

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PERCEPTION DES CRITÈRES D'INTÉGRATION SOCIALE PAR LA  
CLIENTÈLE DE PSYCHIATRIE-JUSTICE ET LES ÉTABLISSEMENTS  
PUBLICS

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR  
ZIED HAMIDA

MARS 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Ce travail fut pour moi un projet académique d'une envergure sans précédent, qui a nécessité des mois et des années d'effort. Autant ce travail peut amener un sentiment d'isolement, il serait impensable de le mener à terme sans le soutien et les conseils éclairés de mon entourage.

Je tiens ainsi à remercier et à souligner l'implication de tous ceux qui m'ont aidé à mener ce mémoire à terme. J'exprime mes sincères gratitude à mon directeur de mémoire Monsieur Henri Dorvil, figure de proue dans l'implantation et l'analyse de programmes visant l'intégration sociale de gens stigmatisés au Québec. Ses conseils et ses directives m'ont permis de mener ce bateau à bon port. Mes sincères remerciements à Mme Guberman pour ses conseils méthodologiques, de même qu'à Mme Cloutier-Turcotte, dont l'assistance et l'écoute furent des plus bénéfiques. Je souligne également l'apport de Messieurs Suissa, Parrazeli, Richard et Huot qui ont nourri ma réflexion.

Les entrevues de recherche n'auraient pu avoir lieu sans l'approbation et l'intérêt exprimés par les directrices de plusieurs organismes : Guylaine de Tonnancour du Jalon, Mme Gagnon et Mme Champagne de l'organisme Thérèse Casgrain, Mme Garand des Résidences Fleurie. Merci à vous pour m'avoir si gracieusement reçu dans vos lieux de travail, et pour m'avoir aidé à trouver mes candidats et candidates.

Mes sincères remerciements à mes collègues et amis qui m'ont conseillé et accompagné tout au long de ma rédaction. David, Steve, Simon, Maud, Jeanne, Dominique, Marie-Christine, Karine et les autres : merci, je remets un travail de qualité en partie grâce à vous. Ma famille m'a accordé un support moral et financier qui a de loin facilité mon cheminement académique. Ce long voyage aurait été beaucoup plus ardu sans vous. Amour et gratitude à vous tous.

Je ne peux bien sûr passer sous silence la générosité des huit personnes qui m'ont accueilli chez eux, pour m'entretenir sur leur réalité, leur histoire et leurs aspirations. C'est autant le partage de leur vécu souvent difficile, l'expression sincère des embûches qu'ils doivent surmonter, les projets de se définir en tant que personne et citoyen à part entière qui m'ont démontré le bien fondé de ma recherche. Ce mémoire, aussi ardu fut-il par moments, n'est rien comparé aux efforts constants que ces gens doivent déployer pour arriver à leurs fins. Je salue leur courage et espère que cet exercice saura rendre compte du potentiel et de la détermination de ces personnes.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
GESTION DE LA PSYCHIATRIE AU QUÉBEC, DES ANNÉES 1960 À AUJOURD’HUI.....	4
1.1 1960 : Les débuts de la désinstitutionalisation.....	4
1.2 1970 : Réforme Castonguay-Nepveu.....	5
1.3 1980 : La reconnaissance du milieu communautaire.....	7
1.4 1990 : Partenariat et entente de gestion.....	7
1.5 De 2000 à aujourd’hui .....	8
CHAPITRE II	
PROBLEMATIQUE, QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	10
2.1 La judiciarisation du psychiatrique.....	10
2.2 Le travail.....	12
2.3 Le logement sous différentes formes.....	14
2.4 Suivi intensif dans le milieu.....	17
2.5 Soutien à intensité variable.....	18
2.6 La pertinence sociale et scientifique de la recherche.....	20
2.7 Les questions et les objectifs de la recherche.....	21
2.7.1 Questions de recherche.....	21
2.7.2 Objectif général.....	21
2.7.3 Objectifs spécifiques.....	22

CHAPITRE III	
LE CADRE THÉORIQUE.....	23
3.1 Constructivisme et interactionnisme symbolique.....	23
3.2 Les principaux concepts, leur articulation autour du sujet.....	26
3.2.1 Exclusion sociale.....	26
3.2.2 Intégration sociale.....	28
3.2.3 Réseau social.....	30
3.2.4 Le développement du pouvoir d'agir.....	32
CHAPITRE IV	
ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'INTÉGRATION SOCIALE.....	35
4.1 S'intégrer et se réintégrer.....	35
4.1.1 Les embûches de l'intégration sociale.....	36
4.1.2 L'intégration sociale : l'importance de s'ajuster.....	39
4.2 D'État social à État sécuritaire.....	40
4.2.1 La justice réparatrice.....	41
4.2.2 La justice actuarielle.....	42
4.2.3 Des moyens distincts, des visées souvent communes.....	43
4.3 Les besoins exprimés par des personnes psychiatisées.....	44
4.3.1 La restauration des rôles.....	45
4.4 Se rétablir : un projet d'envergure.....	46
4.5 Le libre arbitre contemporain.....	48
4.6 Les chemins vers l'intégration.....	50

CHAPITRE V	
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	55
5.1 La stratégie générale de recherche.....	55
5.2 La population à l'étude.....	56
5.3 Les modalités de recrutement.....	57
5.4 La méthode et les instruments de collecte de données.....	58
5.5 Les méthodes d'analyse des données.....	59
5.6 Les limites de l'étude.....	59
5.7 Les considérations éthiques.....	61
5.7.1 Risques et avantages de la recherche pour les sujets.....	61
5.7.2 Moyens d'obtenir le consentement des sujets et le respect de la confidentialité des donnée.....	61
CHAPITRE VI	
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	62
6.1 Bref regard sur le vécu des participants.....	62
6.2 Définitions attribuées à des concepts-clés.....	66
6.2.1 La désinstitutionalisation : <i>il y a toujours un fil</i> .....	66
6.2.2 L'exclusion sociale : <i>le M dans le front</i> .....	70
6.2.3 L'intégration sociale : <i>une nouvelle chance (et son prix)</i> .....	75
6.2.4 Se réappropriier du pouvoir sur sa vie : <i>une liberté de penser, d'agir, de             vivre</i> .....	80
7.1 Appréciation des services institutionnels .....	85
7.1.1 Les milieux carcéraux : <i>la jungle</i> .....	85
7.1.2 Les institutions psychiatriques.....	88
7.2 Appréciation des services communautaires.....	100
7.2.1 L'hébergement supervisé dans la communauté : <i>créer des liens             authentiques</i> .....	100
7.2.2 Les Centres de jour pour une clientèle psychiatisée.....	105

7.3 L'apport de facteurs environnementaux.....	108
7.3.1 Intégration professionnelle : les apports du travail et du bénévolat.....	108
7.3.2 <i>Should I stay or should I go?</i> .....	113
7.3.3 Tisser des liens : le développement d'un capital social.....	116
DISCUSSION.....	121
8.1 Quels sont les facteurs qui, selon la population psychiatrie-justice, contribuent ou nuisent à leur réintégration sociale ?.....	121
8.2 Comment cette conception de l'intégration sociale se compare-t-elle à celle mise de l'avant par le SIV et le SIM ?.....	125
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES.....	129
ANNEXE I	
QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE.....	132
ANNEXE II	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	134
BIBLIOGRAPHIE.....	136

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CAR	Comité d'accès aux ressources
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIT	Contrat d'intégration au travail
CLSC	Centre local de services communautaires
CQCCP	Cour du Québec chambre criminelle et pénale
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual- Text Revision</i>
INSO	Programme d'insertion sociale et professionnelle
IPPM	Institut Philippe Pinel de Montréal
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAJES	Programme d'accompagnement justice et santé
PASM	Plan d'action en santé mentale
PPJ	Population psychiatisée et judiciairisée
PRN	<i>Pro re nata</i>
ROSAC	Regroupement des organismes offrant du suivi alternatif communautaire (sur l'île de Montréal)
RRASMQ	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi à intensité variable
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
TAQ	Tribunal Administratif du Québec

## RÉSUMÉ

Ce projet de recherche a pour thème central la conception de l'intégration sociale auprès d'une clientèle psychiatisée et judiciairisée. Par cette recherche qualitative, nous entendons contribuer au développement d'une réflexion sur les besoins de cette population, tout en considérant les services de suivi externe, préconisés par le Ministère de la santé et des services sociaux et accueillis favorablement par le milieu communautaire. Les pourvoyeurs de ces suivis ont le double mandat de contribuer au développement des potentialités (tant relationnelles que professionnelles) de cette population, puis de permettre, à divers degrés et de diverses façons, le maintien d'une psychiatisation de la vie des personnes assistées.

Cet exercice académique est aussi ambitieux dans ses intentions qu'humble dans son exécution. Nous nous sommes entretenus avec huit personnes, quatre hommes et quatre femmes, vivant avec la *double problématique* (la psychiatisation et la judiciairisation) et logeant à Montréal dans des résidences qui ont pour mandat de favoriser leur réintégration sociale et d'éviter la réhospitalisation. Ce projet clinique se fait en corollaire avec les prérogatives budgétaires du réseau de la santé. Il s'actualise par une coordination du suivi entre les instances institutionnelles et communautaires, qui préconisent toutes deux l'implication graduelle du sujet à diverses activités dans l'objectif avoué de favoriser l'employabilité ou la pré employabilité de la personne.

Nos entrevues ont permis d'approfondir comment chacun et chacune conçoit l'intégration sociale et l'exclusion sociale, ainsi que la désinstitutionalisation et la prise de pouvoir sur leur vie. Les rencontres ont également porté sur l'apport du travail, d'un logement avec ou sans encadrement et du développement d'un capital social sur leur situation actuelle, tout comme sur leurs désirs et aspirations. Au niveau méthodologique, les approches constructiviste et interactionniste symboliques ont guidé notre démarche et l'analyse des résultats.

La recension d'écrits sur la réponse étatique à la maladie mentale jumelée à l'analyse des entrevues, a permis de dégager que les personnes rencontrées aspirent à une réaffiliation sociale et à la reprise progressive d'un pouvoir sur leur vie. Ces projets se concrétisent en prenant part à des occupations socialement reconnues et approuvées, soit essentiellement le travail et le bénévolat. À cet effet, on reconnaît chez les participants les valeurs et normes sociales qui leur sont transmises : une responsabilisation les mettant plus que jamais au centre de ce projet, au risque de voir ces personnes, comme le souligne Poupart (2001, p. 102), vivre une déviance secondaire en organisant leur vie en fonction du stigma de la maladie mentale qui leur est attribué par leur suivi psychiatrique, leur lieu d'hébergement, de travail et d'occupations diverses dans des organismes spécifiquement conçus pour cette *clientèle*.

Plusieurs personnes participant à la recherche bénéficient d'un suivi intensif dans le milieu (SIM), et d'autres d'un soutien à intensité variable (SIV). Alors que certains expliquent se sentir sécurisés par le maintien *ad vitam æternam* de l'encadrement présent, la plupart comptent sur leur capital social et leur équipe traitante pour l'atteinte de projets les aidant à se redéfinir comme citoyens à part entière. Ces projets sont habituellement reliés à l'obtention d'un emploi ou d'un logement qui sera partagé, parfois, avec un amoureux. Au-delà des modalités de leur suivi, notre échantillon nous a essentiellement entretenus sur la qualité du lien qui est gage de confiance en soi et en autrui, et qui conséquemment permet l'amorce d'une prise de pouvoir sur leur vie.

MOTS CLÉS : Intégration sociale, réintégration sociale, exclusion sociale, désinstitutionnalisation, rétablissement, soutien à intensité variable, suivi intensif dans le milieu, justice actuarielle, justice réparatrice, appropriation du pouvoir, capital social.

## INTRODUCTION

Vous avez sûrement, tout comme moi, déjà vu aux nouvelles télévisées une personne accusée d'avoir commis un geste répréhensible, parfois même sordide, qui laisse croire que cette personne n'avait pas «toute sa tête» au moment du passage à l'acte. Citons en exemple, Peter Woodcock (5 mars 1939 - 5 mars 2010), qui fut reconnu coupable des meurtres de trois enfants puis d'un patient d'un hôpital psychiatrique. Il a convaincu un ancien patient de l'aider pour ce dernier homicide, expliquant qu'une confrérie extraterrestre résoudrait tous ses problèmes si le meurtre avait lieu. Suite à ce dernier meurtre, l'individu avoua sa culpabilité et fut de nouveau interné à l'Hôpital Oak Ridge, en Ontario. Cet épisode engendra une enquête et une réévaluation du système de prise en charge des criminels aliénés mentalement au Canada.

Ce sombre exemple, même si datant du siècle dernier, nous rappelle la nécessité d'encadrer la personne vivant avec un trouble psychiatrique, pour minimiser les chances d'une décompensation, voire d'une récidive, et favoriser son rétablissement. Peut-être connaissez-vous quelqu'un qui se sent impuissant face à un proche, qui présente des comportements antisociaux, parfois bizarres, laissant planer un doute sur la sécurité de la personne et celle de son entourage. L'article 16 du Code criminel (Ccr., 16(1), 2010) stipule que la responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'une omission de sa part ou d'un acte survenu alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable a) soit de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, b) soit de savoir que l'omission ou l'acte était mauvais. Voilà la caractéristique principale que partagent chacune des huit personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche.

Cet ouvrage se veut un exercice de sensibilisation à la réalité des gens reconnus criminellement non-responsables pour cause de troubles mentaux. D'emblée, il est

important de préciser que la grande majorité des gens psychiatisés ne commettent pas d'actes violents. Les préjugés nourris par les films, les médias et la culture populaire sont des obstacles à une compréhension éclairée de ce phénomène. Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (division de l'Ontario), les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas plus dangereuses qu'autrui. Toutefois, les personnes qui ont une maladie comme la schizophrénie sont beaucoup plus susceptibles de se faire du mal que d'en faire à autrui. En effet, de 40% à 50% des personnes atteintes de schizophrénie tentent de se suicider, et 10% y parviennent (1994). À ces statistiques, doivent s'ajouter les comportements autodestructeurs comme la consommation de stupéfiants, parfois mêlée à la médication prescrite (lorsqu'elle est prise) pour tenter d'anesthésier un mal existentiel et d'échapper à une réalité trop dure à confronter.

Cet ouvrage permettra de dresser un portrait général de la réponse étatique face à cette réalité, et d'observer si cette réponse «colle» avec les besoins et aspirations d'intégration sociale de notre échantillon. Le désir de répondre adéquatement aux actes répréhensibles mais aussi à la détresse des personnes psychiatisées semble se concrétiser progressivement, entre autres à travers le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010, abordé plus bas, et le Tribunal en santé mentale, projet pilote qui en est à ses tout débuts. Mis en application en 2008, le but visé est d'éviter une judiciarisation précipitée à des personnes ayant des troubles mentaux et ayant commis un ou plusieurs délits mineurs. Essentiellement, on incite la personne à souscrire, sur une base volontaire, à un programme d'accompagnement justice et santé (PAJES), qui peut amener à une réduction ou une élimination de la peine. Les résultats, quoique préliminaires, semblent prometteurs.

Nous ferons donc, en première partie, un survol de la gestion du domaine psychiatrique au Québec, de la réforme Bédard à aujourd'hui. Ensuite, nous aborderons certains des enjeux propres à la population psychiatisée et judiciarisée

(PPJ), ainsi que les programmes et suivis mis en place pour les gérer. À titre d'exemple, soulignons le peu de place en hébergement pour cette clientèle, une situation récemment déplorée dans un manifeste publié conjointement par les Directeurs généraux de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal : *L'urgence d'agir pour un hébergement et une réinsertion de qualité en psychiatrie légale* (2007). Ils clament que le réseau de la psychiatrie légale est en crise, et que l'on assiste à une «saturation du réseau» (p.7). En effet, les ressources d'hébergement et de service pour ces personnes se font rares et empêchent «la fluidité et l'efficacité du réseau» (ibid.). Suivra un exposé du positionnement théorique qui a guidé notre analyse. Nous poursuivrons avec une présentation des connaissances actuelles sur le thème central de notre recherche, l'intégration sociale, et une description de la méthodologie de notre démarche. Enfin, nous analyserons les propos des personnes rencontrées, avec le souci constant de retirer les considérations qui unissent ces participants, tout comme ce qui les particularise, et de là examiner si les services communautaires et étatiques offerts semblent tenir compte de leurs réalités.

*Un voyage de mille lieues commence toujours par un premier pas.*

-Lao-Tseu

## CHAPITRE I

### GESTION DE LA PSYCHIATRIE AU QUÉBEC, DES ANNÉES 1960 À AUJOURD'HUI

#### 1.1 1960 : Les débuts de la désinstitutionalisation

La réintégration sociale de la population psychiatrie-justice (PPJ) est un thème qui prend au Québec une importance croissante, et ce depuis les premières intentions de désinstitutionalisation des années soixante. Cette population réfère au phénomène de «criminalisation de la maladie mentale, et peut être définie comme le fait de se trouver, pour des raisons fort diverses, pris en charge par le système pénal, lorsqu'on connaît des problèmes de santé mentale» (Thériault, 1999 p.5). Les raisons de promouvoir le retour en société et de diminuer le taux d'admission dans les institutions psychiatriques ont évolué. Elles étaient à l'origine d'ordre humanitaire, thérapeutique et économique. La désinstitutionalisation, entamée par la Réforme Bédard en 1962, se résumait à faire sortir les personnes des hôpitaux psychiatriques et réduire l'institutionnalisation pour pouvoir régionaliser, diversifier et multiplier les services dans la communauté (Dorvil et al. 1997 p.16). La rationalisation était également un objectif important, considérant l'encombrement du système asilaire et l'accroissement des coûts d'opération par le soutien financier des patients (ibid., p.121). De plus, un nombre croissant de psychiatres de l'époque affirmaient que «plusieurs maladies mentales étaient guérissables» » (ibid., p.16). Les départements

de psychiatrie dans les hôpitaux généraux ont doublé lors de cette décennie : c'est la régionalisation des services, où bon nombre d'hôpitaux ont leur département de psychiatrie. Alors que plusieurs mesures de suivi externe furent recommandées, il n'y a pas eu de création d'organismes externes permettant une transition adéquate en société.

La désinstitutionnalisation est un processus dont les trois étapes fondamentales sont la déshospitalisation, la non-institutionnalisation, et la régionalisation du système de soin (ibid., p.112). Toutefois, Dorvil (2005b, p.210) explique que «la désinstitutionnalisation signifie un déclin de la légitimité de l'hôpital psychiatrique comme pourvoyeur de soins subventionnés pour les troubles mentaux graves». Ce processus de fermeture de lits et de déplacement de patients hors des hôpitaux ne sera pas sans conséquences : graduellement s'opérera une transinstitutionnalisation, par laquelle «le pouvoir hospitalier tente et réussit à transférer la discipline asilaire au sein de la société civile dans le contexte désinstitutionnel» (ibid. p. 227). Ceci se réalise entre autres par le principe des vases communicants, soit un transfert de ces gens dans les urgences, les milieux carcéraux et une augmentation de l'itinérance. Déjà donc, on voit s'installer le risque de «l'hôpital sans mur» (Lesage, 1999), où la désinstitutionnalisation n'est pas synonyme d'une appropriation du pouvoir sur sa vie (*empowerment*), mais de la création et de la gestion de «multiples mini-asiles » Dorvil (2005 b, p.233) au sein même de la société, avec les mêmes répercussions aliénantes que celles évoquées par Goffman en 1962 dans *Asylums*.

### 1.2 1970 : La Réforme Castonguay-Nepveu

La décennie suivante voit la psychiatrie marquée par une autre réforme, celle du Ministre Castonguay. La santé n'est alors plus définie comme un privilège, mais comme un droit. Celle-ci n'est plus seulement la responsabilité du médecin envers

son patient, mais bien d'abord celle du gouvernement envers la collectivité. Des ressources étatiques sont mises en place tels les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les départements de santé communautaire. Divers ateliers de travail en établissement psychiatrique sont ainsi créés, mais en vain : l'adaptation des individus et le transfert des habiletés de l'institution à la communauté n'est pas si facile ou toujours possible, il est dès lors essentiel d'enseigner les habiletés dans l'environnement où elles sont appelées à être pratiquées (Fairweather, 1980).

Malheureusement, cette réforme nie toute spécificité à la maladie mentale, et prône des méthodes de guérison à travers la médicalisation et non la réhabilitation : dans le contexte de la non-institutionnalisation et de la médicalisation accentuée des pratiques thérapeutiques, de plus en plus de personnes ayant des troubles mentaux graves et chroniques ont commencé à être soignées à titre de patients externes et ce, uniquement sur le plan médical à l'aide de tranquillisants et de neuroleptiques (White, 1993). La diminution ou disparition des symptômes positifs, tels que les agitations ou les hallucinations, ont créé un engouement excessif et une négligence du volet social du traitement. Les symptômes négatifs, tels l'absence de communication et de participation sociale, persistent et sont laissés pour compte, faute d'intervenants sociaux pour assister ces gens isolés. Le modèle d'intervention est ainsi calqué sur la maladie infectieuse, où le traitement pharmacologique prime. Le projet du retour en communauté de la décennie précédente se poursuit et l'élan humanitaire de réintégration et d'autonomie perd de sa vigueur devant la rationalisation et les impératifs économiques (ibid.). Ces lacunes font en sorte que, dès le milieu des années 1960, un phénomène nommé « syndrome de la porte tournante » s'instaure, terme qui évoque un va-et-vient incessant des patients psychiatriques entre l'hôpital et la communauté (Dorvil, 1986). Cette population indifférenciée en est grandement affectée, par des hospitalisations brèves et répétitives. C'est une source de dévalorisation pour l'équipe traitante, la famille et le patient qui se voit retourner, en quelque sorte, à la case de départ. Le problème est encore criant d'actualité, car il n'y

a pas si longtemps entre 70% et 75% des patients désinstitutionnalisés revenaient à l'hôpital dans les deux ans suivant leur congé (Wasylenky, 1996).

### 1.3 1980 : La reconnaissance grandissante du milieu communautaire

Cette décennie témoigne des nombreux efforts déployés par des établissements publics pour permettre aux gens malades une meilleure intégration sociale, tel que l'implantation de ressources externes et l'extension des ressources intermédiaires. Malgré tout, devant l'abus de l'usage de médicaments et le manque de soutien, tant envers le patient que sa famille et son entourage, un mouvement de contestation s'est développé dans les années 1980. C'est autant les bénévoles que les tenants des sciences sociales qui vont progressivement mettre sur pied des services de réadaptation, d'hébergement et d'intervention. Ils entrent ainsi en concurrence directe avec le réseau public, en offrant des services dont l'État se portait jusqu'alors garant. Le manque de coordination des services communautaires et publics qui s'en suit contribue aux difficultés élaborées dans la problématique, telles l'itinérance et la judiciarisation. Le Comité de la Santé mentale en 1985 et la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux en 1988 s'entendent pour affirmer qu'une reconnaissance de l'apport du milieu communautaire et des pratiques alternatives doit s'accompagner d'une «intersectorialité» communautaire-établissement, qui permettrait une coopération et une cohérence dans l'offre des services de ces milieux respectifs.

### 1.4 1990 : Partenariat et entente de gestion

La concurrence improductive entre les organismes est admise en 1988 par la Commission Rochon, ce qui contribuera à la création de la Politique de santé mentale l'année suivante. On donne alors à l'intégration systématique des systèmes communautaires le vocable de partenariat. Ainsi les termes «collaboration»,

«concertation» et «arrimage» se sont succédé durant les années 1970 et 1980. Le terme «partenariat» fut celui mis de l'avant dans les années 1990, déjà annoncé dans le rapport Harnois (1987) : *Pour un partenariat élargi*. Le partenariat des années 1990 rend formelle et obligatoire la collaboration des organismes sociaux avec l'État. Les organismes communautaires doivent s'entendre avec les hôpitaux sur la distribution du budget, malgré le fait que ces derniers ne soient pas en position de force pour se voir attribuer le financement souhaité. Malheureusement, il semblerait que les centres hospitaliers s'assurent généralement qu'ils ne perdront pas au change lors de l'opération de désinstitutionalisation et s'occupent souvent de mettre eux-mêmes en place les services dans la communauté (Turgeon et Landry, 1996 p. 16).

Alors que la désinstitutionalisation se poursuit, les économies ainsi faites (principalement par la fermeture de lits) doivent être réallouées aux organismes communautaires qui sont maintenant partenaires avec le Ministère de la santé, et ce dans l'atteinte de cinq objectifs : assurer la primauté de la personne, accroître la qualité des services, répartir équitablement les ressources en fonction des besoins, rechercher des solutions dans le milieu de vie, et enfin, consolider un partenariat entre la personne, ses proches, les intervenants, la communauté, les ressources publiques et le milieu (MSSS, 1989 p. 22).

### 1.5 2000 à aujourd'hui

Le début du XXI<sup>e</sup> siècle se caractérise par diverses ententes de gestion de populations à risque selon une liste précise de critères observables. La mouvance politique libérale favorise la sectorisation des services et l'uniformisation des traitements. En 2000, le rapport de la Commission Clair se pose en faveur de l'approche intégrée et de la consolidation des services de première ligne (Lemieux, 2003). Dorvil et al. (1997 p.60) abondent dans le même sens en évoquant «qu'il faut prévoir des programmes à plusieurs facettes que l'on peut combiner, moduler, intégrer.» C'est

l'affranchissement du «modèle réseau», qui préconise une concertation intersectorielle, dans laquelle les représentants de la santé et des services sociaux travaillent de concert avec ceux qui sont à même d'offrir un logement, un emploi, et une éducation (ibid., p.84). Cet extrait du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 en témoigne clairement : «tous les services font partie d'un système interdépendant de soins» (PASM, 2005 p. 22). En septembre 2001, la Politique gouvernementale de reconnaissance de l'action communautaire officialise l'autonomie des organismes communautaires. Deux ans plus tard, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est adoptée et amène la fusion des instances publiques locales en Centres de santé et de services sociaux (CSSS), regroupant CLSC, CHSLD et CH. Suivra en 2005 le PASM 2005-2010, *La force des liens*. Publié par le MSSS, il met en avant l'approche des réseaux intégrés. Le rôle des organismes communautaires y est reconnu, particulièrement dans la défense des droits et l'intégration au travail (MSSS, 2005 p. 67). Ce plan d'action accorde une attention particulière à la «capacité des personnes souffrant de troubles mentaux d'effectuer des choix, de prendre part aux décisions qui les affectent directement selon le principe *je suis une personne et non une maladie*» (Dorvil, 2005 p. 221). Cette ligne directrice est liée au concept de *recovery*, stipulant que c'est à travers diverses interactions sociales que toute personne peut espérer faciliter sa participation active dans la société et dès lors prendre le contrôle de sa vie (PASM, 2005-2010). Les chapitres suivants permettront de constater l'importance de cette philosophie dans les modes d'interventions préconisées aujourd'hui.

## CHAPITRE II

### PROBLÉMATIQUE, QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

#### 2.1 La judiciarisation du psychiatrique

À l'instar de la désinstitutionnalisation, la déjudiciarisation est présentée dans *L'urgence d'agir pour un hébergement et une réinsertion de qualité en psychiatrie légale* (2007) comme étant de nature tripartite : il est question de préjudiciarisation, de la judiciarisation et de la postjudiciarisation (p.11). La seconde étape interpelle les instances légales et psychiatriques, alors que les deux autres vont interpeller divers acteurs de nature tant institutionnelle que communautaire. Déroger aux normes sociales par des offenses diverses, telles que perturber l'ordre public pour cause d'itinérance, peut entraîner une judiciarisation aux conséquences nombreuses. Plusieurs études démontrent que les personnes présentant des troubles mentaux sont plus souvent «refoulées vers le système pénal» (Hoffman, 1990), tendance remarquée dès les années soixante. Des organismes tels Urgence psychosociale-justice (UPS-J) ont permis de rectifier quelque peu cette situation. L'UPS-J tente d'éviter la judiciarisation et l'incarcération des personnes présentant des problèmes de santé mentale graves, en leur donnant accès à des services psychosociaux ou médicaux appropriés. Elle intervient à la demande du SPVM (Service de Police de la Ville de Montréal), de la Cour municipale de Montréal, de la Cour du Québec (CQCCP), des organismes communautaires, des hôpitaux, des CLSC, des agents de probation, etc. Malgré tout, dans une étude de l'Institut universitaire en santé mentale à l'hôpital Douglas commandée par la police de Montréal (La Presse, 2007), on souligne que les policiers ont besoin d'être formés en santé mentale. Ces derniers n'ont pas encore le réflexe de contacter l'équipe UPS-J qui pourrait les assister, et possiblement éviter une judiciarisation inutile.

D'autre part le regard que porte la population ne permet souvent pas une attitude diligente devant l'instabilité psychique de ces personnes : «Ce sont des individus menaçants, peu coopératifs, hostiles, ayant peu d'autocritique, harcelants, manipulateurs, qui font peur, malcommodes (...)» (Laberge et Morin, 1992 p. 18). Cette liste présente davantage les préjugés de la société qu'une définition adéquate, tenant compte d'un diagnostic et du potentiel réel de la personne. Pour les policiers, tenter d'admettre dans une institution psychiatrique une personne se comportant étrangement ou semblant être en détresse profonde est souvent une perte de temps : «Cette option comporte une longue période d'attente, des procédures d'administration compliquées et un nombre insuffisant de lits en psychiatrie. Elle est longue, inefficace et se solde souvent par un échec» (Thériault, 1999 p. 11). Elle implique une reconnaissance formelle de la maladie (un diagnostic qui se fonde sur un nombre suffisant de critères issus du DSM-IV) de la part des officiers, geste d'autant plus rare.

En contrepartie, les centres de détention offrent malheureusement peu de soins psychiatriques : On constate que le renvoi vers le système pénal n'est souvent qu'un prétexte pour obtenir des soins psychiatriques : les méfaits peu sérieux ne sont en fait qu'un moyen de demander de l'aide (Thériault, 1999). S'ils sont jugés inaptes à paraître en Cour, ces personnes n'en sont pas soustraites mais traitées (contre leur gré si nécessaire) pour les rendre aptes à comparaître. Suite à une évaluation psychiatrique, une non-responsabilité criminelle sera attribuée s'il est reconnu que la personne souffre d'une maladie psychiatrique qui fut la cause de ses gestes, commis dans un moment de désorganisation ou de décompensation. Nous rapportons ici le lecteur à l'article 16 du code criminel (Ccr., 16(1), 2010), cité en introduction. Notons que l'Institut Philippe Pinel est reconnu pour offrir des «services spécialisés d'évaluation et de traitement de niveau tertiaire en psychiatrie légale» (Lemieux et Aubut, 2007 p.11). Les évaluations y sont donc souvent faites. Malheureusement, lorsque la psychiatrie n'est pas en cause, les gens accusés de délits mineurs ne se

défendent pas toujours et plaident souvent coupables, pour éviter le procès (Landreville, 2004 p.226). Cette sentence leur nuira dans leurs démarches d'intégration ultérieure, entre autres au niveau de l'emploi. Il en va de même pour ceux qui reçoivent une non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, puisque autant l'hospitalisation permet (ou du moins vise) une stabilisation psychiatrique de la personne, elle met la personne en position de désaffiliation sociale : nous verrons que le stigma de la maladie mentale ne quitte pas la personne une fois qu'elle quitte l'hôpital. À ce propos, Patricia Deegan, (1993) Ph.D., ex-patiente psychiatrique aujourd'hui directrice du programme au *Northeast Independent Living Programm* au Massachussetts et consultante nationale au *National Empowerment Center* aux États-Unis disait : «c'est important de comprendre qu'il s'agit de se rétablir non seulement de la maladie mentale, mais surtout des conséquences d'avoir été étiquetée malade mentale.»

## 2.2 Le travail

Lorsque le psychiatre juge que la personne est apte à faire un retour progressif en société, la personne sera fréquemment transférée dans un organisme de réadaptation psychosociale. Un des objectifs sera alors d'étudier les possibilités de retour à l'emploi ou à diverses activités jugées thérapeutiques. Les programmes pour réintégrer le marché du travail sont nombreux, entre autre parce que les normes occidentales dictent qu'un emploi est un élément facilitant la normalisation et l'intégration sociale. Dorvil et al. (1997 p. 49) abondent en ce sens et ajoutent que «l'occupation est jugée thérapeutique et le travail est considéré comme une voie royale de la réhabilitation». C'est un moyen d'acquérir une estime de soi et «une des modalités d'apprentissage de la vie en société (...) il représente l'essence du rapport social et l'élément central de la cohésion sociale(...)». Le *sans-travail* devient alors un acteur de la déliaison sociale» (Poupart, 2004 p.129-130). Une des priorités des centres de réhabilitation sociale est ainsi de voir au potentiel de responsabilisation et d'accomplissement de

tâches de la personne. Une fois ces aptitudes acquises, un emploi permettra de réintégrer la norme sociale et d'être vu comme productif et autonome par ses pairs.

Ainsi, des valeurs plus que jamais valorisées par la société moderne sont l'autonomie et l'employabilité. Un rôle important qui en découle est celui de travailleur, de contributeur au développement et à l'épanouissement économique de la société. Pour les personnes dont il est ici question, le casier judiciaire et les antécédents psychiatriques sont des obstacles de taille à un retour sur le marché de l'emploi. Les demandes faites à un employeur se font dans l'inquiétude d'avoir à révéler ses antécédents judiciaires. Ou pire encore, certains minent leurs chances, n'osant pas faire de demande : «plusieurs individus tenaient compte de leurs antécédents lorsqu'ils décidaient du type d'emploi qu'ils recherchaient. Certains croyaient qu'il ne valait même pas la peine de chercher un emploi (...)» (Metcalf et al., 2001 p. 33-40). Cette réticence à présenter sa situation à l'employeur témoigne de l'intériorisation des tabous qui sont véhiculés dans la société par la personne aux prises avec une maladie mentale. Cette *auto-exclusion* sera investiguée ultérieurement, puisque plusieurs participants à la recherche la vivent.

Se présenter à un employeur avec un passé judiciaire et psychiatrique devient alors un double défi. Autant doit-il surmonter les préjugés qui l'habitent, ceux de l'employeur sont un obstacle de taille à l'embauche. Celui-ci peut demander si la personne a des antécédents judiciaires en lien avec le poste pour lequel il applique. Si le candidat s'abstient de le déclarer, une longue période d'inactivité dans l'histoire d'emploi soulève alors des questions à l'employeur, qui muni de ces renseignements (le questionnaire d'application), a toujours la possibilité de découvrir le passé judiciaire d'un candidat en contactant le greffier. Même des gens ayant été acquittés ou ayant reçu une amende de 50\$ essuient plus de refus (Landreville, 2004 p. 224). Le lecteur peut imaginer le poids d'antécédents tant au niveau psychiatrique que légal. L'usage que l'on fait actuellement du casier judiciaire dans le processus de recrutement est

selon Metcalf et al. (2001 p. 33-40) largement discriminatoire, sans évaluation réaliste de l'influence de ces antécédents par rapport aux habiletés pour occuper l'emploi.

La perte d'emploi peut d'autre part être dramatique pour la personne psychiatisée : «plusieurs études, dont celle de Cole et al. (1964) ont démontré que l'admission à l'hôpital est souvent associée à la perte d'emploi» (Dorvil et al., 1997 p. 50). Les entreprises, qui peuvent se montrer peu accommodantes vis-à-vis des besoins de ces personnes, ont leur rôle à jouer dans la perpétuation du syndrome de la porte tournante. Nous devons donc nous demander si ces difficultés sont un signe d'inadaptation du requérant, ou de l'inadaptation de l'employeur qui fait fi du potentiel de celui-ci. La réhabilitation doit aujourd'hui être un processus d'adaptation réciproque de la personne à l'environnement (par exemple cet employeur), et de l'environnement à la personne à l'aide d'inter-relations dynamiques, d'un apprentissage de la réalité de l'autre. (Tessier et al., 1992). Les personnes impliquées dans l'intégration sociale de ceux vivant avec une maladie mentale doivent être éduqués, rassurés pour faciliter leur retour au travail. «Ainsi est-il de bon augure que des centres de réadaptation convertissent leurs travailleurs sociaux *en agents d'intégration sociale* chargés de faire du *lobby* auprès des employeurs en faveur des personnes handicapées» (Dorvil et al., 1997 p. 44). Une telle mesure serait d'autant plus bénéfique considérant que 90% des gens psychiatisés voudraient occuper un emploi, et seulement 15% y parviennent (OMS, 2000 p. 62).

