainsi, tous les participants ont été interrogés sur les programmes de traitement de la ressource et sur ses dimensions thérapeutiques considérées de manière plus large. Les personnes usagères ont en outre répondu à des questions touchant à leurs attentes initiales à l'égard de la ressource, à ce qui a été le plus aidant et aux principales limites rencontrées, à leurs rapports avec les intervenantes et intervenants ainsi qu'à leur trajectoire thérapeutique plus large. Les intervenantes, les intervenants et les responsables ont été interrogés sur leur parcours antérieur, sur leur travail dans la ressource ainsi que sur les mécanismes de retour sur les pratiques et le

soutien à l'intervention. La grille d'entrevue destinée aux responsables visait en outre à explorer l'histoire de la ressource et les relations avec l'extérieur.

### **Stratégie d'analyse**

Le matériel recueilli et analysé dans le cadre de cette recherche est constitué des verbatims de quarante-trois entrevues individuelles<sup>1</sup>. Pour l'analyse de ce matériel, nous sommes parties d'une lecture transversale d'une partie des récits (entrevues) au cours de laquelle certains thèmes se sont dégagés, qui paraissaient à la fois récurrents et significatifs. Sur cette base, nous avons précisé les principales rubriques d'analyse : l'atmosphère, la philosophie, les principes thérapeutiques, les dispositifs, les attentes, les changements. Chaque récit a été considéré en fonction de ces rubriques. Dans une seconde étape, nous inspirant d'une approche d'analyse par « trios » explorée et expérimentée dans d'autres recherches (Corin et al., 2007), nous avons comparé les perspectives des différents acteurs en fonction de ces rubriques en faisant ressortir à la fois les thèmes partagés et les différences, d'abord au sein d'une même ressource puis entre les différentes ressources. L'analyse proposée ici porte sur une partie du matériel; elle couvre les récits recueillis dans sept ressources, soit trente-quatre récits. Nous mettrons davantage l'accent sur les grandes convergences qui se dégagent du croisement des récits que sur les différences.

### **Considérations éthiques**

Le projet a été réalisé après l'obtention d'un certificat d'approbation éthique du bureau d'éthique de la recherche de l'Université McGill. Tout au long du déroulement de la recherche, nous avons été particulièrement attentives aux risques que pouvait comporter pour des personnes fragilisées le fait de participer à la recherche, et à respecter les limites que la personne voulait assigner à sa participation. L'angle d'étude privilégié permettait par ailleurs de limiter les risques encourus, les questions abordées ne portant pas directement sur l'expérience de vie et de souffrance de la personne, mais visant à cerner la dimension thérapeutique de la ressource, à partir de ce qu'en perçoit la personne, et à faire ressortir ce qui a contribué ou contribue au processus thérapeutique.

## **Résultats**

L'analyse des récits indique que le fait d'aborder la question du traitement à partir du point de vue des acteurs aboutit non seulement à la nécessité d'élargir les paramètres de ce qui compte comme traitement mais aussi à celle d'enrichir et de complexifier ce qui compte comme indice de changement pour les personnes elles-mêmes.

### **Traiter ailleurs et autrement. Perspectives croisées des différents acteurs**

Dans le regard porté sur la ressource alternative de traitement, la similitude est apparue souvent importante entre ce que disaient les personnes usagères, les intervenantes et intervenants et les

---

<sup>1</sup> Soit un total de dix-sept récits de personnes usagères, dix-sept récits d'intervenants, et neuf récits de responsables de ressources. Afin de préserver l'anonymat des personnes et des ressources, des pseudonymes ont été utilisés dans la retranscription des entrevues et les noms des ressources remplacés par des lettres. Dans le texte, les extraits sont identifiés par les abréviations *us.* (personne usagère), *int.* (intervenant) et *resp.* (responsable de ressource).

responsables. Les mots utilisés pour décrire l'expérience n'étaient pas les mêmes, ce qui aurait suggéré le poids d'une langue et de représentations communes que chacun aurait en quelque sorte incorporées; il semblait s'agir plutôt d'une convergence plus profonde, qui concernait un esprit général que chacun percevait à sa manière et exprimait dans ses propres mots. La vision générale de la ressource alternative de traitement que reflètent les récits que nous avons recueillis est celle d'un lieu qui permet une mise au travail en profondeur de la personne allant dans le sens d'une re-mobilisation de ce que l'on peut s'entendre pour désigner comme la subjectivité, même si celle-ci n'apparaît pas toujours nommée comme telle. Il semble bien s'agir là de l'intention et du projet fondamental des ressources alternatives de traitement. Or, les récits montrent aussi que cette mise au travail personnelle ne passe pas toujours et nécessairement par les dispositifs plus classiques de la thérapie ou de l'entretien clinique, et qu'elle ne repose en fait jamais exclusivement sur eux. Des dimensions de la ressource tenant à l'atmosphère sont significativement mises à contribution, en même temps que les récits témoignent de la pluralité des dispositifs mis en oeuvre dans une perspective de traitement. De manière générale, les récits mettent en évidence une triple qualité qui caractérise à la fois l'atmosphère et les dispositifs des ressources alternatives de traitement; ils en parlent en termes d'amplitude, de dynamique, de cohérence.

