

Traiter dans la communauté : un regard alternatif sur des enjeux de bonnes pratiques en santé mentale

Marie-Laurence Poirel
Université de Montréal

Ellen Corin
Institut universitaire en santé mentale Douglas

Lourdes Rodriguez Del Barrio
Université de Montréal

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 sur le traitement proposé dans les ressources alternatives. Nous avons rencontré 17 personnes usagères, 17 intervenantes et intervenants et 9 responsables des ressources. 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, ressource alternative, environnement thérapeutique, changement

Marie-Laurence Poirel, PhD, Professeure, École de service social, Université de Montréal, Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME) et Alliance internationale de recherche Santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC) ; Ellen Corin, PhD, Chercheure émérite, Institut universitaire en santé mentale Douglas ; Lourdes Rodriguez Del Barrio, PhD, Professeure, École de service social, Université de Montréal, et Directrice, ÉRASME et ARUCI-SMC.

Cet article a été réalisé à partir des résultats d'une recherche financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Marie-Laurence Poirel, Professeure, École de service social, Université de Montréal, Pavillon Lionel-Groulx, bureau C-7073, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7. Tél : 514-343-6111 poste 3628. Courriel : marie-laurence.poirel@umontreal.ca

Poser la question du traitement en santé mentale et en psychiatrie soulève une série d'interrogations sur les dispositifs, les ingrédients et les finalités du traitement. Une diversité de réponses, parfois profondément contradictoires, ont été apportées à ces interrogations. En elles-mêmes, la complexité et la pluralité inhérentes aux problèmes de santé mentale et l'ampleur des défis qu'ils soulèvent dissuadent de s'en tenir à des réponses uniques. L'importance de maintenir une pluralité dans les approches et les pratiques en santé mentale a été reconnue (Rodriguez, Bourgeois, Landry, Guay et Pinard, 2006 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005).

Dans cette perspective, on a notamment souligné l'importance de prendre en compte les implications cliniques et thérapeutiques associées à différents dispositifs ou modes de traitement (Bachrach, 1978 ; Sassolas, 2004). À cet égard, la question du *lieu* à partir 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 milieux de pratique en santé mentale qui s'identifient comme des ressources alternatives de traitement.

Cet article s'articule autour de deux séries de questions. La première concerne la revendication des ressources alternatives de traitement d'accompagner *ailleurs et autrement* les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 2005). Comment se traduit, concrètement, cette revendication? Quels dispositifs sont mis en place et quelle est leur contribution au 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 de l'approche de traitement mise en œuvre à partir des ressources alternatives. En quels termes les personnes concernées 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 : 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, p. 172)?

LA QUESTION DU TRAITEMENT

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). 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, Tessier, Séguin-Tremblay, Bozzini et Grunbery, 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, Diatkine, Lebovici et Paumelle, 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, à partir duquel peuvent s'articuler un ensemble de dispositifs participant au traitement.

Dans le large mouvement de désinstitutionalisation psychiatrique, l'idée de créer d'autres lieux, plus humains, pour l'accueil et le traitement des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale est elle-même restée relativement marginale, tout particulièrement en Amérique du Nord. Par ailleurs, 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 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 *Assertive Community Treatment* (où une équipe multidisciplinaire d'intervenantes et d'intervenants se déplacent 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 cet égard (Rosen, Mueser et Teesson, 2007).

Par ailleurs, d'autres types de modèle de traitement dans la communauté ont 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 soins diversifié offrant différentes stratégies de soins susceptibles de répondre à la pluralité des expériences et des besoins des personnes vivant des troubles mentaux graves, à différentes étapes de leurs problèmes et de leur vie (Davidson, Kraemer, Rakfeldt et Sledge, 1996 ; Thornicroft et Tansella, 2004). 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, à l'instar du rôle tenu par l'hospitalisation (Bachrach, 1978).

Pourtant, de façon générale, on constate dans la littérature des dernières décennies un manque relatif d'études 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 et des centres de traitement dans la communauté. 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, Azim, Piper et Joyce, 1995). Certains auteurs ont mis en évidence une tendance plus large des 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 des expériences de traitement dans la communauté réalisées à partir d'un lieu 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 vivant avec des troubles mentaux (Larivière *et al.*, 2009 ; Rosie *et al.*, 1995).