### 2.3 Le logement sous différentes formes

C'est à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine que fut attribué le mandat de gérer l'ensemble des ressources d'hébergement en psychiatrie légale. Cette institution se dote en 1998 du Comité d'accès aux ressources (CAR), qui se doit d'orienter les personnes jugées prêtes et aptes à quitter le milieu hospitalier, vers le centre d'hébergement qui

répondrait le mieux à leurs besoins. Pour la PPJ, l'autonomie que le logement permet est indéniable, mais une fois obtenue, une supervision demeure : «Le logement constitue le point d'ancrage de l'individu dans la société, la première étape d'une véritable intégration; c'est la nouvelle adresse qui rend possible la continuité du traitement» (Dorvil et al., 1997 p. 49). Elle prend tout son sens quand on estime qu'entre 10% et 30% des itinérants souffrent d'une maladie mentale (Poirier, 2007), et ce, sans compter les problèmes de toxicomanie. Poirier (2007 p. 81) nous invite toutefois à faire preuve d'un sens critique lorsqu'il est question d'itinérance et de santé mentale, deux problématiques aux origines multifactorielles :

Ce qui rend la population itinérante plus à risque de crises majeures, d'hospitalisations soudaines et de prises en charge forcées, ce n'est donc pas seulement la présence de troubles mentaux, mais aussi la condition de vie, la pauvreté, l'isolement, le peu de soutien familial.

La réintégration sociale est travaillée dans l'enceinte de multiples lieux de résidence, qui préconisent diverses valeurs et approches cliniques. Deux principaux modèles d'habitation se démarquent. D'une part l'hébergement, qui est un mode de résidence en continuité avec les soins de type hospitaliers. Autant offre-t-il la sécurité à ses pensionnaires, il valorise peu leur autonomie. La prise de médication est supervisée, tout comme la fidélité aux rendez-vous avec le psychiatre. Ces résidences sont donc «un prolongement dans la collectivité des unités de traitement hospitalier» (Dorvil, 2006 p. 55). Nous ne sommes donc pas, à première vue, dans un environnement propice à l'*empowerment*, mais bien à la perpétuation de la prise en charge institutionnelle. Ce lieu de résidence est considéré par l'équipe médicale lorsqu'il est jugé que la personne nécessite un encadrement plus présent, pour cause de limites cognitives, une attitude délinquante ou un refus de prendre la médication prescrite. L'implication de ces familles d'accueil ne fait pas l'unanimité, et serait mal orchestrée. Garety (1988) catégorise ces ressources résidentielles conventionnelles (pavillon, foyer de groupe, résidence d'accueil) comme étant des facteurs additionnels de marginalisation.

D'autre part le logement, qu'il soit autonome ou supervisé (avec visite régulière d'un intervenant) permet pour sa part plus de liberté aux personnes au prise avec une maladie mentale. L'équipe traitante a encore des attentes envers elle (tout comme la l'ensemble de la société), mais ce modèle témoigne d'une confiance accrue chez la personne, qui demeure, comme le précise M. Dorvil, «prisonnière de leur appartenance à cette psychiatrie *autrement*» (Dorvil, 2006 p. 57). En revanche, avec moins d'encadrement, la possibilité de s'isoler est accrue, amenant le danger que la personne se coupe du monde et se déstabilise, n'ayant parfois pas de points de repère ou de sources de soutien pour l'assister dans ses difficultés. Nonobstant ces deux types de logement, une problématique commune est décrite par des acteurs clés du réseau, dans *L'urgence d'agir pour un hébergement et une réinsertion de qualité en psychiatrie légale* (2007) que nous avons mentionné en introduction :

Les ressources d'hébergement en psychiatrie légale sont saturées. Les possibilités d'accès sont très restreintes. La rareté des ressources est tellement importante qu'elle paralyse les mouvements de clientèle qui permettraient d'assurer la fluidité et l'efficacité du réseau. Enfin, les délais d'attente sont tellement longs qu'ils découragent les candidats qui espèrent y entrer. (...) Les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux sont souvent obligées de garder des personnes assez désorganisées pour être admises à l'Institut Philippe-Pinel (p. 20).

Un peu à l'image de l'heure de pointe et des embouteillages montréalais, le retour en société des gens psychiatisés est retardé par le peu de ressources externes pouvant les accueillir. Cette congestion se fait ressentir à chaque étape du processus institutionnel : la personne, alors dans un hôpital général, attend d'être reçue en milieu psychiatrique. Une fois reçue et traitée, elle attend qu'on lui trouve une place dans un centre d'hébergement via le CAR. Par la suite, elle devra patienter (parfois plus d'un an) pour qu'un foyer de groupe, ou un appartement supervisé (en autant que l'équipe traitante appuie cette démarche) lui soit accordé. Une fois ce long processus parachevé, un suivi externe sera maintenu. Soulevons que chacune de ces attentes peut être longue et nuire à la motivation de la personne. Face à des démarches qui piétinent, les rechutes ne sont pas exclues. Les défis en lien avec le logement concernent d'une part le type de logement disponible et la supervision qui y est offerte et d'autre part l'accessibilité même à ces logements. Pour tenter d'assurer un

suivi et prévenir une réhospitalisation, on a développé deux formes d'accompagnement dans la communauté : le suivi intensif dans le milieu et le suivi à intensité variable.

#### 2.4 Suivi intensif dans le milieu

Le suivi intensif dans le milieu (SIM) s'inspire principalement du modèle *Program for Assertive community treatment* (PACT), soit un suivi systématique de la clientèle élaboré par Stein et Test (1980). Tel que décrit par Gélinas (1998), il se distingue de la gestion de cas (décrite plus bas) par la responsabilité collective d'une équipe de soins, dans une perspective d'accompagnement à long terme, pour assister la personne dans diverses situations : prise de médication, faire l'épicerie, payer les factures, etc. Ce service de deuxième ligne est une «modalité de traitement global s'adressant aux personnes qui enregistrent des séquelles importantes suite aux épisodes de crise aiguë de la maladie mentale» (ibid, p.25). Il ne vise pas l'intégration de la clientèle à des ressources de la communauté (comme un centre de réhabilitation ou un centre d'emploi) : il privilégie l'offre directe de services et de traitement par une équipe clinique multidisciplinaire. Ainsi, on «suppose une gamme d'interventions de niveau et d'intensité variés, tant auprès de la personne elle-même que de son entourage» (Dorvil et al, 1997 p. 32). Ce suivi est une réponse offerte au syndrome « de la porte tournante », avec comme principe fondamental l'accompagnement du patient dans son cheminement. Le PACT est mis en application dans le «milieu naturel» du client, que cela soit un appartement supervisé ou une famille d'accueil. Ses six objectifs, décrits par Cangas (1994) sont :

- faciliter l'accès du patient aux services appropriés,
- aider le patient à développer ses habiletés de base,
- apporter une aide pratique plutôt que thérapeutique,
- s'employer avec vigueur au dépistage et à l'identification des cas,
- améliorer la qualité de vie du patient,
- recourir aux interventions cliniques lorsque la situation l'exige.

Gélinas (1998) affirme que ce suivi permet d'actualiser la réadaptation et l'intégration sociale des personnes prises dans un système «orienté seulement vers la résolution des crises à court terme» (p.35). Le programme PACT a été d'avantage évalué auprès de personnes atteintes de troubles mentaux et hospitalisées plusieurs fois. La majorité des participants sont atteints de schizophrénie et ont résisté aux traitements antérieurs. Les résultats montrent une diminution des hospitalisations et une amélioration de la qualité de vie. Ils sont toutefois «plus partagés sur l'assiduité à la médication, la satisfaction au traitement et les troubles avec la justice» (Dorvil et al., 1997 p. 33). Soit des sujets clés pour la population ici à l'étude. Il semble pourtant que «le suivi systématique de la clientèle soit un mode de prestation de services souple et complet, qui donne les meilleurs résultats quant au rapport coût-efficacité» (ibid., p.34). Son efficience demeure, tant que le programme est appliqué : Quatorze mois après la fin du programme, les chercheurs ont réalisé que les gains obtenus par les clients s'étaient dissous (Stein et Test, 1980). Le principe de la continuité des services s'est donc instauré, pour éviter la réhospitalisation de ces personnes. Plusieurs estiment, en effet, que la PPJ doit être suivie à vie, habituellement par un psychiatre et un travailleur social. Ainsi, autant ce programme est reconnu pour son efficacité, on semble pris dans l'ironie d'une réadaptation perpétuelle, qui voit ses bienfaits s'estomper si avortée. Puisque la réhabilitation persiste, la réintégration s'en voit limitée, elle qui exige autonomie et initiative de la part de l'acteur concerné, tel qu'exprimé dans le PASM 2005-2010.

## 2.5 Soutien à intensité variable

Le suivi à intensité variable (SIV) s'avère être une pièce maîtresse du PASM 2005-2010, et tente de palier au paradoxe du SIM soulevé plus haut. C'est en somme une phase transitoire vers l'atteinte d'une autonomie optimale. Ce suivi préventif (donc de première ligne) s'acquitte essentiellement de deux rôles : «l'intervenant-pivot y agit à titre de «case manager» qui assume une fonction de coordination des services. D'autre

part, ce même intervenant favorise le rétablissement de la personne via des activités de réadaptation psychosociale.» (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2007 p. 2). L'intervenant-pivot assistera des gens au prise avec une condition clinique complexe et devra souvent composer avec une intégration sociale précaire (ibid : 12). Le SIV, soit un type de gestion de cas, s'adresse à ceux «dont les difficultés de fonctionnement sont moindres (que ceux nécessitant un SIM)» (PASM 2005-2010 p.51). Fondé sur l'approche réseau mentionnée plus haut, les interventions sont basées sur les notions de réadaptation psychosociale, d'*empowerment* et de rétablissement (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2007 p. 11). Ce service a généralement une durée de moins d'un an, mais l'intervenant peut formuler une demande de transfert en SIM, s'il sent que ce suivi répond plus aux besoins de la personne. Des exemples de services qui sont offerts dans le SIV sont :

- L'enseignement et le soutien à la personne et à son entourage sur la médication qu'elle prend, des signes précurseurs d'une rechute (pour prévenir les réhospitalisations);
- Soutien et accompagnement dans différentes démarches (sécurité du revenu, utiliser le transport en commun, recherche de logement);
- Réduction des méfaits associés aux problèmes de dépendance.

Harris et Bergman (1993) ajoutent que les cinq fonctions de base de ce mode de suivi sont l'évaluation, la planification, la référence, le suivi et la défense des droits. Le SIM se distingue donc par un encadrement plus structuré, à travers un suivi s'échelonnant habituellement sur plusieurs années, pour une population ayant une symptomatologie jugée plus sévère. Tous les membres de l'équipe de soins sont imputables des services prodigués. Il «s'élabore à partir du constat clinique des incapacités fonctionnelles laissées par la maladie», alors que la gestion de cas (elle offerte dans le SIV) provient du «constat administratif du morcellement des services et propose de confier à un intervenant la responsabilité de favoriser l'accès du client à des ressources sociales [...]» (Gélinas, 1998, p.34). En résumé, le SIM et le SIV visent tous deux la réintégration de la personne ainsi que la diminution de la fréquence et de la durée des réhospitalisations à travers un encadrement et des services qui sont

prédéfinis et balisés par les CSSS, qui les mettent en place. Olivier René (2007 p.21) apporte toutefois une nuance importante à ces modèles de suivi :

La distinction entre le suivi communautaire, le suivi alternatif communautaire, le soutien d'intensité variable, le soutien au logement et le suivi intensif, tant dans les écrits que dans la pratique, reste à établir. Le soutien d'intensité variable est le terme utilisé par le MSSS (entre autre dans Le plan d'action 2005 2010) pour qualifier la pratique du suivi communautaire. (...) Jusqu'à maintenant, les critères de définition et de distinction de cette pratique concernent principalement la fréquence des rencontres, les lieux des rencontres et les ratios intervenants/clients.

Ce flou au niveau de l'opérationnalisation de ces formes de suivi nous oblige à clarifier la distinction concrète que nous leur attribuons, puisqu'ils sont directement reliés à notre question de recherche. Le SIM semble être présent, à différents degrés, dans l'ensemble des foyers d'accueil et centres d'hébergement pour personnes ayant quitté l'institution psychiatrique. Ces gens reçoivent des services cliniques d'une multitude d'acteurs : intervenants, infirmiers, criminologues, etc. Certains psychiatres de l'institut Philippe Pinel se rendent même en personne dans ces milieux pour faire le suivi régulier des «patients». C'est le cas du Centre d'hébergement l'Entre-Toit et du Jalon, où plusieurs personnes y furent rencontrées. Le SIV semble moins répandu, et se concrétise par un suivi externe d'un criminologue ou d'un travailleur social dans un appartement supervisé, voire autonome.

## 2.6 La pertinence sociale et scientifique de la recherche

La population psychiatrie-justice est à ce jour une population qui s'est prêtée à peu d'études, et encore moins à l'aide d'une recension d'informations par l'entremise d'entrevues avec ces personnes, tel que prévu dans ma collecte de données. Les critères de ce qu'est une réintégration réussie demeurent fondamentalement un choix normatif fait au moment de l'élaboration d'un programme, duquel la personne visée est peu impliquée sinon exclue (Huot, 2002, p.13). J'entends donc vérifier si la conception de la réintégration mise de l'avant dans les suivis intensifs dans le milieu et à intensité variable concorde avec celle de la PPJ, ou si d'autres approches sont à

considérer. La pertinence scientifique est claire : nous devons tenir compte du regard que la PPJ porte sur sa réintégration pour bonifier nos connaissances sur les services à même de permettre une réintégration la plus complète et la plus durable possible à ces personnes. De plus, les réhospitalisations de ces gens demeurent nombreuses : étudier les critères d'une réhabilitation jugée adéquate par la personne concernée pourrait permettre une diminution du phénomène qu'est la porte tournante, ou à tout le moins permettre une meilleure compréhension de celui-ci. La crainte de la population vis-à-vis cette clientèle est une cause possible de notre méconnaissance actuelle, qui ne fait que renforcer cette même crainte. Obtenir de l'information directement de ces personnes pourra contribuer à leur *déstigmatisation* et à leur donner une voix.

## 2.7. Les questions et les objectifs de la recherche

### 2.7.1 Questions de recherche

Quels sont les facteurs qui, selon la population psychiatrie-justice, contribuent ou nuisent à leur réintégration sociale ?

Comment cette conception de l'intégration sociale se compare-t-elle à celle mise de l'avant par le SIV et le SIM ?

### 2.7.2 Objectif Général

Investiguer la perception de la PPJ sur sa réintégration en société, la contraster avec la perception d'établissements publics, offrant des services à ces personnes. J'estime qu'élaborer sur la perception de la clientèle «réintégrée» permettrait l'atteinte d'objectifs communs et de palier les possibles manquements du SIM et du SIV. Ces modes de suivi seront approfondis par une recherche documentaire, avec comme principale référence le Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Comparer leurs conceptions de la réintégration sociale à celles qu'ont les personnes suivies pourrait bien faire cheminer notre réflexion, en approchant la problématique sous un nouvel

angle. Si un organisme considère une personne «réhabilitée», mais que cette conclusion n'est pas celle de cette même personne (et que les critères divergent donc entre les deux), la réintégration peut-elle vraiment perdurer ?

### 2.7.3 Objectifs spécifiques

- Dresser un portrait comparatif de l'intégration sociale telle que conçue par l'échantillon de PPJ et de celle d'établissements publics offrant des services de SIM ou de SIV à ces personnes.
- Recenser des services provenant d'établissements publics qui sont bénéfiques, selon la population psychiatrie-justice (PPJ), à leur réintégration sociale;
- Recenser des services provenant des organismes communautaires qui sont bénéfiques, selon la PPJ, à leur réintégration sociale;
- Recenser des facteurs environnementaux (logement, emploi, proximité de certains services) qui sont bénéfiques, selon la PPJ, à leur réintégration sociale;

Les divers facteurs étudiés seront considérés bénéfiques si la personne estime que ceux-ci contribuent à l'atteinte de ses objectifs personnels, soient-ils d'ordre professionnel, social, affectif ou autre. Ces objectifs spécifiques seront atteints par des entrevues semi-dirigées d'environ une heure, auprès de huit personnes dans le cadre d'une recherche qualitative. Les détails méthodologiques seront précisés plus bas.

## CHAPITRE III

### LE CADRE THÉORIQUE

#### 3.1 Constructivisme et interactionnisme symbolique

Les considérations personnelles des individus interrogées sont ici d'une importance capitale et contribueront, tel que visé par l'approche constructiviste, à un «processus actif de construction d'une connaissance» (Zuniga, 1993 p. 40). J'estime que ces êtres sociaux tentent, à travers leur parcours, à se refaçonner une identité et à faire du sens de leur monde, à se redéfinir à travers des valeurs qui ne peuvent leur être imposées par autrui, mais qui s'avèrent l'être parfois. Ce mémoire contribue ainsi à une réappropriation du pouvoir de la personne, puisqu'il permet à l'individu rencontré de s'exprimer librement et de se pencher sur la place que prennent ou devraient prendre dans sa vie les divers facteurs présentés dans les objectifs spécifiques. L'historicité de la personne devient un outil de première importance, qui influencera leurs stratégies d'intégration et l'atteinte d'objectifs personnels. C'est bien là le propre de l'approche constructiviste : «rendre compte des différentes constructions de la réalité que les acteurs développent, d'étudier leurs conditions de production...» (Hubert, 1991 p. 23). Ce paradigme est d'autant plus pertinent qu'il vise l'étude des activités de personnes qui expriment des revendications face à un discrédit ou à des situations putatives (Spector et Kitsuse, 1977).

Tels que Groulx l'explique dans *La critique de la pensée épidémiologique* (1993), cette approche contraste avec l'épidémiologie aujourd'hui mise de l'avant, où s'opère une définition administrative des *populations-problème*, auxquelles sont attribuées des facteurs de risque identifiables et mesurables. Le traitement égalitaire de ces facteurs de risque (tout comme des facteurs d'intégration) contribue à une désocialisation des variables sociales, à leur objectivation, à travers des grilles dans

lesquelles les gens «traités» tentent de cadrer. Le constructivisme est la réponse à cette approche positiviste. On y considère que «de dire que tel comportement ou telle personne sont déviants ou encore qu'ils possèdent un ensemble de caractéristiques qui leur sont propres serait le fruit d'une construction sociale» (Poupart, 2001, p.85). L'approche constructiviste contribuera, tel que présenté dans la méthodologie, à les «resituer comme sujets et acteurs sociaux, en questionnant les représentations stéréotypées et stigmatisantes des problèmes et des populations» (Groulx, 1993 p. 3).

J'entends donc investiguer ce que la PPJ pense de son cheminement personnel, de la réappropriation de son rôle de citoyen à travers les divers moyens à sa disposition. Cette recherche mettra également en lumière les diverses formes de réactions sociales auxquelles sont confrontées ces personnes. Un paradigme à même de tenir compte de ces éléments est l'interactionnisme symbolique. L'interactionnisme «s'intéressera aux processus de réaction sociale aussi bien informels que formels, et ce, afin de comprendre ce qui façonne l'attribution de ce statut et ce qui en résulte comme conséquences pour les personnes concernées.» (Poupart, 2001 p.90). Une réaction sera jugée formelle si elle provient des agences de contrôle social. Elle sera considérée informelle si elle est le résultat d'interactions au sein de «groupes primaires», soit diverses personnes ou groupes de personnes d'une communauté.

La réaction sociale fait partie du processus d'étiquetage décrit par Becker : une personne contrevient aux normes, puis voit son comportement transformé en infraction, ce qui suscite une réprobation et entraîne enfin une réaction de la part d'autrui. L'auteur résume ainsi le processus : «la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne, mais plutôt une conséquence de l'application, par les autres, de normes et de sanctions à un transgresseur» (Becker, 1985). Ceci soulève un obstacle de taille : «la déviance est le produit conjoint des institutions qui définissent qui est déviant, et des acteurs sociaux qui s'enferment dans ces définitions» (Mayer et Laforest, 1990 p. 33). Les interactionnistes estiment d'autre part que «l'incidence

statistique d'un problème (autant le crime que la maladie mentale) peut surtout se comprendre à partir des activités définitionnelles des personnes qui ont concouru à la reconnaissance de ce problème» (Kitsuse et Cicourel, 1963, in Mayer, Laforest, 1990 p. 33).

La stigmatisation et la déviance secondaire sont également des concepts clé de l'interactionnisme. Goffman, dès 1963, présentait dans l'œuvre *Stigmate* le concept en question, qui réfère à «une forme d'attribut qui est donné à une personne et qui jette un discrédit profond sur elle.» (Poupart, 2001 p.99). La stigmatisation que subit la PPJ se concrétise par un marquage social qui est visible, entre autres, dans ses relations familiales, ainsi que dans son désir de travailler et d'être traité équitablement. Le déviant secondaire, concept présenté par Lemert en 1951, réfère à celui qui «acceptant le statut de déviant que les autres lui accordent, organise sa vie en fonction de ce statut» (Poupart, 2001 p.102). Ce concept est similaire à l'auto-exclusion. Ainsi, les concepts reliés à l'interactionnisme stipulent que la définition que l'on a de soi et que les autres ont de nous se négocient. Cette recherche vise à faire cheminer cette négociation.

Manseau (1990) exprime déplorer dans l'interactionnisme «l'absence d'une analyse approfondie de la structure sociale à l'intérieur de laquelle les individus accordent un sens aux objets qui les entourent». J'estime adresser cette lacune, en considérant dans la recension d'écrits, tout comme dans les entrevues, le contexte socio-politique contemporain dans lequel ces acteurs sociaux définissent et construisent leur cheminement. Cette démarche empirique permettra donc de tenir compte des critères normatifs d'un programme et ceux subjectifs du client.

### 3.2 Les principaux concepts, leur articulation autour du sujet

#### 3.2.1 Exclusion sociale

L'exclusion de personnes handicapées (un handicap étant défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une construction sociale qui entraîne un désavantage social, culturel ou économique) est un processus que Dorvil et al. (1994) présentent en quatre étapes. Ce processus débute par le repérage des différences. Pour la population ici à l'étude, cela équivaut habituellement à une arrestation, ou à une hospitalisation. Suivra la stigmatisation, soit la «situation de l'individu que quelque chose disqualifie et l'empêche d'être pleinement accepté par la société» (Goffman, 1975 p.7). Dans le cas présent, la stigmatisation serait, entre autre, le diagnostic apposé à la personne. L'exclusion des différences est une dépréciation de ces personnes diagnostiquées et judiciairisées, où on les «écarte des voies de la compétition sur le marché du travail et limite les choix amoureux» (Dorvil et al, 1994 p.725). La dernière étape est la gestion des exclus, qui se traduira par la psychiatrisation croissante du social, *l'hypermédicalisation* et le suivi en milieu communautaire. Dorvil (2006) qualifie ce suivi d'extension de l'asile, par laquelle les hôpitaux opérationnalisent la désinstitutionalisation et tentent de limiter les réhospitalisations, un objectif qui a ses origines dans la réforme Bédard.

L'auto-exclusion mentionnée dans la section *Travail* est une problématique argumentée par plusieurs auteurs. En effet, «les problèmes de santé mentale surgissent durant la vie adulte, alors que la personne a depuis longtemps intégré les normes sociales de ce qui est *normal* et de ce qui est *déviant*» (Goffman, 1963, in Dorvil 1986). Goffman envisage que la personne pourra en conséquence éprouver de la réprobation à son propre égard. Dorvil et al., (1994 p. 726) relatent ainsi cette

problématique : «L'individu stigmatisé comprend tellement bien le jeu des normes dominantes qu'il s'exclut lui-même en épargnant aux normaux l'odieux de la sentence exclusive». Nous pouvons entre autre constater cette intériorisation des tabous et des normes sociales dans les dynamiques de travail : La PPJ peut dans un tel contexte se montrer hésitante à exprimer sa situation et ses besoins, ayant peur d'être mal reçue par ses employeurs et ses coéquipiers (Dorvil, 2006, p. 58). Elle choisira donc de ne pas mentionner sa prise de médication durant ses heures de travail ou de ne pas demander une pause lorsque des effets secondaires de la médication se font ressentir. Ce silence peut mener à une fragilisation de la personne, voire à son congédiement.

Dubet, dans Poupart (2004, p. 32), décrit l'exclusion sociale contemporaine par trois caractéristiques :

- La pauvreté de l'un n'amène plus la richesse de l'autre, comme ce fut le cas lors du développement de la société industrielle.
- Les nouvelles technologies de l'information et «l'emprise de l'école et de la culture de masse» entraînent la décomposition des cultures populaires, qui permettaient à l'époque au moins favorisés de résister, à un certain point, à leur relative exclusion. Dubet observe que les communautés populaires marginales ont laissé place à des classes moyennes prolétarisées.
- Enfin l'affaiblissement de l'ordre des sociétés industrielles fut la cause de l'éclatement des statuts, des identités et des registres des égalités et des inégalités : «Autrement dit, chaque individu porte en lui une multiplicité d'identités dont aucune ne semble en mesure de structurer l'ensemble de sa «personnalité» et de son statut.»

Ainsi le marché a pris la place de la société industrielle. Dès lors, «la division du travail est moins un ordre qu'un flux». Ainsi il revient maintenant à l'individu de s'ajuster continuellement à cette nouvelle dynamique. Comme nous le verrons, l'intégration ne signifie plus uniquement l'atteinte d'un statut social reconnu par la société, mais également une capacité renouvelée de se mobiliser et de se redéfinir.

### 3.2.2 Intégration sociale

L'intégration sociale est de plus en plus perçue comme un phénomène multidimensionnel. Pour De Gaulejac et Léonetti (1994), les trois dimensions communes à l'intégration et à l'exclusion sont d'ordre économique, social et symbolique. La première dimension témoigne de la précarité grandissante de gens subissant «le déclin caractérisé du salariat et la perte de protections sociales» (Strimelle, 2003 p. 105) qui peut les amener à vivre en marge de la société. L'intégration sociale passe indispensablement par un revenu adéquat pour subvenir aux besoins essentiels. L'obtention de diverses ressources, de support et d'information, en bref le capital social discuté plus bas, rend compte de l'importance de la seconde dimension. L'aspect symbolique réfère à la possibilité de «correspondre au model culturel dominant» (ibid.), de ne plus être ostracisé et considéré comme marginal : «L'intégration symbolique implique une reconnaissance sociale et le fait d'occuper une place qui est reconnue utile socialement» (Bernier, 2004).

Au niveau de l'intervention, les centres de réadaptation sociale semblent s'entendre sur les points de Geremek (1980) : détenir un emploi et une adresse constituent les facteurs les plus importants pour l'intégration sociale de toute personne. Ces deux objectifs de première importance ne résument pas le projet de réadaptation psychosociale. Dorvil, et al. (1997 p. 42) en présente huit :

- L'intervention doit «être taillée sur mesure» et éviter l'usage stigmatisant de termes tels *clients* ou *patients* (ceci est un exemple d'humanisation des services valorisée dès la première réforme).
- Il y a nécessité de modification du paysage social, juridique et physique en vue de favoriser l'adaptation de la personne. La réadaptation psychosociale mise sur les forces de la personne, sur la partie saine de son ego.
- L'espoir est important et doit être valorisé.
- Nous devons être optimistes sur le potentiel professionnel de la personne dans l'optique d'un retour au travail.
- La réadaptation doit inclure loisirs, logement, réseau communautaire, etc.
- La personne doit être engagée dans la construction de son protocole de réadaptation.
- La personne doit être informée de la nature de ses symptômes et des conséquences qui en découlent.

- Enfin, cette réadaptation se fait dans une visée continue du traitement.

Cette liste témoigne de la complexité de la réadaptation tant dans le nombre de gens qu'elle interpelle que dans l'atteinte de tous ces objectifs. En revanche, les termes reliés à l'intégration sociale de la PPJ peuvent être déroutants et nous amener à confondre «réadaptation», «insertion sociale», «participation sociale», et autres vocables similaires. Pour Bachrach (1992b) «la réadaptation psychosociale est une approche thérapeutique qui encourage chaque personne à développer ses capacités maximales au moyen de processus d'apprentissage et de soutien environnemental.» Cette réadaptation se distingue de celle s'appliquant à des dysfonctions physiques, puisqu'il y a ici une nécessité d'apprentissage de nouveaux comportements sociaux. Elle ne peut donc être traitée de la même façon, soit dans l'enceinte d'un hôpital. La réadaptation psychosociale s'effectue par un contact et un retour progressif dans la société. Toutefois, «en établissement, l'objectif de la réadaptation est la réinsertion sociale de la personne dans la communauté. Lorsque cette personne est déjà dans la communauté, comment peut-on définir l'objectif de la réadaptation ?» (Tessier et Clément, 1992, p.16). De là le litige terminologique avec le vocable *intégration*. Ces concepts font souvent office de synonymes. Qui plus est, un des principes évoqués plus tôt constituant la base de la réadaptation sociale serait «l'aspect de continuité de traitement de la réadaptation» (Dorvil et al., 1997 p. 42). Celle-ci est-elle alors permanente ? Il n'y a pas non plus de consensus sur les termes *insertion* et *intégration*, mais cet extrait nous apparaît bien résumer leur distinction :

L'insertion fait référence à la présence physique d'une personne (...), sans aucune relation avec les autres personnes qui n'ont pas d'incapacité. L'intégration, pour sa part, souligne l'existence d'une relation directe entre les divers participants qui possèdent un but commun et visent à s'entraider en fonction de leurs capacités proches» (Ababou, Labelle, 2000 p. 31).

Ainsi l'intégration sociale permet un réel contact avec le milieu et non pas une simple cohabitation. Pour Castel (1996, p.32), «sont *intégrés* les individus et les groupes inscrits dans les réseaux producteurs de la richesse et de la reconnaissance sociale. Seraient *exclus* ceux qui ne participeraient en aucune manière à ces échanges réels.»

Poupart (2004 p. 3) indique que Castel et Dubet s'inspirent de Durkheim dans leur conception de l'intégration sociale, qui serait pour eux

La capacité pour une société donnée d'assurer une cohésion sociale en permettant aux groupes et aux individus qui la composent d'acquérir une place reconnue, c'est à dire d'avoir les ressources et les moyens nécessaires à l'obtention d'une certaine indépendance et autonomie.

Les thèmes présentés dans mes objectifs spécifiques témoignent de l'importance accordée aux divers moyens et ressources qui sont, selon la PPJ, aptes à bonifier leur cheminement personnel. Cette recherche vise particulièrement à donner une voix à ces personnes, pour qu'elles puissent amener leur propre définition à ce concept central à notre recherche.

### 3.2.3 Réseau social

Un réseau social supportant permettra à la PPJ de bénéficier d'un capital social, qui représente «les avantages découlant des interrelations qu'une personne établit autour d'elle et qui sont basées sur la confiance [...]» (Ayé, 2002). C'est, en somme, les bienfaits que l'on retire de notre entourage. Marc Renaud va dans le même sens en précisant qu'au lieu du rôle passif de *patient* (encore souvent utilisé pour définir la PPJ), le fait d'être locataire et de travailler devient des opportunités pour quelqu'un de développer son capital humain (soit ses capacités personnelles) et de bénéficier des services de la collectivité. *Capital humain* et *capital social* sont des concepts interliés : l'un contribue au développement de l'autre. Putnam (1995) distingue quatre composantes du capital social, qu'il sera intéressant d'investiguer auprès des personnes interrogées :

- la résilience, qui «désigne la capacité de réussir à vivre, à se développer en dépit de l'adversité» (Cyrulnik, 1999);
- la qualité et la densité du réseau social;
- une image de soi positive;
- le sentiment d'exercer un certain pouvoir sur son environnement.

On attribue à divers acteurs sociaux, tels la famille et l'employeur, le rôle de contribuer à l'intégration de la PPJ. Ceux-ci sont souvent réticents et peu outillés pour accomplir le rôle que la société leur impute. Les programmes de réintégration sociale sont unanimes à souligner l'importance d'un réseau social à même d'aider la PPJ, de faciliter son retour en société, qu'il soit question d'amis, de coéquipiers de travail ou de membres de la famille de la personne. Ces programmes reconnaissent que l'isolement est un facteur contribuant à la déstabilisation de la personne, à une rechute à travers la toxicomanie ou une prise de médication chaotique. De plus nos attentes de réintégration et de rendement deviennent difficilement conciliables avec le double stigma qui leur est apposé et les entraves qui en découlent. Un des objectifs du SIV est en fait de soutenir la famille et de contrer la stigmatisation (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2007, p.2). Il reste à savoir si elle est suffisamment supportée dans ses efforts pour accueillir la personne atteinte d'une maladie mentale : «les rapports avec la psychiatrie sont décriés par toutes (les familles) : absence de disponibilité, soutien réduit à la médicalisation, absence de reconnaissance des parents» (Guberman, 1990). Ainsi la transmission d'information de l'équipe traitante à la famille est lacunaire. Celle-ci voit ses tâches et responsabilités augmenter, ses loisirs diminuer. Ceci «contribue à la détérioration de l'état de santé des personnes qui assument la principale responsabilité des soins» (Ricard et al., 1995). Ce stress accru pour la famille ne peut qu'avoir des conséquences similaires sur la personne hébergée :

L'étude d'un haut niveau d'expression négative (par la famille), considérée comme facteur de stress, a permis d'augmenter nos connaissances sur l'incapacité des personnes schizoéphrènes à filtrer une trop grande quantité de stimuli; dès lors, une surcharge de stimulations pourraient conduire la personne à une rechute» (Hatfield, 1978).

Il devient clair que la famille, l'employeur potentiel et l'entourage doivent tous être sensibilisés et assistés pour pouvoir répondre aux attentes de la société, et aux besoins de la PPJ. C'est l'ensemble de la communauté qui se voit donc interpellée dans ce projet qu'est l'intégration sociale, dans lequel l'effort de communication et

d'adaptation doit être partagé et réciproque. C'est ainsi que peut se développer un capital social dans laquelle la PPJ puisera les ressources nécessaires.

### 3.2.4 Le développement du pouvoir d'agir

Ce concept, qui fait figure de proue dans bon nombre de programmes tant gouvernementaux que communautaires, rend compte de «la capacité des personnes souffrant de maladie mentale de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent et cela, en dépit de la présence chez elles de certains symptômes ou handicaps» (PASM, 2005 p.12). Il se rapproche de celui de *capital social*, en ce sens qu'il permet d'exercer un contrôle accru sur son environnement à travers une estime de soi positive, la présence des moyens et du soutien requis pour arriver à ses fins. Tel que souligné plus haut, j'estime qu'interpeller la PPJ sur leur cheminement personnel est un pas important vers l'appropriation du pouvoir de ces personnes, ce que Le Bossé (2006, p. 191) partage : «[...] le point de vue des personnes aux prises avec la situation sur laquelle on est amenée à intervenir est suffisamment spécifique pour que son omission remette en question la viabilité des changements initiés par les autre catégories d'acteurs.» La viabilité, précise l'auteur, fait référence au fait que le changement envisagé soit acceptable pour la personne concernée. Le Bossé vise donc, tout comme ce présent exercice, une prise en compte, «où la personne concernée voit une partie de ses enjeux effectivement pris en considération dans le changement initié, qu'il soit prescrit ou non» (ibid., p.102).

Ce vocable est à distinguer de la *norme d'autonomie* (Beauvois et Dubois 1988) dont traite Otero (2004). Cette norme est de plus en plus mise en valeur aujourd'hui, et stipule que nous devons chacun élaborer des règles de conduite adaptées face à un monde en constante mutation. Nous sommes contraints d'agir de plus en plus «en notre propre nom» (Castel et Haroche, 2001) : «cela ne signifie pas nécessairement qu'ils sont devenus plus autonomes, mais plutôt qu'ils sont soumis à de nouvelles

règles sociales qui structurent le champ de leurs conduites possibles» (Otero, 2004 p.64). Le rôle causal de l'acteur s'en voit accentué, et souligne «la difficulté à penser les dimensions sociales de l'individualité contemporaine [...]» (ibid., p.65). Ainsi la PPJ doit relever le handicap de s'approprier un réel pouvoir sur son environnement. Ce pouvoir devrait provenir non pas de l'impératif d'agir «en son propre nom», mais bien de l'accès et de la mise à profits de diverses instances (soient-elles gouvernementales ou communautaires), d'un réseau social qui permettra son épanouissement et l'atteinte de ses objectifs.