**La part de l'atmosphère.** Les récits parlent beaucoup de la qualité particulière de l'atmosphère qui prévaut dans les ressources alternatives de traitement. Ils indiquent que la texture riche de cette atmosphère touche à la fois aux liens et au lieu (l'espace physique qu'occupent les ressources alternatives de traitement est dans la plupart des cas celui d'une maison). Ils mettent en évidence l'importance de l'investissement de ces dimensions par les ressources alternatives de traitement. La description de la ressource comme un *lieu où il fait bon vivre* est centrale dans cette perspective tout en apparaissant par ailleurs insuffisante. Car, dans une perspective plus dynamique, la ressource alternative de traitement est aussi décrite comme un lieu qui crée et travaille les liens et comme un lieu d'ancrage réel et symbolique, point d'appui d'une mise au travail personnelle. Une part de négativité n'est pourtant pas absente du jugement que les personnes interrogées portent sur ces ressources, comme le montrent les récits. En même temps, les récits laissent entrevoir la rareté des débordements en termes de conflit et de violence. On en retire l'impression que les ressources alternatives de traitement offrent un contenant suffisant pour circonscrire ces phénomènes, manifestant une consistance, une force interne importante.

De manière générale, la qualité du climat humain et celle de l'environnement physique des ressources alternatives de traitement sont étroitement associées dans les récits. « *J'étais complètement ébloui (par la maison), je l'ai adoptée. J'ai vu la grande cuisine, la grande table... wow... tout le monde assis au souper* ». « *Chaque jour, je me sentais comme si j'appartenais de plus en plus à une bonne maison, à un endroit où la santé, où l'air était plus pur, où on vit harmonieusement* » (us.2. ress. A). La ressource est présentée aussi comme un espace proche d'une vie ordinaire, riche en dimensions, en sens et en repères, qui donne accès à un « *milieu de vie à la mesure des gens* », « *près de la réalité quotidienne* », « *comme une continuité par rapport à ce que les gens vivent* » (int.1. ress. C), où « *ils peuvent vivre une vie relativement ordinaire, une vie aussi où on transmet beaucoup de valeurs de dignité, de respect, de qualité de vie* » (resp. ress. A).

Si la ressource alternative de traitement est associée à l'idée d'un lieu où il fait bon vivre, elle est aussi identifiée et reconnue comme un « *lieu qui crée et travaille les liens* » (int.2. ress. C). Les

récits soulignent la place centrale et déterminante des dimensions sociales et relationnelles dans les ressources alternatives de traitement. « *Ça occupe toute la place ici le relationnel, le social* » (us.1. ress. D). Ils montrent en particulier la portée thérapeutique de ces dimensions, à l'œuvre à la fois dans les relations qui se tissent entre les personnes usagères et les intervenantes et intervenants, et entre les personnes usagères. Les récits de plusieurs personnes usagères illustrent la manière dont cela s'incarne en particulier dans l'établissement progressif d'un lien de confiance et d'un lien réel à autrui, dans l'apprivoisement de cette possibilité, parfois inconnue jusqu'alors. « *C'est comme si (l'intervenante) acceptait d'être elle-même un outil d'apprentissage pour apprendre à faire confiance à une personne* » (us.2. ress. D). Dans certains cas, l'impact des liens qui se tissent entre personnes usagères peut être plus grand que celui des relations aux intervenantes et intervenants. « *À travers certains liens qui se créent, les personnes peuvent travailler des choses... par exemple la fille et la mère substitués* » (resp. ress. G). De manière plus large, les récits parlent de l'importance de l'entraide qui, de manière informelle, se développe dans les ressources alternatives de traitement, « *ça a des aspects thérapeutiques au-delà de ce qu'on peut imaginer* » (resp. ress. E).

La ressource alternative de traitement est aussi décrite comme un « *lieu d'ancrage* » (resp. ress. E), une « *base* » (us.2. ress. A), à la fois réelle et symbolique, qui semble soutenir l'ensemble du cheminement de la personne. Les récits parlent ici de sécurité, d'appartenance, « *d'hospitalité* » (us.2. ress. F), de « *bonnes choses et de bons objets* » trouvés à la ressource (int.1. ress. A), de la cohérence manifeste dans l'atmosphère de la ressource. « *Les personnes sont très sensibles à cette cohérence* » (int.1. ress. A). Directement ou en creux, les récits mettent particulièrement en évidence l'importance et la portée thérapeutique que peut revêtir l'expérience de la sécurité, et comment le passage par la ressource alternative de traitement peut permettre de reconnaître, d'expérimenter et parfois même d'intégrer la possibilité même de la sécurité. « *J'étais en sécurité à la ressource, c'est ça qui a permis que je m'en sorte* » (us.1. ress. A). Les personnes « *peuvent se construire une sécurité* » à la ressource (resp. ress. A).