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 hormis des études monographiques réalisées par des représentantes et des représentants des milieux de pratique concernés (Apollon et Bergeron, 1990 ; Boisvert et Lecomte, 2005 ; Larivière *et al.*, 2009). Certaines de ces monographies ont porté sur des ressources alternatives de traitement (Lecomte et Gagné, 2000). Au Québec, ces dernières font partie d'un groupe plus important d'une centaine d'organismes s'identifiant comme ressources alternatives en santé mentale et ayant développé une pluralité d'activités et de pratiques, le plus souvent à partir d'un lieu (milieu de jour ou hébergement) ; parmi elles, les ressources alternatives de traitement, qui sont une douzaine, mettent explicitement de l'avant un projet thérapeutique alternatif. Ces ressources s'identifient à une philosophie commune qui s'appuie sur une compréhension des problèmes de santé mentale qui va au-delà des diagnostics et sur une approche holistique de la personne (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 2005), et se réfèrent à différentes approches : la psychanalyse et les approches psychodynamique, humaniste et psychocorporelle.

Une voie de recherche prometteuse pour l'étude des expériences de traitement développées à partir d'un lieu, explorée par certains, s'intéresse à la contribution, en termes cliniques et thérapeutiques, de différents paramètres de l'environnement et de l'atmosphère d'un milieu de pratique (Leighton, 1982 ; Lieberman et Strauss, 1986 ; Moos, 1974, 1997 ; Racamier *et al.*, 1973). À cet égard, certaines recherches ont eu recours à des instruments standardisés, notamment le Ward Atmosphere Scale (Friss, 2007 ; Moos, 1974, 1997), qui propose une catégorisation tripartite des principales dimensions d'un programme de traitement : les dimensions relationnelles, les dimensions organisationnelles ainsi que les dimensions relevant plus directement du programme de traitement. Cet instrument a été conçu de manière à pouvoir être utilisé à la fois avec les personnes usagères et le personnel. Il met ainsi en évidence la pertinence d'étudier un programme particulier de traitement en santé mentale à partir de différentes dimensions et du point de vue des différents acteurs. Moos (1974) a montré comment ce type d'étude pouvait être utile pour mobiliser, de l'intérieur, la réflexion sur les programmes et leur renouvellement. De manière plus large, certains travaux ont mis en relief la contribution des recherches qui portent sur les perspectives des acteurs pour l'évaluation des programmes de traitement en santé mentale (McGrew, Percosolido et Wright, 2003 ; Ricketts et Kirshbaum, 1994 ; Sechrest, West, Philips, Redner et Yeaton, 1979).

Évaluer les effets du traitement

Des études portant plus spécifiquement sur les résultats de différentes approches de traitement appréhendés à partir d'instruments standardisés arrivent au constat d'une grande proximité dans les résultats obtenus chez les personnes visées, par rapport à la diminution des taux d'hospitalisation, à la réduction de la symptomatologie et à l'amélioration du fonctionnement social (Davidson *et al.*, 1996 ; Hoge, Davidson, Hill, Turner et Ameli, 1992). Les différences se manifesteraient 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, susceptibles de toucher la personne en profondeur (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 rétablissement (« recovery ») a beaucoup contribué à promouvoir la pertinence du recours à des méthodologies de recherche qualitatives en santé mentale (Anthony, Rogers et Farkas, 2003).

Par ailleurs, on a aussi souligné la complexité des processus de changement à l'œuvre chez les personnes impliquées dans un parcours thérapeutique et les défis posés aux démarches visant à évaluer les résultats des interventions en psychiatrie (Moro, 2006). Une autre lacune des études existantes portant sur les résultats de différentes approches de traitement a été mise en évidence. On a souligné que, trop souvent, les études permettent difficilement de prendre en compte ou de bien évaluer les ingrédients actifs et les mécanismes d'action à l'œuvre dans tel ou tel dispositif de traitement qui contribuent à des changements significatifs chez les personnes concernées (Lieberman et Strauss, 1986 ; McGrew *et al.*, 2003). Dans cette perspective, on en appelle à des voies de recherche qui permettent d'explorer de manière plus systématique et approfondie les phénomènes et les processus impliqués. L'importance de solliciter le point de vue des personnes est soulignée.