Ce sont là des éléments centraux au développement du pouvoir d'agir de la personne, tel que décrit par Le Bossé (2008) dans *De «l'habilitation» au «pouvoir d'agir» : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment*. On y offre des repères importants qui font écho à notre présence d'une prise en compte des gens rencontrés. Les cinq composantes essentielles au pouvoir d'agir y sont décrites et sont, à différents niveaux, présentes dans notre recherche. Premier point capital : «Toute démarche d'empowerment repose prioritairement sur la possibilité d'influencer la disponibilité et l'accessibilité des ressources du milieu et sur la volonté et la capacité des personnes à prendre leur destinée en main» (p. 41). Les deux variables capitales et indissociables sont donc la disponibilité des ressources individuelles (ses compétences, son désir d'agir) et collectives (les ressources présentes, le cadre législatif, etc). Seulement tenir compte de la première nous ramènerait à la valorisation de la norme d'autonomie, ou ce que Le Bossé nomme le self-empowerment (p. 59), dans laquelle la prise de pouvoir est «moins un pouvoir qu'un devoir» (p.51). Seulement porter regard sur les aspects environnementaux serait tout autant risqué puisque la personne concernée pourrait s'avérer incapable ou non désireuse de prendre part à des objectifs définis sans sa participation ou considération. Suivent l'importance d'adopter un cadre d'analyse tenant compte à la fois de l'acteur et de son contexte, puis de demeurer sensible aux variations de ce contexte, «tant dans la définition de ses objectifs spécifiques que dans ses méthodes

d'intervention» (Wallerstein et Bernstein, 1994). Ceci se transpose, entre autres, pour la considération du lieu de résidence de la personne, de ce qu'il aspire comme changement à ce niveau et au niveau de ses relations, de son suivi médical et de ses aspirations au niveau de l'emploi. Le contexte de l'individu est donc dynamique, et le soutien qu'il reçoit se doit donc d'être structuré mais flexible. Ensuite, le développement du pouvoir d'agir nécessite que les personnes concernées soient au cœur de la définition du changement anticipé. Nous renvoyons ici le lecteur aux principes du constructivisme, ainsi qu'aux objectifs spécifiques qui tiennent compte de cet élément. Toutefois, Le Bossé nous met en garde contre une considération unilatérale des problèmes en cause : «Notons par ailleurs que l'implication des personnes concernées dans la définition des problèmes et des solutions envisageables n'entraîne pas qu'ils en ont l'exclusivité» (p. 45). Tel que déjà soulevé dans le chapitre précédent mais aussi dans la méthodologie plus loin, le développement du pouvoir d'agir de la PPJ nécessite un regard tant multidisciplinaire que multifactoriel pour définir un plan d'action porteur de changements durables. Finalement, le développement du pouvoir d'agir se doit d'être une démarche d'action conscientisante, au niveau individuel et collectif. Nous considérons, bien modestement, que ce mémoire permet de contribuer à la conscientisation de la complexe réalité de la PPJ.

## CHAPITRE IV

### ETAT DES CONNAISSANCES SUR L'INTEGRATION SOCIALE

Ce chapitre vise à faire une brève recension d'articles et d'ouvrages, qui abordent l'actualisation du projet d'intégration sociale et la situation actuelle des gens psychiatisés et judiciairisés. Il sera d'abord question du regard que portent divers auteurs sur les concepts d'intégration sociale et de judiciairisation, ainsi que sur des termes qui s'y rattachent, comme ceux de la réintégration et de la justice actuarielle. Suivra la présentation de résultats de recherches traitant de la situation actuelle de la PPJ, qui mettent en contexte les termes plus tôt présentés. Le présent travail ne permet pas une recension exhaustive de ces recherches, à tout le moins un aperçu. On constatera, toutefois, que les écrits mentionnés témoignent des embûches vécues par la population à l'étude et de l'influence que peut avoir l'action ou l'inaction de l'État sur leurs opportunités de se défaire du discrédit qui leur est apposé. On y voit également l'importance d'investiguer d'avantage la complexe réalité de cette population hétérogène, autant dans l'élaboration d'objectifs communs, que dans les services qui leur sont desservis.

#### 4.1 S'intégrer et se réintégrer

Nous avons déjà abordé les méandres du vocabulaire relié à l'intégration sociale. Toutefois ce projet ne peut être articulé sans tenir compte de la société et de l'époque qui en est l'artisan. À cet effet, Castel (2004 p.16), explique que la définition de l'intégration est dynamique, puisqu'elle est «une sorte de construction historique, parce que l'intégration exprime un certain équilibre entre les groupes sociaux». Nous devons donc tenir compte de la réalité actuelle : l'implication restreinte et conditionnelle de l'État, la mondialisation, le multiculturalisme, etc. Il ajoute qu'idéalement l'intégration «serait une forme de cohésion sociale dans laquelle tous

les individus qui composent une société trouveraient une place reconnue» (ibid.). Il apporte d'autre part une distinction importante, précisant en quoi il est important aujourd'hui de distinguer l'intégration de la réintégration : «On peut entendre par réintégration un ensemble de procédures qui visent à annuler cette sorte de déficit dont souffre un individu stigmatisé pour qu'il puisse se réinscrire dans la vie sociale à parité avec ceux qui n'ont pas souffert de ce déficit» (p.17). Cette conception, autant de l'intégration que de la réintégration sociale, est aujourd'hui mise à mal puisque nous serions de plus en plus, affirme Castel, dans une «société d'individu», qui rend plus ardu la mise sur pied de ces nécessaires procédures.

#### 4.1.1 Les embûches de l'intégration sociale

Les obstacles à l'intégration sociale se dressant devant la PPJ semblent plus nombreux que jamais. Poupert (2004) explique que nous devons maintenant composer avec la déstructuration de l'économie de marché, la mondialisation, la délocalisation industrielle, les mutations technologiques et une productivité axée sur la flexibilité et la mobilité de la main-d'oeuvre. Les gens mal payés et discrédités socialement (soit des réalités connues par la PPJ) se trouveraient aujourd'hui dans une situation précaire, entre autre au niveau de l'emploi. Poupert souligne plusieurs tendances actuelles qui contribuent au déclin des protections sociales et de la déstructuration du marché de l'emploi. Devant l'importance du travail comme moyen de réintégration sociale, ces constats contribuent à clarifier les difficultés vécues par la PPJ.

Poupert constate d'abord un affaiblissement des solidarités sociales, auquel il attribue comme causes possibles une montée des courants conservateurs, ou encore les aléas de l'individualisme contemporain. Il y a ainsi un risque encore plus grand qu'avant, explique-t-il, «de faire porter aux individus la responsabilité de leur propre intégration, mais aussi de voir s'effriter les appuis collectifs» (ibid., p.4). Plusieurs auteurs ayant participé à son livre, *Au-delà du système pénal*, partagent ce constat.

C'est entre autre le cas de Beauvois et Dubois (1988), cités plus haut. Castel abonde dans le même sens, décrivant le développement d'un schisme entre deux classes d'individus :

Il y a les gagnants de cette sorte d'aggiornamento individualiste, qui tirent très bien leur épingle du jeu et qui peuvent effectivement se sentir libérés des régulations collectives qui pouvaient être pesantes. Mais il y a aussi les perdants, ceux qui perdent pied et qui décrochent parce que leur capacité d'exister positivement dépendait de leur attachement à des supports collectifs (2004 p.18).

Castel décrit ici l'impératif de contribuer à divers collectifs (que ce soit dans le milieu du travail, de la famille, d'un syndicat, d'un réseau social supportant), sans quoi nous devenons des «individus par défaut» (ibid), laissés à nous-mêmes. Cette tendance est également constatée par Dubet (2004), qui traite de l'individualisation du processus d'intégration. Il constate, tout comme Castel, que nous définissons notre identité dans des filiations, des organisations qui vont contribuer à structurer nos perceptions et nos actions. Il observe d'autre part que nous faisons partie d'une société de plus en plus mobile, dans laquelle notre identité est dynamique, puisque sans cesse mobilisée et remise en cause. Nous élaborerons sur ce point important un peu plus bas. Dubet constate enfin que l'intégration serait, au bas mot, que ce qu'on veut en faire, puisque «le problème de l'intégration se présente comme une épreuve individuelle dans laquelle chacun essaie de construire sa propre expérience (...), chacun devenant l'auteur de sa propre intégration» (ibid., p.40). Ce libre arbitre, nous le verrons dans les entrevues, peut être source d'espoir mais également de questionnement et d'angoisse chez la PPJ.

À cet affaiblissement des solidarités sociales, Poupart ajoute sa préoccupation face à la crise de l'État providence. Avant 1970, explique-t-il, l'État contribuait activement, par diverses mesures, au maintien de l'égalité des chances et des droits. L'intégration sociale se définissait alors plus simplement, comme l'explique Castel (ibid., p.17) : «avoir un travail, une famille, participer à des institutions dotées d'un statut permanent, dans un monde social qui paraissait relativement stable». Cette

conception durkheimienne simplifiait le projet d'intégration sociale, puisqu'elle reposait sur des acteurs sociaux aux rôles clairement définis. Le support de l'État était alors structuré et plus présent qu'aujourd'hui. Ainsi Dufour, Boismenu et Noël (2003) constatent que l'aide gouvernementale est, depuis les années 1980, progressivement devenue conditionnelle. Conséquemment, on fait de plus en plus reposer le fardeau de l'intégration sur le dos des individus. À titre d'exemple, plusieurs personnes bénéficiant de l'aide sociale n'ont à déboursier qu'une partie de leurs frais médicaux (soins dentaires, examens de la vue, etc.). Cette aide est toutefois conditionnelle au fait que ces personnes demeurent sans emploi. Faute de quoi, ils devront payer le plein prix de tous ces services. Nous voilà donc devant l'ironie d'une aide gouvernementale qui amène certains à dire «vaut mieux ne pas trouver d'emploi, sinon je serai laissé à moi-même...». Certains y verront là une attitude irresponsable. Le fait demeure que cette condition de *non employabilité* ne peut-être propice à une réelle intégration sociale et professionnelle. Le rôle de l'État a ainsi évolué au cours des décennies. Il y a volonté de rompre avec un État social *assistanciel* : l'aide financière apportée a des conditions, qui viseraient la responsabilisation de tous et chacun. Conséquemment l'intégration, autant ce qu'elle représente que ce qu'elle exige comme démarches, a évolué. Poupart résume bien ici le désengagement progressif de l'État :

L'État étant perçu comme incapable ou moins capable de jouer son rôle de régulation sur les plans économique et social, il aurait tendance à se retrancher derrière une fonction sécuritaire, tout en imputant aux individus une responsabilité prépondérante dans la résolution des problèmes sociaux (2004, p.7).

Garland (2001) constate qu'avec le déclin de l'État-Providence, nous observons celui de l'idéal de réhabilitation. Il serait aujourd'hui plus important, dit-il, de punir que de comprendre. Par exemple, la probation et la libération conditionnelle ne seraient plus des moyens de favoriser l'intégration sociale, mais d'avantage des moyens de permettre la protection du public, par une surveillance au sein de la communauté. Ce projet de réhabilitation n'est pas oublié, mais devant la demande croissante du public d'être protégé, il serait subordonné à la neutralisation

sélective et à la gestion du risque, à travers la justice actuarielle et réparatrice que nous approfondirons sous peu.

#### 4.1.2 L'intégration sociale : l'importance de s'ajuster

Les enjeux soulevés ci-dessus rendent compte de la part grandissante que doit jouer l'individu dans son intégration sociale. Nous verrons plus tard, dans une recherche portant sur le cheminement d'ex-détenus, que ceux-ci réalisent qu'ils sont responsables de «sortir et de s'en sortir», faute de quoi leur situation demeurera précaire, et ils n'auront qu'eux-mêmes à blâmer (du moins selon eux). Nous avons également mentionné que de plus en plus, l'intégration n'évoque plus l'atteinte d'un statut socioéconomique immuable et pré établie, mais d'avantage une capacité de se mobiliser et de s'ajuster aux changements rapides d'aujourd'hui, que ce soit au niveau de l'emploi, de situations conflictuelles, ou de nouveaux besoins matériels. L'intégration, explique Dubet (2004, p.40) n'est donc plus un état ou un fait, mais bien une activité continuelle et éprouvante, où on doit savoir définir nos objectifs, et «se lancer sans cesse dans une série d'épreuves car tout peut être remis en question» (ibid.). La façon de concevoir aujourd'hui l'intégration sociale se voit donc, dans une certaine mesure, altérée :

S'intègrent ceux qui bougent, se déplacent à la fois dans la culture, l'économie et les institutions, ne s'intègrent plus ceux qui sont immobiles et assignés à résidence pour des raisons tenant à la qualification professionnelle, aux ressources économiques, au racisme et à la ségrégation (Dubet, 2004 p.38).

L'isolement serait donc aujourd'hui l'ennemi par excellence de l'intégration sociale. Dubet (ibid., p.31) explique que les exclus qui furent autrefois «les moins enracinés et les plus mobiles», sont maintenant ceux qui ne bougent pas ou sont assignés à résidence. Ainsi les personnes vivant avec divers handicaps seraient les exclus contemporains. Par les tumultes actuels de l'économie et des licenciements massifs, la mobilité (au niveau de l'emploi et du lieu de résidence) est devenue, explique-t-il, un principe d'organisation important.

L'intégration serait donc intimement liée à la capacité de se mobiliser et de s'ajuster à diverses situations aléatoires. Ceci se répercute sur les politiques sociales aujourd'hui mises en place. Les politiques publiques actuelles misent sur la mobilisation individuelle et collective, sur le partenariat d'instances publiques et privées, sur la *débureaucratisation* de l'État. L'école est un exemple d'institution aux prises avec des objectifs parfois contradictoires, qui témoignent du double message qui est transmis aux élèves, qui sont également en plein processus d'intégration sociale :

(...) former un capital humain efficace, assurer la transmission d'une culture commune et permettre à chaque enfant d'accroître son autonomie et sa créativité. L'intégration n'est plus l'accomplissement d'un programme homogène, mais la capacité de réaliser, dans le même moment, des tâches plus ou moins opposées (Dubet, 2004 p.41).

Les politiques pénales ont également des intentions semblant s'opposer l'une à l'autre : punir d'une part, et rétablir un lien social d'autre part. Elles requièrent plus que jamais l'implication active du justiciable, qui doit, tel que mentionné plus haut, se prendre en main et faire tout ce qu'il faut pour se refaire une identité socialement acceptable.

#### 4.2 D'État social à État sécuritaire

Philippe Mary, dans *Complémentarité des nouvelles politiques pénales* (2004) nous explique que l'on assiste à une augmentation de la demande individualiste de sécurité. L'État, qui serait par la mondialisation plus limité dans ses possibilités d'intervention économiques et sociales, «cherchera à répondre par ses fonctions autoritaires, c'est à dire par la pénalité» (ibid., p.54). Cette réponse institutionnelle témoigne d'une conception libérale classique de l'État, dans laquelle la social-démocratie est mise à jour, en y incluant «diverses valeurs néo-libérales comme la responsabilité, l'individualisme, la libre-entreprise ou l'État-minimal.» (ibid. p.56). Certains nomment cette mouvance politique «l'État social actif». Conséquemment la séparation entre les réformes sociales et la correction individuelle s'estompe : «le

démantèlement progressif de l'État social réduira ces politiques sociales à des questions de traitement individuel et privé.» (ibid. p.55). Mary voit là le danger de l'instauration permissieuse d'un pénalocentrisme, où les politiques sociales «de base» (les écoles, l'emploi, le logement, le système de santé, etc), contribuent à la prévention du crime et à déceler ses origines possibles, par la gestion de populations à risque et une utilisation préventive de la justice réparatrice. Par conséquent la pénalisation grandissante du social amène «un passage de l'État social à l'État sécuritaire dans lequel la logique actuarielle de contrôle et de surveillance serait centrale». (ibid.). Nous verrons donc qu'à travers la justice réparatrice et actuarielle, la pénalité devient une importante source de légitimité étatique.

#### 4.2.1 La justice réparatrice

Le système légal canadien se divise en deux composantes principales. L'une entend punir la personne pour ses infractions, et l'autre vise à rétablir le lien social avec la société, une fois la peine purgée. La justice réparatrice, aussi nommée justice restauratrice «devrait avoir pour but la restauration du lien social par la réparation du dommage causé par un conflit entre individus, en favorisant la participation du délinquant, de la victime et de la communauté.» (ibid. p. 48). Mary explique le développement de cette forme de justice par la demande croissante de la société d'une intervention pénale, jumelée à un rejet des formes d'intervention de la pénalité. Le résultat serait dès lors l'atteinte d'une justice dite plus humaine, plus désireuse de réintégrer le justiciable, par le dialogue et la négociation. Ceci se concrétise par, entre autres, une reconnaissance accrue des droits de l'accusé et de la victime dans le processus judiciaire et la libération conditionnelle comme moyen de rétablir un contact progressif avec «l'extérieur».

#### 4.2.2 La justice actuarielle

Les concepteurs de cette appellation, Feeley et Simon, expliquent que ce serait le caractère flou de la définition et des pratiques reliées à la justice actuarielle qui lui donnerait sa puissance et sa portée significative (1994, p. 174). Ces derniers constatent que s'opère aux États-Unis le passage d'une pénologie axée sur l'individu à une pénologie axée sur la gestion, la surveillance et le contrôle de groupes à risque, ce qui n'est pas sans rappeler les principes de l'approche épidémiologique. On vise de cette façon non pas à éliminer le risque de comportements répréhensibles, mais à le rendre tolérable, à le circonscrire dans des limites sécuritaires acceptables (Mary, 2004, p.49). C'est maintenant le profil de risque d'individus ou de groupes qui guident les sanctions pénales. Le contrôle peut dès lors être intensif (par la prison) ou moindre (par une ordonnance de probation ou de sursis). Nous sommes donc passés d'un continuum correctionnel à un continuum de contrôle : un contrôle que l'on peut qualifier de gradué (Feeley et Simon, 1992, p. 459).

Nous y avons déjà fait allusion : l'importance accordée à la justice actuarielle est telle que l'on observe maintenant une tendance vers le pénalocentrisme :

(...) une tendance à limiter l'objet de la prévention à la délinquance et à transformer des dispositifs sociaux traditionnellement orientés vers l'émancipation des individus (travail de rue, accrochage scolaire, insertion socioprofessionnelle...) en moyens de ce type de prévention (Van Campenhout, et al., 2000, in Mary 2004 p. 50).

La promotion de la réintégration, cheval de bataille de Poupart, est minée par cette tendance grandissante à surveiller, à «garder un œil» sur des gens qui, dans ce cas-ci, ont commis des fautes sans souvent s'en rendre compte, puisqu'en état de psychose. Garder un œil, pour la PPJ, veut souvent dire l'obligation (qu'elle soit formulée dans des conditions de probation, ou par le Tribunal Administratif du Québec) de suivre les «recommandations» du psychiatre et de prendre sa médication. C'est, rappelons le, l'implantation d'une transinstitutionnalisation.

#### 4.2.3 Des moyens distincts, des visées souvent communes

Ces réalités font en sorte que la ligne entre les justices réparatrice et actuarielle est plus floue que ce que laisserait croire leurs définitions respectives. Ces philosophies seraient en fait plus complémentaires qu'opposées. Mary abonde dans le même sens, précisant qu'elles «entretiennent, voire renforcent l'individualisation de la question criminelle. D'autre part, elles permettent de conjuguer l'efficacité (actuarielle) et la légitimité/légitimation (réparatrice)» (Mary, 2004, p.46). Toutefois des distinctions demeurent. Nous l'avons mentionné, c'est bien la justice réparatrice qui a une finalité sociale intégratrice. Toutefois cette finalité a ses limites. Par exemple, l'initiative et l'application demeurent souvent locales, puisqu'elle s'appuie sur un acte individuel (celui du justiciable), comme le bénévolat, ou des travaux communautaires dans un organisme pour gens dans le besoin. Seconde différence entre les deux justices : le niveau d'analyse et d'intervention. La justice réparatrice attribue à l'individu un rôle actif dans son intégration, au sein d'une «communauté restreinte». La justice actuarielle voit elle l'individu comme inerte, ou du moins passif, visant à identifier et contrôler des populations à risque : «ce sont des catégories relativement précises de cette population qui sont prises en compte en fonction des risques qu'elles présentent de développer des types particuliers de délinquance» (Mary, 2004, p.52). Le point de rencontre de ces deux approches, explique l'auteur : «la neutralisation sélective et le continuum de contrôle qu'elle institue».

Quoi que le discours politique actuel témoigne d'un projet de complémentarité entre l'efficacité du contrôle pénal et l'humanisme de la réparation, cette complémentarité du modèle pénal n'est pas harmonieuse. Mary conclue que dans notre système actuel, la soumission au contrôle est plus à l'avant plan qu'un réel projet d'intégration sociale. Tel que vu plus haut, des mesures réparatrices sont souvent utilisées comme mesure de contrôle : «Des auteurs de délit grave se voient également demandés de s'engager

dans des pratiques réparatrices. En tentant de responsabiliser la personne vis-à-vis la victime, on met également à l'épreuve sa reconnaissance du délit, et du fait même les risques de récidive» (ibid., p.53). L'équilibre entre la restauration d'un lien social et la punition de gestes répréhensibles est bien fragile, et ne semble pas encore atteinte. Il est digne de mention que le présent travail est, malgré sa portée limitée, un moyen de favoriser la restauration d'un lien social, en allant investiguer le vécu de gens psychiatrisés et judiciairisés, pour cerner, entre autres choses, comment ils s'ajustent aux méandres du système pénal.

#### 4.3 Les besoins exprimés par des personnes psychiatrisées

Mener à terme un projet d'intégration sociale exige de considérer les éléments ci-dessus, mais également ce dont les premiers concernés expriment comme aspirations, désirs et besoins. Ces besoins prennent plusieurs formes, tel qu'abordé par St-Onge et Tessier (2003) dans *Les personnes d'âge adulte ayant des troubles mentaux et la diversité de leurs besoins : des repères pour l'action*. Ces auteurs s'entendent avec Wolf (1997), qui redoute la psychiatrisation des besoins de personnes ayant des incapacités. Il devient dès lors important, explique-t-il, de distinguer les besoins personnels exprimés par ces personnes, des besoins de soins qu'elles peuvent requérir, qui sont eux souvent analysés et définis par des psychiatres ou des gestionnaires. Ce dérapage épidémiologique est toujours présent et est discutable, considérant que les analyses de chercheurs se penchant sur la perception des usagers des services de santé et celle des intervenants démontrent des écarts importants entre leurs points de vue (Hansburg et al., 1996).

À titre d'exemple, Dorvil (2006, p. 57) soulève qu'une des sources de tension est que les usagers psychiatrisés veulent davantage vivre en appartement alors que les intervenants évaluent les besoins en termes d'hébergement plutôt que de logement social :

la non-reconnaissance des préférences résidentielles, de la diversité de choix constitue un grand obstacle à l'intégration sociale et s'applique à d'autres domaines comme le dispositif de soins en clinique externe, en soutien alternatif, sans oublier la prise de médication soulevée dans un *focus-group* à Cambridge en Grande-Bretagne» (Dorvil et al., 2005b).

Ces difficultés peuvent, entre autres, avoir comme origine le fait que l'évaluation des besoins faite par un chercheur ou un intervenant constitue souvent une mesure jugée objective, qui ne sera pas contestée ou nuancée par la réalité de la personne que l'on assiste (Slade, 1994). Cet auteur se distance de telles pratiques, puisque le *besoin* est, selon lui, un concept qui doit être négocié socialement entre ceux qui reçoivent les services et ceux qui les fournissent. Cette considération de la nature subjective d'un besoin est primordiale, puisqu'elle assure que les services qui résultent d'une analyse adéquate ne soient pas uniquement calqués sur les conclusions des intervenants impliqués. Une telle attitude nous rend plus réceptif aux préoccupations de la population qu'on désire assister. L'ouvrage *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* (Dorvil, et al., 1997p. 57) mentionne brièvement ce que ces usagers déplorent :

- l'accès limité aux services de base et aux services de longue durée;
- la réponse incomplète aux besoins fondamentaux des personnes les plus vulnérables;
- L'insuffisance des ressources facilitant le maintien dans le milieu de vie et l'intégration sociale en raison d'une concentration trop importante des ressources dans les services de traitement spécialisés;
- L'absence d'un système d'information en santé mentale facilitant la diffusion de l'information aux usagers, intervenants et gestionnaires.

#### 4.3.1 La restauration des rôles

St-Onge et Tessier (2003) rapportent que plusieurs besoins recensés auprès de cette population sont essentiellement axés sur le domaine des rôles sociaux significatifs. Les conclusions de la recherche d'Uttaro et Mechanic (1994), qui ont interrogé 552 américains utilisant des services psychiatriques aux États-Unis, abondent en ce sens :

(ils) ont montré que le domaine de besoins non répondus le plus important pour ces personnes était relié à ce qu'ils ont appelé «la restauration des rôles», c'est-à-dire ce qui concerne les relations intimes, avec les amis, l'emploi ou une occupation significative pour éviter la solitude» (in St-Onge et Tessier, 2003, p.6)

Ce serait donc la pauvreté du réseau social, et l'incapacité de se réapproprier une identité reconnue et valorisée par autrui qui serait le plus lourd à porter pour les gens psychiatisés désireux de se réintégrer, suite à une hospitalisation ou une période en détention. Leete (1993) amène toutefois un bémol important en soulignant que les besoins reliés aux rôles sociaux de ces personnes ne diffèrent pas de ceux des personnes ne vivant pas avec ces handicaps. Il est raisonnable d'affirmer que le besoin d'être gratifié, productif, avoir des amis et de se sentir accepté de ses proches est universel. Il serait facile de conclure que les préoccupations de la PPJ diffèrent des nôtres, puisqu'ils ont eu des expériences fort différentes de la majorité d'entre nous. D'autres porteront un jugement comme quoi les troubles psychiatriques d'une personne l'empêche d'aspirer aux mêmes choses que nous, soient-elles d'ordre matérielles ou relationnelles. Pourtant une étude faite par Ritsher, Coursey et Farrell (1997), auprès de 107 femmes et 59 hommes utilisant des services de réadaptation psychiatrique de l'État du Maryland, démontre tout le contraire. Pour la grande majorité (93% des femmes et 84% des hommes), leurs préoccupations (et donc j'en conclus leurs besoins) portent sur des questions courantes et normales de la vie. Seulement une minorité de ceux-ci ont présenté des préoccupations reliées à leurs troubles mentaux.

#### 4.4 Se rétablir : un projet d'envergure

Un thème au cœur des préoccupations des ces personnes est celui du rétablissement. Selon Torey et Wyzik (2000), «les utilisateurs de services disent qu'il ne veulent plus juste apprendre à vivre avec une maladie mentale sévère, ils veulent se rétablir». On voit ici un désir qui va au delà celui de l'acceptation, par soi et par autrui, de la maladie. Le rétablissement est un thème important du PASM 2005-2010, évoquant que la population psychiatisée entretient «L'espoir d'un avenir meilleur, l'autogestion de leur maladie et la poursuite de rôles reconnus par la société» (Lauzon et Lecompte,

2002). Pourtant, souligne Leete (1993), la possibilité d'un rétablissement serait rarement évoquée par le psychiatre, qui n'y croit pas toujours et qui priorisera la stabilisation des symptômes psychiatriques. Le rétablissement s'effectuera d'une part, explique Germano (1996), par le contrôle des symptômes psychiatriques à l'aide de la médication la plus adéquate possible pour eux, avec des effets secondaires les moins contraignant possibles. Par contre, ces gens doivent aussi comprendre leurs symptômes, pour pouvoir composer avec eux. À ces points, Chamberlin (1997) ajoute l'importance d'être entendu, et de pouvoir exprimer leur colère :

Le droit des personnes ayant un diagnostic psychiatrique à exprimer leur colère est souvent nié par les professionnels qui voient en son expression une forme de «décompensation», même si cette colère est légitime et serait qualifiée de telle si c'était une personne sans étiquette psychiatrique qui l'exprimait (in St-Onge et Tessier, 2003, p.7).

Nous constatons ici que les intervenants et professionnels de la santé auront tendance à percevoir les propos du «patient» à travers le filtre de la psychiatrie. La personne diagnostiquée pourra dès lors être plus hésitante à exprimer ses frustrations et ses inquiétudes, et se refermera sur elle-même, ce qui peut ironiquement être une cause supplémentaire d'instabilité au niveau de la santé mentale.

Young et Ensing (1999) ont élaboré un modèle tripartite du rétablissement, prenant comme inspiration la théorie ancrée. Cette théorie se veut phénoméno-inductive, puisque générée à posteriori par la confrontation systématique entre le phénomène observé et l'analyse de ce phénomène. Ses principes sont souvent utilisés dans les recherches participatives. Le modèle de ces auteurs fut également inspiré par l'une de leurs principales observations, comme quoi pour la majorité de leurs participants (ayant pris part à des rencontres de groupe), l'aspect central de leur rétablissement est qu'ils ont trouvé l'espoir et l'inspiration à travers la spiritualité. Ce modèle a donc comme première phase l'acceptation des troubles, également soulevée par Germano, et la motivation à changer pour le mieux. Il devient alors possible et important de trouver une source d'espoir et d'inspiration. Déjà, cette étape requiert une

reconnaissance, soit-elle partielle, de la maladie et des symptômes (délires, hallucinations, idées de nature paranoïaque) dont la personne souffre. Seconde phase : l'importance de développer un sens de l'auto-appropriation du pouvoir, en prenant graduellement le contrôle et la responsabilité de sa propre vie. Cette phase fait écho à plusieurs points abordés plus haut : le désir des gens psychiatisés de vivre dans un milieu leur permettant une autonomie maximale, leur projet de gérer eux-mêmes leur médication ainsi que celui de s'exprimer librement et d'être entendu. La dernière phase fait allusion à l'atteinte d'un bien-être par l'amélioration de la qualité de vie. Ce projet d'envergure impliquerait d'en arriver à se sentir «normal», et à adopter des modèles de pensée plus fonctionnelles. Bref le rétablissement a clairement des visées ambitieuses. Nous constatons que ce modèle témoigne également, dans chacune des trois étapes, d'une emphase mise sur l'individualisation du projet : se rétablir, c'est essentiellement à la personne concernée d'y voir.

#### 4.5 Le libre arbitre contemporain

Deux récentes recherches partagent plusieurs des constats dont nous avons discuté. Les observations d'Otero, Poupart et Spielvoge (2004), sont le résultat d'une recherche faite entre 2000 et 2002 auprès d'une trentaine d'hommes qui ont vécu une expérience carcérale. Ces auteurs constatent que les «délinquants», terme souvent associé à la PPJ, se voient apposées la double responsabilité de leur délinquance et de leur réinsertion. La promotion qui est faite de l'autonomie, de l'initiative et de la responsabilité individuelle est clairement présente dans le discours des gens qui furent interrogés. Ils s'attribuent autant la responsabilité de « *se sortir* des situations qui les ont mené à l'incarcération, que celle de *sortir* du système carcéral.» (p. 69).

Une des conclusions centrale de cette recherche est que les normes d'autonomie et de libre arbitre jouent une place centrale dans le discours des interviewés. En effet, leurs propos mettent en lumière l'ambivalence des règles d'individualité contemporaine : ils doivent aujourd'hui faire un choix dont ils n'ont pas le choix... celui de se réintégrer. Les auteurs dressent le constat suivant : «Toutefois, toute l'ambivalence du «choix»-ou non-«de régler ses problèmes», qui n'en est pas un, car «choisir» est devenu une règle sociale permettant à l'individu de «sauver la face» et d'en rester un (...)» (p.74). Un des interviewés confirme cette observation : «Parce que si t'attends là, t'auras rien. Il faut entreprendre des démarches, ça on a pas le choix.» (p.75). C'est ce que les auteurs appellent une «injonction normative d'agir en son propre nom» (ibid). Otero, Poupart et Spielvoge remarquent que les discours reflètent clairement « le fait de devoir se sortir concrètement d'une situation en misant peu sur l'aide du système pénal». (p. 70). Les gens interrogés expliquent qu'une méfiance demeure souvent envers les services offerts par des organismes gouvernementaux. Ils choisissent «à la pièce» les services dont ils ont besoin, et ne s'attendent pas à ce que quelqu'un les sauve. Le libre arbitre tel que conçu actuellement serait donc biaisé par l'impératif de se mobiliser et de compter d'abord sur soi.

Les groupes de support, comme Narcotiques Anonymes, demeurent pertinents, mais ne sont qu'accessoires et ne se substituent pas à au choix de l'individu et à sa force de volonté. Par contre la recherche tend à démontrer que lorsque cette «démarche volontariste» de se joindre à un groupe d'entraide est reconnue par autrui, même si elle relève d'un parcours individuel et solitaire (sauf si elle fait partie de ses conditions probatoires), elle peut stimuler la personne à persister dans ses efforts. Le projet d'intégration n'est donc pas vécu qu'en soi, il implique de choisir des sources de support : «l'exemple des autres demeure très important pour certains interviewés afin qu'ils puissent s'appuyer sur un modèle de conduite positif, adéquat et éprouvé.» (p.71). À ceci s'ajoute l'importance avouée de ne pas blâmer les autres (la société, la famille, les intervenants, etc.) pour les difficultés vécues. Comme nous l'avons déjà évoqué en ce qui concerne la maladie mentale :

Une autre thématique essentielle qui témoigne de l'intégration de la norme d'internalité est le fait de reconnaître la source des problèmes «à l'intérieur de soi» et d'assumer individuellement la responsabilité et les conséquences de ces problèmes (ibid).

Cette recherche démontre donc que la première et dernière source de motivation, c'est l'individu lui-même. S'en sortir est essentiellement une question individuelle et le choix de régler ses problèmes n'est que symbolique : il y a une obligation de se réintégrer à la société à travers une responsabilisation, qui va souvent minimiser des facteurs sociaux contribuant à la précarisation de la situation du sujet.

#### 4.6 Les chemins vers l'intégration

La seconde recherche est présentée par Strimelle et Poupart (2004). Leurs données démontrent que ceux qui bénéficiaient d'une forme de capital (en terme de savoirs, de l'appui de divers réseaux, etc.) à leur entrée en prison, s'en tirent mieux que les autres une fois sortis, au niveau de leur intégration socioprofessionnelle. Ces Messieurs expliquent avoir voulu prendre des distances par rapport au discours institutionnel et normatif, pour expliquer les caractéristiques des trajectoires d'ex détenus. Ils ont donc fait usage du récit de vie pour obtenir leurs informations, auprès des vingt personnes rencontrées. On ajoute que les gens interviewés étaient plus en phase d'installation, qu'en phase de réadaptation. Plusieurs ont au moment de l'entrevue une source de revenu, un logement et un réseau social supportant : «ils sont à une phase ultérieure de leur *réaffiliation*» (p. 107).

Cette recherche se base entre autre sur les considérations de Castel (1994), qui juge que les deux variables majeures de l'intégration sociale sont l'intégration professionnelle et l'inscription relationnelle. La présence de ces variables permettraient l'implantation de trois zones distinctes : l'intégration, constituée d'un travail et de relations stables, la vulnérabilité, où le travail de la personne et ses relations deviennent problématiques et enfin la désaffiliation, phase dans laquelle la

personne se trouve sans emploi et est coupée totalement, ou presque, de réseaux de sociabilité. À ces considérations, s'ajoutent les conclusions de maintes recherches, démontrant que le rôle des institutions et des normes pénales sont productrices d'exclusion et de marginalité, puisqu'elles coupent l'individu de ses liens avec la société par le casier judiciaire (Hattem, Normendeau et Parent, 1982), et le stigmatisme pénal (Pirès, 1983).