De manière générale, les récits relèvent le caractère thérapeutique de dimensions de l'atmosphère qui règne dans les ressources alternatives de traitement. Ces dimensions apparaissent même directement sollicitées dans le travail thérapeutique, mobilisées pour accompagner un mouvement intérieur chez la personne. Plus encore, on a souvent l'impression que le projet des ressources alternatives de traitement vise aussi et inextricablement à re-mobiliser quelque chose de l'humain, à travers un don nourrissant, une chaleur en termes de lieu, de liens réels et de vie communautaire, pour que « *ce soit plus humain autour d'eux* » (resp. ress. E). « *Ce qui se passe là, c'est plus que thérapeutique* » (us.2. ress. G).

**La part des dispositifs.** Le terme « dispositif » tel que nous l'utilisons ici renvoie à ce que les ressources alternatives de traitement mettent concrètement en place en termes d'accompagnement, d'activités au sens large, d'organisation temporelle et spatiale pour supporter le travail thérapeutique qu'elles poursuivent dans leur espace. De manière générale, ces dispositifs se caractérisent par leur pluralité et leur ampleur, par la place centrale qu'y occupent la vie communautaire et le groupe, par la dynamique systémique dans laquelle ils s'inscrivent.

Dans un seul et même espace, les ressources alternatives de traitement ont développé plusieurs dispositifs qui participent au traitement. Les récits indiquent que si les dispositifs de la thérapie proprement dite sont au cœur des dispositifs, ils sont loin de rendre compte à eux seuls du travail

qui peut s'effectuer dans la ressource. Dans la plupart des ressources, le volet thérapie apparaît lui-même pluriel, englobant dans certains cas la thérapie individuelle, la thérapie de groupe, l'art-thérapie et une thérapie faisant appel au corps. Plus largement, les récits montrent à quel point cette pluralité des dispositifs, « *plein de petits espaces et non une chose précise* » (us.1. ress. D), la possibilité qu'elle implique de travailler à partir de différents espaces et de différents médiums, jouent un rôle fondamental dans la trajectoire thérapeutique. « *Il y a le corps qui est respecté, écouté, sécurisé, il y a l'aspect des mots, il y a l'aspect symbolique, l'aspect relationnel, l'aspect social* » (int.1. ress. F). « *Ça a été tellement important et positif pour moi cette diversité* » (us.2. ress. E). Les récits soulignent la manière dont cette pluralité des dispositifs donne aux personnes la possibilité de toucher et de travailler différentes dimensions d'elles-mêmes et différents aspects de leurs difficultés. Le plus souvent, les récits ne marquent pas de hiérarchie entre les différents dispositifs et les différentes possibilités offertes à la ressource alternative de traitement. « *C'est thérapeutique, constamment* » (us.2. ress. G). « *Pour moi, tout compte ici, tout est important* » (us.1. ress. E).

La vie communautaire et le groupe apparaissent au cœur de ces dispositifs. Les récits montrent que certaines ressources utilisent le groupe de manière formalisée dans le travail thérapeutique en mettant en place des activités spécifiques comme des ateliers ou des thérapies de groupe. Certains récits de personnes usagères précisent la signification particulière que revêt le groupe dans le contexte de leur histoire personnelle : « *c'est en groupe que j'ai été blessée* » (us.1. ress. E). De manière plus large, dans l'ensemble des ressources, la vie communautaire occupe une place centrale qui se voit concrétisée sur le plan de l'organisation spatiale et temporelle dans la ressource, à travers des repas communautaires, des espaces communs, des moments « hors cadres » relativement nombreux, le partage des responsabilités touchant à la vie quotidienne et à l'organisation de la ressource. « *Il se passe tellement de choses* » dans la vie communautaire (int.2. ress. G), c'est « *ce qui fait aussi que les thérapies peuvent parfois évoluer plus rapidement* » (resp. ress. C). On évoque aussi une « *espèce de responsabilité qui les inscrit dans le lien social* » (int.1. ress. A). Plusieurs récits parlent ainsi de la ressource alternative de traitement comme d'un « milieu de vie thérapeutique » et d'un « milieu-thérapie ». Certains récits de personnes usagères illustrent comment la possibilité de participer à une vie communautaire et à un groupe peut devenir la condition de possibilité d'une mise au travail personnelle, en particulier pour des personnes qui supportent mal les relations et les espaces plus balisés.