MÉTHODOLOGIE

Le projet de recherche dont nous présentons ici une partie des résultats est né d'une demande de ressources alternatives de traitement préoccupées de réfléchir à la spécificité de leur contribution pour les personnes qu'elles accompagnent. Ce projet, développé à partir d'un devis qualitatif, avait pour objectif général de dégager les paramètres d'une approche alternative de traitement en santé mentale en nous interrogeant sur les ingrédients, les dispositifs et les finalités du traitement mis en œuvre dans ces organismes, à partir du point de vue de différents acteurs. 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, Rodriguez et Guay, 1996 ; Rodriguez, Corin et Guay, 2000 ; Rodriguez, Corin et Poirel, 2001 ; Rodriguez, Corin, Poirel et Drolet, 2002 ; Rodriguez et Poirel, 2007). L'ensemble des ressources alternatives de traitement ont été invitées à participer à la recherche ; neuf d'entre elles s'y sont engagées. Ces ressources couvrent un large éventail de pratiques et de milieux, urbain et semi-urbain. Certaines d'entre elles s'adressent à des personnes qui vivent des types particuliers de troubles ; d'autres ont fait le pari de travailler avec des personnes vivant une diversité de problèmes de santé mentale, le plus souvent des problèmes graves. On compte parmi elles 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, et des ressources de type milieu de jour qui offrent un dispositif ouvert.

Participant^{es} et participants

Préoccupées de recueillir et de comparer différentes perspectives, nous avons rencontré dans chaque ressource la personne responsable et deux intervenantes ou intervenants ainsi que deux personnes usagères. La plupart des personnes usagères rencontrées avaient reçu un diagnostic de troubles importants (schizophrénie, troubles de la personnalité, dépression majeure) et un traitement médicamenteux ; plusieurs avaient vécu des périodes d'hospitalisation en psychiatrie. Pour le recrutement des personnes usagères ainsi que des intervenantes et intervenants, nous sommes passées par 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 un 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 soit de travail dans la ressource. Ce mode de recrutement représente une limite de notre recherche par le biais qu'il introduit dans l'échantillonnage.

Instruments de cueillette des données et stratégies d'analyse

Chaque participante et participant a été rencontré dans le cadre d'une entrevue individuelle d'une durée moyenne d'une heure trente. Les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites. Pour les trois catégories de participants et participantes, nous avons utilisé des grilles d'entrevue semi-structurée comportant un corps commun de questions (sur les programmes de traitement de la ressource et ses dimensions thérapeutiques considérées de manière plus large) et des questions plus spécifiques. Les personnes usagères ont répondu à des questions touchant à ce qui a été le plus aidant dans la ressource, aux principales limites rencontrées, à leurs rapports avec le personnel et à leur trajectoire thérapeutique plus large. Le personnel a notamment été interrogé sur le travail dans la ressource, ainsi que sur les mécanismes de retour sur les pratiques. La cueillette des données a été réalisée après l'obtention d'un certificat d'approbation éthique de l'Université McGill. Tout au long du déroulement de la recherche, nous avons été 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. Le matériel recueilli est constitué des verbatim de 43 entrevues, soit 17 récits de personnes usagères, 17 récits d'intervenants et intervenantes et 9 récits de responsables de ressources. Afin de préserver l'anonymat des personnes et des ressources, des pseudonymes ont été utilisés dans la retranscription. Dans le texte, les extraits sont identifiés par les abréviations *us.* (personne usagère), *int.* (intervenant ou intervenante) et *resp.* (responsable), et les noms des ressources par des lettres.

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, à partir d'une approche d'analyse par « trios » (Corin, Gauthier et Rousseau, 2007), nous avons comparé les perspectives des différents acteurs en fonction de ces rubriques en faisant ressortir les thèmes partagés et les différences, au sein d'une même ressource et entre ressources. L'analyse proposée ici porte sur une partie du matériel, couvrant les récits recueillis dans sept ressources ; elle met l'accent sur les grandes convergences qui se dégagent du croisement des récits.

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 responsables. Les mots utilisés pour décrire l'expérience n'étaient pas les mêmes, ce qui aurait suggéré le poids d'une langue commune que chacun et chacune aurait en quelque sorte incorporée ; il semblait s'agir plutôt d'une convergence plus profonde, qui concernait un esprit général que chacun et chacune percevait et exprimait à sa manière.