Strimelle et Poupart ont ainsi observés que les gens quittant le milieu carcéral empruntent différentes trajectoires pour se refaçonner une identité. Au niveau du revenu, certains expliquent devoir *travailler au noir*, pour palier au maigre revenu de l'assurance emploi, qui était de 405\$ par mois pour un des interviewés. Il est important de souligner que la PPJ se verra souvent jugée par l'hôpital traitant comment ayant une *contrainte sévère à l'emploi*, ce qui leur permet de recevoir un montant plus élevé du gouvernement, soit environ 870\$ par mois. D'un côté, ceci peut laisser croire qu'un revenu additionnel, et donc qu'un travail, est moins nécessaire. En revanche, on doit tenir compte du désir de plusieurs de travailler malgré tout, mais pour d'autres motifs que celui purement monétaire, qui seront présentés dans l'analyse de nos entrevues. Cette contrainte sévère à l'emploi incitera souvent, ironiquement, la PPJ à travailler de facto «sous la table», puisque le retour à l'emploi doit se faire avec l'approbation formelle du psychiatre.

Certains des gens questionnés avaient complété leurs études avant d'être incarcérés. Ces derniers ont pu rapidement trouver un emploi dans leur domaine après avoir été libéré, puis avoir passé une période de temps relativement courte en maison de transition. La possibilité d'un retour au travail sera grandement influencée par les outils que la personne aura acquis avant son incarcération :

La place que le travail occupe dans les expériences des détenus en fin de mandat dépend largement de la trajectoire personnelle, sociale, institutionnelle qu'ils ont suivie et des ressources éducatives, professionnelles, familiales auxquels ils ont eu accès avant, pendant et après leur incarcération (p.113).

Les auteurs soulignent que «L'insertion professionnelle effectuée avant la première institutionnalisation semble déterminante quand on lit ces trajectoires *atypiques*» (p.109). Pour la plupart des personnes rencontrées, le travail serait l'occasion de «trouver ou retrouver une place, même minime, au sein de la société *normale*» (p. 111). Ce serait une façon de reprendre le temps perdu, mais aussi de ne plus faire de mauvais coups : ces gens admettent donc que le travail est un facteur de protection, une façon de ne pas retourner vers des comportements répréhensibles. Strimelle et Poupart précisent : «le besoin qu'expriment les ex-détenus longuement institutionnalisés de se trouver un travail semble souvent dicté par la crainte de *remonter* en prison» (p. 112). Les auteurs constatent également que le travail leur permet de reconquérir une identité citoyenne, qui leur est retirée une fois incarcéré.

Le temps passé en milieu carcéral (et assurément en milieu psychiatrique) aura aussi une influence sur la capacité de la personne à rebondir une fois libérée : « N'ayant pas vécu de longue trajectoire institutionnelle et délinquante au sens traditionnel du mot, ces personnes n'envisagent pas le travail en dehors des cadres réguliers et légaux qu'elles ont toujours connus» (p.111). La réaffiliation est plus ardue pour ceux qui ont eu de longues périodes d'institutionnalisation. Il devient plus difficile «de se développer une identité en dehors du monde carcéral» (p. 112). Ceci me rappelle le film *The shawshank redemption* (1994), dans lequel un homme, joué par Morgan Freeman, fait tout pour s'empêcher de ne pas commettre un nouveau délit pour retourner au pénitencier, puisque après avoir passé tant d'années en milieu carcéral, il est dur pour lui de se redéfinir en tant que citoyen libre. La recherche de Strimelle et Poupart tend à démontrer que la longue désaffiliation de certains rend plus difficile le retour en société, puisque qu'il y a une méconnaissance accrue des démarches à suivre et des organismes à contacter. Ceux qui reçoivent peu de soutien familial sont d'autant plus laissés à eux-mêmes. Cette situation précaire ajoute au stigmatisme d'ex-détenu, de personne sans capital social et dépendante du système. Ceux qui vivent une longue

incarcération subissent souvent une rupture quasi totale avec leurs réseaux sociaux antérieurs (et pas juste ceux liés au crime). De nouveaux réseaux peuvent se former en prison, à travers des groupes de soutien et des groupes thérapeutiques. Il y a toutefois risque de consolidation du rôle d'assisté, par les prises en charge répétées dans le milieu institutionnel. Goffman explique que la personne incarcérée peut s'enliser dans la *carrière carcérale du détenu* (1962), s'habituant à la prise en charge du système pénale, dont elle peut avoir peine à se défaire une fois libérée. Certains gens psychiatisés commettent des délits graves, comme attaquer un inconnu avec un objet contondant, simplement pour être prit (ou plutôt repris) en charge par l'hôpital psychiatrique. Cette détresse nous renvoie au problème de la porte tournante, puisque certains n'arrivent pas à se redéfinir en tant que citoyen libre, et à obtenir le support que cela exige.

Pour la plupart des gens interrogés qui sont allés en maison de transition suite à l'emprisonnement, ce régime de semi-liberté fut une «prison sans les murs». Plusieurs conditions étaient source de frustration, mais ce fut aussi l'occasion «d'atténuer le passage, à l'occasion brutal, du régime carcéral à la vie en dehors des murs et de renouer avec leur famille ou avec des proches durant les fins de semaine» (p. 115). Le stigmatisme pénal demeure même pour ceux qui se disent réintégrés : «En effet, ils continuent souvent à ressentir une forme d'insécurité et de fragilité, surtout ceux qui préfèrent ne pas dévoiler leur passé» (p.119). Cette situation témoigne des conséquences du repliement sur soi, mécanisme de défense pour des personnes se sentant exclues, et qui développent comme réflexe l'auto-exclusion. Strimelle et Poupart mettent en lumière que les conséquences de l'incarcération, et les possibilités subséquentes de réintégration sociale, dépendent du capital social et de la situation de la personne avant, pendant, et après son incarcération.

Des disparités sont donc présentes entre les attentes et les espoirs de la personne «réhabilitée» et l'équipe traitante qui priorise une orientation basée sur ses observations cliniques. À ceci s'ajoute l'individualisation grandissante de ce projet, qui se reflète dans le système pénal et dans les propos mêmes des gens cherchant à se réintégrer. Il semble raisonnable de conclure que des perceptions divergentes (tant dans les besoins que dans les objectifs visés) entre la PPJ et les programmes à leur intention peuvent dans les faits nuire au projet d'intégration sociale.

## CHAPITRE V

### MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

#### 5.1 La stratégie générale de recherche

Cette recherche est de nature qualitative, puisqu'elle «est orientée vers l'analyse de cas concrets dans leur singularité locale et temporelle, et en partant des propres mots des personnes et de leurs activités, dans leur milieu habituel» (Deslauriers, 2005 p.411). Elle permettra de «situer des lieux, de rassembler dans une trame les fils des intentions individuelles» (ibid., p.418). Celle-ci vise ultimement l'enrichissement des pratiques d'intervention et emprunte comme stratégie celle que Groulx (1993 p. 21) préconise, soit une phénoménologie permettant de questionner la prédominance de la pensée épidémiologique actuelle :

Ce repositionnement des populations-problèmes par la méthode qualitative s'établit en réintroduisant de nouveaux modes de perception et d'analyse des problèmes et des clientèles en portant une plus grande attention au vécu, aux expériences et aux stratégies des clientèles ainsi qu'à la complexité des situations et des contextes dans lesquelles elles sont insérées.

L'objectif étant de «développer une connaissance intime du terrain [...], de comprendre les phénomènes sociaux tels qu'ils se produisent dans leur milieu naturel» (Deslauriers, 2005 p. 412), le choix d'une recherche qualitative exploratoire s'impose. Ce choix méthodologique rend également compte de valeurs mises de l'avant par l'approche alternative en santé mentale. Ce mouvement préconise, dans une conception holistique de la personne, le pluralisme des approches et des pratiques, l'*empowerment*, la justice sociale, la démocratisation des lieux d'existence et l'accès au statut de citoyen(ne) à part entière pour tous(tes) (RRASMQ, 1991). J'accorde une grande importance à ces principes, en visant, tel que déjà soulevé, le développement du pouvoir d'agir de la personne et l'accès au statut de citoyen(ne) à part entière pour la PPJ.

## 5.2 La population à l'étude

La population à l'étude est constituée d'hommes et de femmes ayant été reconnus criminellement non-responsables pour cause de troubles mentaux. Cette judiciarisation indique qu'on leur a attribué un verdict de *non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux*. Ce verdict entraîne une décision qui peut aller de la libération dans la collectivité avec surveillance, à la détention en milieu fermé dans un établissement psychiatrique, jusqu'à ce que l'accusé fasse l'objet d'une libération inconditionnelle. Le document *Les clientèles psychiatrie-justice : problèmes de prise en charge et d'intervention* (Laberge et Morin, 1992 p. 13) dresse un portrait fort pertinent de cette population, considérée d'un point de vue institutionnel puis comportemental. Ce passage rend bien compte de l'élasticité des concepts de *psychiatrie* et de *justice* :

Aux premiers abords, on découvre une multitude de références à différentes catégories diagnostiques, des descriptions de comportements types, de symptômes d'intensité variable, de profils de contacts avec les systèmes pénal et psychiatrique.

Au niveau institutionnel, «La diversité des institutions impliquées multiplie les angles de vue» (ibid). Ainsi, dépendamment de l'institution qui hospitalise ou s'occupe d'une PPJ, la description de cette personne variera selon les services offerts. Du point de vue comportemental, on soulève que cette population est jugée multiproblématique, qu'elle a des problèmes fréquents de toxicomanies, qu'elle est vue comme dérangeante par plusieurs professionnels de la santé et souvent réfractaires aux traitements. Au-delà de ces considérations, mon échantillon ciblera des gens qui se sont vus attribués un diagnostic psychiatrique et qui ont eu des démêlés avec la justice.

Nous avons choisi de ne pas sélectionner des délits ou des diagnostics psychiatriques spécifiques comme critères d'admissibilité. La raison est double : d'un côté, nous avons tenu à obtenir un groupe hétérogène pour tenter, un tant soit peu, d'adresser des réalités diversifiées et d'autant plus riches en informations. De l'autre, nous nous

sommes butés à des refus multiples d'entrevue, plusieurs personnes étant réticentes à nous rencontrer, ou, tel qu'expliqué par leur intervenant, «trop instables au niveau affectif ou psychiatrique» pour être interrogées. Devant la complexité et les subtilités d'un diagnostic psychiatrique, il aurait été ardu et possiblement contre productif de rencontrer huit personnes aux délits ou maladies mentale similaires. Il peut dès lors sembler que le poids de leur stigmatisation sera fort différent, dépendamment qu'ils aient commis un matricide ou un voie de fait simple. Le prix d'investiguer la vision subjective que portent ces gens sur, entre autres, leur stigmatisation est justement de reconnaître que ce regard leur est propre et qu'il dépasse la seule considération objective du geste répréhensible commis.

Nous reconnaissons toutefois que le concept de *population psychiatisée et judiciairisée* peut, ironiquement, contribuer à un regard simplifié, voire simpliste de ces personnes, et mettre un pied dans la conception épidémiologique critiquée plus haut. Les contraintes de ce choix terminologique nous apparaissent pourtant inhérentes aux rouages de la médicalisation contemporaine : la clientèle ayant *la double problématique* se voit attribuer des services communautaires et institutionnels qui leur sont spécifiquement destinés. Le terme *population psychiatisée et judiciairisée*, même si réducteur en apparence, a donc le mérite d'être le reflet du regard que l'ensemble de la société leur porte et, plus intéressant encore, que la PPJ a souvent d'elle-même.

### 5.3 Les modalités de recrutement

Pour le recrutement de mon échantillon, je rentrerai en contact avec des organismes communautaires pour y trouver des personnes désireuses de me rencontrer. Les établissements que j'entends contacter sont la maison les résidences Fleurie, le Jalon et la résidence Thérèse-Casgrain. La première accueille des hommes et femmes ayant la «double problématique», par des appartements supervisés et des chambres, alors

que les deux autres accueillent uniquement des femmes. Le site internet du Jalon présente ainsi leurs services :

Le Jalon est constitué de 12 appartements et de différents locaux communautaires. Nous y offrons une supervision 24h et un accompagnement personnalisé. Nos services sont offerts en étroite collaboration avec l'équipe traitante et s'intègre en cohérence au plan d'intervention de la personne.

Je rentrerai en contact avec les responsables cliniques de ces établissements pour leur présenter mon désir de présenter mon projet aux résidents habitant ces endroits. Mon échantillon sera constitué de quatre hommes des Résidences Fleurie trois femmes du Jalon et une de la résidence Thérèse-Casgrain. Si les responsables de ces organismes le désirent, je viendrai présenter mon projet à l'équipe d'intervenants. D'autre part, j'entrevois offrir un dédommagement de 10\$ à chacun d'eux pour couvrir les frais de déplacement. Mon projet de recherche leur sera présenté par le formulaire de consentement qui se trouve en annexe.

#### 5.4 La méthode et les instruments de collecte de données

Les entrevues seront non-standardisées : Deslauriers (2005 p. 420) explique que celles-ci contribuent à découvrir « le sens profond des informations que le sujet lui communique ». Celles-ci seront semi dirigées et me permettront d'investiguer pleinement les thèmes de la recherche. Par ce choix je désire mettre en place les conditions favorisant chez les répondants l'expression de leur pensée, afin de permettre « un accès direct à l'expérience des individus » (Savoie-ajc, 1997). À mesure que l'entrevue progressera, l'entrevue deviendra plus centrée, les questions plus spécifiques, tel que conseillé par Spradley (1979) et Rubin et Rubin (1996). Les entrevues qui dureront environ 60 minutes seront enregistrées sur magnétophone, puis retranscrites à l'ordinateur. L'analyse visera à découvrir des liens à travers les éléments recueillis, à voir si dans le discours de chacun se trouve des préoccupations communes, qui prennent source mais vont aussi au-delà de leur histoire personnelle. Voici des exemples de questions qui seront adressées aux personnes rencontrées :

- Vous avez eu à faire face dans votre vie à des problèmes de santé mentale. Pouvez-vous nous en parler ?
- Pouvez-vous élaborer sur vos démêlés avec la justice et les répercussions sur votre vie ?
- Qu'est-ce que l'intégration sociale signifie pour vous ?
- Quels ont été et quels sont à ce jour les obstacles à l'atteinte d'une intégration sociale qui vous satisfasse ?
- Avez-vous bénéficié, dans votre entourage, de support à l'atteinte de vos buts ?

### 5.5 Les méthodes d'analyse des données

L'analyse des données recueillies ne peut être entièrement séparée de l'étape qui la précède, soit la cueillette d'informations : le processus de recherche qualitative est dit «itératif», puisqu'il y a une interaction constante, un processus de va-et-vient entre la recension des écrits, la construction de l'objet de recherche, la collecte des informations et les étapes subséquentes (Deslauriers, 2005 p. 424). Ainsi l'analyse des données sera un processus dynamique développé à la suite de chacune des entrevues pour mieux investiguer le thème de la recherche dans l'entrevue suivante. C'est un réajustement constant du schéma d'entrevue, au fur et à mesure que les données sont accumulées et traitées (Maheu et Dorvil, 1994). Les étapes d'analyse de Paillé (1994) seront mises à profit, tout comme les diverses méthodes d'analyse de Paap (1977).

### 5.6 Les limites de l'étude

En recherche qualitative, on ne peut assurer la fiabilité absolue des résultats, surtout avec un si petit échantillon. Je ne peux donc ici prétendre à la saturation théorique. L'échantillon a une grande hétérogénéité et est en ce sens théorique. Malgré les limites vis-à-vis la fiabilité, on doit prêter attention à la validité interne : je devrai m'assurer de dépeindre un portrait clair du sujet de recherche, en m'appuyant sur des éléments crédibles et censés. En ce sens, si des personnes rencontrées me présentent des propos qui sont clairement de l'ordre de la paranoïa ou d'un délire, je me devrai

d'en tenir compte lors de l'analyse des données. Le souci de ne pas tomber dans une interprétation improductive de propos dénudés de sens m'apparaît être un pré requis mais aussi un défi : le tri d'information ne peut être mis à profit afin de volontairement confirmer ou infirmer une hypothèse. Cela peut donc, par conséquent, s'avérer être une faiblesse à ma méthodologie, dans la mesure où je pourrais éviter d'investiguer des propos à première vue incohérent, mais qui contiendraient en fait un contenu pertinent à la recherche. C'est avec beaucoup d'attention que je devrai juger de la pertinence et de la signifiante du contenu amené.

D'autre part, la nature de ma recherche et de mon échantillon ne permet pas de considérer le thème de l'intégration sociale sous tous ses angles. Mon échantillon n'investigue pas la réalité de personnes âgées ayant des troubles psychiatriques et des antécédents judiciaires. Pourtant, selon Hatfield (1999), ce groupe serait celui le moins bien servi par le système de santé mentale. Le vieillissement de la population que l'on observe au Québec et ailleurs témoigne de l'importance de se pencher sur la question et sur les besoins spécifiques de ceux-ci. Le PASM 2005-2010 démontre des efforts en ce sens. Parallèlement, ma recherche n'adresse pas la perception des intervenants en santé mentale, ainsi que celle des divers acteurs impliqués dans le projet de favoriser la réintégration des PPJ. Pour mener ce projet à bien, il sera impératif de considérer l'opinion de tous ceux impliqués : les clients, les familles de ceux-ci et le personnel clinique (Hamilton, Wilson et Hobbs, 1995).

Enfin, pour faire écho à la description de la population à l'étude (5.2), le fait de prioriser le vécu des participants sans s'attarder formellement aux détails de leur diagnostic entraîne, nous en convenons, un flou dans l'analyse, puisque certains ont explicité ce diagnostic, alors que d'autres s'en sont abstenus. L'objectif n'est pas, soulignons-le, de pouvoir faire des analyses comparatives à cet égard. D'autant plus que les participants nous ont présenté leur santé mentale selon ce qu'ils en

comprennent et ce qu'ils veulent bien-sûr nous en dire, dans un vocabulaire qui est le leur. Relativement à la validité de l'échantillon, nous nous fions bien-sûr à leurs propos, mais également aux dires de leurs intervenants et à leur lieu de résidence qui (sauf pour la résidence Thérèse-Casgrain), accueille exclusivement des gens à la fois psychiatisés et judiciairisés.

## 5.7 Les considérations éthiques

### 5.7.1 Risques et avantages de la recherche pour les sujets

Lors de la sélection de mon échantillon, il sera important de m'assurer que les personnes approchées consentiront à participer de façon éclairée. Le formulaire de consentement présenté ci-dessous est une façon de permettre une participation volontaire et réfléchie. Ce formulaire mentionne un risque possible (voir *Avantages et inconvénients*) et un moyen de limiter les répercussions négatives sur la personne. Tel que mentionné plus haut, les personnes rencontrées pourront exprimer leurs frustrations (si tel est le cas), décrire leurs besoins et attentes non comblées. Il est toutefois important que la dynamique en demeure une propice à la cueillette d'informations et que l'on ne tombe pas dans une dynamique d'intervention, sauf si la personne projette de porter atteinte à l'intégrité physique de sa personne ou d'autrui.

### 5.7.2 Moyens d'obtenir le consentement des sujets et le respect de la confidentialité des données

Le formulaire de consentement est présenté en annexe. Il témoigne de l'importance accordée à l'obtention d'un consentement éclairé et du respect de la confidentialité des informations obtenues.

## CHAPITRE VI

### PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Cette portion du mémoire mettra en lumière les propos de chacune des personnes rencontrées, à travers les thèmes présents dans le questionnaire de recherche. Nous nous attarderons donc à leurs expériences de vie, suivra le regard qu'ils portent sur les concepts centraux à cette recherche, leurs appréciations de services offerts par des organismes institutionnels et communautaires, et enfin les divers facteurs qui selon eux contribuent à leur réintégration sociale. L'analyse du contenu de ces entrevues permettra d'adresser nos deux principales questions de recherche : Quels sont les facteurs qui, selon la population psychiatrie-justice, contribuent ou nuisent à leur réintégration sociale ? Comment cette conception de l'intégration sociale se compare-t-elle à celle mise de l'avant par le SIV et le SIM ? Autant le vécu de chacun de ces gens est unique, nous verrons que leurs préoccupations et leurs aspirations sont souvent fort similaires. Soulignons que pour assurer la confidentialité des sujets, leur nom a été modifié, tout comme certaines données sociodémographiques.

#### 6.1 Bref regard sur le vécu des participants

Susie fut victime d'abus et de mal traitance dans son enfance, par des membres de sa famille. Elle m'explique qu'elle a passé la majeure partie de son enfance dans une institution pour enfant, *Le Relais*. À sa sortie, elle s'est réfugiée dans la drogue, puis la maladie mentale a fait son apparition. Susie reconnaît avoir commis des délits pour être prise en charge et protégée du monde extérieur. Elle fut incarcérée à Tanguay, puis plus tard transférée à Pinel, pour y séjourner environ 14 ans. Elle admet que le milieu institutionnel a été sécurisant pour elle et que sa sentence fut en fait d'être

libérée : sa peur de l'extérieur était alors paralysante, et son institutionnalisation profondément ancrée. Elle garde pourtant un souvenir amer de son séjour dans l'unité pour femmes de Pinel, où diverses formes d'abus auraient eu lieu. Une fois son congé accordé, elle a progressivement appris à aimer sa liberté, et habite depuis une dizaine d'années au Jalon qu'elle apprécie beaucoup, et qualifie de *semi-institution*.

Cynthia demeure également au Jalon, depuis environ deux ans. Après une tentative de suicide à l'adolescence, elle fut amenée à Albert-Prévost, pour ensuite être hospitalisée à plusieurs endroits. Elle explique que l'essentiel de sa vie adulte s'est passé dans divers milieux institutionnels : Tanguay, Louis-H. Lafontaine, Douglas, Maison Décarie, etc. La consommation de drogue et d'alcool ont exacerbé ses problèmes de santé et ses comportements délinquants. Son suivi à Dollard Cormier a permis une diminution graduelle de sa consommation. Suite à des actes dont elle se garde de discuter, elle fut hospitalisée à Pinel, qu'elle a pu quitter il n'y a que trois ans. Maintenant dans la quarantaine, Cynthia tente de se reprendre en main, de se définir à travers des habitudes de vie plus saines, avec l'aide des intervenant(e)s du Jalon.

Christian réside en colocation dans un appartement supervisé des résidences Fleurie. Il a vécu il y a plusieurs années de cela un épisode psychotique, qui l'a mené à s'isoler dans la forêt, armé, pour fuir tous ceux qui lui voulaient du mal : c'est ce que ses voix lui dictaient alors de faire. Il fut appréhendé par les autorités, puis amené à la prison de Saint-Jérôme. Son séjour en milieu carcéral fut bref : une fois à l'institut Philippe Pinel de Montréal, on l'a «catalogué paranoï schizophrène», me précise-t-il. Christian admet avoir bénéficié de l'encadrement de ce milieu, qui, nous le verrons dans *les services institutionnels*, l'a aidé à se déculpabiliser face à ses actes et à la maladie mentale. Nous constaterons que Christian connaît les éléments qui lui permettent de demeurer stable au niveau psychiatrique et social. Ainsi il ne veut pas perdre ses filets de sécurité, tant au niveau de ses relations, de ses suivis médicaux, de ses occupations et de son support financier actuel. Il fait le compromis d'accepter les effets

secondaires de la médication, pour demeurer en santé et ne pas être réhospitalisé.

Pour Benoît, la rupture avec sa copine à ses 19 ans semble avoir affecté sa santé mentale, à tel point qu'il aurait ensuite vécu en ermite, et consommé plusieurs formes de stupéfiants. Après trois ans à Pinel, Il fut résident d'un foyer de groupe appartenant aux Résidences Fleurie pendant également trois ans, et partage maintenant un appartement supervisé dans le même bloc que Christian. Il travaille dans les cuisines de l'organisme Quatre-Saisons, emploi qu'il avait obtenu alors qu'il était encore à Pinel. Ce fut en fait son premier emploi. Cet organisme qui embauche des gens vivant avec des problèmes psychiatriques, prépare et distribue des repas pour les Résidences Fleurie. Benoît n'exclut pas un retour dans sa ville natale, Sainte-Jovite, mais il craint qu'il n'aurait pas les services et le support dont il bénéficie à Montréal. Il apprécie son lieu de résidence actuel, mais a vu plusieurs colocataires se faire hospitaliser, puisque trop instables. Ces événements sont pour lui des rappels de l'importance de respecter les directives de son équipe traitante.

Serge m'explique que suite à un délit qu'il a commis, il fut envoyé à Pinel pour être soumis à une expertise psychiatrique. Le psychiatre l'a jugé «non responsable pour cause de maladie mentale», et il y demeura environ cinq ans. Initialement, il ne voulait pas quitter l'endroit, il y était même confortable. Au cours de son hospitalisation, il participa à plusieurs activités, entre autre des sketches, dans le cadre d'un cours visant à gérer ses émotions et à formuler adéquatement des demandes. Progressivement, on a autorisé des sorties, des congés d'essais de parfois plusieurs semaines, pour favoriser sa réintégration sociale. Toutefois il m'explique qu'il retombait malade, et devait retourner à Pinel. Il est présentement vice-président du comité des usagers à Pinel, depuis de nombreuses années. Il fait maintenant de l'impro, à l'Alternative, organisme offrant diverses activités pour gens en santé mentale. Les mises en situation de Pinel ont ainsi fait naître chez lui le goût de s'exprimer de manière créative et d'émouvoir ses amis à travers ce type d'activité.

Arthur a commis un matricide il y a plusieurs années. Après plus de trois ans dans un hôpital psychiatrique des Laurentides, il fut transféré à l'institut Philippe Pinel, où il demeura quatre ans. Vers la fin de son hospitalisation, des sorties lui étaient permises. Il a pu se familiariser avec Montréal, qu'il ne connaissait pas. Il a découvert le métro, mais utilise maintenant surtout sa voiture. Il a ensuite logé deux ans en foyer de groupe, à l'Interval, pour enfin vivre en collocation dans un appartement supervisé des Résidences Fleurie. Son désir sincère est de pouvoir progressivement rétablir un lien avec les membres de sa famille, avec qui il n'a plus de contact depuis le tragique événement.

Élisabeth, dans la quarantaine, a été hospitalisée en psychiatrie alors qu'elle avait 17 ans. Elle a depuis eu un parcours sinueux, passant à plusieurs reprises d'un milieu carcéral à un milieu psychiatrique : «j'allais en psychiatrie, pis un coup que j'étais comme stabilisée ou tsé, des affaires de même, ils me retournaient en prison». Elle passa 14 ans en Ontario à la Prison pour Femmes, puis revint au Québec en 1999. Depuis, elle a été hospitalisée à Pinel, Joliette, Ste-Anne-des-Plaines, pour enfin se voir accorder une place à l'organisme Thérèse-Casgrain, où elle m'a reçu. Elle y demeure depuis 15 mois, son plus long séjour hors d'un hôpital. Comme pour d'autres personnes interrogées, son passage de Pinel à ici fut graduel. Elle venait ici une journée par semaine, puis deux, puis quatre, ce qui a facilité son intégration au milieu. Élisabeth m'explique qu'elle a une «sentence vie», donc elle doit vivre avec un encadrement constant et des contraintes légales nombreuses.

Lucie se souvient avoir eu au cours de sa vie entre dix et quinze hospitalisations, dans divers hôpitaux du Québec et de l'Ontario. À 18 ans, une psychose maniaco-dépressive mena à sa première hospitalisation. Elle reconnaît que les soins les plus bénéfiques qu'elle a reçus furent à l'institut Philippe Pinel : «C'est là que... que j'ai commencé à gagner plus de stabilité.» Maintenant au Jalon, elle tente d'acquiescer une

plus grande autonomie, le sentiment qu'elle peut combler ses besoins par elle-même et qu'elle sait gérer ses émotions. Ce projet se dessine en sachant qu'elle peut compter sur le support des intervenants présents et de son équipe traitante. Son projet : pouvoir déménager en appartement autonome pour vivre avec son copain.

## 6.2 Définitions attribuées à des concepts-clés

Les huit personnes rencontrées ont chacune élaboré sur leur façon de concevoir et de vivre la désinstitutionnalisation, l'exclusion sociale, l'intégration sociale et enfin le développement d'un pouvoir d'agir sur leur vie. Avers de définitions sémantiques, ils ont d'avantage articulé leur pensée en contextualisant leurs propos, relatant comment ils vivent chacun de ces thèmes. Ils sont ici présentés dans l'ordre où ces personnes font souvent face aux concepts discutés : le départ (souvent graduel) du milieu institutionnel, le sentiment d'être exclu de ses proches et de ne pouvoir bénéficier des mêmes opportunités sociales et économiques qu'autrui, l'intégration progressive à travers divers occupations oisives et professionnelles, et enfin sentir que l'on reprend, ou que se dessine l'opportunité de reprendre, du pouvoir sur sa vie.

### 6.2.1 La désinstitutionnalisation : *il y a toujours un fil*

Ce qui frappe quand on compare les propos des participants, c'est qu'ils sont presque unanimes à soulever que leur désinstitutionnalisation, même si bien réelle, s'accomplit progressivement, et demeure limitée. Cette *désins* se vit beaucoup plus comme un cheminement que comme un résultat, ou un objectif entièrement atteint. Plusieurs admettent même qu'il fut laborieux de quitter et de se défaire de l'institution psychiatrique :

Susie : Pour moi aller dehors, c'était comme...comme si on me donnait une sentence, de prison.

Moi : la sentence c'était d'aller dehors.

Susie : oui, c'est comme si on me donnait une sentence à vie, dehors. J'étais rendue

tellement malade là, ça allait tellement «pas ben», que pour moi, aller dehors, c'était comme si on me donnait une sentence à vie, dans la société. Ceux avec qui je vivais, soit à l'hôpital, ou soit en prison, ces gens là j'avais pas peur d'eux autres parce que je connaissais tous leur délits.

Le milieu psychiatrique, aussi encadrant soit-il, est devenu familier et sécurisant pour Susie, qui a dû petit à petit se défaire de cet environnement. Le milieu carcéral ou psychiatrique paraîtra austère pour la majorité, mais face à de longs séjours dans ces environnements, la personne est prise malgré elle dans une désaffiliation sociale, et en vient souvent à craindre l'extérieur, peut-être parfois autant que l'extérieur la craint. Élisabeth et Susie reconnaissent même avoir commis des délits pour être réhospitalisées :

Élisabeth : À moment donné, je sais qui a des fois que j'étais plus capable. J'voulais pas m'aider, pis je n'étais pas aidée, pis j'devenais très agressive verbalement. J'étais menaçante, toute ça. Pis j'leur disais : « Ah, je retourne en-dedans pis j'vais faire le max... ». Parce que j'ai fait 16 ans en ligne à Kingston. Pis ça, c'est le maximum, tsé. Mais à Joliette, au max, c'est rien comparé mais, y'ont jamais voulu me renvoyée au max. J'ai fait des affaires. Y'a juste une fois où ils m'ont renvoyée à Ste-Anne-des-Plaines. J'ai fait quelque chose pour aller à Ste-Anne-des-Plaines mais...

Moi : Ok. Vous avez déjà fait de quoi pour pouvoir retourner en prison.

Élisabeth : Oui. Mais là, j'sens plus ça.

C'est une des facettes du syndrome de la porte tournante : se laisser dépérir puisque laissé à eux-mêmes, ou parfois chercher à tout prix à éviter les responsabilités et les dangers potentiels qui viennent avec la liberté, en commettant de nouveaux gestes répréhensibles. Serge a vécu une situation similaire et a bénéficié d'un départ progressif de Pinel : «Parce que moi quand ils ont voulu me sortir de l'institut, je ne voulais pas. Donc, ils l'ont fait mais graduellement : «on va t'essayer trois jours.» Cette façon de procéder lui fut salutaire, puisque ce fut une réadaptation graduelle, un moyen de se refamiliariser avec l'extérieur, tout en permettant bien sûr à cet extérieur de se refamiliariser avec lui.

À écouter le vécu des participants, il est courant que l'Institut Philippe Pinel favorise une désinstitutionalisation progressive, pour que la personne se réaccoutume avec un

milieu normalisant, et se détache progressivement du milieu institutionnel. Des sections de cette prison psychiatrique (le H1 et H2) sont spécifiquement conçues pour permettre d'avoir «un pied dehors» : vaquer à des occupations académiques, oisives et parfois professionnelles ou encore faire un séjour d'essais dans un foyer de groupe, comme pour Serge, dans le cadre d'un projet de réintégration sociale. Cette approche permet entre autre de ne pas précipiter une fermeture de lit, en cas de rechute. À ce sujet, celui-ci ajoute :

Serge : Parce qu'ils jugeaient que j'étais apte à retourner, que je n'étais pas dangereux pour moi-même puis, que je n'étais pas dangereux pour autrui. Il m'on fait faire des, une réinsertion graduelle Mais... ça donnait que je tombais malade après quelques mois.

Moi : Ah, quelques mois. Comme à l'extérieur de Pinel, comme dans l'une de ses ressources. Donc il fallait revenir.

Serge : C'est ça. Comme ici, j'ai déjà été deux fois hospitalisé puis je suis revenu ici. Ils ont gardé ma place.

Pour plusieurs, c'est donc au sein même de l'hôpital psychiatrique que la désinstitutionnalisation a débuté. Benoît a commencé à travailler dans les cuisines de l'organisme Quatre Saisons alors qu'il était encore hospitalisé. Il admet que ce fut même sa première expérience de travail. Il apprécie l'expérience de travail, et l'opportunité de socialiser. Toutefois Benoît ne croit pas être vraiment désinstitutionnalisé. Son suivi avec son psychiatre demeure présent, tout comme la prise quotidienne de médication. C'est moins pire qu'être à Pinel, explique t'il, «mais je serai tout le temps un peu rattaché quand même.» Benoît verbalise ainsi sa désinstitutionnalisation, accomplie à travers une transinstitutionnalisation dont il est conscient : sortir des murs de l'hôpital ne veut pas dire se défaire de l'hôpital et des attentes de son équipe traitante. Le suivi médical et clinique, dans un environnement contrôlé (l'appartement supervisé) persiste.

Christian abonde dans le même sens. Lorsqu'on investigate sa perception de la désinstitutionnalisation, il explique «qu'il y a toujours un fil», un lien avec le milieu

psychiatrique. Il est libre de vaquer à ses occupations, mais il sait trop bien ce qu'on attend de lui, en ce qui concerne entre autre son suivi médical : «ben il y a toujours un fil, ben comment je peux te dire ça...Si j'arrêtais de prendre ma médication, tsé ? Ça prendrait juste un coup de téléphone au médecin puis le médecin contacterait le criminologue, puis le criminologue contacterait un juge, puis il me forcerait à rentrer à l'hôpital.» Christian connaît donc bien la séquence d'événements qui le ramèneraient à l'hôpital psychiatrique. Il estime qu'il revient à lui d'éviter une telle situation : suivre sa routine (bien se nourrir, se laver, tenir l'appartement en ordre, aller à ses activités) est alors, de son propre aveu, un facteur de protection contre la rechute, et conséquemment une partie importante de ce cette désinstitutionnalisation. Cette nouvelle hygiène de vie est un but partagé par l'ensemble des résidents. Cynthia et Lucie, par exemple, entendent maintenir leur abstinence aux drogues. Pour Lucie, être désinstitutionnalisée c'est aussi ne pas être réhospitalisée dès que ça va moins bien : les intervenants peuvent lui fournir une médication qui l'aidera à gérer sa situation. Ceci nous ramène au début du présent ouvrage : la «désins» s'opère entre autre par le transfert du psychiatrique dans le communautaire, via un suivi pharmacologique par les intervenants, qui doivent prévenir les réhospitalisations de leurs résidents. C'est la résultante de la préséance des visées cliniques et des contraintes budgétaires, tel que présenté dans le PASM 2005-2010 (p.14) : «La hiérarchisation des services vise à offrir le bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit.»