Lorsqu'ils évoquent et décrivent les dispositifs mis en place, souvent progressivement, dans les ressources alternatives de traitement, les récits mettent en évidence un trait particulièrement frappant de ces dispositifs. Plutôt que de rester simplement juxtaposés, ils tendent en effet à se compléter et à se répondre, comme s'ils étaient reliés par le fil d'une même intention fondamentale. « *Toutes les activités sont en synergie* » (resp. ress. D), « *rien n'est dissocié* » (us.1. ress. D), « *tout est en lien* » (int.2. ress. A); « *c'est vraiment la synergie de plusieurs services ou activités qui fait que la personne chemine* » (resp. ress. C). On pourrait parler d'un effet de système à l'œuvre dans les ressources alternatives de traitement, qui s'exprime notamment à travers l'idée d'une cohérence globale qui intègre les dispositifs et le projet thérapeutique de la ressource et qui produit un effet d'ensemble. « *C'est le lien entre les différentes composantes qui fait qu'on va soutenir la personne à plusieurs niveaux dans sa vie* » (resp. ress. A). « *Le plus aidant? Les rencontres avec les intervenants, les règles, les tâches, souper ensemble* » (us.2. ress. A). « *C'est vraiment l'ensemble qui fait que c'est thérapeutique. La personne elle-même fait le lien entre toutes ces choses* » (resp. ress. C).

## **La question du changement. Perspectives de personnes usagères**

*« J'étais une flaque d'eau...  
Je suis quelqu'un »*

Dans la plupart des récits de personnes usagères, le passage par la ressource alternative de traitement est associé à une expérience d'amélioration et de changement. Les récits témoignent de la complexité du changement et des nœuds autour desquels il s'articule chez des personnes confrontées à des expériences de grandes souffrances intérieures et relationnelles, dont la santé mentale est ou a longtemps été profondément ébranlée. Ils illustrent aussi la diversité des plans sur lesquels s'exprime le changement. Le plus souvent, la question des symptômes en tant que tels et celle de leur évolution n'occupent pas une place centrale dans la manière dont les personnes parlent de ce qui a changé en elles et pour elles. Dans les cas où une telle transformation des symptômes occupe une place significative dans le récit, les personnes mettent l'accent sur l'impact que ces symptômes avaient sur leur vie et sur le sens très particulier qu'ils revêtent pour elles, témoignant du fait que le symptôme prend sens dans une expérience plus large, dans une histoire personnelle qu'il vient perturber.

Des signes concrets d'amélioration et de changement sont souvent associés au séjour effectué dans la ressource alternative de traitement; les récits parlent de l'affranchissement par rapport à un statut de dépendance ressenti comme douloureux, de diminution significative du recours aux traitements psychiatriques et à l'hospitalisation. Par ailleurs, les changements qui comptent, du point de vue de la personne, peuvent aussi se situer dans des domaines plus subtils et qui se révèlent avoir une signification particulière dans le contexte de l'histoire personnelle. De telles modifications, parfois infimes, peuvent se révéler profondément mobilisatrices pour la suite du parcours de la personne.

Ainsi, de manière chaque fois singulière, les récits illustrent l'impression qu'ont les personnes que quelque chose s'est remis en mouvement dans leur vie et dans leur être, que quelque chose a été re-mobilisé ou réouvert. Ce mouvement s'éprouve sur plusieurs plans et semble culminer dans ce qui concerne le rapport le plus intime à soi, dans ce qui constitue le cœur de l'expérience subjective. Les récits indiquent que le changement passe le plus souvent par la rencontre, au plus intime de soi, de sa propre souffrance. Il peut parfois s'exprimer sous la forme de l'interruption d'une fuite en avant qui avait jusqu'ici marqué l'existence, la souffrance ayant toujours été esquivée. Il arrive que, pour la première fois, la souffrance puisse être éprouvée au plus intime du corps et de l'affectivité. Les récits évoquent aussi l'expérience d'une mise en mots de la souffrance. Ils parlent de la façon dont, de manière toujours intimement personnelle, la personne a été amenée à affronter et parfois à traverser la souffrance. *« J'ai traversé la mer de douleur »* (us.1. ress. D). Les récits témoignent aussi de ce que peut rendre possible pour la personne, dans le rapport intime à soi, dans le rapport à l'autre, dans le rapport au monde, la possibilité de creuser le rapport à sa propre souffrance.

Un mouvement plus large de transformation de l'expérience intérieure se dégage ainsi de plusieurs récits. Les personnes parlent de la manière dont elles sont parvenues à accéder à quelque chose d'essentiel, qui était demeuré profondément enfoui ou qui n'avait jamais pu advenir. *« J'avais perdu l'essence de qui j'étais »* (us.1. ress. E). *« J'apprends à me découvrir... »*

*qui je suis vraiment* » (us.2. ress. D). « *J'ai construit ma personnalité. Je n'en avais pas avant* » (us.1. ress. A). « *J'étais une flaque d'eau... Je suis quelqu'un* » (us.2. ress. A). Plusieurs récits témoignent aussi de l'amorce d'un mouvement de redéploiement et d'ouverture à d'autres dimensions de soi. « *Ça m'a rendu des branches de personnalité* » (us.2. ress. A). Le changement peut aussi toucher de manière significative le rapport à l'autre. Plusieurs personnes mentionnent que s'est ouverte pour elles la possibilité de croire en l'autre et de lui accorder sa confiance, une possibilité inconnue jusqu'alors et que le passage par la ressource alternative de traitement a permis de mettre en place. Les récits évoquent aussi comment, dans le rapport à la vie et au monde, un mouvement plus large d'ouverture s'est esquissé. « *J'ai repris le fil de la conversation avec la vie* » (us.2. ress. E). Pour certains, le rapport à la vie et au monde a pu être enfin apprivoisé. « *Je me sens apprivoisé par la planète* » (us.2. ress. A).