La vision générale de la ressource alternative de traitement que reflètent les récits est celle d'un lieu qui permet une mise au travail en profondeur de la personne allant dans le sens d'une remobilisation de ce que l'on peut s'entendre pour désigner comme la subjectivité, même si celle-ci n'est 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 par les dispositifs de la thérapie ou de l'entretien clinique, et qu'elle ne repose en fait jamais exclusivement sur eux. Des dimensions tenant à l'atmosphère sont significativement mises à contribution, en même temps que les récits témoignent de la pluralité des dispositifs déployés dans une perspective de traitement. De manière générale, les récits mettent en évidence une triple qualité caractérisant à la fois l'atmosphère et les dispositifs des ressources alternatives de traitement ; ils en parlent en termes d'amplitude, de dynamique et 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 ces ressources 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 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. En même temps, les récits laissent entrevoir la rareté des débordements en termes de conflit et de violence. On en retire l'impression que ces ressources offrent un contenant suffisant pour circonscrire ce type de phénomène, manifestant 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 :

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 » (int.1. ress. C). Dans un tel milieu, « 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. 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 le personnel, et entre les personnes usagères. Plusieurs récits illustrent la manière dont cela s'incarne dans l'établissement progressif d'un lien de confiance et d'un lien réel à autrui, dans l'appropriation 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 au personnel :

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 ces ressources :

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 remobiliser quelque chose de l'humain à travers un don nourrissant, une chaleur en termes de lieu, de liens réels et de vie communautaire :

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 comme accompagnement, activités et organisation temporelle et spatiale pour supporter le travail thérapeutique. 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. En effet, 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 cas, le volet *thérapie* apparaît lui-même pluriel, englobant 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 et 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 qui sont offertes à la ressource.

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, la vie communautaire occupe une place centrale qui se voit concrétisée sur le plan de l'organisation spatiale et temporelle, 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 » (int.2. ress. G) dans la vie communautaire ; 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 « milieu de vie thérapeutique » et « 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. De manière plus large,

lorsqu'ils évoquent les dispositifs mis en place 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 :

C'est vraiment la synergie de plusieurs services ou activités qui fait que la personne chemine (resp. ress. C).

Rien n'est dissocié (us.1. ress. D).

Tout est en lien (int.2. ress. A).

On pourrait parler d'un effet de système à l'œuvre dans ces ressources, qui s'exprime notamment à travers l'idée d'une cohérence globale qui intègre les dispositifs et le projet thérapeutique, 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).

La question du changement : perspectives de personnes usagères

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 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 et dans une histoire personnelle qu'il vient perturber. Par ailleurs, des signes concrets d'amélioration et de changement sont souvent associés au séjour effectué dans la ressource alternative ; 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.

En même temps, 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. Ce mouvement s'éprouve sur plusieurs plans et semble culminer dans ce qui concerne le rapport le plus intime à soi. 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. 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 et 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'apprends à me découvrir . . . qui je suis vraiment (us.2. ress. D).

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 inconnue jusqu'alors. 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 et certaines, le rapport à la vie et au monde a pu être enfin apprivoisé. 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 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 a permis qu'advienne quelque chose pour la personne concernée, dans et à partir de la ressource alternative de traitement, il ressort de l'immense majorité des récits que c'est une pluralité de dimensions qui paraissent avoir été significatives plutôt qu'un aspect en particulier. Dans tous les cas, même si on en reconnaît très généralement la grande importance de la possibilité de suivre une thérapie et le lien particulier qui peut se tisser avec la ou le thérapeute, ces dimensions 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

Une large convergence se dégage des perspectives des différents acteurs. Cette convergence renforce la portée des résultats de cette étude, qui apportent une contribution 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 reformulation 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, intéressées l'une et l'autre à la contribution clinique et thérapeutique de différents paramètres de l'environnement et de l'atmosphère d'un milieu de pratique (Leighton, 1982 ; Moos, 1997).

En même temps, les dimensions de l'atmosphère et des dispositifs telles qu'elles sont décrites dans les récits recueillis dans des ressources alternatives de traitement viennent refléter comme en miroir les ratés et les écueils d'un mode traditionnel de traitement en institution décrié pour son atmosphère froide, dévitalisée et marquée par le manque de stimulations sensorielles et affectives ainsi que pour ses dispositifs rigidifiés (Racamier *et al.*, 1973). Parmi les travaux qui soulignent le rôle et l'impact de dimensions de l'atmosphère et de l'environnement d'un milieu de traitement d'un point de vue 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 (Racamier *et al.*, 1973 ; Ricketts et Kirshbaum, 1994). 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 et où elles peuvent en quelque sorte se déposer, d'une part, et d'autre part 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 (Davidson *et al.*, 1996 ; Moro, 2006 ; 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 (Corin, 2002 ; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey et Fisher, 2007). 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 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 et à ce que la restitution d'une posture subjective peut permettre et amener (Poirel et Corin, 2011).