Susie, en fin d'entrevue, offre un message d'espoir qui rend bien compte de la possibilité de se défaire de «l'attachement» à l'hôpital, et de développer un lien plus sain avec son nouveau lieu de résidence :

Ah je peux dire quelque chose : même si des personnes sont institutionnalisées depuis des années, ça se peut la désinstitutionnalisation. Ça existe. Moi je pensais que je serais toute ma vie institutionnalisée. Je pensais jamais que je serais capable de me désinstitutionnaliser. Et je suis vraiment désinstitutionnalisée. Je suis là...je suis capable de retourner là, sauf que je me suis attachée au Jalon, mais c'est pas la même chose. C'est pas une institution. C'est du communautaire, pi c'est dans la société le

communautaire.

L'attachement au Jalon, son actuel lieu de résidence, le développement de liens significatifs avec les intervenant(e)s et résident(e)s qui y demeurent, lui permettent donc de conclure qu'elle peut se définir en dehors des murs de l'hôpital. Comme quoi la *désins* n'est pas tant de quitter l'hôpital psychiatrique, mais ultimement de ne plus s'y identifier, et dès lors de développer de nouveaux liens d'appartenance.

### 6.2.2 L'exclusion sociale : *le M dans le front*

Chacun des huit participants vit avec le fardeau de la stigmatisation, et présente de façon éloquente les efforts mis en œuvre pour se définir au delà des préjugés qu'on leur lance et qu'ils ont intégré, avant pendant et même après leur période d'institutionnalisation. Tous m'ont parlé en détail de leurs difficultés à reprendre une place dans la société et même à sentir qu'ils ont ce qu'il faut pour reprendre cette place. La peur d'être jugé et d'être mis à part est vécue de maintes façons. Susie explique que certains termes, au Jalon, sont tabous : «On dit pas le mot Pinel, on dit pas ces mots là. On dit tout le temps «tsé le mot qu'il faut pas dire là, ben on va là demain». Serge abonde dans le même sens, et souligne que les médias peuvent renforcer la perception aliénante qu'ont les gens de la maladie mentale : «Parce que...c'est tabou encore dans la société, puisque quand on parle de l'Institut Pinel aux médias, j'écoute beaucoup les médias, c'est toujours des personnes qui ont tué quinze personnes qui se retrouvent là bas...c'est pas tout le monde qui sont à l'Institut là...» La peur d'être jugé peut être renforcée par des gens ayant également des problèmes similaires. Ainsi Susie se dit déçue que des résidentes l'incitent régulièrement à se chercher un appartement, à travailler. On lui demande ce qu'elle attend, pour mettre en œuvre ce qu'on croit qu'elle se doit d'accomplir. Cette pression normative l'affecte et lui donne le sentiment de ne pas être comprise par ses pairs :

Il y a des fois, il y a des années qu'ils me disent...«qu'est ce que t'attends pour t'en aller ? Va t'en en appartement, trouve toi une job, fais ci, fait ça...» Eux autres même

ils travaillent même pas, ils me disent ça, pi, ils me disent...eux autres même ils ont de la misère à faire ce qu'ils me demandent.

Il en fut déjà question, les personnes logeant au Jalon ont eux aussi intégré les normes sociales de rendement et d'autonomie, avant de vivre la judiciarisation et le monde de la psychiatrie. Malgré leur situation socioéconomique précaire, ils peuvent verbaliser ces attentes envers autrui sans tenir compte du cheminement de la personne, de sa réalité et de ses objectifs personnels.

L'exclusion sociale est aussi palpable dans plusieurs sphères de la vie de Christian, même si nuancée et parfois subtile. Au niveau du travail, il fut confronté aux réticences des employeurs à l'embaucher. Les trous d'absence dans son c.v. causés par ses périodes en milieu carcéral et psychiatrique, font en sorte qu'après avoir postulé à environ cinquante endroits, il n'a reçu aucune réponse favorable. Lors d'entrevues, il choisi de justifier ces «trous» en disant qu'il a eu un *burnout* : une cause plus facilement acceptée, puisqu'elle souligne que ce serait le résultat d'un investissement excessif dans son travail qui l'a amené à arrêter. Rappelons toutefois que toute personne a accès au plumentif d'un candidat, rendant ces mensonges quelque peu inutiles, voir contre productif. Le poids de la norme d'employabilité dont nous avons déjà parlé est aussi palpable chez Susie, qui s'en veut de ne pouvoir répondre aux normes de la société à cet égard :

Là t'as peur de perdre ton emploi, puis t'as peur que l'argent rentre plus...les gros stress je suis plus capable de vivre ça. De ce côté-là je suis pas, bien, sociale...je suis pas socialisée de ce côté-là. Je me trouve pas fière de moi, j'aurais aimé avoir ce côté-là, que je serais capable de travailler comme les autres, puis d'avoir un vrai travail.

Nous voyons ici les constats soulevés par Dorvil et al. (1997), à savoir que l'occupation a une composante thérapeutique qui favorise le rétablissement de la personne. Pour ces personnes, l'absence d'une occupation structurée, telle qu'un emploi, a les conséquences inverses et est une cause de déliaison sociale et de faible estime de soi. Comme l'explique Dubet (2004), l'intégration sociale est maintenant

synonyme de mobilisation et non de sédentarité professionnelle ou résidentielle : Susie se persécute, pour se qu'elle estime être de l'inertie et même de la paresse.

Pour plusieurs, l'incompréhension et le rejet de la famille sont des éléments durs à gérer, qui témoignent d'une part des craintes de celle-ci face aux agirs de la personne, et d'autre part du désir qu'entretient la personne de reprendre son rôle au sein de l'unité familiale. Pour Christian, la peur d'être exclu par sa famille l'amène régulièrement à ne pas dire toute la vérité, et à dire ce que les autres veulent bien entendre :

Moi je reçois de la régie des rentes, le gros de mon chèque c'est de la régie des rentes. La RRQ pour l'invalidité, mais je reçois une petite portion de Bien-être pis quand ça vient à mon frère, ou même mon fils, ben «c'est des lâches, ils veulent pas travailler», tsé. Moi je leur dit que je reçois de la régie des rentes, mais je leur dit pas que je reçois du Bien-être social.

On voit donc que la famille de Christian, du moins certains membres, véhiculent des idées préconçues qui l'atteignent et l'amènent à présenter une image incomplète de qui il est et de ce qu'il vit. Face à ces propos, il s'efforce d'éviter la stigmatisation en étant soucieux de ce qu'il dit et en préférant parfois même l'anonymat :

Parce que la famille comprend un peu, mais... en tout cas je le dit pas à tout le monde. Je rencontre quelqu'un de nouveau, je lui dis pas que je suis schizophrène paranoïde, parce que c'est comme un gros «M» dans le front : t'es malade. Puis là c'est gênant. Je vais à l'Échelon, je vais à l'Alternative, tsé c'est des centres de jour, mais tsé... il y a rien de pire que je rencontre quelqu'un dans l'autobus puis «Ah! C'est quand la dernière fois que tu es allé à Pinel ?»

Christian présente ici qu'il a intégré les normes sociales de la réussite, du stigmatisme de la maladie mentale, de ce qui est jugé convenable et normal d'avoir comme mode de vie. La normalité est un thème qui revient à plusieurs reprises dans ses propos : avant son hospitalisation, il se croyait normal. Le sous-entendu étant ici qu'il ne s'estime plus l'être aujourd'hui. Parallèlement, Lucie, lorsqu'on lui a présenté qu'elle devrait composer avec la psychiatrie pour le restant de ses jours, reconnaît qu'elle a eu peur que son avenir «s'arrête là», qu'elle n'ait plus accès aux mêmes sources de bonheur et de développement personnel accessibles aux autres : «Ben, j'avais peur de perdre ma

fierté. Pis de pas pouvoir, euh... De pas pouvoir travailler, pis avoir des amis, pis avoir une carrière. Avoir un mari, des enfants. Avoir de la joie, un p'tit peu, à tous les jours. Parce que ça faisait longtemps que j'avais pas eu quelques moments joyeux». C'est un réel processus de deuil qui s'enclenche, un deuil d'une vie normale, et une dépréciation de soi nourrie en partie par l'incompréhension et les préjugés de l'entourage.

Arthur, qui a tué sa mère alors qu'il était en psychose, compose avec le fait que sa famille a coupé tous liens avec lui depuis l'événement. Les invitations de son travailleur social à leur présenter la réalité d'Arthur sont demeurées lettre morte. Arthur comprend leur réticence, mais ne perd toutefois pas espoir de rétablir un lien avec eux. Pour Serge, l'acceptation de la famille se fait lentement : «Ils venaient me voir en visite, quand j'ai été hospitalisé. Au début ils avaient de la misère à accepter ça, ils venaient me voir et ils trouvaient ça triste.» Les liens familiaux des autres participants sont dans l'ensemble précaires. Pourtant, nous l'avons déjà souligné, un des objectifs du SIV est en fait de soutenir la famille et de contrer la stigmatisation. Plusieurs participants m'assurent que leur travailleur social, ou leur criminologue, agissent comme intermédiaire avec la famille du sujet. Ceci n'empêche pas, comme Christian l'a démontré, qu'il faut malencontreusement s'ajuster aux préjugés de la famille, et choisir ce qu'on leur dévoilera, pour que celle-ci nous fasse petit-à-petit une place.

Il fut déjà question d'auto-exclusion, phénomène selon lequel «L'individu stigmatisé comprend tellement bien le jeu des normes dominantes qu'il s'exclut lui-même en épargnant aux normaux l'odieux de la sentence exclusive» (Dorvil et al., 1994, p.726). Ce phénomène fait partie de la réalité de plusieurs des personnes interrogées. Pour Susie, ne pouvoir jouer un rôle actif dans le domaine de l'emploi est une cause claire d'auto-dépréciation. Elle se remémore avec nostalgie le travail qu'elle a eut dans une cafétéria, et s'en veut de ne pouvoir actuellement travailler, à cause de sa santé

physique précaire :

Je suis désinstitutionnalisée, mais pas au complet. Comme, aller travailler, aller avoir un travail, tout ça, c'est trop de pression pour moi, ça me rendrait malade, je l'ai essayé, c'est trop de pression ça me rendrait malade. Je deviens malade, je suis pas capable d'être comme tout le monde en société, pas parce que je suis une paresseuse.

Comme d'autres, Susie évalue sa valeur à travers la norme d'employabilité. Nous l'avons souligné, Christian dissimule une partie de sa réalité à sa famille : il épargne à ses proches l'odieux de sa réalité en n'étant pas authentique et franc envers eux. Le mensonge est pour lui le prix de son intégration familiale. Certains reconnaissent volontiers leur auto-exclusion : Élisabeth explique que c'est elle-même qui se «met les barrières». En effet les cicatrices de ses comportements passés d'auto-mutilation l'amènent à éviter certaines activités qu'elle aimerait pourtant avoir :

Élisabeth : Je sais, j'ai toutes les bras cicatrisés, toute ça, à cause de mes coupures, mais tsé, à tous les étés, c'est un gros gros stress pour moi tsé, de montrer mes bras, tsé. Pis euh, souvent, je vais me mettre des manches longues. Tsé, j'ai peur que quelqu'un me critique ou que quelqu'un m'envoie une mauvaise remarque. Je suis sensible là-dessus.

Moi : Ben oui... Vous vous êtes déjà empêchée d'y aller, peut-être, à cause de ça ?

Élisabeth : Oui... manque de courage, je sais pas.

Christian a vécu une situation très similaire lors de ses cours en soudure qu'il prenait alors qu'il était encore à Pinel et que des sorties lui étaient accordées. Autant il tenait à prendre sa médication, il dû la prendre en cachette pour ne pas être pointé du doigt. D'autre part, il n'a pu s'intégrer au groupe en classe et développer des amitiés autant qu'il le souhaitait :

Mais les personnes là-bas ils me donnaient ma médication de 21 :00... fait que là je la prenais en cachette. Je voulais pas que les gars du cours sachent que je m'en venais de Pinel tsé ? Là je prenais en cachette. À un moment donné les gars ils disent : «on va aller prendre une bière à la brasserie». Tsé avec la médication... C'est ça fait que là je trouvais des excuses là...

Tout comme Christian, Serge admet que déménager en appartement autonome est inquiétant, car ils ne bénéficieraient plus d'un support d'intervenants ou de la présence de voisins ayant également un passé psychiatrique : la peur de l'isolement,

de retomber malade et de progressivement s'auto-exclure les incitent à demeurer en appartement supervisé. Serge précise : «C'est ça mais déménager d'ici pour aller dans un autre appartement à quelque part à Montréal, je ne sais pas, je n'aurais peut être pas de soutien, je serais comme un peu isolé... L'isolement c'est néfaste, parce que je suis porté à rentrer dans mon monde. » Cette peur de s'exclure contraste avec le réflexe de plusieurs de se mettre volontairement à part du groupe, d'éviter la stigmatisation. Nous constatons tout de même une crainte généralisée d'être pointé du doigt, jumelé à un désir non pas d'être ignoré mais de passer inaperçu, d'être perçu et de se percevoir comme normal.

### 6.2.3 L'intégration sociale : *une nouvelle chance (et son prix)*

Cynthia conçoit l'intégration sociale d'une façon que plusieurs partagent : une nouvelle chance de recommencer sa vie, d'être sur le droit chemin, «pi de plus faire les même erreurs qu'on a faite, parce qu'on a payé pour.» Cet impératif de travailler sur soi, et de saisir cette opportunité de repartir à neuf est clairement évoqué par plusieurs participants, et reflète les observations d'Otero, Poupart et Spielvoege (2004) : les normes d'autonomie et de libre arbitre sont présentes en filigranes dans le discours de chacune des personnes rencontrées. Chacun reconnaît devoir se refaire une place en société, et admet être responsable de cette entreprise. On constate également que des compromis sont à faire pour atteindre des objectifs corollaires à l'intégration sociale, que ce soit se faire à nouveau accepter par la famille, ne pas perdre ses acquis tant matériels que sociaux, ou ne pas retomber malade.

Christian perçoit l'intégration sociale comme un choix qui est d'abord le sien, et qui exige essentiellement des efforts de sa part. Ceux-ci prennent souvent l'allure d'un compromis, d'un choix qui a ses pous et contres. La crainte d'être identifié comme «malade mental», la peur de se déstabiliser et de voir le passé se répéter, l'incitent à poursuivre son traitement médical, et à être à l'écoute des observations de son équipe

traitante :

Mais mon but c'est d'essayer de suivre mon plan de traitement, pi essayer de voir les symptômes avant qu'ils apparaissent parce que, quand tu tombes malade, comment je peux te dire ça, ça arrive tranquillement, c'est pas comme un coup de masse. Tsé tu commences à entendre des voix, des hallucinations, tu crois que c'est vrai là! Tu te vois pas tomber malade. C'est les gens autour : les intervenants, pi l'équipe qui te dit «ok Christian, tu files moins bien c'est peut-être le temps de rentrer à l'hôpital.

Il devient clair que pour Christian choisir l'intégration sociale, c'est instaurer une relation de confiance avec les divers professionnels qui l'entourent, et maintenir une continuelle vigilance. Ce choix devient un compromis quand on réalise qu'il a son prix : la prise de médication à vie, les effets secondaires qui s'en suivent, que ce soit une perte de libido, la fatigue, la déshydratation. Christian assume toutefois ce choix, qu'il estime ne pas lui être imposé : «Mais comment je pourrais te dire ça, j'aime mieux vivre avec les effets secondaires, que de retomber malade. Parce que quand je suis retombé malade, j'ai fait peur à ma femme, à mon ex.» La crainte d'effrayer son entourage, puis d'être rejeté par sa famille, d'être le «mouton noir», le motive à poursuivre sur cette lancée. Susie évoque aussi l'importance du suivi psychiatrique dans sa capacité de développer et d'entretenir plus aisément des relations avec ses pairs : « (depuis la prise de clozaril) je suis mieux dans ma tête, les idées se placent mieux. Avant ça roulait vite vite vite. Je suis capable de parler avec le monde maintenant, pi de savoir qu'est ce que je dis sans être mélangée». La capacité de pouvoir plus aisément s'exprimer est un atout que Susie reconnaît et apprécie.

L'implication de Serge dans le comité des usagers de Pinel est une des opportunités d'avoir un rôle spécifique, de représenter un groupe de personnes comptant sur lui pour que leurs droits et attentes soient entendues. C'est le paradoxe de son parcours : s'affranchir du milieu psychiatrique en y demeurant impliqué, en favorisant le développement de meilleurs soins promulgués aux patients y demeurant. C'est une source de valorisation auquel il tient énormément : « Si j'étais pas apprécié dans un de ces lieux là, je pense que j'arrêteraient d'investir dans ce secteur là. J'ai jamais été déçu

jusqu'à maintenant.» Demeurant en résidence, il partage des espaces communs avec des gens qui ont des difficultés de socialisation diverses et parfois importantes. Il reconnaît que s'intégrer à un groupe, c'est également être à l'écoute de l'autre et de où il est rendu dans son cheminement :

Moi : Fait que des fois l'intégration sociale, un obstacle, ça peut être les limites des autres.

Serge : C'est ça.

Moi : Pi le fait que, ils ne sont pas rendus à la même place.

Serge : On n'a pas toute réglé nous autres aussi, on a tous nos faiblesse aussi. C'est pour ça que je te disais que des fois, un entourage ça te fait voir le reflet de toi-même des fois.

Serge évoque ici le reflet de difficultés qu'il a déjà eu, et d'acquis qu'il a fait sien. Il évite de juger autrui et estime que chacun s'adapte à son rythme. Lucie reconnaît également l'impératif de respecter l'autre pour être respectée elle-même, et ce alors qu'elle était encore hospitalisée : «Sans être bonnie bonnie là, j'me disais, c'est du monde humain, pis moi, j'suis une personne humaine. Pis j'avais d'la chaleur humaine pour eux autres.» Elle a su faire preuve de d'empathie et constater les bienfaits d'une réciprocité dans ses relations. Elle verbalise toutefois qu'elle doit d'abord compter sur elle pour arriver à ses fins. Elle se dit autonome, mais admet que l'intégration sociale, c'est une entreprise qui nécessite du support et un encadrement :

L'intégration sociale ça veut dire combler ses besoins par soi-même le mieux possible. Avoir l'aide requise, c'est bon. Pis pouvoir être autonome, dans la mesure du possible. Pis avoir des gens de confiance autour de soi. Comme ici. J'ai un bon réseau, j'ai un intervenant, un psychologue, un psychiatre, pis un travailleur social. Je sais que j'suis pas toute seule.

Lucie soulève ici le *modus vivendi* de l'intégration sociale, la règle intériorisée par tous et toutes, c'est que s'intégrer, c'est, sans être isolée bien sûr, travailler sur soi et compter d'abord sur soi, tout en ayant un capital social solide. Les témoignages rendant compte de ce principe sont nombreux. Serge, par son implication dans divers comités, et son goût pour l'impro, explique que c'est bien ses efforts personnels qui lui ont permis de reprendre une place progressive au sein de sa communauté. Il a

travaillé sur divers aspects de sa personne, et s'est reforcé une image de soi avec laquelle il peut composer : «Ah bien, c'est d'avoir travaillé des choses dans ta personnalité, à gérer ton stress, à gérer ta colère... j'ai eu beaucoup de cours d'expressions des sentiments, parce que moi je suis classé comme schizophrène affectif, c'est moins pire qu'un schizophrène tout court.» S'intégrer n'est donc pas pour lui (et pour plusieurs autres) demander de l'assistance, ou convaincre autrui de nous accorder une nouvelle chance. C'est s'efforcer, avec ou sans support, de corriger nos lacunes, de trouver les outils nécessaires pour être socialement fonctionnel et accepté. Benoît lui, reconnaît que ce n'est pas seulement pour les sous qu'il travaille dans les cuisines de Quatre Saisons. C'est aussi pour se prouver qu'il est à la hauteur de ses attentes et de celle des autres : «Parce que je demande rien aux autres, c'est à moi que j'en demande. Si je suis capable, tant mieux là...parce que ça fait beaucoup : le travail, l'entraînement, l'épicerie, tout ce que tu fais dans un appart ordinaire.» Voilà un terme souvent relié à celui d'intégration social : être ordinaire, être normal, même si on sent que c'est exigeant comme rythme de vie.

Ce sentiment de normalité est souvent obtenu ou du moins recherché en réintégrant le marché du travail, même si ce travail est octroyé par un organisme exclusivement pour gens psychiatisés, tel que dans le cas de Benoît, qui est assistant-cuisinier. Satisfait de son emploi, il aimerait toutefois plus d'encouragements de ses supérieurs, «une petite claque sur l'épaule», une reconnaissance qui va au-delà de son maigre salaire. Cet emploi et ses autres activités lui permettent de sentir qu'il a repris une place en société : «Je pense que j'ai une place raisonnable dans la société. Ouais, tsé pas en bas de la moyenne, pas au dessus de la moyenne non plus, juste ma place.» Plusieurs sont poussés par une intention d'aider autrui, de partager leur connaissance expérientielle. C'est le cas de Christian, qui aimerait faire du bénévolat, dans un esprit de réciprocité :

Ben tsé, moi il y a des gens qui m'ont aidé. Pi j'aimerais retourner, remettre, aider à d'autres personnes si je peux. Si je peux aider un jeune, comment je peux te dire ça, moi j'ai déjà consommé, la drogue toute ça, j'ai passé à travers. Si je peux l'aider d'une

manière ou d'une autre, ou même un adulte, whatever... tsé, tu le vois que t'aides quelqu'un, même si je suis un petit peu...tsé en tout cas...je suis malade schizophrène paranoi...

L'intériorisation du stigma de la maladie mentale n'est pas, heureusement, toujours un frein au projet d'altruisme et de bienveillance envers autrui. Le désir d'aider est même partagé par plusieurs. Élisabeth souligne qu'avec un revenu additionnel, elle pourrait se gêter. Toutefois l'opportunité d'aider bénévolement l'attire aussi. Il en va de même pour Lucie, qui estime que faire du bénévolat n'apporte pas le même stress que le travail peut engendrer : le rythme de travail et les attentes ne sont souvent pas les mêmes et si le prix d'une intégration professionnelle est sa santé, elle préfère s'abstenir.

Un élément connexe, également souligné par Otero, Poupart et Spielvoge (2004), est que les moyens que ces gens se donnent pour maintenir le cap vers une intégration sociale optimale sont autant de façon de se protéger, d'éviter de reprendre des activités qui auraient comme conséquences une fragilisation psychique et émotionnelle et un retour à l'hôpital. Nous avons déjà mentionné dans le volet *désinstitutionalisation* que Christian tient à maintenir une hygiène de vie contribuant à une bonne santé mentale. Ces occupations sont des moyens de demeurer en santé. Si ce rythme de vie était modifié, il juge que sa santé mentale en souffrirait. Après une hospitalisation en psychiatrie, «t'as besoin d'intégration sociale», explique Arthur. Autant il estime que, maintenant en appartement supervisé, son intégration sociale est accomplie, il juge que celle-ci est un processus qui se fait par intervalles, de l'hôpital au foyer de groupe, puis de celui-ci à l'appartement supervisé. Il reconnaît à mi-mots que ses diverses occupations, ses opportunités de socialiser, le gardent à l'abri d'un isolement non souhaité : «Ben comment ça m'aide ? Ça m'a fait sortir d'la maison. J'me promène. Ça m'a fait sortir d'la maison. Pas toujours rester ici. Pis euh... J'rencontre du monde.» Benoît présente des propos semblables, en soulevant que travailler c'est, au-delà d'un humble revenu, l'opportunité de «voir du

monde, c'est toute du monde comme moi, qui ont un suivi psychiatrique. Qui ont eu des problèmes en étant plus jeune.» Un sentiment d'appartenance semble donc se développer avec son milieu de travail. Cynthia, supportée par son copain, évite de retomber dans la drogue, sachant où ça l'a mené : l'intégration est un amalgame de comportements à avoir et de comportements à éviter. Elle concrétise son intégration sociale en choisissant ses sources de support, qui dans son cas ne sont pas au travail mais dans sa vie intime. Tels les deux côtés d'une même pièce de monnaie, l'intégration et l'exclusion sont indissociables : l'une permet de se distancer de l'autre. Ceci nous renvoie aux observations de Strimelle et Poupart (2004) : le travail est un facteur de protection, une façon de ne pas retourner vers des comportements répréhensibles, et d'être à nouveau exclu des réseaux producteurs de la richesse et de la reconnaissance sociale. L'intégration sociale en est donc indissociable.

#### 6.2.4 Se réapproprier du pouvoir sur sa vie : *une liberté de penser, d'agir, de vivre.*

Cynthia résume ainsi sa perception d'une réappropriation du pouvoir d'agir : être libre de s'exprimer, d'agir comme il lui semble et surtout de vivre, de concevoir une existence qui n'est pas strictement définie par un passé ténébreux, mais également par un présent valorisant et plusieurs projets stimulants. Cette formule semble bien résumer les aspirations de la plupart des participants. Ce ne sont pas tous les participants qui jugent avoir repris ou même pouvoir reprendre du pouvoir sur leur vie. Plusieurs y croient tout de même, et c'est sans surprise qu'on réalise que pour ces personnes, ce pouvoir s'obtient en travaillant sur soi.

L'élément central qui ressort de la perception des participants lorsqu'interrogés sur cette question, c'est l'importance de s'inscrire dans des activités, soient-elles oisives ou professionnelles, qui sont valorisantes et reconnues par des gens impliquées dans celles-ci. Il est de plus impératif d'avoir le sentiment qu'on peut actualiser la définition de soi à travers de nouveaux paramètres occupationnels et relationnels.

Pour Arthur, qui travaille dans l'entretien ménager, cela signifie pouvoir subvenir lui-même à ses besoins à l'aide de son revenu. On voit également que la liberté de se déplacer librement joue une grande place dans son sentiment d'avoir un pouvoir croissant sur sa vie. C'est avec une fierté évidente qu'il m'explique avoir eu à se battre pour avoir à nouveau le droit de conduire :

Tsé, j'voulais devenir une personne autonome. Une personne... Comment j'dirais ça ? C'est, bon... Plus être sur mandat, être entièrement libre, là, j'suis entièrement libre. J'peux m'en aller où j'veux, où bon me semble. On a mené une lutte... Tsé là, j'me présentais avec un psychiatre, d'autres experts. À moment donné, y'ont comme pas eu l'choix de m'le donner (son permis de conduire). Bah ouais! Y me disaient que, c'était David contre Goliath, mais... Comme dans l'histoire, c'est David qui l'a remporté!

Arthur nous présente ici une victoire personnelle contre des personnes en autorité qui semblaient s'opposer au fait de le laisser à nouveau conduire. Son autonomie passe pour lui par la possibilité de pouvoir utiliser librement son véhicule. À un tel point que même s'il est en appartement supervisé avec l'encadrement que cela implique, il s'estime «totalement libre». Cynthia, elle, conçoit la prise de pouvoir sur sa vie à travers ses relations et ses diverses activités : pouvoir inviter son chum dans sa chambre, alors que lorsqu'elle est arrivée au Jalon ils pouvaient seulement se voir dans les pièces communes. Cette personne l'incite également à des meilleures habitudes de vie :

Cynthia : Les visites, la liberté, il m'amène au restaurant, il m'a présenter sa mère, il m'envoie des cadeaux, des gratteux par la poste, des fleurs, toute sorte de chose. Puis lui non plus il consomme plus là, six ans bientôt. Ça a fait six ans.

Moi : Ok lui aussi a déjà consommé. Ça vous fait quoi de voir que lui, comme vous, il fait le choix de plus consommer ?

Cynthia : Je trouve ça dure, parce que c'est à lui que j'en demandais!

Malgré une abstinence qui ne semble pas toujours aisée, Cynthia a donc choisi de suivre l'exemple positif d'une personne qui lui est proche. Elle se joint de plus à d'autres résidentes dans ses activités, qui se tiennent souvent à l'organisme l'Échelon. Plusieurs éléments l'encouragent à maintenir ce mode de vie : «La passe d'autobus est payée, parce que j'ai quatre activités. Je tiens mordicus à mes activités en

septembre. C'est que là j'anime (le bingo), mais je gagne pas souvent.» La prise de pouvoir sur sa vie provient ici de la présence de personnes significatives, d'incitatifs à maintenir une saine hygiène de vie et l'impression de contribuer aux activités qu'elle aime, dans ce cas-ci par l'animation. Pour sa part autant Lucie accepte devoir prendre sa médication, autant elle accorde beaucoup d'importance à la confiance qu'on a envers elle et l'autonomie qu'elle a acquise. Elle se rend maintenant seule à ses activités sans que ça lui soit une source de stress et elle prépare elle-même sa dosette de médication et se fixe des objectifs : «J'essaie de diminuer de fumer, ça aussi, c'est une manière d'être autonome. Prendre soin de sa santé. C'est tellement vaste, mais c'est simple, c'est des petites choses. » Point de vue médical, elle peut aussi choisir quand elle a besoin d'un médicament au besoin (PRN), comme un anxiolytique. Reprendre du pouvoir serait également, selon elle, de gérer ses revenus elle-même, sans devoir faire son budget avec un intervenant de la résidence. Elle évoque le désir de rétablir de bons liens avec sa famille, et de retrouver une bonne santé physique et mentale. Le point commun à ces éléments est le souhait d'être en contrôle de sa vie, de pouvoir faire des choix et d'avoir la santé pour les mettre en application.

Serge a toutefois une perception paradoxale de sa situation, et de sa façon de percevoir ce thème. Rappelons qu'il est vice-président du comité des usagers à Pinel depuis de nombreuses années, et a contribué au développement de cette organisation :

Puis avant on n'était pas équipé, au début le comité des usagers, personne ne savait ça voulait dire quoi, c'est quoi que ça mange en hiver. Mais avec le temps on s'est amené à se faire une équipe de travail. Puis maintenant on engage des gens un peu comme les autres hôpitaux le font déjà mais, nous autres on ne le faisait pas, on engage des gens à même notre salaire du un millième du pourcentage de Pinel. Puis depuis ce temps là, le comité des usagers ça dit quelque chose au gens qui sont à l'interne de Pinel autant des usagers que du personnel.

On peut lire dans ces mots l'importance d'être apprécié et reconnu dans ses fonctions, en tant que citoyen et non en tant que patient. Il affirme que ce rôle est fort valorisant, puisqu'il voit que les gens qui l'entourent lui font confiance. Malgré cette implication et cette reconnaissance des patients de l'institut Philippe Pinel, il ne croit

pas vraiment au concept de réappropriation d'un pouvoir sur sa vie : «Non, moi je ne crois pas que tu aies de pouvoir sur ce qui t'entoure, je pense plus que ce sont des choses qui te sont données. » Tout de même, selon la définition de ce concept que nous avons vue plus haut, Serge semble avoir repris un pouvoir important sur sa vie : implication dans divers organismes institutionnels et communautaires, reconnaissance de ses pairs, acquisition de moyens de gérer et d'exprimer ses sentiments, développement d'un capital social important. Son appréciation du concept ne semble toutefois pas lui permettre de s'attribuer le mérite du chemin qu'il a parcouru.

Ce que Serge souligne apprécier, c'est bien la confiance dont on lui fait preuve, qui l'incite à poursuivre sur sa lancée. Un signe important d'un sentiment de reprendre du pouvoir sur vie est la confiance qu'on développe envers nous-mêmes. À cet effet Benoît verbalise clairement compter sur soi pour atteindre ses objectifs : «Parce que je demandes rien aux autres, c'est à moi que j'en demande. Si je suis capable, tant mieux là...parce que ça fait beaucoup : le travail, l'entraînement, l'épicerie, tout ce que tu fais dans un appart ordinaire. » Cette confiance en soi est nourrie par le sentiment d'être autonome et de s'inscrire dans des comportements jugés sains et normaux. C'est également, comme pour plusieurs, l'injonction normative d'agir en son propre nom qui se concrétise.

Élisabeth, à l'instar de Serge, ne croit pas qu'elle puisse prendre du pouvoir sur sa vie. C'est toutefois une situation fort plus précaire qui détermine sa conception de ce terme : autant elle explique qu'il est important pour elle d'être «forte à tous les jours», autant elle aimerait développer des moyens de défoulement, de résolution de conflit, et de combattre ses peurs de sortir le soir :

Là, ici, comme, si y'é passé 8h00, 8h30, j'peux pas sortir dehors moi là, là. Là, si j'me pogne avec quelqu'un tsé, ou si quelqu'un m'énerve, tsé. Comme y'en a une, a me tombe pas mal sur les nerfs pis y'a rien que j'peux faire. J'peux pas m'en aller d'elle, tsé, elle est là, tsé. Pis comme, des fois, ça m'arrive, comme, le soir, j'ai aucun

moyen de défoulement, j'trouve. Faut que j'garde toute ça en-dedans.

Nous voyons là une situation où cette personne reconnaît qu'elle a besoin de support pour se sentir plus en contrôle de son environnement et d'elle-même. Elle admet son impuissance, exprime qu'elle est parfois «réellement proche du bord». Ce défaitisme avoué montre qu'Élisabeth n'est pas en position de prendre du pouvoir sur sa vie : «ça se fait pas, le dommage est fait», résume-t-elle. Comme l'a expliqué Putnam (1995), elle ne peut donc pas tirer profit d'un capital social qui permettrait de se forger une image positive de soi et d'avoir l'impression de pouvoir réussir à vivre et à se développer en dépit de l'adversité.

D'autres s'affairent à reprendre progressivement les divers rôles que la judiciarisation et la psychiatrisation leur avaient retirés. Le rôle que Christian joue au sein de sa famille est pour lui essentiel. Depuis qu'il a quitté Pinel, c'est pas à pas qu'il a pu réintégrer sa famille, autant dans son rôle de père, que celui de fils et de frère. Ce sentiment d'être à nouveau accepté par sa famille est une opportunité de reprendre du pouvoir sur sa vie, d'être reconnu par des gens qui lui sont chers : «Après ma sortie de l'hôpital, elle (son ex-conjointe) m'accepte plus. Pi ma famille i tout, ils voient que je vas mieux, ça fait quatre ans que je suis sorti de l'hôpital depuis mon hospitalisation. Là ils sont plus acceptants tsé...». Il y a donc une évaluation de sa situation pas seulement à un niveau médical, mais à un niveau relationnel : sa famille, malgré ses préjugés, l'accepte progressivement, lui refait une place, lui accorde un rôle dans celle-ci. C'est en quelque sorte une réintégration familiale qui s'opère. Il désire être disponible pour ses enfants, mais la distance qui les sépare, et le sentiment d'impuissance qui l'habite parfois, l'a amené à reconnaître le détachement qu'il doit faire à ce niveau, sans toutefois renier son rôle de père. Reprendre du pouvoir sur sa vie inclurait donc d'un côté reprendre un rôle que l'on avait avant d'être institutionnalisé et de l'autre mieux évaluer ce qui est en notre pouvoir et ce qui est actuellement hors de notre portée.

## 7.1 Appréciation des services institutionnels

Cette portion de l'analyse sera présentée avec la même considération chronologique que la précédente. Par conséquent, ces thèmes seront proposés en tenant compte de la réalité et de l'historicité des participants. On fera d'abord la lumière sur les diverses institutions carcérales et psychiatriques qu'ils ont connues. Nous le verrons sous peu, le regard que les participants portent sur le milieu carcéral fait consensus. Toutefois les opinions divergent beaucoup plus sur ce que les services psychiatriques leur ont apporté. Suivra l'analyse des organismes communautaires qui les assistent au niveau de l'hébergement, de leur suivi médical, de leurs activités et parfois de leur emploi. Enfin nous nous pencherons, au niveau des facteurs environnementaux, sur divers éléments qui jouent un rôle important dans leur cheminement. Il sera essentiellement question de leur réseau social, de leur logement, et de la présence d'un travail ou de bénévolat dans leur vie. Ces sujets sont entrelacés avec la présence des services communautaires et institutionnels, mais plusieurs éléments discutés ont rendu clair la pertinence d'aborder ces préoccupations dans cette tierce catégorie.

### 7.1.1 Les milieux carcéraux : *la jungle*

Les huit personnes interrogées ont chacune leur passé et leur perception des embuches qui se sont érigées devant elles. Une des expériences pénibles pour tous, c'est le goût amer laissé par le séjour, souvent bref, en milieu carcéral. Souvent bref puisque pour la plupart, la prison fut connue le temps d'être transféré dans un hôpital pour soins psychiatriques. D'autres, comme Elisabeth et Cynthia, ont passé de nombreuses années dans divers établissements carcéraux, qui dispensaient les soins psychiatriques requis. Même lorsque l'incarcération est d'une courte durée, les participants gardent de lourds souvenirs de cet endroit, qui devient souvent un point de référence lorsqu'il est question d'autres établissements : «c'est toujours mieux que la prison...», me reflètent plusieurs d'entre eux.