À un autre niveau, certains récits montrent comment le cheminement parcouru dans le rapport à soi a rendu possible un engagement dans et pour un monde commun. Plusieurs personnes témoignent en même temps avoir pris une distance, se sentir plus détachées par rapport à une certaine normalité sociale, en particulier dans le rapport au travail rémunéré. Certaines mentionnent ainsi un repositionnement face au monde du travail, décrit comme ayant absorbé pendant trop longtemps une part démesurée de leur existence, ou encore comme ayant représenté un espace de fuite pour la personne. Une personne remarque qu'elle est maintenant davantage à la recherche d'un « *lieu de réalisation de moi-même* » (us.1. ress. E). Une autre note qu'elle a été amenée à découvrir qu'elle a « *une valeur, une valeur humaine, même si je ne suis pas sur le marché du travail à temps plein* » (us.2. ress. D).

Lorsque l'on interroge les récits sur ce qui, dans et à partir de la ressource alternative de traitement a permis qu'advienne quelque chose pour la personne concernée, c'est une pluralité de choses qui paraissent avoir été significatives plutôt qu'un aspect en particulier. C'est ce qui ressort fondamentalement de l'immense majorité des récits. Dans tous les cas, et même si on en reconnaît très généralement la grande importance et la signification thérapeutique, la possibilité de suivre une thérapie et le lien particulier qui se tisse alors avec la ou le thérapeute ne sont jamais perçus comme des éléments épuisant la description de la trajectoire poursuivie dans la ressource alternative de traitement. Les récits montrent en particulier que, loin d'agir comme un simple soutien au traitement, des expériences comme l'accès à un sentiment de sécurité et la possibilité de créer des liens réels avec autrui peuvent, du point de vue des personnes touchées par des problèmes graves de santé mentale, contribuer de manière essentielle à leur trajectoire.

## Discussion

Les résultats qui se dégagent de cette étude peuvent contribuer à l'avancement de la réflexion sur le traitement face aux troubles mentaux graves sur deux plans principaux : celui de l'analyse des pratiques et des dispositifs et celui d'une re-formulation des critères de changement. À ces deux niveaux, ces résultats font écho à ce qui ressort d'autres travaux. Ainsi, les résultats de notre étude rejoignent étroitement les hypothèses à la fois d'une tradition ancienne en psychiatrie et d'une perspective de recherche qui s'intéressent l'une et l'autre à la contribution, en termes cliniques et thérapeutiques, de différents paramètres de l'environnement et de l'atmosphère d'un milieu de pratique (Moos, 1997 et 1974; Lieberman et Strauss, 1986; Leighton, 1982; Racamier et al., 1973). En même temps, ces dimensions telles qu'elles apparaissent significativement à l'œuvre dans les ressources alternatives de traitement viennent refléter comme en miroir les ratés

et les écueils d'un mode traditionnel de traitement en institution décrié à la fois pour son atmosphère froide, dévitalisée, marquée par le manque de stimulations sensorielles et affectives et pour ses dispositifs rigidifiés (Racamier et al., 1973).

Certaines recherches préoccupées par les paramètres de l'atmosphère et de l'environnement des milieux de pratique ont eu recours à des instruments standardisés, appliqués à l'étude de différents milieux de pratique psychiatriques, notamment le *Ward Atmosphere Scale* (WAS) et le *Community-Oriented Programs Environment Scale* (COPES) (Friss, 2007; Moos, 1974). Le WAS et le COPES, très proches l'un de l'autre, proposent une catégorisation tripartite des principales dimensions d'un programme -- dimensions relationnelles, dimensions touchant au programme de traitement, dimensions organisationnelles et systémiques -- qui recoupe de manière significative les principaux paramètres qui ont émergé de l'étude poursuivie dans les ressources alternatives de traitement. En outre, très proches en cela aussi de notre angle d'étude, ces instruments ont été conçus de manière à pouvoir être utilisés à la fois avec les personnes usagères, les intervenantes, les intervenants et les gestionnaires de programmes, mettant ainsi en évidence la pertinence et l'intérêt d'étudier un milieu et un programme particuliers de traitement du point de vue des acteurs et du croisement de différentes perspectives au sein d'un même milieu (Moos, 1997). De manière plus large, différents travaux ont mis en relief la contribution des recherches qui portent sur les perspectives des acteurs pour l'étude et l'évaluation des programmes de traitement (McGrew et al., 2003; Ricketts et Kirshbaum, 1994; Sechrest et al., 1979). Rudolf Moos a montré comment ce type d'étude pouvait être utilisé pour mobiliser la réflexion sur les programmes et leur renouvellement, de l'intérieur même de ces programmes (Moos, 1974; Moos et Jones, 1972).