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 (1970), 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 » (p. 172)? Si l'on considère leur dimension enveloppante et protectrice et leur approche non normalisante de l'amélioration et du changement 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 leurs dispositifs 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 et 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, par le nombre et les caractéristiques des participants et participantes et des milieux de pratique impliqués, 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 et 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 (Racamier *et al.*, 1973). 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 : PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Dans un contexte de rationalisation croissante dans l'organisation des services de santé mentale, cette étude qualitative poursuivie dans des ressources alternatives de traitement 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. Par ailleurs, 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.

ABSTRACT

A qualitative study pursued in Quebec in alternative mental health centres, which describe themselves as *ressources alternatives de traitement* (alternative treatment resources), could help in the reconsideration of 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 regarding many aspects of treatment, both practical and philosophical. We met 17 consumers, 17 therapists and 9 directors from 9 alternative treatment resources and compared their perspectives on treatment. The results of the study are consistent with some important ideas of an old psychiatric tradition which has placed particular emphasis on the notion of therapeutic environment, involving both the locus and the human environment of care and treatment.

Keywords: treatment, alternative resources, therapeutic environment, change

RÉFÉRENCES

- 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.
- Apollon, W. et Bergeron, D. (dir.). (1990). *Traiter la psychose*. Québec, QC : Éditions du Gifric.
- 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 [édition spéciale]. *Santé mentale au Québec*, hors série. Récupéré de : <http://www.santementale.quebec.ca/pdf/Hopitaljour.pdf>
- 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. *Canadian Journal of Community Psychiatry*, 26(2), 37-51.
- 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., Rodriguez, L. et Guay, L. (1996). Un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 15(2), 45-67.
- Corin, E., Tessier, L., Séguin-Tremblay G., Bozzini, L. et Grunbery, F. (1986). *Sortir de l'asile?* 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.

- Friss, S. (2007). Measurements of the perceived ward milieu: A reevaluation of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73(5), 589-599.
- 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.
- 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. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 28(1), 165-179.
- Lecomte, Y. et Gagné, J. (dir.). (2000). Les ressources alternatives de traitement [édition spéciale]. *Santé mentale au Québec*, hors série. Récupéré de : <http://www.santementaleauquebec.ca/spip.php?article296¶m=g>
- Leighton, A.H. (1982). *Caring for mentally ill people: Psychological and social barriers in historical context*. Cambridge, Angleterre : 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, France : Éditions du Seuil.
- McGrew, J., Percosolido, B. et Wright, E. (2003). Case managers' perspectives on critical ingredients of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*, 54, 370-376.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moro, M.R. (2006). *Les psychothérapies*. Paris, France : Éditions Armand Colin.
- Moos, R.H. (1974). *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. New York, NY : Wiley-Interscience Publication.
- Moos, R.H. (1997). *Evaluating treatment environments: The quality of psychiatric and substance abuse programs*. New Brunswick, NJ : Transaction.
- Poirel, M.L. et Corin, E. (2011). Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 115-130.
- Racamier, P.C., Diatkine, R., Lebovici, S. et Paumelle, P. (1973). *Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soin psychiatrique*. Paris, France : Payot.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. (2005). *Balises pour une approche alternative du traitement en santé mentale*. Montréal, QC : Auteur.
- 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., Corin, E. et Guay, L. (2000). La thérapie alternative : se (re)mettre en mouvement. *Santé mentale au Québec*, Les ressources alternatives de traitement, hors série, 44-94.
- 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., 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. et Poirel, M.L. (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation des psychotropes. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 111-125.
- 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, France : Éditions Érès.
- Sechrest, L., West, S.G., Phillips, M.A., Redner, R. et Yeaton, W. (1979). Some neglected problems in evaluation research: Strength and integrity of treatments. Dans L. Sechrest, S.G. West, M.A. Phillips, R. Redner et W. Yeaton (dir.), *Evaluation studies review annual: Vol. 4* (p. 15-35). Beverly Hills, CA : Sage.

- Strauss, J.S. (1989). Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry—II. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 179-187.
- Swain, G. (1977). *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie* (1^{ère} éd.). Paris, France : Privat.
- Thornicroft, 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.