C'est sans hésiter que Christian affirme que la prison n'a pas été une expérience positive ou aidante pour lui. Une telle affirmation pourrait sembler aller de soi, mais ses expériences, comme celles de plusieurs autres participants, témoignent de l'ampleur des dangers de ce milieu. Durant son bref séjour à la prison de Saint-Jérôme, il a prît peu de la médication qui lui était alors prescrite : on la lui prenait, on l'incitait à faire du troc... des pilules contre de l'argent ou des cigarettes. L'aile fédérale où il se trouvait était apparemment contrôlée par un membre des Hells, qui lui faisait la vie dure : «J'ai dû me battre pour me défendre, pi en tout cas, j'étais rendu à un point, je pensais que j'allais être obligé...j'ai même pris ma brosse à dents, je l'ai aiguisé. Je me suis dit c'est moi ou lui.» Une telle situation, d'autant plus pour une personne qui fut envahi par un délire paranoïaque, est loin de contribuer à un rétablissement, ou même à une stabilisation de la personne. Il demanda de l'aide au personnel et fut transféré à l'infirmerie, où il a pu recevoir quotidiennement cigarettes et médicaments. Benoît a vécu une situation fort similaire, à tel point qu'il fut heureux d'être transféré à Pinel :

C'était pas évident là, j'étais dans une petite cellule, tout seul. J'entendais les autres gueuler, je sortais à peu près une demie heure par jour pour me laver, aller dans la petite cour, pi ils me donnaient même pas mes pilules comme prescrit là. Ils me les donnaient quand ça leur tentait là. Ben, les pilules, c'est comme si c'était pas important pour eux-autres.

Christian et Arthur ne semblent pas se plaindre d'avoir été judiciairisés et médicamenté. Ils démontrent toutefois que leurs conditions d'incarcération auraient pu aggraver leur situation tant au niveau de leur situation légale que de leur santé mentale. Au-delà de la violence physique et psychologique, de la supervision cahoteuse de la prise de médication psychiatrique, les milieux carcéraux semblent être des endroits où des dynamiques de groupe malsaines s'enracinent. Susie nous explique que déroger de la norme en milieu carcéral peut, tout comme en société, être souligné et réprimandé. C'est quelque chose qu'elle a bien connue et nous résume ainsi :

Susie : Si t'adresses la parole à un gardien ou une gardienne, tu vas te faire mettre dans un coin pi tu vas en baver. Surtout avant, plus avant qu'aujourd'hui. C'était ben «rough» dans le temps, avant c'était pire que aujourd'hui.

Moi : Donc entre les prisonnières pi les gardiens, il y a pas beaucoup de contact.

Susie : Ça s'appelle des «screws», tu parles pas à un screw parce que t'es traité de rat. T'es un rat quand tu parles à un «screw».

Certaines occupations récréatives semblent toutefois avoir lieu en milieu carcéral. Susie admet avoir aimé les activités de bricolage de Tanguay, ça aidait à «faire passer le temps». Elle a également, à raison de deux dollars de l'heure, travaillé à la cafétéria : «Mais au moins ça m'occupait. Pi...t'avais plusieurs travaux que tu pouvais faire, moi j'ai travaillé à la cafétéria. Au moins ça occupait mes journées, j'aimais ça travailler, j'aimais ça.» Cynthia souligne la danse qui était parfois organisée, et la piscine. Le lecteur doit considérer qu'un tel environnement, malgré ces occupations, serait contraignant pour tous. Ajoutons à ces circonstances une instabilité psychique et une incompréhension des procédures légales en cour...Il fait de plus en plus consensus, tel que mentionné en introduction, que les gens reconnus criminellement non-responsables pour cause de troubles mentaux doivent recevoir les traitements psychiatriques nécessaires tout en évitant les tumultes de la prison traditionnelle, et les répercussions du casier judiciaire. Cynthia explique que sa période d'incarcération à Tanguay a joué un rôle dans sa tentative de suicide : «Ah ça, ça m'a complètement démoli. J'ai tenté de me suicider. Je me suis «pitché» dans le métro...je suis pas morte. Ça m'a poussé en psychiatrie encore plus profond.» Plusieurs m'ont parlé de la prison comme un facteur accru de fragilisation psychiatrique. Une fois médicamenté adéquatement, la pente à remonter était encore plus haute.

La réponse institutionnelle (tant pénale que psychiatrique) face aux actes commis par ces gens se bute à, d'une part, la fragilité de ces personnes et, le cas échéant, la gravité des gestes commis. L'application juste et optimale des justices actuarielles et

réparatrices devient alors d'autant plus laborieuse, surtout lorsque l'acte commis par la personne résulte en des séquelles importantes pour l'entourage et bien sûr pour la personne même. Les gestes de M. Woodcock, mentionnés en introduction, tout comme ceux d'Arthur, nous rappellent qu'une fois le meurtre commis, tout doit être mis en œuvre pour permettre un rétablissement de la personne et que de tels événements n'aient plus lieu, en mettant en place les ressources nécessaires à cette fin. L'incarcération, du moins tel qu'elle est présentée par les participants, démontre une capacité fort limitée à permettre l'atteinte de ces objectifs pour la population ici à l'étude.

### 7.1.2 Les institutions psychiatriques

#### 7.1.2.1 L'hospitalisation

Plusieurs estiment que leur séjour en hôpital psychiatrique fut l'opportunité d'un travail sur soi. D'autres parlent de cette période comme ayant été pénible et parfois même injustifiée. Des critiques faites vis-à-vis le monde de la psychiatrie, Susie offre les plus virulentes. Notons toutefois qu'elle ne rejette pas aujourd'hui son suivi psychiatrique ou la médication qui l'accompagne. En revanche, elle m'explique avoir vécu au cours de son hospitalisation à Pinel, qui s'échelonna sur plus de dix ans, de l'abus tant psychologique que physique :

On n'avait pas le droit d'en parler. Ça nous était défendu. Aussitôt qu'on dénonçait, ils nous enfermaient dans la salle d'isolement. C'était comme ça. Puis on a été mal traitées sur tous les bords, quand je parle d'abus, je parle d'abus sexuels, je parle de violence physique, je parle de violence psychologique, je parle d'abus mental, vraiment, vraiment, de l'abus de pouvoir... il y a vraiment eu de toute. J'en ai bavé là dedans, énormément et je suis pas la seule.

Cette unité aurait depuis connu des changements importants, suite à une enquête interne. Je renvoie ici le lecteur aux considérations méthodologiques présentées plus haut : l'analyse des entrevues se fait dans un souci constant de départager les propos

pertinents de ceux ne contribuant pas à l'approfondissement du sujet de recherche. Cette classification considère également les propos démontrant une dissonance cognitive ou des signes d'idées paranoïaques et incongrues. Les dires de Susie sont, selon nous, cohérents et nuancés, permettant de les considérer, sous réserve d'un discernement défailant de notre part, comme factuels. Cet événement est toutefois, qu'il soit véridique en partie ou en totalité, un rappel qu'aucun endroit n'est à l'abri d'une mauvaise gestion de la clientèle et qu'une constante vigilance est de mise. Les abus se sont soldés par des congédiements et une restructuration importante de l'unité concernée. Cynthia, pour sa part, n'a pas apprécié l'encadrement des lieux et fait usage de cette métaphore pour l'exprimer : « c'est comme si j'avais été une bête, accrochée à un mur, comme dans les *Goonies* vous connaissez ? Un gros qui est attaché au mur, pi il grogne là.» Elle se souvient avoir été «bourrée de pilules» et avoir subi de plein fouet les effets secondaires tels la somnolence et la salivation excessive. C'est souvent ce qui arrive au début d'un traitement pharmacologique : le psychiatre prescrit une médication et teste les effets, pour ajuster progressivement le dosage, mais ne se montre pas nécessairement sensible aux plaintes du patient, jugeant que son instabilité psychiatrique ne lui permet pas de porter un regard éclairé sur l'apport de cette médication.

Les diverses activités qui y sont offertes ont été appréciées par plusieurs, mais certains n'en ont pas tiré profit. Benoît le présente ainsi : «Ben ça, je trouvais ça dur des fois. Tsé à tous les jours là...parce que dans ce temps là au D1 je sortais pas. Pi à tous les jours il y avait des activités, des fois, je te dis, je me trouvais des défaites pour pas y aller.» Fait intéressant : des appareils du gym étaient hors limite aux gens de son unité, parce qu'on ne voulait pas que des patients soient aptes ou tentés de se bagarrer avec la sécurité de l'établissement, le Mirador. Ce n'est donc pas seulement un traitement pharmacologique, mais un encadrement serré et un ensemble d'occupations pour mobiliser la personne qui sont imposées. Il en va de même pour Susie qui était contrainte d'aller à la piscine à tous les matins. D'autant plus que des

patients regardaient les femmes se baigner par les vitres, ce qui la mettait fort mal à l'aise : rien pour qu'elle prenne goût à l'activité. Ceci étant dit, la majorité des participants se disent, dans une certaine mesure satisfaits, voire reconnaissants des services dispensés lors de leur hospitalisation.

Nous constatons que la majorité des participants parlent de leur hospitalisation comme ayant eu des bénéfices divers : l'amorce d'une stabilisation psychiatrique, les bienfaits des activités offertes, l'apprentissage de meilleures habitudes de vie et un encadrement sécurisant (qui fait contraste au chaos carcéral). Cette appréciation doit être considérée en tenant compte des circonstances d'arrivée dans un hôpital psychiatrique, qui se fait alors que la personne démontre divers symptômes et signes d'instabilité : discordance affective, altération de la perception de la réalité, propos incongrus, etc. Benoît a rapidement accepté sans broncher les traitements offerts, ce qui semble avoir été salutaire pour lui :

Là ils me donnaient des pilules, je regardais même pas les pilules qu'ils me donnaient, je les prenais. Je me suis jamais posé de question là-dessus. J'aurais pu me battre, j'aurais pu être violent, mais non. Pi aujourd'hui quand j'y pense, je me rend compte que j'en ai de besoin. Mais avant je m'en rendais pas compte, j'avais jamais pensé à ça là, prendre des pilules.

Cette introspection quant à la pertinence des traitements qui persistent à ce jour débuta donc par la prise d'antipsychotique dans un milieu encadrant. Cet élément est à l'image du cheminement de plusieurs autres participants, qui reconnaissent qu'ils sont sortis de l'institut Philippe Pinel en meilleur état qu'ils y sont arrivés. C'est avec soulagement que Christian fut admis à Pinel. Il a apprécié l'encadrement du milieu, l'absence de «caïd», et le fait que si une personne se montrait violente, elle était placée en isolement. Ce fut donc, pour lui, un milieu sécurisant, même si stricte. Ce milieu a permis, entre autres choses, une prise assidue de la médication, qui a rendu possible une diminution graduelle des voix, dont il se plaignait déjà en prison. Ce n'est pas sans effort que Christian s'est habitué à une stabilité psychiatrique et à, comme il dit, «juste entendre sa tête». En effet, il reconnaît qu'il entendait des voix

depuis qu'il était enfant, et était convaincu que c'était la même chose pour tout le monde. Au niveau de la santé mentale, il a donc dû redéfinir sa normalité, et s'y ajuster :

Christian : À Pinel, à moment donné j'entendais plus les voix, mais c'est drôle à dire, ça me manquait quasiment. C'est drôle à dire, mais...

Moi : Parce qu'on est habitué.

Christian : Ouais c'est ça ! Parce que j'étais habitué de les entendre. Pi là je les entendais plus, puis ça a prit un ajustement.

Cette stabilité a donc permis de porter un nouveau regard sur ses hallucinations auditives mandataires, composées d'une voix du bien et d'une voix du mal. C'était un effort constant de choisir d'ignorer l'une ou l'autre, de départager le vrai du faux. Ne plus avoir ses guides fut au début, ironiquement, déstabilisant et source d'anxiété. Il semble toutefois clair que ces voix ne lui manquent pas. Cynthia, malgré son ambivalence face à son traitement, exprime qu'à son arrivée à Pinel, elle a pu être «stabilisée» : «Ben ça m'a mis un peu de sérieux dans la tête, par ce que c'était rendu je trouvais toute drôle, même des affaires pas comiques. J'étais violente un peu aussi, ils m'ont calmé autrement dit, tsé.»

Les traitements offerts en psychiatrie ont permis à plusieurs de redéfinir leur perception d'eux-mêmes comme de leur environnement. Les traitements amènent plusieurs à conclure qu'ils sont les premiers responsables d'entretenir une saine routine de vie. Ceci inclut une continuelle vigilance face aux signes précurseurs, qui laisseraient présager une rechute. Christian le présente ainsi :

Si je néglige ma chambre, je fais pas le ménage, pi je vais pas à mes activités, c'est des petits signes qui me dit « ok, Richard il faut que tu fasses attention là, il y a quelque chose qui va pas là. Parles en aux intervenants, pi dis leur que tu files moins bien, peut-être un ajustement de médication, ou tsé je sais pas.

Comme il fut souligné plus haut, la santé mentale a un prix et quoiqu'il apprécie ne plus être envahi de ses voix, il lui arrive de faire de l'insomnie, d'être fatigué le jour, d'avoir de la difficulté à se concentrer, et de prendre du poids : il dit avoir pris un gain

de poids de plus de cinquante livres à cause de sa médication. Les médecins et intervenants de Pinel ont pu lui expliquer les causes biomédicales de sa situation (au détriment, il semblerait, de facteurs sociaux et environnementaux aggravants), ce qui a eu un effet de déculpabilisation : «Je me disais «je suis pas un fou, j'ai pas besoin de médicaments». Mais eux autres ils m'ont amené à, ils m'ont appris que...en tout cas c'est pas de ta faute.» Nous voyons ici à l'œuvre, pour le meilleur et pour le pire, la norme d'internalité, qui présente la source de son problème comme étant essentiellement en lui. Tout de même, se redéfinir en tant que «personne en santé» l'amène à porter un regard nouveau sur ce qu'une saine hygiène de vie signifie :

C'est pas voulu, c'est pas toi qui l'a voulu. Fait que, ils m'ont fait accepter ça tsé. Là je sais que c'est à vie, ça se contrôle avec... il faut que je prenne ma médication pour le restant de ma vie, il faut que j'évite la drogue, il faut que j'évite la boisson. J'essaye de...même je dirais ma vie là est plus saine, ben c'est drôle à dire, elle est plus saine là, parce que avant ça, quand je travaillais, j'allais prendre une bière, pi des fois je vais filer mon petit joint de pot.

Lucie retire un autre bénéfice de son hospitalisation : le développement d'une relation de confiance avec une personne significative, en l'occurrence son psychiatre. Elle était au début de son suivi psychiatrique très méfiante de celui-ci. Elle reconnaît que la clozapine a aidé à diminuer ce sentiment de méfiance et à établir un lien. Elle utilise la métaphore suivante : «J'étais comme un animal avec la patte dans le...tsé la maladie ? Quelqu'un qui s'approche, tu sais pas si y va t'aider ou te faire du mal encore plus.» Elle se remémore également que c'est à ce moment qu'elle s'est efforcée de faire preuve d'empathie et de non jugement envers les autres patients, soit une attitude qu'elle s'efforce de conserver dans ses relations actuelles. Son intégration sociale, précise-t-elle, a débuté lors qu'elle était encore à Pinel, précisément la dernière année :

Là, j'me disais : « Là là, j'vais faire du mieux que j'peux pour bien m'entendre avec le monde qui m'entoure ». J'me disais, c'est du monde humain, pis moi, j'suis une personne humaine. Pis j'avais d'la chaleur humaine pour eux autres. Pis c'est la chaleur que j'avais pour eux autres, qui m'ont aidé à passer au travers. Euh, ben, ce qui a le plus aidé, c'était de voir que j'étais accueillie par les psychiatres. C'était comme, genre, dire, ben, y'a une réponse à ta souffrance.

D'autres ont travaillé sur leur capacité de socialiser adéquatement à l'aide des diverses activités thérapeutiques offertes. Serge en offre un exemple fort intéressant. Il a eu des cours d'expression des sentiments, et a fait des «sketchs» avec d'autres patients, pour lesquels ils auraient été payés : être capable de demander un trajet d'autobus au téléphone est l'exemple qu'il se remémore. Ces exercices ont créé chez lui un goût pour l'improvisation, qu'il pratique toujours dans un organisme communautaire. Outre les désagréments soulevés plus haut relativement aux activités offertes, la plupart ont apprécié ces occupations, que ce soit la poterie, la menuiserie, les arts plastiques, les cours de cuisine, la bibliothèque. Benoît mentionne un autre type d'occupation : il a commencé à travailler lors de son hospitalisation :

Mais une vraie expérience de travail ça a commencé à Pinel là. On descendait en bas pi on travaillait moins fort qu'à Quatre Saisons. Quatre Saisons c'était plus exigeant. Je me rappelle que j'étais payé quarante, cinquante cennes de l'heure, pi il y avait...c'était quasiment ridicule les petits travaux qu'ont y fait...Bof je vois pas ce qu'il y a d'encourageant là dedans. C'est juste pout te faire sortir de l'unité, voir du monde.

Benoît ne se fait donc pas d'illusion sur les objectifs de ces menus travaux : il est question de favoriser le développement de compétences sociales dans un encadrement stricte, pour pouvoir plus tard transposer ces acquis dans un environnement normalisant. Arthur partage ce constat, et m'explique que toute occupation à Pinel a une visée «thérapeutique».

#### 7.1.2.2 Une unité de désinstitutionalisation progressive : le H2

Un troisième élément souvent évoqué par les participants est l'opportunité de graduellement franchir les murs de l'hôpital sous une supervision stricte, pour vaquer à des occupations jugées bénéfiques par l'équipe traitante. Ces sorties autorisées permettent aussi de progressivement se familiariser avec un environnement normalisant et d'effectuer une transition, de l'institut psychiatrique à une maison d'hébergement dans la communauté. Nous l'avons déjà constaté, ce fut également pour plusieurs l'occasion de se défaire d'un sentiment de dépendance vis-à-vis le

milieu psychiatrique, de pouvoir se définir dans un nouveau contexte. Serge nous explique qu'une unité spécifique d'environ 20 à 30 places, le H2, a été créé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, pour favoriser une désinstitutionalisation progressive, par l'autorisation de sorties et d'occupations diverses, favorisant l'intégration sociale du patient qui sera, à défaut d'une «rechute», libéré dans un proche avenir :

Oui, ça n'était pas la avant. Ils ont fait ça, pour les gens souvent qui sont sur le bord de la porte, puis qui n'avait pas pour l'instant des ressources pour eux autres, de pouvoir avoir une unité ou ils pourraient sortir tout les jours s'ils le désirent si ça ne vas pas à l'encontre de leur plan de soin.

C'est une approche qui vise à faciliter la transition en ressource externe. Cette démarche serait vaine si elle se faisait sans la coopération de la maison d'hébergement concernée. Nous l'avons déjà cité en exemple, Serge fut assisté lorsqu'un retour à l'hôpital s'avérait nécessaire : son lit en milieu communautaire n'était pas fermé, et il a pu réintégrer l'organisme, d'autant plus qu'il reconnaît avoir tissé des liens avec les intervenants et les locataires de la résidence.

Arthur, lui, avait des sorties autorisées pour se rendre au centre d'activité l'Échelon, alors que Benoît pouvait aller travailler à Quatre saisons. Nous devons noter que cette désinstitutionalisation se fait avec grande prudence et retenue : ces organismes sont tous spécifiquement conçus pour des gens ayant des troubles psychiatriques et des antécédents judiciaires. Certains résidents m'ont expliqué ne pas avoir maintenu leur participation dans ces centres, puisqu'ils jugeaient que les autres participants étaient simplement «trop malades» : il en résultait donc un sentiment accru de stigmatisation qui ne contribuait pas à se distancer (à défaut de pouvoir se défaire) de l'univers de la psychiatrie. Cette amorce d'intégration sociale se fait donc par essais et erreurs. À l'image des trois étapes de la désinstitutionalisation et de la judiciarisation, ce qu'on pourrait nommer la psychiatrisation s'opère également en trois étapes : la stabilisation de la personne à travers un traitement essentiellement pharmacologique, suivi de

l'introduction d'activités visant l'acquisition de compétences sociales et le développement d'intérêts et d'aptitudes diverses et enfin une réintroduction graduelle en société, avec le bémol important que la personne est souvent dirigée tant dans des centres d'activité et de travail que des lieux d'hébergement qui sont précisément conçus pour cette *clientèle*. C'est une fois de plus une transinstitutionalisation qui s'opère en s'assurant que la personne ne sera pas perdue de vue, en déterminant ses occupations, sa médication et son lieu de résidence.

#### 7.1.2.3 Le suivi post-hospitalisation

Ne pas perdre la personne de vue, c'est implanter un suivi psychiatrique dans la communauté et coordonner cette supervision à l'aide de divers acteurs désignés (travailleur social, infirmier, intervenant, etc.), un thème que nous avons abordé plus haut, avec les divers modèles qui existent actuellement : le SIV et le SIM. Encore une fois, du pour et du contre se dessinent dans l'appréciation des participants sur ce point. Certains laissent entendre à mi-voix vouloir se défaire du monde de la psychiatrie, alors que d'autres apprécient le suivi qui leur est offert (ou imposé, selon leur conception de la situation). À travers ces suivis externes, les deux messages qui semblent être envoyés aux participants (habituellement par le psychiatre) sont soit une stabilisation et un renforcement du statu quo, ou l'optimisation de leur intégration sociale, souvent par un retour à l'emploi.

Quand on évoque le statu quo, cela signifie maintenir le cap dans ses activités, dans la prise de sa médication, dans le développement de relations positives avec l'entourage et d'activités contribuant à cette démarche de socialisation. L'équipe traitante estime qu'il est plus réaliste et constructif de miser sur une intégration sociale limitée (par le maintien à long terme d'un encadrement quotidien via le SIM), si c'est le prix d'une stabilisation psychiatrique et en conséquence d'une diminution des risques d'un retour à l'hôpital. C'est le message qui est envoyé à Susie : «Moi je le vois

comme...quand je suis arrivée ici (au Jalon), Dr. Roy m'a dit : « Ici, je t'ai jamais vu bien à quelque part, à l'extérieur, c'est la première fois. Tu peux rester ici aussi longtemps que tu veux ici.» Ça m'a touché, je l'ai pris à cœur.» Lorsqu'une personne démontre des signes de stabilisation tant psychique que relationnelle qui rencontrent les attentes du psychiatre, la priorité clinique semble être de miser sur la stabilité, au niveau du lieu de résidence et du type de suivi offert. Nous y reviendrons dans la portion *Discussion* du présent ouvrage : le prix à payer de la stabilisation de la personne peut être de miser sur l'enracinement d'un suivi psychiatrique continu qui limite l'intégration sociale de la personne dans différentes sphères de sa vie et ne fait rien pour désengorger le réseau de la santé, problématique évoquée dans la section *Le logement sous différentes formes*.

Arthur reçoit un message semblable : on lui demande de maintenir ses occupations et de rester en santé. Il est le seul à avoir souligné que le suivi externe, c'est aussi une question de sécurité :

Arthur : Ben un coup que t'es entré en santé mentale, faut que tu restes avec c'te monde là parce que c't'une protection en réalité là. Moi, j'suis pas intéressé qui m'arrive qu'est-ce qui m'est arrivé.

Moi : Une protection pour vous ?

Arthur : Une protection pour moi pis une protection pour la société aussi.

Les dires de certains participants tendent à démontrer que le maintien d'un suivi serré est dans leur cas nécessaire. À titre d'exemple, Cynthia présente une compréhension limitée de ce qui a entraîné son parcours en psychiatrie, ainsi que de ses obligations médicales et légales. Cette introspection lacunaire se transpose en un un projet de vie risqué, qui pourrait se solder par une éventuelle réhospitalisation :

Je vais continuer mon abstinence à la cigarette, ça va être dur, parce que je vais avoir mes pilules, du café, de la liqueur, pi...j'ai le droit de boire et de consommer là, mon mandat ils m'ont juste garde heum...«garder la paix». J'ai le droit de boire ou de fumer du hash ou de vendre de la drogue.

Les propos d'Élisabeth présentent également une ambivalence sur le maintien de son suivi pharmacologique, même si elle avait admise plutôt dans la rencontre que c'est suite à l'arrêt de sa médication qu'elle avait commis son délit : «Peut-être à moment donné, j'sais pas. Peut-être que ça m'en prendrait moins, tsé (de médicaments). Parce que tsé, si t'es pogné... Je sais pas, j'suis pas capable de l'expliquer. Peut-être que j'en aurais pas besoin tant que ça une fois en appartement.» Cette incertitude sur l'assiduité au traitement est en partie nourrie par les effets secondaires des anti-psychotiques qui lui sont prescrits, qui affectent son sommeil et sa qualité de vie. Elle semble toutefois admettre que son suivi actuel est autant une source de crainte que de développement personnel : «J'ai des petites craintes qu'on me pousse. Tsé, comme, trop me pousser et que j'aie peur, tsé. Mais d'un côté, ça serait une bonne affaire, tsé, toute ça là.» L'appréciation de l'encadrement est donc mitigé : son lourd passé psychiatrique et judiciaire teinte son appréciation des services reçus. Elle ne les rejette pas, mais aimerait pouvoir reprendre un sentiment de pouvoir sur sa vie, tel qu'évoqué dans le volet abordant ce thème.

Le discours de plusieurs personnes rencontrées témoigne de l'intention des équipes traitantes d'établir un lien de confiance, une relation propice au développement d'objectifs communs et au maintien du traitement introduit lors de l'hospitalisation. On voit même se dessiner le désir par ces professionnels de favoriser un sentiment d'autonomie et d'auto-détermination, donnant l'impression au patient qu'il accepte le traitement et choisi de plein gré son suivi médico-légal, sans qu'il lui soit imposé. On tente ainsi de créer une alliance thérapeutique. À nouveau, Cynthia donne un exemple de cette réalité :

Le psychiatre, le psychologue, le travailleur social, l'infirmière, Mme Daudier, elle m'a demandé si je voulais être suivie encore (une fois en appartement). J'ai pas refusé, là ils m'ont dit ok c'est correct. Mais puisque j'étais suivie pas des personnes aidantes, donc, je pouvais pas...je pouvais m'affirmer, juste en étant sortie de là, dernièrement.

Parallèlement, l'optimisation de l'intégration sociale désigne le projet de l'équipe traitante d'inciter certains patients à s'inscrire progressivement dans un mode de vie se rapprochant d'avantage de diverses normes sociales. Ce projet concerne souvent le domaine de l'emploi et/ou du logement. C'est la situation que semble vivre Christian. Il est soulagé d'avoir pu passer directement d'IPPM à un appartement supervisé. Il sait bien que la plupart des gens passent d'abord un certains temps (parfois plusieurs années) en foyer de groupe, pour faciliter la transition, et s'assurer des capacités de la personne à se responsabiliser. Il apprécie rencontrer régulièrement son docteur, mais estime que la fréquence des suivis est insuffisante, puisqu'il le rencontre aux deux mois, et voit son travailleur social une fois par mois : «il s'en passe des choses en trente jours!» Ces dires portent à croire que c'est d'avantage un SIV qui est appliqué, même si ce suivi perdure depuis plusieurs années. On voit donc une insatisfaction sur la fréquence à laquelle ces gens le rencontrent. Le message envoyé par le docteur est par contre non ambiguë : Continuer à se mobiliser, éviter l'isolement, et considérer un retour à l'emploi, ce qui inquiète Christian :

Ben c'est un cheminement, tsé, comme le docteur dit, il faut toujours que tu pousses tes, ben pas que tu pousses tes limites, il faut que t'essaies tout le temps de t'améliorer. Le but ultime c'est, en tout cas pour les docteurs, c'est qu'ils te voient retourner au travail, travailler tes quarante heures semaines, réintégrer la société comme une personne normale. Moi je trouve que c'est un petit peu trop, tsé. Il y en a qui le font, je l'avoue il y en a qui réussissent, mais...tsé, c'est quasiment du cas par cas là.

On sent une pression de la part du docteur pour inciter l'employabilité de Christian, l'encourager à reprendre la place sur le marché du travail qu'il avait avant son hospitalisation. Christian est conscient qu'il doit être à l'écoute des commentaires de son équipe traitante, mais ne semble pas toujours sentir que cette écoute est réciproque, ou suffisamment présente. L'équipe médicale compte sur lui pour qu'il persiste dans ses activités, qu'il fasse preuve d'assiduité à ses rendez-vous. Cette collaboration n'empêche pas le fait que Christian n'est pas aussi pressé que le docteur à réintégrer le marché du travail, il semble être plus désireux d'investiguer d'autres avenues, comme le bénévolat, pour redonner à la communauté l'aide qu'il a reçue.

Le désir de pouvoir compter, au besoin, sur une oreille attentive, est ce qui motive plusieurs à maintenir un suivi psychiatrique. Certains admettent les effets atténuants de la médication sur, par exemple, les symptômes paranoïaques. Il y a en revanche une appréciation généralisée du support offert par les personnes chargés de rencontrer mensuellement, ou hebdomadairement, les participants. Benoît explique devoir se présenter régulièrement à la postcure mais ne s'en plaint pas. Cette obligation semble ne pas lui être pénible, d'autant plus que tous les résidents des appartements supervisés des Résidences Fleurie partagent cette responsabilité : leur suivi externe est une des choses qui les unis et dont ils discutent régulièrement. Il exprime sans hésiter que s'il déménage, il désire que son travailleur social continue à le rencontrer régulièrement : «Ben de parler, tsé, si j'ai des problèmes, si je commence à filer moins bien. Je peux en parler au moins, c'est déjà un bon pas là. Même toi aujourd'hui ça m'aide.» Enfin, Serge offre une analogie intéressante sur la place qu'occupe son suivi psychiatrique dans sa vie. Il compare son équipe traitante à des conseillers qui l'assistent, sans vraiment s'imposer :

Non mais, un moment donné quand tu es à l'école... j'ai fais des études, au cégep en science pure et appliquée. Si tu ne va pas voir un conseiller quand tu ne sais plus quoi faire de ta carrière mettons, quelle carrière choisir question d'emploi, mais quand tu es entouré par des professionnels, même encore aujourd'hui je suis suivi par un psychiatre puis une psychologue, c'est comme pour toi un guide pour savoir où tu t'en vas.

Les termes SIM et SIV n'ont jamais été directement exprimés lors des entrevues, puisque que l'on peut qualifier ceux-ci comme faisant partie du jargon médico-légal. Ces suivis sont toutefois importants à la présente analyse car ils reflètent un projet de l'ensemble du réseau de la santé de s'ajuster au type d'accompagnement et de supervision tant clinique que médicale qu'une personne psychiatisée semble nécessiter. Nous nous garderons pour l'instant d'explicitier les liens entre les propos recueillis et ces suivis, puisque nous y reviendrons dans la section *Discussion*. On voit tout de même que plusieurs participants reconnaissent bénéficier, d'une façon ou d'une autre, de l'encadrement présent. Le suivi post-hospitalisation est un engagement plus que jamais partagé par les instances institutionnelles et

communautaires. Nous nous attarderons ci-dessous aux différents moyens que se donnent les centres d'hébergement pour poursuivre ce projet de supervision clinique et d'intégration sociale.

## 7.2 Appréciation des services communautaires

Des participants rencontrés, trois des quatre femmes résident au Jalon, la quatrième à la résidence Thérèse Casgrain. Des quatre hommes, trois demeurent dans des appartements des Résidences Fleurie, et un dans un foyer de groupe appartenant également à l'organisme. Ainsi au niveau du facteur résidentiel, notre échantillon est relativement homogène. L'objectif n'est toutefois pas de mettre ces organismes sur la sellette et d'évaluer, par les témoignages obtenus, s'ils remplissent leur mandat. Il est ici question, comme pour les édifices institutionnels, de synthétiser les bienfaits que les participants obtiennent de ces endroits et comment les services rendus permettent, selon eux, de faciliter la transition de l'hôpital à la société. Nous nous attarderons également au regard qu'ils portent sur les organismes communautaires qui leur dispensent divers services.

### 7.2.1 L'hébergement supervisé dans la communauté : *créer des liens authentiques*

Ce qui revient d'une entrevue à l'autre, c'est le sentiment de pouvoir développer une relation de confiance, fondée sur le non-jugement des intervenants de l'organisme où ils demeurent et, la plupart du temps, des autres locataires qui y logent. D'une part, les résidentes du Jalon sont unanimes : les intervenants sont une source de support auquel elles tiennent beaucoup. Susie m'explique : «Ce qui me surprend c'est qu'ils sont toujours fins, même que des fois je suis encore sur mes gardes. Ben ici j'ai le droit de parler, de dire des affaires, sans être envoyée dans ma chambre.» Cynthia abonde dans le même sens, elle sent que maintenant on l'écoute. Son appréciation de

son milieu de vie se fonde en partie sur une comparaison avec ses lieux d'hébergement antérieurs. Nous notons que plusieurs avaient des propos semblables :

Oui ils ont un rôle, quand il y a quelque chose qui cloche là, tout de suite ils viennent nous voir puis ils nous demandent si on veut en parler. On est soutenues ici là, pi c'est très bien, on est très bien traitée ici, on reçoit pas de coups de poing, ou des affaires comme ça, comme à Pinel, les éducateurs des fois là. Ils sont «rough» avec les filles.

Christian, tout comme les autres résidents des appartements des résidences Fleurie, apprécie beaucoup le support qu'il reçoit des intervenants de l'organisme. Il reçoit leur visite régulièrement, mais aucun intervenant n'est présent dans l'immeuble, si ce n'est pour ces entretiens. La fréquence des rencontres est fort différente de celle avec son docteur ou son travailleur social : il reçoit leur visite une à deux fois par semaine. Le lien qui se crée est donc fort différent : il ne sent pas de jugement ou de pression normative de la part des intervenants. Ils ne le questionnent pas sur l'éventualité d'un retour au travail, mais l'encouragent à persister dans ses efforts quotidiens. L'accent est mis sur la stabilité dans ses relations, ses occupations, son suivi médical. Ce non jugement fait en sorte qu'il apprécie les visites hebdomadaires d'un intervenant, avec lequel il a développé une complicité et une relation authentique, sans cachette ou secret, contrairement à ce qu'il entretient avec sa famille et certains membres de son entourage. Benoît offre des propos similaires : Les intervenants font du ménage avec lui, et s'informent régulièrement pour voir si tout va bien. Lucie apporte un élément éloquent de sa perception de l'encadrement qu'elle reçoit :

J'ai un *feedback*. J'parle de ce qui me dérange pis, euh, ils me disent, mon Dieu : « J'vois pas ça de même, moi », par exemple. Ah, je discute beaucoup avec le personnel. J'suis beaucoup déçue de comment ça va avec ma famille, faque c'est bon d'avoir ce soutien là.

Les autres participants vont dans le même sens : les intervenants du milieu communautaire ne sont pas une source de frustration ou de stigmatisation. Force est d'admettre que les critiques sur l'encadrement offert dans le lieu actuel d'hébergement sont faibles, et que ces endroits sont propices à la création de liens positifs, ce que plusieurs n'ont pas eu depuis des années, voir jamais.

Nous venons de le soulever, le ménage est une activité régulière que les intervenants des appartements Fleurie partagent avec les résidents. C'est autant une occasion de vérifier l'état des lieux que d'échanger avec les occupants. Cette activité cache également une préoccupation clinique. Il est connu qu'un des signes d'une désorganisation psychiatrique est le relâchement graduel de l'hygiène tant personnel que de l'environnement immédiat de la personne : un symptôme négatif (l'apathie) répertorié dans le DSM IV. Il y a ici une vérification du maintien de la propreté des lieux, et dans une certaine mesure de la santé mentale de la personne.