Parmi les travaux qui soulignent le rôle et l'impact de dimensions de l'atmosphère et de l'environnement d'un milieu de traitement sur un plan clinique et thérapeutique et, dès lors, l'importance de considérer ces dimensions tant dans le développement que dans l'évaluation d'un programme, notre étude met en évidence une caractéristique des ressources alternatives de traitement qui tend à les démarquer d'autres approches dans lesquelles, à un dispositif central de thérapie considéré comme le cœur du traitement, s'articulent des dispositifs complémentaires (Ricketts et Kirshbaum, 1994; Racamier et al., 1973). Ainsi, la notion d'une hiérarchie entre les dispositifs de thérapie et les autres dispositifs et dimensions n'est pas mise de l'avant dans ces ressources. Davantage, les récits montrent que, loin d'intervenir en simple soutien au traitement, des dimensions et des expériences qui relèvent de l'atmosphère, tel l'accès à un sentiment de sécurité et une expérience relationnelle riche, peuvent avoir un rôle thérapeutique et résolutif.

Le survol de certains aspects de l'atmosphère et des dispositifs des ressources alternatives de traitement tels qu'en parlent les différents acteurs fait ressortir qu'il n'existe pas, à la base, d'incompatibilité entre la double intention du projet de traitement que l'on trouve incarné dans ces ressources. En effet, les récits montrent que ces ressources s'attachent à la fois à offrir à des personnes très souffrantes un lieu où il fait bon vivre, où elles peuvent en quelque sorte se déposer, et à mettre en place les conditions d'une mise au travail en profondeur, qui s'exprime davantage comme une mobilisation que comme une obligation. Dans les deux cas, l'enjeu est aussi de permettre et de soutenir la possibilité de certains changements chez la personne, susceptibles notamment d'ouvrir la voie à un retour dans la communauté plus large.

À cet égard, notre étude met en évidence l'importance de pouvoir accéder à une compréhension large de l'amélioration et du changement, basée sur des dimensions objectives et subjectives, rejoignant ainsi les travaux de certains auteurs (Moro, 2006; Davidson et al., 1996; Corin et Lauzon, 1992; Estroff, 1989; Strauss, 1989). De manière plus générale, la pression qui vise à produire des résultats mesurables en termes aisément objectivables et quantifiables apparaît de plus en plus forte dans le système des services de santé mentale et en psychiatrie. Sous-jacente à cette pression, on observe une tendance de plus en plus marquée à standardiser et à simplifier les critères en fonction desquels on peut évaluer le degré d'efficacité des pratiques et des programmes. Cette tendance à uniformiser les critères d'évaluation et à les définir en termes quantifiables va de pair avec une tendance à normaliser la manière de concevoir l'amélioration et le changement, en donnant une large place au contrôle des symptômes et à la restauration de rôles sociaux (Ware et al., 2007; Corin, 2002). Or, notre étude fait ressortir comment la possibilité de reprendre la question de l'amélioration et du changement dans les termes de ce qui compte pour les personnes concernées oblige à déplacer et à élargir le regard. Les récits des personnes usagères de ressources alternatives de traitement font ici une large place à la dimension subjective de l'expérience, quelque chose de difficilement accessible à partir d'instruments d'évaluation standardisés. Ainsi, c'est une autre conception de ce qui compte comme changement significatif et du rôle des ressources alternatives par rapport à l'intégration des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale qui se dégage des récits. Elle donne une place centrale à ce qui se joue au niveau de la subjectivité de la personne et à ce que la restitution d'une posture subjective peut permettre et amener.

À la lumière de ces considérations, nous pouvons revenir sur l'interrogation que cet article souhaitait remettre au travail. Comme se le demandait notamment Maud Mannoni, dans quelle mesure et à quelles conditions le passage par un « lieu où il fait bon vivre » peut-il soutenir ou au contraire restreindre la capacité des personnes de faire face « aux exigences du monde extérieur » (Mannoni, 1970)? Si l'on considère leur dimension enveloppante et protectrice et leur approche non normalisante de l'amélioration et du changement, ce dont semblent témoigner les récits de personnes usagères, on pourrait avoir l'impression que les ressources alternatives de traitement courent le risque de creuser davantage l'écart entre un dedans, l'espace des ressources, et un dehors, le monde, ce qui rendrait plus difficiles et paradoxaux les passages entre dedans et dehors et qui risquerait de garder les personnes captives d'une sorte d'entre-soi. Par ailleurs, les récits témoignent de l'ampleur du travail thérapeutique qui peut se poursuivre à partir des ressources alternatives de traitement, en s'appuyant sur la pluralité de leur dispositif et sur celle des dimensions sur lesquelles elles agissent. Dans le récit de leur trajectoire, les personnes rencontrées parlent de l'intérêt de pouvoir combiner à la fois un travail sur ce qu'il en est du rapport à sa propre souffrance, sur les différentes dimensions de l'expérience et du soi, ainsi que sur les conditions d'un retour à la vie. Ces récits montrent ainsi à quel point et comment ces ressources misent aussi sur un accompagnement vers la vie au dehors.