La valorisation d'une saine hygiène de vie se concrétise aussi par de l'aide dans le développement d'intérêts pour des activités sociales, sportives et autres. Lucie explique que depuis qu'elle est au Jalon, une «routine s'installe», un peu moins «flyée» que ce qu'elle a connu. Elle fait référence à ses activités, à ses relations positives avec des résidentes de l'organisme. C'est pour elle un signe de responsabilisation et de maturité. Susie me raconte que c'est son intervenant qui lui avait trouvé un emploi dans une cuisine. Elle sait que quand elle sera prête, il l'aidera à nouveau dans ses projets d'intégration professionnelle. C'est en quelque sorte, l'implantation du rôle d'agent d'intégration sociale que Dorvil (1997) encourage. Enfin Benoît admet avoir une motivation à demeurer actif et «à son affaire» : il y a un appartement dans l'immeuble qui n'est pas partagé par un colocataire. Une fois le locataire actuel parti, il pourrait peut-être l'avoir s'il maintient ses efforts (autant dans ses activités que dans l'état de l'appartement qu'il partage actuellement avec un colocataire) : «ça m'encourage à continuer, c'est comme un genre de but, si on peut dire». La nécessité de s'investir dans diverses occupations contribuant à l'intégration sociale est un volet important de la mission des foyers de groupe et des appartements supervisés. Ils exigent tous deux que les occupants aient un nombre minimal d'activités structurées et d'occupations à chaque semaine. On désire contrer un facteur de fragilisation important déjà évoqué : l'isolement de la personne. Christian explique : «Parce qu'il faut pas que je m'isole, ça c'est un...mon docteur m'a dit ça :

«si tu restais à la maison à rien faire, tu t'isolerais, fait que là peut-être les voix reviendraient.» Pour éviter ceci, les activités d'art, de sport et de cuisine l'amènent à socialiser, mais aussi à répondre aux attentes des résidences Fleurie, qui exigent que leurs locataires aient au moins trois activités par semaine. Nous voyons qu'une fois de plus, les attentes des milieux communautaires et institutionnels se rejoignent, et leurs interventions et suivis sont coordonnés en conséquence.

Les centres d'hébergement partagent toutes une préoccupation au niveau de la sécurité, tant celle des résidants que celle des employés qui les côtoient. À travers une supervision médicale, des mesures disciplinaires, des contacts réguliers avec les psychiatres de chaque résidant et au besoin une réhospitalisation, ces organismes s'assurent d'être un facteur de protection contre des comportements agressifs ou violents. Même sur ce point, peu s'en plaignent. Cynthia n'a toutefois pas apprécié les conséquences d'un récent conflit avec une autre personne logeant au Jalon : Après une dispute avec des locataires, elle a eu ce qui est appelé un «vingt quatre heure» dans sa chambre. Ainsi les intervenants sont en droit d'appliquer des mesures disciplinaires pour éviter l'escalade d'agressivité verbale ou physique. C'est une mesure d'isolement qui évite, du moins à court terme, l'hospitalisation. Reste à savoir si au-delà de l'aspect sécuritaire, les personnes concernées (Cynthia la première) ont appris quelque chose de l'altercation et développent des compétences de résolution de problèmes qu'elles transposeront une fois déménagée en appartement autonome. Il est probable et souhaitable que des mesures disciplinaires, quelles qu'elles soient, soient appliquées conjointement à une éducation de l'autogestion des émotions lors de situations conflictuelles.

Un autre volet de l'encadrement visant la sécurité de tous est la supervision médicale. Elle se concrétise de plusieurs manières. Par exemple, si Christian reçoit une nouvelle prescription, il peut la donner aux intervenants qui la faxeront à la pharmacie, qui à son tour la livrera chez lui. L'équipe des appartements Fleurie travaille donc de

concert avec l'équipe traitante, et partage les objectifs reliés à la prise de médication. Que ce soit dans un milieu institutionnel ou communautaire, la santé mentale est vue essentiellement de la même façon. En ce sens, l'un devient le prolongement de l'autre. Cet accompagnement est également pour lui un facteur de protection contre une déstabilisation psychiatrique : «Pi moi ici avec les intervenants, ils le spoteraient avant (les symptômes de la schizophrénie), pi ils m'aideraient avant que j'aïlle trop loin tsé, avant que je blesse quelqu'un, avant que je fasse mal à quelqu'un ou quelque chose comme ça.» La supervision médicale offerte à Serge est accrue, puisqu'il demeure dans un foyer de groupe, le 3B. Il résume ainsi l'aide qu'il reçoit à ce niveau :

Il y a un petit suivi qui est fait ici quand même, comme les rendez-vous à Pinel, les rendez-vous chez le docteur, les rendez-vous au CLSC sont marqués dans un agenda, puis la veille ils l'écrivent sur un tableau qui se trouve en bas. Ils nous aident aussi à faire le ménage des fois.

Les diverses résidences communautaires que nous avons visités dans le cadre des entrevues visent à éviter les lacunes des décennies antérieures : demeurer soucieux d'une recrudescence de symptômes positifs de la maladie (comme des comportements agressifs, une gestuelle incongrue ou de la catatonie), ou de symptômes négatifs, comme l'isolement. L'approche se veut donc plus holistique que dans l'institution psychiatrique (par le développement de liens et d'intérêts pour des occupations diverses), mais, en quelque sorte, l'hôpital et le suivi qui s'y rattachent n'est jamais bien loin.

Le regard et l'appréciation que portent les participants sur leur actuel lieu de résidence se fait d'avantage en le comparant à leurs milieux de vie antérieurs, que ce soit l'hôpital, un foyer de groupe, ou pour certains un appartement habité avant l'hospitalisation. Cette comparaison s'avère donc souvent avantageuse pour les appartements supervisés puisqu'une plus grande liberté (aux niveaux occupationnels et relationnels) y est offerte que dans la majorité de ces lieux. Alors que la plupart

caressent le souhait d'avoir éventuellement un appartement autonome (avec peu ou pas de supervision), ce projet émane rarement d'une insatisfaction du lieu de résidence actuel, mais plutôt du sentiment de pouvoir atteindre une plus grande autonomie et une intégration sociale bonifiée en ayant un appartement non lié au réseau de la santé mentale. L'implantation de diverses occupations à l'intérieur de la ressource comme à l'extérieur est grandement facilité par le lien qui se développe avec les intervenants des centres d'hébergement. C'est à partir du développement d'une relation authentique et franche, tablant sur la collaboration, que les huit participants se disent somme toute satisfaits des liens qui se tissent avec ceux-ci. Le traitement psychiatrique semble dès lors mieux accepté. La question devient alors : le suivi psychiatrique sera-t-il reçu différemment une fois la personne dans un appartement autonome ? Cela nous semble possible, du moins pour certains des participants, et donc pour une partie de la PPJ.

#### 7.2.2 Les Centres de jour pour une clientèle psychiatisée

Les participants fréquentent divers organismes qui sont, souvent, spécialement conçus (autant par les activités offertes que par l'encadrement présent) pour la PPJ. Certains y voient là une opportunité de côtoyer des gens qu'ils connaissent et apprécient dans un cadre sécurisant, alors que d'autres y voient une autre source de stigmatisation, un miroir qui les confronte et déforme le regard qu'ils portent sur leur propre réalité.

Les personnes rencontrées m'ont chacune soulevé à leur façon la pertinence et les bienfaits de leurs diverses occupations. Un élément important est que pour certains, c'est lors de l'hospitalisation que s'est développé un intérêt pour une activité, qui y était offerte. Serge participe à chaque année à l'activité d'impro, offerte à l'Alternative. Ceci est le résultat des sketches qu'il a fait à l'IPPM : « Chaque année on fait une session d'impro (à l'Alternative), puis ça m'amène à être capable d'exprimer mes sentiments, jouer des rôles, jouer des personnages, d'essayer d'être comique a la

fois ou des fois triste.» Cette activité permet donc de raffiner la gestion des émotions. Chacune des activités, à L'Alternative comme ailleurs, prône le développement de compétences diverses que le participant peut appliquer au quotidien. Un autre exemple : ses cours de cuisine également à l'Alternative, qui lui donne le goût et la capacité de cuisiner lui-même ses repas. C'est une responsabilisation dans un cadre divertissant contribuant aux développements de relations et à l'acquisition de diverses compétences

Cynthia anime régulièrement le bingo, une activité populaire offerte à l'Échelon. Elle tient beaucoup à cette participation, d'autant plus que les intervenants de l'organisme démontrent leur reconnaissance pour le rôle qu'elle y joue : «Comme à l'automne, je vais prendre deux bingos, j'anime pi à Noël, ils me donnent un cadeau, il y a un party pour les bénévoles, tsé c'est benévole d'animer le bingo.» Ses activités, que ce soit le tennis ou la natation, sont des repères occupationnels et relationnels important puisqu'elle y a développé des liens significatifs autant avec les participants que les employés : «ben je me sentirais perdue un peu là, ça fait vingt deux ans que je vais là.»

Les participants m'expliquent qu'il est primordial de s'identifier à leurs activités : même s'il leur est exigé d'en avoir plusieurs, ils s'assurent, autant que possible, de bien les choisir, pour ne pas se sentir contraint à y prendre part. C'est un autre aspect de la norme du libre arbitre qui fait surface. Le fait que leurs frais de transport sont remboursés à chaque mois est un encouragement étatique non négligeable au maintien de ces occupations. Une activité peut également être une source d'auto gratification : Cynthia prend part à la danse jeudi pour se féliciter de ses activités sportives qu'elle a au Centre Roussin. Pour Arthur, son travail d'entretien ménager à l'Échelon fait en sorte que ses activités sont offertes gratuitement. Il arrive que les intervenants de ses organismes aient à confirmer à un membre de l'équipe traitante que la personne se présente assidument à l'activité choisie. C'est un autre exemple de

coordination du suivi externe, où le milieu communautaire devient les yeux et oreilles de l'équipe traitante de la personne. Le désir de Christian de se joindre à des gens qui comprennent sa réalité est en contraste avec sa crainte d'être stigmatisé :

Moi : Puis les activités à l'Échelon pi tout ça, est-ce que ça aide, parce que c'est des gens qu'eux aussi... ils ont vécu des problèmes semblables...

Christian : C'est ça, parce que, tu te sens pas réellement jugé par eux autres, tsé ? Comment je peux te dire, c'est vrai que moi c'est pas...j'espère que c'est pas apparent, je sais pas si le bloc est connu comme étant un bloc de tsé...Parce que je sais pas si le monde dans l'entourage dit «ha lui il reste dans ce bloc là, il est malade.».

D'autres ont également soulevé cette préoccupation de prendre part à des activités dans un environnement où les participants leur semblaient, en bref, «trop malades» comparés à eux. C'est le cas de Benoît, qui a cessé d'aller à l'Échelon puisqu'il trouvait que les gens là-bas étaient trop limités, ou marqués par la maladie. Il s'est habitué à l'environnement de travail de Quatre Saisons, et n'entend pas se trouver un emploi qui n'est pas relié au monde de la psychiatrie. Comme pour les autres, il a bien reçu le message de son équipe traitante : maintenir des activités qu'il reconnaît lui-même être liées à sa santé mentale. Nous approfondirons ci-dessous ce que les participants retiennent de leur intégration à l'emploi. Pour ce qui est des activités ici mentionnées, Lucie présente un élément important qui résume l'objectif de plusieurs : l'importance d'avoir un «horaire sain», des occupations tant épanouissantes qu'enrichissantes. Considérant la diversité des activités offertes dans divers lieux, l'obligation du psychiatre et du centre d'hébergement de «s'activer» dans la ressource et à l'extérieur n'est pas dans l'ensemble exprimé comme un poids à porter. Il est raisonnable d'affirmer que sans ces centres de jour, l'intégration de plusieurs serait plus laborieuse, puisque ceux-ci semblent être un tremplin vers le développement d'un mode de vie plus sain. Reste à savoir si certains s'habituent et s'enlisent dans ce mode de vie au prix d'une intégration sociale limitée, puisque ces organismes sont spécifiquement pour la PPJ. Alors qu'on peut définir ces divers milieux comme un pont entre l'hôpital et la communauté, le danger de rester sur ce pont et de ne jamais atteindre l'autre rive est évident, mais il n'est pas vraiment présent dans le discours

des participants. Il est probable que c'est en partie parce qu'on ne les sensibilise pas vraiment à l'importance de se développer (tant à travers leurs occupations que leurs relations), non seulement en harmonie avec leur suivi médical, mais bien au-delà de cette psychiatrie. La section suivante donne tout de même des signes d'espoir à cet égard : la plupart des participants caressent des projets qui sont porteurs d'un désir de prendre leur vie en main, sans renier la psychiatrie mais sans en dépendre non plus.

### 7.3 L'apport de facteurs environnementaux

Cette section vise à mettre en lumière la place que prend divers facteurs d'intégration dans la vie des gens rencontrés tout comme de l'ensemble de la PPJ. En effet les propos vis-à-vis la place qu'occupe l'employabilité dans leur vie, l'importance de se reconnaître et de développer des liens dans leur actuel lieu de résidence reflète nettement les considérations des auteurs abordés plus haut. L'intégration sociale selon Castel est perceptible dans chacune des entrevues : chacun aspire à l'atteinte d'une situation meilleure situation socioéconomique et d'une reconnaissance sociale par ceux à même de constater leurs efforts.

#### 7.3.1 Intégration professionnelle : les apports du travail et du bénévolat

Tous les participants m'ont entretenu sur l'importance qu'ils accordent à l'obtention d'un emploi ou à leur implication dans un organisme bénévole. La situation financière de plusieurs les confronte aux tabous de la société, les amenant à se voir comme un poids pour celle-ci, un fardeau. À cet effet, la norme d'employabilité est une fois de plus claire et nette dans le discours de chacun. Nous l'avons déjà mentionné, Susie fait le lien entre ce qu'elle juge être une désinstitutionalisation incomplète et le fait qu'elle ne travaille pas. Lucie offre des propos semblables. Pour elle un travail ferait en sorte quelle se sentirait «plus ordinaire, comme tout le monde». Il y a une fois de plus une intériorisation des tabous de la société qui mène à

un dénigrement face à elle-même. Ainsi elle ajoute : «Avant d'être sur le bien-être social, j'étais comme, genre, j'veux pas être sur le bien-être social! J'veux pas être « loser », tsé.» Sa définition d'elle-même demeure liée à aux normes et valeurs qui lui furent transmises. Son estime de soi et sa conception d'elle même, comme celle de la plupart des autres participants, est liée au sentiment d'être productif et d'offrir une contribution à la société, de ne pas être passif et au dépend des frais de l'État.

C'est donc sans détour qu'ils m'expliquent tous et toutes que cet emploi, ou le projet de travailler, se transpose directement à la perception qu'ils ont d'eux mêmes. Alors qu'un travail permettrait à Susie de «ne pas dépendre de personne», faire du bénévolat serait une occasion de se sentir valorisée : «t'as un but quand tu te lèves, puis que tu t'en vas faire du bénévolat, tu te sens utile, tu te sens plus valorisée.» C'est un sentiment qu'elle a connu alors qu'elle a été aide cuisinière pour des gens en perte d'autonomie. Elle ajoute avoir aimé son expérience de travail aux cuisines de Tanguay lors de son incarcération : «j'ai travaillé à la cafétéria. Au moins ça occupait mes journées, j'aimais ça travailler, j'aimais ça.» Pour plusieurs, c'est en milieu carcéral ou psychiatrique qu'ils ont découvert et prit goût à des occupations s'apparentant à un travail, même si souvent maigrement rémunérés.

Malgré que son psychiatre ait inclus une contrainte sévère à l'emploi à son dossier, Christian a progressivement réintégré un milieu de travail, celui de l'organisme Quatre Saisons. C'est un milieu où il participe à la préparation de repas qui sont envoyés à des familles d'accueil, comme celle des Résidences Fleurie. Christian admet que le revenu est minime, mais «au moins je travaille, je contribue», dit-il. Comme pour plusieurs autres, la motivation n'est pas celle du revenu additionnel, mais bien à un autre niveau : «C'est juste pour se revaloriser, pour dire au moins «je travaille, je contribue, je reçois pas juste un chèque pi je reste à la maison à rien faire.» L'emploi semble donc être une opportunité de ne plus se voir comme dépendant d'un suivi psychiatrique ou de l'assistance sociale, mais comme un

membre actif de la société, qui a une fonction, une certaine légitimité et parfois une reconnaissance de ses pairs. Les tâches simples qu'il a à accomplir le confrontent toutefois à ses conceptions de ce qui est normal : travailler à temps plein et faire un bon salaire, ce qu'il a déjà fait avant ses démêlés avec la justice. L'intégration professionnelle devient alors un exercice qui confronte la personne à ce qui lui est accessible et possible d'accomplir, à la lumière d'une quantité de facteurs : les effets secondaires de sa médication, sa santé physique, ses connaissances d'un métier, les directives et parfois contraintes de l'équipe traitante, surtout lorsque la personne est sous la juridiction du Tribunal administratif du Québec (TAQ).

Des programmes de retour à l'emploi sont à la portée de Christian, mais se sentir utile, sentir qu'il aide autrui, est plus important que le revenu additionnel : «Il y en a un à l'atelier Quatre Saisons, un INSO. Mais là tout ce que tu fais c'est t'épluche des patates...c'est pour la résidence. Moi c'est pas en épluchant des patates pi en lavant la vaisselle que j'ai l'impression d'aider des gens!» Christian est habité par le désir de remettre à la société, un message présent chez plusieurs personnes rencontrées. Il reconnaît donc qu'il a bénéficié et bénéficie à ce jour d'une aide venant des gens qui l'entourent, et veut «rendre l'appareil». Il cherche également à se reconnaître dans les fonctions qu'il occupe. C'est un repositionnement de sa contribution à la société qui se fait, et dès lors une nouvelle façon de se percevoir qui s'installe. À défaut de pouvoir toujours être honnête avec ses proches (ne voulant leur dire qu'il bénéficie de l'assistance sociale), il est important pour lui de l'être envers lui-même : «Ça apporte spirituellement, tsé c'est pas en épluchant les patates pour les résidences que...tsé «je vais te donner un cinq livres de patates, épluche ça.» C'est ben beau, deux cent piasses, je le veux pas le deux cent piasses, j'arrive avec qu'est ce que j'ai!» Il mentionne avoir consommé drogues et alcool dans le passé, et estime qu'il pourrait assister des gens qui ont de telles dépendances. Il souhaite que ses occupations soient guidées par une motivation intrinsèque : l'altruisme, et estime que du bénévolat lui permettrait d'aider autrui, en utilisant ses connaissances expérientielles, son vécu.

Il est frappant de voir que l'intention d'aider autrui que ce soit de façon rémunérée ou non se retrouve dans le discours de la plupart des gens rencontrés. Même Élisabeth, qui ne cache pas ses tendances antisociales, exprime le souhait de pouvoir recommencer à faire du bénévolat : «Pis du bénévolat, ben c'est l'fun, tsé, c'est parce que t'as le sens que tu aides là. Faire quelque chose de plus positif. Plus vers du positif que du négatif.» C'est la majorité des participants qui offrent de leur temps dans du bénévolat, ou projettent de le faire éventuellement.

Nous avons soulevé dans *L'intégration sociale* la contribution bénévole de Serge au sein du comité des usagers de Pinel. Sans compter sa participation au conseil d'administration de Mûrier, où il travaille également. Cette contribution joue un rôle important dans la façon dont il se perçoit aujourd'hui. Il représente les usagers et offre son expérience personnelle, ayant déjà été *usager* lui-même. Ce bénévolat permet alors d'utiliser ses expériences en milieu psychiatrique pour maintenant aider ceux qui y sont. C'est faire usage d'un potentiel que plusieurs personnes psychiatisées ne considèrent pas : se distancer graduellement de la psychiatrie tout en aidant ceux qui y sont toujours. Cynthia a déjà eu un rôle similaire alors qu'elle était hospitalisée. Elle a été responsable du Comité des bénéficiaires de son unité. Elle mentionne ce qu'elle a acquis dans cette expérience : «Ça m'a amené...une certaine maturité, une certaine assurance de moi-même. Puis cette assurance là, je la tiens.» Cette assurance-là semble guider ses choix d'emploi, dans lequel elle tient également à aider, à la hauteur de ses capacités :

J'ai déjà travaillé là, il y a deux ans à peu près, dans une friperie, j'étais payé un dollar de l'heure. Ça c'est abuser de moi tsé. Mais j'étais consciente que je gagnais pas beaucoup mais c'était pour la cause des personnes qui ont pas beaucoup d'argent. C'est pour aider que je voudrais travailler une job aidante, une job de publique, soit dans une friperie, ou dans un restaurant.

Comme Cynthia et Christian le témoignent, même le travail rémunéré doit offrir plus qu'un salaire. Il y a un désir de faire partie d'un projet, de faire une différence et d'être reconnu par autrui pour cet apport.

Il y a donc un besoin d'être reconnu et encouragé dans leurs contributions et efforts. Il vaut la peine de le rappeler : cet élément est beaucoup plus souvent amené qu'une insatisfaction au niveau salarial. Plusieurs me parlent de cette importance d'une reconnaissance des pairs et des intervenants présents dans leur milieu de travail. Lorsque nous demandons à Benoît ce qui pourrait être amélioré au travail, c'est sans hésitation qu'il parle du développement de liens avec les intervenants qu'il côtoie :

Ben, peut-être prendre un dîner ou un souper avec les membres du staff. Dans la cuisine. Ouais, des encouragements ça serait bon aussi. Ça manque un peu parce que, ils nous donnent ben des ordres. Des fois j'aurais besoin d'une petite claque sur l'épaule du staff, tsé pour m'encourager là.

C'est la contribution à divers collectifs, également soulevé par Castel (2004), qui est ici en cause. Chacune des personnes aspire à participer activement au développement de la société, à ne pas être un «individu par défaut». Ils espèrent ne pas être laissés à eux-mêmes face à leurs aspirations inassouvis et d'être, un jour, vu come des citoyens à part entière, apte à contribuer. Comme Dubet (2004) l'explique, nous définissons notre identité dans des filiations, des organisations qui vont contribuer à structurer nos perceptions et nos actions. Les huit personnes rencontrées cherchent toutes sans exception à se définir dans des paramètres sociaux reconnus, permettant autant de changer pour le mieux leur façon de se voir que la façon dont ils sont perçus et appréciés. Cette quête de sens à leur vie se butte aux stigmas que leur renvoie la société, à leur expérience souvent faible en emploi qu'il est dur de masquer en entrevue et aux effets secondaires parfois lourds de leur médication : ces éléments sont un rappel de ce qui encadre pour le meilleur et pour le pire leur univers des possibles.

### 7.3.2 *Should I stay or should I go?*

Ces paroles du groupe culte de musique, *The Clash*, signifient «Devrais-je rester ou devrais-je partir ?». Nous nous permettons cette référence impromptue puisque ce questionnement est souvent évoqué par les participants. À l'instar des considérations sur l'employabilité, les projets de déménager ou de demeurer à leur actuel lieu de résidence se font dans la constante préoccupation de tisser des liens avec leur entourage, et du fait même éviter l'isolement.

Ce point est plusieurs fois revenu dans nos entretiens. C'est une préoccupation constante qui détermine les projets de plusieurs participants. Pour Susie, le choix est clair : «Oui. Si je m'en irais ailleurs, très très vite, je pense que je deviendrais trop dépressive, parce que j'ai quand même besoin de monde autour de moi. Pi, à mon appartement, quand je veux voir du monde, je sors de mon appartement.» Tout comme jadis elle ne voulait plus quitter l'IPPM, elle ne voit pas le jour où elle serait prête et apte à quitter le Jalon. Lucie présente le même discours : «J'le sais pas. J'ai peur qu'en logement là, j'me laisse aller pis que j'reste chez nous tout le temps.» Arthur partage cette préoccupation et explique que les appartements des Résidences Fleurie offrent une certaine sécurité, puisque les locataires (sans compter les intervenants) seraient attentifs à l'instabilité des autres, le cas échéant :

J'ai un coloc avec moi, y va s'en apercevoir si jamais j'décompense. Pis lui, si y décompense, j'vas m'en apercevoir « moi too ». Même, j'avais un ami au premier étage, à moment donné, y'a décompressé. J'ai fait appel pour le faire transférer à Rivière-des-Prairies. Parce que j'avais peur pour lui, j'étais inquiet pour lui.

C'est le paradoxe des appartements supervisés, spécifiquement conçus pour cette clientèle. D'une part elle peut être une source de stigmatisation accrue, et peut miroiter l'impression que l'intégration sociale de la personne est atteinte, alors qu'elle demeure dans un univers qui est une extension de l'hôpital psychiatrique, avec le maintien d'un encadrement clinique et pharmacologique. D'autre part c'est une occasion de partager un milieu de vie avec des gens ayant vécu des expériences et

difficultés semblables. Dès lors ceux-ci peuvent être plus empathiques mais aussi plus apte à reconnaître les signes d'instabilité chez leur colocataire. Cette lame est toutefois à deux tranchants, car aider peut parfois, selon les conséquences, ne pas être bien reçu, comme précise Arthur :

C'est ben beau aider quelqu'un, mais si à un moment donné il retombe malade, pi là tu le vois pi il dit «c'est toi qui m'a renvoyé là»...c'est un couteau à deux tranchants, il faut pas que tu lui dises...Il faut que t'agisse...c'est l'aider, c'est l'aider au cas où il décompense. Tsé s'il prend plus sa médication depuis une semaine pi tu le vois aller...

Notons que plusieurs accordent une importance à la proximité des divers organismes et commerces qu'ils fréquentent à chaque semaine, que ce soit l'épicerie ou la pharmacie. Il en va de même pour leurs centres d'activité et leur milieu de travail comme Quatre Saisons : plusieurs organismes pour personnes psychiatisés se trouvent en effet dans l'est de l'île de Montréal. Pour Christian, retrouver tout ce dont il a besoin près de chez lui, à l'exception de ses enfants qui habitent en région, semble réellement contribuer à sa qualité de vie, et fait en sorte qu'il voit d'un mauvais œil un déménagement en appartement autonome, puisqu'il pourrait être privé de plusieurs sources de service et de support dans son environnement immédiat.

Son docteur l'a pourtant convaincu de se mettre sur la liste pour obtenir un appartement à prix modique, un HLM. Christian estime que ça serait l'opportunité de vivre «parmi le monde normal», et de ne plus craindre le stigma qui vient avec un appartement supervisé en santé mentale. Il pourrait alors inviter ses enfants aussi souvent et longtemps qu'il le veut. Les difficultés de son colocataire, qui se montre parfois instable, ne l'affecteraient plus. Un HLM est d'autre part un peu moins dispendieux que son loyer actuel. Ses craintes sont toutefois nombreuses : il aurait à acheter ses propres meubles, qui sont fournis dans son appartement actuel. Il aurait à aller chercher lui-même sa médication. Ses centres d'activité seraient probablement plus loin, et nécessiterait de longues périodes de transport. Bien sûr, il n'aurait plus le support hebdomadaire des intervenants des résidences Fleurie. Cynthia chéri le projet de quitter éventuellement le Jalon pour un appartement autonome, mais elle soulève

rapidement est le l'absence d'encadrement, une fois déménagée :

la différence, ça serait que j'aurais moins recourt à avoir de l'aide, parce que il y a personne...ben il y a des gens qui peuvent m'aider mais, je veux dire il y aurait pas personne qui pourrait m'aider, supposons dans la nuit, j'ai de la misère à dormir, il me faut une hospitalisation, ça pourrait pas des passer aussi vite que quand je suis ici. Moi je descend en bas ici à cinq heure du matin pi je dis «je va aller à l'hôpital, ça va pas du tout», ils vont m'envoyer tout de suite tsé ?

Ces considérations sont l'écho de celles exprimées par plusieurs autres dans la même situation. Comme pour d'autres, c'est l'effritement de son réseau social qui inquiète le plus Christian :

Mes amies, les intervenants, les suivis... En HLM, je me retrouverais tout seul, il y a un plus gros risque de retomber malade, de rechute, pis là si je retombe malade encore je vais faire peur à ma famille, à mes enfants, à mon ex, a ma parenté, je ne veux pas leur faire vivre ça encore, parce que c'est dur pour moi mais c'est très dur pour eux autres. J'aime mieux, pour ma santé mentale si je peux rester icitte, je resterais icitte tsé...ça me dérange pas payer plus cher, je suis plus rassuré.

Un appartement autonome permet autant qu'il exige une responsabilisation accrue, mais au prix, selon Christian, de perdre ses repères, ses filets de sécurité. Encore une fois, on voit que son intégration sociale est un compromis : pousser trop loin, par exemple en exigeant qu'il travaille à temps plein et qu'il déménage en appartement autonome, serait probablement déstabilisant pour Christian, qui pourrait rechuter et être réhospitalisé. Il est conscient de ce sa famille et son psychiatre attend de lui : une autonomie complète, tel que eux la conçoivent, mais il craint au détriment de sa santé : «il faut que t'en prenne pi il faut que t'en laisse, parce que à moment donné tu dis «je suis pas capable là, tsé. Le docteur elle, voudrait que je retourne sur le marché du travail, mais je me sens pas prêt, pi j'ai peur que je vais retomber malade.» La stabilité de Christian implique pour lui une stabilité au niveau de ses occupations et son mode de vie, alors qu'elle semble signifier pour le psychiatre un dépassement constant de soi, dans une optique de normalisation tant pour le travail que le logement.

Le projet commun n'est pas tant de déménager pour un appartement autonome mais bien de ne pas perdre leurs acquis actuels, durement atteints. Benoît résume bien ce

souhait de ne pas faire marche arrière : «je voudrais pas perdre tout ce que j'ai ici, pour retourner à Sainte-Jovite pi là...je te donne un exemple : pas payer mon loyer pour un mois, pis là je perdrais tout encore. Je serais obligé de recommencer à zéro.» L'instabilité d'autres locataires est, pour les participants, le rappel des risques d'un déménagement, soit un changement autant de l'environnement, de l'accessibilité des services et de l'encadrement offert. Terminons avec les paroles de la même chanson mentionnée plus haut, qui relate bien plusieurs craintes exprimées : *If I stay there will be trouble, if I go it will be double* (si je reste il y aura des problèmes, si je pars il y en aura deux fois plus)... Le SIV vise à répondre à ces craintes, et à contribuer au développement d'un capital social qui prenne progressivement la relève pour outiller et accompagner la personne. Nous poursuivons avec ce en quoi constitue le développement de ce capital.

### 7.3.3 Tisser des liens : le développement d'un capital social

Les points dont nous avons déjà débattu avec les participants rendent compte de l'impératif d'aller chercher dans leur entourage des sources de support, de conseil, de motivation. Nous tenons à souligner comment le capital social tel que défini par Putman (1995), mentionné plus haut dans *Réseau social*, se lit dans les préoccupations de chacun.

La qualité et la densité du réseau social sont des éléments importants dans l'appréciation de l'actuel lieu de résidence et le train de vie de tous. À plusieurs reprises on nous a entretenus sur les liens qui se créent à l'intérieur d'une résidence, d'un centre d'activité, ou d'un milieu de travail. La présence de colocataires et d'amis désireux de partager des occupations saines facilite le développement d'intérêts diverses, telles que le sport et des activités sociales. Cela permet aussi l'instauration d'une hygiène de vie qui est vu, par l'équipe traitante comme par la personne même, comme gage de stabilité et d'une meilleure santé mentale. Lucie nous le présente

ainsi :

On va faire du gym ensemble. Pis on va à la piscine. On est allée tous les week-ends, pendant toute l'automne, l'hiver, voir des spectacles gratuits à la Maison de la Culture. C'était vraiment impressionnant, c'était l'fun! Pis je serais pas allée si j'avais été toute seule.

Cet aveu va de pair avec la crainte d'un effritement de ce réseau une fois en appartement autonome, ce que Cynthia résume clairement, lorsqu'on lui demande qui pourra l'assister une fois déménagée. Elle estime que le support qu'elle est confiante d'obtenir ne la met pas totalement à l'abri d'une réhospitalisation, d'autant plus qu'elle a vu, tout comme d'autres, des gens vivre le syndrome de la porte tournante :

Qui pourrait être aidant ? Mon chum, sa mère, mon psychiatre, toute l'équipe là. Je m'en va en appartement autonome, je peux ben...de foi il y en a qui s'en vont en appartement autonome, qu'ils rentrent psychiatisés dans les hôpitaux...fait que il faut pas rêver en couleur non plus.

Ces craintes sont liées à l'importance de développer, par l'appui d'un réseau social, une résilience, que Cyrulnik conçoit comme «la capacité de réussir à vivre, à se développer en dépit de l'adversité» (1999). Cette résilience devient entre autre possible lorsqu'on a su tirer profit des expériences de vie, même dans des environnements contraignants comme un hôpital ou une prison. Prenons comme exemple Serge, qui explique que c'est depuis les mises en situation qu'il a fait à Pinel qu'il a graduellement développé une capacité de gérer et de verbaliser son émotivité, comme de parler au «Je» : «C'est tout un contraste avec ce que j'étais avant, j'étais renfermé. Puis ca c'est un goût qui a commencé à Pinel, dans les sketches qui avait là-bas.» Ces compétences l'aident quotidiennement à gérer des situations tendues dans son lieu d'hébergement. Réussir à vivre en dépit de l'adversité c'est aussi sentir qu'on a le filet de sécurité nécessaires en cas de pépin. Ce filet semble être souvent constitué des colocataires, des intervenants, de la médication et de leurs occupations. Élisabeth admet qu'elle s'ouvre peu aux autres résidentes, qu'elle reste sur ses gardes. Il est clairement ardu pour elle de s'épanouir et de s'ajuster face aux tensions ou même à la crainte que se développent des tensions :

Là, y peut avoir une personne là, boum, qui m'arrive là tsé, qui me tsé, en tout cas. Tsé, que j'ai un conflit avec. Pis ça peut arriver d'une seconde. Une seconde là tsé que j'sais pas elle me saute dessus, j'y saute dessus, bang, j'me retrouve en prison. Qu'est-ce que je veux dire, des objectifs, oui, on prend des objectifs. Mais y peut avoir aussi, tsé, tsé... Pas nécessairement que ça viendrait de moi, mais c'est des autres. Vous comprenez ?

Son développement personnel est sévèrement amputé par cette crainte de ne pouvoir réagir aux gestes répréhensibles d'autrui, et de ne pas avoir le support nécessaire pour éviter une escalade. La résilience provient donc autant de l'intériorisation d'une image de soi positive, que de la présence de gens pouvant nous assister au besoin : se faire confiance, pour pouvoir faire confiance à autrui.

La résilience (et le capital social) est donc liée au sentiment d'exercer un certain pouvoir sur son environnement, point dont nous avons traité plus haut. Le pouvoir sur son environnement, c'est aussi respecter ses pairs, dans leurs forces et leurs lacunes : voir ce qui peut être réglé et ce qui est hors de notre contrôle. Serge partage la réflexion suivante :

Serge : C'est ça, moi j'étais prêt à lui donner (son opinion), mais lui non, alors ça faisait un écart.

Moi : Je comprends, parce que vous avez beau être prêt, si l'autre est pas prêt...

Serge : Ça marchera pas. J'ai de la misère avec un coloc ici présentement. C'est du style, pour faire ça court là, il dit aux autres qu'est ce qu'il dit, il aime pas se faire dire. On n'a pas tout réglé nous autres aussi, on a tous nos faiblesse aussi.

Reprendre graduellement un pouvoir sur son environnement serait aussi de reconnaître le support qu'ils voudront avoir une fois en appartement autonome pour maintenir leurs acquis et en développer des nouveaux : c'est en quelque sorte placer ses pions dans un jeu d'échec, de façon à ne pas s'exposer à l'adversaire. Serge est confiant qu'il saura transposer ses compétences une fois à l'extérieur de la résidence : «Des fois c'est bon d'avoir des reflets des autres personnes. Mais si on s'entend pas... on essaie de vivre en société ici, puis de tout façon que ce soit ici ou avec un voisin de balcon que ce soit...» D'autre part, Benoît présente que la

normalité et la psychiatrie ne sont pas nécessairement incompatibles :

Benoît : Ben, dans la société...comme quelqu'un de ben ordinaire. Pas un numéro là, mais je veux dire, je suis en santé mentale, ben...quelle place...j'ai pas...