Les limites de notre étude ne nous permettent certes pas d'en généraliser les conclusions. Plusieurs récits témoignent cependant de la capacité accrue des personnes accompagnées par les ressources alternatives de traitement à faire face aux exigences du monde extérieur, à partir d'une posture subjective qui s'est précisée d'une manière propre à chaque personne. Les témoignages de personnes usagères de ressources alternatives de traitement montrent que les personnes sortent souvent renforcées du passage par la ressource quant à la capacité d'exister et de se poser dans leurs différences, d'habiter le monde commun à partir de ce qu'elles sont et de ce qu'elles

désirent, et non pas en fonction de repères et de critères posés en extériorité. On peut dire plus généralement que leurs récits font ressortir une approche du traitement beaucoup plus *résolutive* que palliative (Fédida, 2001; Racamier et al., 1973; Jaspers, 1956). C'est à ce mouvement que concourent l'ensemble des dimensions et des dispositifs décrits, y compris, et de manière on ne peut plus significative, l'investissement d'un lieu et d'une vie communautaire. Loin de signifier un éclatement, cette pluralité interne fondamentale des ressources alternatives de traitement reflète une grande cohérence entre un projet thérapeutique, qui vise la subjectivité au-delà de la pathologie, et un ensemble diversifié de dispositifs.

### Conclusion

Cette étude dans des ressources alternatives de traitement comporte des limites. Notamment, le groupe de personnes usagères rencontrées n'est pas homogène du point de vue du diagnostic psychiatrique, et les milieux de pratique à l'étude diffèrent par rapport à la durée et à l'intensité des programmes offerts. À cet égard, des études complémentaires pourraient explorer de manière plus précise si et en quoi un type particulier de programme et de dispositif de traitement peut être plus spécifiquement indiqué pour tel ou tel type de problèmes de santé mentale. Par ailleurs, la large convergence qui s'est dégagée entre les perspectives des différents acteurs tant à l'intérieur d'une même ressource qu'entre les différentes ressources renforce la portée des résultats de cette étude.

Dans un contexte de rationalisation et de compression des dépenses dans l'organisation des services de santé mentale, cette étude met clairement en évidence l'importance de continuer à interroger et à considérer la question des implications cliniques et thérapeutiques des dispositifs de soins. En ce sens, elle ouvre des voies de recherche intéressantes qui pourraient, à partir des mêmes questions, explorer d'autres modalités et d'autres expériences de traitement en santé mentale et en psychiatrie qui impliquent elles aussi et sollicitent une pluralité de dimensions, notamment l'investissement d'un lieu et une vie communautaire. C'est le cas de certains programmes d'hôpital de jour en psychiatrie.

### Références

- Apollon, W. et Bergeron, D. (dir.) (1990). *Traiter la psychose*. Québec : Éditions du Gifric.
- Anthony, W., Rogers, E.S. et Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices : Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114.
- Bachrach, L.L. (1978). A Conceptual Approach to Deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 29(9), 573-578.
- Boisvert, D. et Lecomte, Y. (dir.) (2005). *Hôpital de jour. Une nouvelle chance. Hôpital de jour du Centre hospitalier Pierre Janet. Santé mentale au Québec*, édition spéciale.
- Cooper, D. (1970). *Psychiatrie et antipsychiatrie*. Paris : Éditions du Seuil.
- Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique: ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 65-82.
- Corin, E., Gauthier A. et Rousseau C. (2007). Le médicament, ses reliefs et ses ombres sur la scène de la clinique transculturelle. *Canadian Journal of Community Psychiatry*, 26(2), 37-51.

- Corin, E., Rodriguez, L. et Guay, L. (1996). Les figures de l'aliénation. Un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 15(2), 45-67.
- Corin, E. et Lauzon, G. (1992). Positive withdrawal and the quest for meaning. The reconstruction of the experience among schizophrenics. *Psychiatry*, 55(3), 266-278.
- Corin, E. et Harnois, G. (1991). Problems of Continuity and the Link between Cure, Care, and Social Support of Mental Patients. *International Journal of Mental Health*, 20(3), 13, 22.
- Corin, E., Tessier, L., Séguin-Tremblay G., Bozzini, L. et Grunbery, F. (1986). *Sortir de l'asile ? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*. Québec : Comité de la santé mentale du Québec.
- Davidson, L., Kraemer, J., Rakfeldt, J., et Sledge, W.H. (1996). Differences in Social Environment Between Inpatient and Day Hospital-Crisis Respite Settings. *Psychiatric Services*, 47(7), 714-720.
- Estroff, S.E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 189-196.
- Fédida, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Friss, S. (2007). Measurements of the perceived ward milieu: a reevaluation of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73(5), 589-599.
- Gélinas, D. (1998). Points de repères pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 17-47.
- Hoge, M.A., Davidson, L., Hill, L., Turner, N.F. et Ameli, T. (1992). The Promise of Partial Hospitalization: A Reassessment. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(4), 345-354.
- Holloway, F. (1988). Psychiatric day care: The users' perspective. *The International Journal of Social Psychiatry*, 35(3), 252-264.
- Jaspers, K. (1956). *De la psychothérapie. Étude critique*. Paris : PUF. Traduit de l'Allemand par H. Naef.
- Jones, M. (1970). From Hospital to Community Psychiatry. *Community Mental Health Journal*, 6(3), 187-195.
- Larivière, N., Mélançon, L., Fortier, L., David, P., Cournoyer, J., Baril, M.C. et Bisson, J. (2009). A Qualitative Analysis of Clients' Evaluation of a Psychiatric Day Hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(1), 165-179.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M. et Boyer, R. (2010). Revisiting the Psychiatric Day Hospital Experience six months after discharge : How Was the Transition and What have Clients Retained ? *Psychiatric Quarterly*.
- Lasvergnas, I. et Gagné, J. (2000). Vingt ans plus tard, l'an 2000 : entre bilan et nouvelles avenues, où se situe le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec ? dans Lecomte, Y. et J. Gagné (dir.). *Les ressources alternatives de traitement*. Montréal : Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Santé mentale au Québec, 31-48.
- Lecomte, Y. et J. Gagné (dir.) (2000). *Les ressources alternatives de traitement*. Montréal : Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Santé mentale au Québec.
- Leighton, A.H. (1982). *Caring for mentally ill people. Psychological and social barriers in historical context*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lieberman, P. et Strauss, J.S. (1986). Brief Psychiatric Hospitalization: What Are Its Effects?

- American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1557-1562.
- Mannoni, M. (1970). *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*. Paris : Éditions du Seuil.
- McGrew, J.H., Percosolido, B. et Wright, E. (2003). Case Managers' Perspectives on Critical Ingredients of Assertive Community Treatment and on Its Implementation. *Psychiatric Services*, 54, 370-376.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moro, M.R. (2006). *Les psychothérapies*. Paris : Éditions Armand Colin.
- Moos, R.H. (1997). *Evaluating Treatment Environments. The Quality of Psychiatric and Substance Abuse Programs*. New Brunswick (N.J): Transactions Publishers.
- Moos, R.H. (1974). *Evaluating Treatment Environments. A Social Ecological Approach*. New York: Wiley-Interscience Publication.
- Moos, R.H., Otto, J. (1972). The Community-Oriented Programs Environment Scale: A Methodology for the facilitation and evaluation of social change. *Community Mental Health Journal*, 8(1), 28-37.
- Racamier, P.C., Diatkine, R., Lebovici, S. et Paumelle, P. (1973). *Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soin psychiatrique*. Paris : Payot.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (2005). *Balises pour une approche alternative du traitement en santé mentale*. Montréal : RRASMQ.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (1999, et 1991 pour la première version). *Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*. Montréal : RRASMQ.
- Ricketts, T. et Kirshbaum, M.N. (1994). Helpfulness of mental health day care : client and staff views. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 297-306.
- Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y. Guay, L. et Pinard, J.-L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale. Changer de perspective*. Québec : Presses de l'université du Québec.
- Rodriguez, L. et Poirel, M.L (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation des psychotropes. La Gestion autonome des médicaments. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 111-125.
- Rodriguez, L., Corin, E., Poirel, M.L. et Drolet, M. (2002). L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 154-179.
- Rodriguez, L., Corin, E. et Poirel, M.L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 201-233.
- Rodriguez, L., Corin, E. et Guay, L. (2000). La thérapie alternative : se (re)mettre en mouvement. Dans Y. Lecomte et Gagné, J. (dir), *Les ressources alternatives de traitement*. Montréal : Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Santé mentale au Québec, 44-94.
- Rosen, A., Mueser, K.T. et Teesson, M. (2007). Assertive community treatment issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 813-825.
- Rosie, J.S., Azim, H.F.A, Piper, W.E. et Joyce, A.S. (1995). Effective Psychiatric Day Treatment : Historical Lessons. *Psychiatric Services*, 46(10), 1019-1026.
- Sassolas, M. (dir.) (2004). *Malaise dans la psychiatrie*. Toulouse : Éditions Érès.
- Sechrest, L., West, S.G., Phillips, M.A. et al. (1979). *Some Neglected Problems in Evaluation and Research : Strength and Integrity of Treatments*. Volume 4. Beverly Hills: Sage.

Manuscrit soumis

*Revue canadienne de santé mentale communautaire*

- Strauss, J.S. (1989). Subjective Experiences of Schizophrenia: Toward a New Dynamic Psychiatry – II. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 179-187.
- Swain, G. (1997, 1977 pour la première édition). *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Paris : Éditions Calmann-Lévy.
- Test, M.A. (1998). Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 119-147.
- Thomicroft, G. et Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service : a pragmatic balance of community and hospital care : overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.
- Ware, N.C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B. et Fisher, D. (2007). Connectedness and Citizenship: Redefining Social Integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469-474.