Moi : Fait que si t'as encore quelqu'un qui vient te voir une fois par mois, pi tu gardes ta médication, est ce que ça, c'est tu atteignable pareil ça ?

Benoît : Ouais. Je pense que j'ai une place raisonnable dans la société.

Acquérir un pouvoir sur son environnement est d'autant plus accessible quand la peur d'être stigmatisé s'estompe. Partager des occupations avec des gens psychiatisés a le potentiel d'être une source de stigmatisation, mais pas pour tous. Comme plusieurs, Cynthia a développé des liens privilégiés avec d'autres personnes qui prennent les mêmes activités qu'elle à l'Échelon, et entend continuer à y aller une fois déménagée. Enfin ce capital social rend possible le développement d'un capital humain (nos propres compétences et aptitudes) et du fait même, d'une image de soi positive. Celle-ci encourage la personne à poursuivre dans ses démarches et à aider autrui dans les leurs. On peut dès lors plus aisément faire partie du capital social d'autrui, puisqu'on a acquis de l'expérience et qu'on a eu l'aide requise au bon moment, par les bonnes personnes. Arthur veut partager les connaissances expérientielles qu'il a obtenues, en se joignant à un organisme communautaire : «Tsé, moi, j'aimerais ça m'en aller dans les droits en santé mentale. Tsé, j'les connais pas mal, j'ai passé par là, j'sais comment que ça marche, tsé. Y'a des gens qui sont pas informé, pis faut les informer correctement.» Pour certains la diminution de symptômes psychiatriques est liée à leur estime de soi et à l'appréciation de leur socialisation fleurissante : «Avant ça roulait vite vite vite. Je suis capable de parler avec le monde maintenant, pi de savoir qu'est ce que je dis sans être mélangée.», d'exprimer Susie.

Le capital social de chacune de ces personnes contribue à déterminer autant leur perception de soi que les projets qu'ils entretiennent. On m'a plusieurs fois précisé vouloir maintenir ce réseau social si un déménagement dans un appartement

autonome se fait. Certains voudraient même garder un lien avec leur intervenant actuel, pour les encourager et les conseiller. La nature de l'encadrement souhaité est plus souvent exprimée que la fréquence de celui-ci. Il semble donc que ces éléments soient dignes de considération lorsqu'un SIV est instauré dans la réalité d'un individu. Ainsi au-delà des craintes de souffrir d'une déliaison sociale en ne faisant pas partie de la société à part entière, le désir de maintenir leurs acquis occupationnels et relationnels prime, quitte à garder un pied dans le monde de la psychiatrie, puisque ces acquis jouent un rôle important dans l'actualisation de leur perception de soi.

## DISCUSSION

### 8.1 Quels sont les facteurs qui, selon la population psychiatrie-justice, contribuent ou nuisent à leur réintégration sociale ?

Notre échantillon nous démontre ce que l'intégration sociale nécessite comme responsabilisation individuelle, le soutien d'un réseau social et l'encadrement médical, dispensé par l'équipe traitante et dans une certaine mesure par le milieu communautaire. Les propos de Castel (1996) sur ce thème prennent tout leur sens à travers l'analyse des entrevues : «sont *intégrés* les individus et les groupes inscrits dans les réseaux producteurs de la richesse et de la reconnaissance sociale. Seraient *exclus* ceux qui ne participeraient en aucune manière à ces échanges réels» (p. 32). En d'autres mots la norme d'employabilité et le besoin d'être valorisé au travail comme ailleurs sont des aspirations communes à tous et toutes. Ainsi, à maintes reprises, avons-nous constaté que les considérations autant conceptuelles que les conclusions des recherches présentées plus haut concordent, en grande partie, avec les propos des huit participants.

Il est clair que la norme d'employabilité transcende la façon dont chacun d'entre eux perçoit leur cheminement et sa propre personne. Que ce soit une réalité ou un projet, chacun accorde une grande importance à son implication dans un collectif, qui devient pour lui une opportunité de se définir comme citoyen et non comme patient, *géré* et supervisé par les services et subventions de l'État... Cet élément fut plus d'une fois mentionné comme une source de stigmatisation lors des entrevues : la situation précaire des participants leur est souvent rappelée, par des colocataires, les médias ou la famille. Que ce soit en animant le bingo, ou en travaillant dans une cuisine, avoir des occupations valorisantes et une approbation de leurs pairs sont des éléments d'une importance capitale puisqu'ils sont directement liés à comment la personne se définira et contempera ses projets de vie. Nous revenons aux constatations de Uttaro et Mechanic (1994) : le retour en société, c'est l'opportunité

voire l'impératif de reprendre sa place, de rendre possible une restauration des rôles, et ce, pour éviter les méandres de l'isolement et le spectre d'une déstabilisation psychiatrique. Le PASM 2005-2010 partage du moins sur papier ce projet, en présentant les bienfaits des contrats d'intégration au travail (CIT) : «bien qu'ils gagneraient à être mieux adaptés à la réalité des personnes ayant un trouble mental, (ils) semblent être les mesures les plus normalisantes» (p. 55).

D'autre part, le lien d'appartenance recherché par les personnes rencontrées se transpose à différents milieux : les liens développés dans leur lieu d'hébergement, leurs lieux d'activités et de travail. Tous cherchent des environnements propices au développement d'un capital social qui les assistera dans leurs démarches. Sur ce point, les organismes communautaires en santé mentale peuvent d'une part être un outil de soutien et de protection contre la recrudescence de symptômes : les résidents qui partagent la même réalité semblent y être attentifs, en plus des intervenants. Toutefois, c'est une source potentielle de renforcement du stigma, tel que Benoît nous a reflété vis-à-vis la clientèle de l'Échelon. Chacun vit avec la peur d'être reconnu dans la foule, de sentir qu'il a un *M* dans le front et que des signes de la maladie ou des effets secondaires de la médication sont visibles. Rappelons également l'importance que Serge accorde à son implication bénévole à l'IPPM et à la gratitude qu'on lui témoigne, ou le désir de Benoît de recevoir des signes de reconnaissance pour ses efforts, bien plus qu'un meilleur salaire. On voit là l'importance d'une intégration symbolique, que Bernier (2004) présente comme la nécessité de sentir qu'on occupe une place vue par autrui comme utile à la collectivité. C'est, pour le meilleur et pour le pire, se forger une image de soi à travers le regard d'autrui.

Pour nos participants, prendre du pouvoir sur leur vie est un élément important de l'intégration sociale et est lié au développement d'une confiance en soi (via le développement d'un capital humain) et en l'entourage (soit l'enracinement d'un capital social). Pour certains, cette assurance de pouvoir prendre part à des activités

diverses, de pouvoir développer et entretenir des relations saines est ce qui nourrit leur confiance en eux. Susie le présente ainsi : «Moi du pouvoir, c'est d'avoir plus confiance en moi. C'est ce qui me permet de rester à l'extérieur (de l'hôpital).» Ajoutons que pour certains cette assurance se concrétise par le sentiment de pouvoir faire une différence non seulement dans leur vie mais aussi dans la vie d'autrui. Soulignons à cet effet le désir d'Arthur de s'impliquer dans un organisme travaillant à la défense des droits des gens en santé mentale.

La confiance en autrui se perçoit entre autres dans la relation qui se crée avec leur intervenant. Plusieurs voient dans l'encadrement reçu une source de sécurité qui d'une part les incite à se confier sur leurs craintes et projets, mais qui peut les amener à croire qu'ils seraient perdants et fragilisés si laissés à eux-mêmes. Comme quoi on peut développer une accoutumance à ce qui nous rend plus fort. Cette *béquille* peut alors nuire à une *guérison optimale* et être contre productive. Ce paradoxe fut soulevé plus haut, entre autres dans le fonctionnement du SIM : l'intégration sociale nécessite un accompagnement clinique approprié tant dans sa nature que sa durée, mais si celui-ci devient indispensable à un maintien de la désinstitutionnalisation de la personne, sa réintégration semble être fondée sur des bases chancelantes.

Un élément que nous avons initialement sous-estimé est la présence de projets chez chaque personne, qui se traduit par l'importance de considérer leur intégration sociale au quotidien, mais également en se projetant en avant, en entretenant des espérances au niveau du travail, d'un futur logement et du rapprochement avec des membres de la famille qui ont pour plusieurs coupé tout contact. Élisabeth explique même s'être reconstitué une unité familiale, en considérant une résidente de l'organisme comme sa nouvelle mère. Les projets d'activité et de travail sont parfois partagés par le réseau social de la personne, ce qui favorise la concrétisation de ceux-ci. Cynthia se cite en exemple : «heille on a hâte on va avoir fini bientôt, pi on va s'inscrire, pi on va prendre telle et telle activité». Son horaire est partagé avec des colocataires, et s'en

voit d'autant plus diversifié et apprécié. Le développement d'un capital social et la création d'intérêts pour des activités sont alors interdépendants. La mobilisation de la personne passe entre autres par celle de son réseau social. Les projets peuvent être humbles mais avoir une grande signification pour la personne. Élisabeth nous explique qu'elle tient à cœur le projet de pouvoir prendre le métro sans accompagnement. Elle pourrait alors élargir ses opportunités de socialisation et prendre part à des activités à l'extérieur de la ressource. Les projets de tous et chacun ont en commun le souhait de forger des liens avec des personnes qui ne sont pas reliés au monde de la psychiatrie, sans toutefois couper les ponts avec celle-ci.

Les deux projets qui sont les plus souvent évoqués sont, à l'image des principaux facteurs d'intégration maintes fois soulignés, ceux de se trouver du travail ou de faire du bénévolat, et celui d'éventuellement déménager pour vivre «comme une personne normale». La normalité se conçoit à travers un discours marqué par la norme d'autonomie et les projets suivent cette ligne directrice. Plusieurs estiment que leur désinstitutionnalisation n'est pas complète, soit parce qu'un suivi psychiatrique demeure, soit parce qu'il est actuellement impossible d'intégrer le marché du travail. La plupart désirent se définir au-delà de la psychiatrie, mais constatent qu'un lien demeure, ne serait-ce que par la médication.

L'intégration sociale signifie autant aller de l'avant que ne pas retourner en arrière, ce qui signifierait pour la PPJ une réhospitaliation. Les moyens favorisant l'un et se protégeant de l'autre sont souvent corrélés, voire les mêmes. Un élément porteur de sens dans cette dualité intégration/exclusion est la peur de voir le passé se répéter, entretenu par les signes d'instabilité parfois observés chez des colocataires du lieu d'hébergement. Cette crainte est une lame à double tranchant car elle peut autant motiver la personne à aller de l'avant dans son implication sociale, que l'amener à se méfier et à s'isoler, ou à ne pas vouloir envisager une vie en dehors d'une maison d'hébergement, ce que plusieurs admettent. Ce dilemme rappelle que l'intégration est

aujourd'hui, comme l'explique Dubet (2004), synonyme d'une capacité de se mobiliser et de s'ajuster, contrairement à l'instauration d'une sédentarité professionnelle ou résidentielle, toutes deux présentes dans la vie de plusieurs.

Enfin, notons qu'au-delà de l'importance indéniable du travail comme moyen de réintégrer les rouages de la société, la reconnaissance sociale et le sentiment de jouer un rôle reconnu semblent être la *voie royale de la réhabilitation*. Un emploi, des activités ou même un lieu d'hébergement n'offrant pas ces opportunités d'approbation sociale et de valorisation seraient tel un coup d'épée dans l'eau, et pourrait devenir un facteur de fragilisation pour tous, la PPJ inclus.

## 8.2 Comment cette conception de l'intégration sociale se compare-t-elle à celle mise de l'avant par le SIM et le SIV ?

C'est à travers l'appréciation qu'ont les participants de leur suivi clinique actuel ainsi que la manière dont ils envisagent le maintien (ou non) d'un encadrement une fois déménagés que nous pouvons dresser un portrait comparatif, même si limité, entre leurs visions de l'intégration sociale et ce que les SIM et SIV offrent et permettent. Ces formes de suivi ont été choisies pour représenter la réponse étatique aux «adultes ayant un trouble mental grave» puisque le PASM 2005-2010 les présente comme jouant un rôle important :

L'amélioration des modes de traitement des troubles mentaux graves permet aux personnes souffrant de tels troubles de vivre en société. La présente section porte sur les services de soutien et d'intégration sociale qu'il faut prioritairement développer pour faciliter la vie des personnes dans la communauté : la réadaptation psychosociale, le suivi intensif et le soutien d'intensité variable et les services d'intégration sociale.

Toutefois, comme l'a souligné René (2007), les distinctions entre ces suivis demeurent floues, et reposent souvent sur la fréquence et le lieu des rencontres, ainsi que les ratios intervenants/clients. Mentionnons qu'alors que le SIM est assuré essentiellement par les hôpitaux, le milieu communautaire contribue au SIV et s'en dit même l'instigateur. Le Regroupement des organismes offrant du suivi alternatif communautaire sur l'île de Montréal (ROSAC) souligne ainsi, sur son site internet, sa

participation à ce projet :

Ainsi, nous soutenons que cette pratique est issue des groupes communautaires depuis plusieurs années. Ces groupes ont su proposer une démarche d'aide centrée sur la personne et ses besoins, dans une perspective d'appropriation du pouvoir et de rétablissement qui pourra se poursuivre et s'étendre dans cette nouvelle réforme.

Le PASM 2005-2010 semble miser juste en présentant que, tout comme Leete (1993) l'avait déjà souligné, les personnes psychiatisées ont les mêmes aspirations que tout autre citoyen : un revenu et un logement décent, l'opportunité de s'instruire et de développer un capital social à travers des occupations valorisantes. Des collaborations intersectorielles sont donc nécessaires et sont observées dans la réalité des participants : les organismes communautaires se font les partenaires des milieux psychiatriques au niveau du travail, du logement, des activités et du traitement pharmacologique. Le système judiciaire est aussi interpellé, comme par l'implantation du Tribunal en santé mentale.

À l'image du projet de plusieurs participants, et nul doute en réponse aux contraintes budgétaires gouvernementales, «des réaménagements sont nécessaires pour accroître l'offre de logements autonomes avec soutien» (PASM 2005-2010, p. 53). C'est l'évolution de la transinstitutionnalisation qui se concrétise par une place grandissante accordée au SIV, ainsi qu'à l'importance donnée au renforcement de la première ligne dans le réseau de la santé, qui se veut de nature préventive. Le MSSS reconnaît donc le manque de places en appartement supervisé, réalité qui a des répercussions dans l'ensemble du réseau et qui fut décriée par l'administration de l'IPPM et l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Les participants ont démontré plusieurs frustrations et inquiétudes sur leur situation actuelle. Leur suivi clinique n'a toutefois pas été une source majeure de critique : à part les mesures disciplinaires mal reçues de Cynthia, le suivi insuffisant de l'équipe traitante, selon Christian, le sentiment d'isolement d'Élisabeth (où elle se reconnaît

une part de responsabilité), les participants considèrent que le soutien actuellement offert leur est bénéfique. On sent qu'entre les aspirations personnelles et l'encadrement qu'ils doivent accepter (comme entre autres les rendez-vous réguliers à la Post-cure), le compromis qu'est l'intégration sociale (soit les effets secondaires de la médication, la crainte d'être stigmatisé, la précarité au niveau financier et parfois du capital social) semble...gérable. L'envers de la médaille est pour plusieurs une accoutumance à ce suivi et la peur de ne pouvoir demeurer stable sans celui-ci. Nous l'avons déjà soulevé, l'équipe traitante partage en quelque sorte cette crainte de voir les bienfaits du SIM s'estomper s'il est retiré (tel que des recherches de Stein et Test (1980) l'ont souligné). On sent que l'équipe traitante détermine parfois ses plans de soin par l'adage *if it isn't broken don't fix it* (si ce n'est pas brisé ne le répare pas).

Plusieurs personnes rencontrées expriment vouloir maintenir un lien avec leur intervenant(e) actuel(le) lorsqu'ils quitteront pour un appartement supervisé ou autonome. Au-delà des modalités du suivi appliqué une fois en appartement, les bienfaits de miser sur les liens déjà établis et le capital social déjà présent ne doivent pas être sous-estimés : quitter pour un appartement autonome, si cette option s'avère envisagée par l'équipe traitante, ne doit pas signifier un recul dans l'autonomie de la personne comme dans ses acquis sociaux et occupationnels, mais bien une opportunité de poursuivre sur cette lancée. On sent que les participants entretiennent plusieurs inquiétudes à cet effet. Sans vouloir faire dans la simplicité, les participants nous ont d'avantage entretenu sur la *qualité* du lien développé avec leur intervenant, beaucoup plus que la *quantité* de celui-ci (qu'on traduit ici par la fréquence des rencontres).

À travers le soutien offert dans un SIM ou SIV, le MSSS juge important de favoriser l'employabilité ou, si elle s'avère non envisageable pour l'instant, la pré-employabilité : «la participation sociale consiste en des activités basées sur l'aide ou l'entraide, que ces activités servent à des fins non lucratives, et que la contribution

des personnes atteintes d'un trouble mental à ces activités leur apporte un sentiment d'utilité et de valorisation» (PASM 2005-2010, p. 55). On voit bien ici le projet de plusieurs participants d'offrir de leur temps et de partager leur expérience dans divers organismes, que ce soit un comité d'usagers, un organisme de la défense des droits en santé mentale, ou d'une cuisine communautaire. Ils s'attendent à être assistés, sans être poussés, à l'atteinte de ces objectifs.

Nous estimons qu'il faut demeurer vigilants à ce que s'instaure, par un encadrement psychiatrique qui garde une partie de la PPJ en marge de certains aspects de l'intégration sociale, une déviance secondaire qui réfère à celui qui «acceptant le statut de déviant que les autres lui accordent, organise sa vie en fonction de ce statut» (Poupart, 2001 p.102). Les participants ont clairement exprimé l'importance d'être entendus dans leurs aspirations. Qu'on leur offre (et bien souvent impose) un SIM ou SIV, les critères de suivi ne peuvent s'opérationnaliser sans la considération de comment la PPJ conçoit son présent autant que son avenir. En ce sens, les gens en charge des différents types de suivi doivent demeurer vigilants face à l'enlèvement dans un statu quo qui ne favoriserait pas une évolution, même minime, en vue de leur *réaffiliation sociale*.

## CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La prémisse de cette recherche s'est inspirée de nos contacts en milieu de travail avec la PPJ, au Centre d'hébergement l'Entre-Toit. Nous avons rencontré autant dans nos expériences professionnelles que dans la littérature la multitude de défis auxquels ces gens doivent faire face quotidiennement : s'affranchir du double stigma de la judiciarisation et de la psychiatisation, le vœu d'intégrer la norme sociale en prenant part à des occupations valorisantes en développant un capital social, mais également, dans les mots de Benoît, en ayant «une place raisonnable» au sein de sa collectivité. Somme toute s'affranchir petit à petit de la psychiatrie, tout en tirant profit de l'encadrement qu'elle prodigue.

Le projet de rétablissement mis de l'avant par le MSSS, qui souscrit au principe *je suis une personne et non une maladie*, a guidé notre recension d'écrits et le choix des paradigmes constructiviste et interactionniste symbolique pour aller à la rencontre des huit personnes interrogées. Nous estimons humblement que tout soutien ou suivi qui leur est offert doit se faire dans la considération des facteurs qui ont été soulevés dans le cadre de ce rapport : leur façon de concevoir l'intégration sociale, l'exclusion sociale, la prise de pouvoir sur leur vie, la déjudiciarisation et la désinstitutionalisation. Les professionnels impliqués dans ce projet doivent aussi savoir entendre et s'ajuster aux projets et aux craintes de la personne. Tout en favorisant l'instauration d'outils qui aideront la personne à reprendre sa place comme citoyen, on doit demeurer soucieux de ne pas sauter d'étape, ou de confondre une étape pour une conclusion. Comme quoi la fleur ne pousse pas plus vite quand on tire dessus, mais bien quand on en prend soin.

Pour plusieurs s'est instaurée une intégration sociale indéniable mais également limitée : un compromis pour pouvoir garder ce sentiment de sécurité et de stabilité mentale. Les équipes traitantes et les responsables d'appartements supervisés semblent accepter, voir se résigner, au fait que le prix de la non-réhospitalisation est la supervision à vie de gens présentant diverses limites ou ne voulant pas se défaire de l'encadrement qui leur est actuellement fourni. Une conséquence structurelle est que les gens encore en milieu institutionnel ou en foyer de groupe qui désirent pouvoir cheminer dans leur intégration, doivent s'inscrire sur une liste d'attente et souvent attendre longtemps avant qu'une place leur soit accordée. Aubut et Lemieux (2007) soulignent que le temps d'attente moyen pour un placement en ressource externe est de 1200 jours. Ceci nous ramène à l'image de la congestion routière évoquée plus haut.

L'objectif des appartements supervisés, qui est d'être une phase transitoire dans le cheminement de ces personnes, se voit muté par les visés cliniques de la psychiatrie : valoriser la santé de la personne, mais minimiser les risques d'une déstabilisation ou d'une récurrence. Ce projet est bien sûr valable, mais cet objectif va de pair avec le renforcement du SIV et l'accès à des appartements supervisés, attendus de tous les acteurs du réseau de la santé. Ces facteurs sont déterminants dans la gestion du phénomène de la porte tournante.

Nous sommes conscients que le regard que les gens rencontrés (et assurément l'ensemble de la PPJ) entretiennent sur les divers services reçus et la pertinence de ces services dépend en partie de la perception qu'ils ont d'eux mêmes, de leur autocritique face à leur santé mentale, de leur conception de la légitimité des procédures légales et psychiatriques qu'ils et elles ont connues. Les personnes jugeant qu'ils n'ont rien à gagner d'un suivi psychiatrique (pendant ou après une hospitalisation) seront moins enclins à se dire satisfaits des soins obtenus, quels qu'ils soient. Ils tiendront donc moins compte de la présence de ces facteurs dans leur

conception de l'intégration sociale et des projets qu'ils élaborent.

Les gens rencontrés constatent tous et toutes, à différents degrés, le chemin parcouru depuis l'hôpital psychiatrique, qui demeure présent dans leur vie à ce jour. Ils ont, par le partage de leur vécu, su démontrer que l'intégration sociale s'inscrit dans un processus continu, où chaque petit pas laisse une marque indélébile et riche en expérience de vie. Le plus grand souhait qui nous fut exprimé est que cette marche ne se fasse pas en solitaire et que les gens qui les assistent et les assisteront soient des accompagnateurs dans l'atteinte d'une meilleure qualité de vie. Voilà un objectif ambitieux que nous partageons ardemment. À cet égard, l'intention d'offrir un SIV d'environ un an (tel que suggéré dans le PASM 2005-2010) semble être à repenser puisque le prix d'une normalisation de la vie de la PPJ pourrait passer, peut-être ironiquement, par un suivi plus flexible dans sa durée. Aubut et Lemieux (2007) nous rappellent que pour répondre aux besoins de cette population, investir en ce sens sera gage de réussite :

[...] on se rappellera que des épargnes substantielles seront réalisées si on a rendu à une personne son autonomie et qu'on lui a évité de commettre des délits majeurs, d'être emprisonnée ou de dépendre de l'État pour subvenir à ses besoins. En ce domaine, comme en beaucoup d'autres, la prévention offre un rendement plusieurs fois supérieur aux sommes investies au départ (p. 29).

Enfin, en constatant l'évolution de la réponse étatique à la maladie mentale, nous pouvons faire preuve d'un optimisme prudent. Nous reconnaissons la place importante accordée à l'employabilité et à la transmission de valeurs connexes à une individualisation du projet d'intégration sociale. Ces phénomènes de société marquent la façon de traiter bon nombre de problématiques contemporaines. Nous concluons toutefois en encourageant les moyens mis en place tant par le MSSS que par des regroupements tels le ROSAC, qui visent à poursuivre le projet de désinstitutionalisation et d'intégration sociale d'une façon humaine et porteuse de la reconnaissance des potentialités de tous.

## ANNEXE I

### QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE

#### **Histoire personnelle :**

Vous avez eu à faire face à des problèmes de santé mentale et de judiciarisation dans votre vie. Pouvez-vous m'en parler ?

#### **Définitions :**

Qu'est-ce que l'intégration sociale signifie pour vous ?

Qu'est-ce que l'exclusion sociale signifie pour vous ?

Qu'est-ce que signifie pour vous *se réapproprier du pouvoir sur sa vie* ?

Être désinstitutionnalisé, ça veut dire quoi pour vous ?

#### **L'impact des services institutionnels et communautaires reçus :**

En quoi les services que vous avez reçus dans des milieux institutionnels ont-ils contribué ou non à votre intégration sociale ?

En quoi les services que vous avez reçus dans des milieux carcéraux ont-ils contribué ou non à votre intégration sociale ?

En quoi votre actuel lieu de résidence contribue ou non à votre intégration sociale ?

Comment pourrait-il contribuer d'avantage à cet objectif ?

Que désirez-vous accomplir durant votre séjour ici ?

Sur qui pouvez-vous compter pour atteindre ces objectifs ?

Quelles attentes avez-vous face à votre équipe traitante ?

**L'impact des facteurs environnementaux présents :**

Quel type de logement contribuerait le plus à l'atteinte de vos objectifs personnels ?

En quoi ce type de logement se démarque des autres pour vous ?

Quel support voudrez-vous lorsqu'en appartement, et venant de qui ?

En quoi un emploi pourrait ou non contribuer à votre intégration sociale ?

D'autres types d'occupations peuvent-elles remplir cette fonction ?

Quel rôle votre entourage joue-t-il dans l'atteinte de vos objectifs ?

Quelles attentes sentez-vous que votre entourage a à votre endroit ?

**L'implication d'autres facteurs dans l'intégration sociale et l'exclusion sociale :**

Quels furent les obstacles à l'atteinte d'une intégration sociale qui vous satisfasse ?

Quels sont aujourd'hui les obstacles à l'atteinte d'une intégration sociale qui vous satisfasse ?

Quel serait, idéalement, votre rôle dans la société ?

Quels moyens concrets envisagez-vous pour atteindre ces objectifs ?

**Autres :**

Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?

**Évaluation de l'entrevue :**

Comment avez-vous apprécié l'entrevue ? (la clarté des questions, la longueur de l'entrevue).

## ANNEXE II

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Titre de la recherche :** Perception des critères d'intégration sociale par la clientèle psychiatrie-justice et les établissements publics

**Chercheur :** Zied Hamida

**Directeur de recherche :** Henri Dorvil

#### A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

- Objectifs de la recherche.

Investiguer la perception de la population psychiatisée et judiciairisée sur sa réintégration en société, la contraster avec la perception d'établissements publics offrant des services à ces personnes, essentiellement le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le suivi à intensité variable (SIV).

- **Participation à la recherche**

Votre participation à cette recherche consiste à :

Vous entretenir sur le sujet de recherche et répondre à des questions pour une durée d'environ une heure. La discussion sera enregistrée sur magnétophone puis transférée à l'écrit.

- **Confidentialité**

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels, sauf si certaines informations laissent fortement supposer que votre vie ou que celle d'autrui puisse être menacée. Les renseignements seront conservés dans un bureau fermé, et détruit à la fin de la recherche. L'élève pourra utiliser des extraits de cette rencontre pour la rédaction de son mémoire, mais aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée.

- **Avantages et inconvénients**

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur les facteurs facilitant le retour en société d'une personne psychiatisée et judiciairisée. Votre participation à la recherche pourra également vous donner l'occasion de mieux vous connaître. Un dédommagement de 10\$ sera offert à chacune des personnes consentant à me rencontrer pour une entrevue, pour couvrir les frais de déplacement.

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec le chercheur. S'il y a lieu, celui-ci pourra vous référer à une personne-ressource.

- **Droit de retrait**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous abstenir de répondre à une question et de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous vous retirez de la recherche, vous pouvez décider que les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait soient conservés ou détruits.

## B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après m'être accordé un délai suffisant de réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à la directrice de la maîtrise en travail social, madame Lucie Dumais : (514) 987 3000, poste 2458.

## BIBLIOGRAPHIE

ABABOU, R. et LABELLE, M. (2000). *La formation d'une équipe sportive intégrée. Qui intègre qui ?* Imprimerie L'impressionnante inc., Laval.

Agence de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec, (2007). *Soutien d'intensité variable (SIV) en santé mentale : Cadre de référence régional.* MSSS.

AUBUT, J. et A. LEMIEUX, (dir. publ.). (2007). *L'urgence d'agir pour un hébergement et une réinsertion de qualité en psychiatrie légale : Recommandations à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal,* Université de Montréal, Montréal.

AYÉ, M. (2002). *Le capital social pour contrer la pauvreté.* Forum, vol. 35, no. 17.

BACHRACH, LL. (1992). *Case management revisited, Hospital and Community Psychiatry,* vol. 43, 11 pages.

BACHRACH, L.L. (1992b). *Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients,* American Journal of Psychiatry, Vol. 149, No 11, p. 1455-1463.

BERNIER, S. (2004). *L'intégration en santé mentale : quelques pistes pour enrichir la réflexion sur les pratiques d'intervention.* Université du Québec à Montréal.

BOUCHARD, S. et C. CYR (2005). *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique, 2e. édition, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.*

CASTEL, R. (2004). *Intégration et nouveaux processus d'individualisation,* dans POUPART, J. (2004). *Au-delà du système pénal, l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés,* Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy.

CASTEL, R. (1996). *Les marginaux dans l'histoire,* in Paugam, S. *L'exclusion, l'état des savoirs,* Paris, la Découverte.

CASTEL, R. (1994). *La dynamique du processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la marginalisation,* Cahiers de recherche sociologique, no. 22, p.11-

27.

CHAMBERLIN, J. (1997). *A working definition of empowerment*, Psychiatric Rehabilitation Journal, 20(4), p.43-46.

CODE CRIMINEL, (2010). Lois révisées du Canada.

COLE, G. D. H., (1964). *Studies in class structure*. International library of sociology and social reconstruction. London : Routledge & Kegan Paul.

CLÉMENT, M et TESSIER L. (1992), *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : défis des années 90*, Gaetan Morin éditeur, Québec, 238 pages.

Deegan, P.E. (1993). *Recovering our sense of value after being labeled mentally ill*. Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 31, 4, 7-11.

DESLAURIERS, J-P. *La recherche qualitative : une façon complémentaire d'aborder les questions de recherche*, in BOUCHARD, S. et C. CYR (2005). *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique*, 2e. édition, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

DORVIL, H. (2006). *Prise de médicaments et désinstitutionalisation* in Le médicament au coeur de la société contemporaine, J. Colin, M.Otero, L. Monnais. Université du Québec à Montréal.

DORVIL, H. et al., (2005). *Le travail et le logement comme déterminants sociaux de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale*, Analysis of themes. Montréal : Presses de l'Université du Québec.

DORVIL, H. et al., (2005 b). *Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologique de la désinstitutionalisation*, p. 210-235, in *Cahiers de recherche sociologique, Nouveau malaise dans la civilisation - Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation*, no. 41-42, 301 p., 2005.

DORVIL, H., P. Morin et D. Robert, (2001). *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles*, Montréal : Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, Université de Montréal : École de travail social, Université du Québec à Montréal, 2001.

DORVIL, H. (1998), Grille d'analyse pour le cours TRS 3320.

DORVIL, GUTTMAN, RICARD, et al., (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Le comité de la santé mentale du Québec, Québec, 263 p.  
 DORVIL, H., M. RENAUD, L. BOUCHARD, (1994). L'exclusion des personnes handicapées. *Traité des problèmes sociaux*. Québec IQRC.

DORVIL, H., (1986). *Les patients qui activent la porte tournante : étude clinique et sociodémographique d'une clientèle majeure à l'hôpital Louis-H. Lafontaine*, Centre de recherche psychiatrique Louis-H. Lafontaine, 74 pages.

DUBET, F., (2004). *Changements dans l'intégration*, dans POUPART, J. (2004). *Au-delà du système pénal, l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciairisés et marginalisés*, Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy.

DUFOUR, P., G. BOISMENU et A. NOEL (2003). *L'aide au conditionnel. La contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord*, Bruxelles, Peter Lang.

DURKHEIM, E., (1893). *De la division du travail social*, Paris.

DUVAL, J. (1994). *Tabous et santé mentale : un outil de réflexion*, Association canadienne pour la santé mentale, Filiale Montréal, 69 pages.

FAIRWEATHER, G.W. (1980). The Fairweather Lodge : A Twenty-Five Year Retrospective. *New Directions for Mental Health Service* (7). San Francisco : Jossey-Bass.

FEELEY, M. et J. SIMON (1994). *Actuarial justice : the emerging new criminal law*, dans D. Nelken (dir.), *The futures of criminology*, Londres, Sage, p.173-201.

FEELEY, M. et J. SIMON (1992). *The new penology : Notes on the emerging strategy of corrections and its implications*, *Criminology*, vol. 30, p. 449-474.

GARETY, P. (1988). «*Housing*» and *Community Care in Practice*, édité par Lavender, A., et F. Holloway, John Wiley and Sons Ltd, p. 143-159.

GARLAND, D. (2001). *The culture of control. Crimes and social order in contemporary society*, Oxford, Oxford University Press.

GÉLINAS, D (1998). *Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves*, Santé mentale su Québec, XXIII, no.2.

- GEMEREK, B. (1980). *Truands et misérables dans l'Europe moderne (1350-1600)*. Paris, Gallimard.
- GERMANO, D. (1996). *My struggle to survive*, Psychiatric Rehabilitation Journal, 20(1), p.65-66.
- GOFFMAN, E. (1975). *Stigmaté*, traduit par Alain Kihm, Paris : Éditions de Minuit.
- GOFFMAN, E. (1963). *Stigma: notes on management of spoiled identity*, EnglewoodCliffs, N.J., A spectrum book, 147 pages.
- GOFFMAN, E. (1962). *Asylums (Asiles) : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Trad. de LILIANE et LAINE, C. Présentation, index et notes de CASTEL, Robert. Paris : Éditions de Minuit, 1968
- GROULX, L. (1993) *La critique de la pensée épidémiologique. Les méthodes qualitatives en recherche sociale. Actes du Colloque du CQRS*.
- GUBERMAN, N. (1990). *Les femmes et la politique de santé mentale*, Santé mentale au Québec, Vol. 15, N 1, p. 62-84.
- GUELFY, J.D. (2000). *DSM-IV-TR*, Paris, Masson.
- HAMILTON, Wilson, J. et J. Hobbs (1995). *Therapeutic Partnership : A Model for Clinical Practice*, Nursing and Mental Health Services, 32(2), p 27-30.
- HANSBURG F. et al. (1996). *Two sides of a crisis : Consumer and Professional Views of Screening Services*, Psychiatric Rehabilitation Journal, 20(1), p.19-23.
- HARNOIS, G. (1987). *Pour un partenariat élargi : projet de la politique de la santé mentale pour le Québec*. Publications officielles; Imprimés.
- HARRIS, M. et BERGMAN, H. C. (1993). *Case management for mentally ill patients : Theory and Practice*, Hardwood Academic Publishers, Langhorne PA.
- HATFIELD, A. B. (1999). *Barriers to serving older adults with a psychiatric disability*, Psychiatric Rehabilitation Journal, 22, p. 270-276.
- HATTEM, T., A. NORMENDEAU et C. PARENT (1982). *Les conséquences d'une condamnation pénale dans le domaine du travail*, Déviance et société, vol. 6, no3, p.311-326.

HATTEM C., et T., PARENT (1982). *Les effets négatifs d'un casier judiciaire au niveau de l'emploi*, les Cahiers de l'École de criminologie, no. 8, Montréal, École de criminologie.

HODGINS, S. (1993). *Mental disorder and crime*, Sage publications, États-Unis, 379 pages.

HOFFMAN, B. (1990). *The criminalization of the mentally ill*, Canadian Journal of psychiatry, Vol. 35, p. 166-169.

HORTON, J. (1964). *The Dehumanization of Anomie and Alienation: a problem in the ideology of sociology*, The British journal of sociology, vol 15 no.4, p. 283-300.

HUOT, F. (2002), *La critique de la vertu : pistes pour une analyse des fondements théoriques des programmes de prévention précoce*, tiré de : *De l'intervention précoce à la prévention féroce ?* Les actes du colloque.

KITSUSE John I. et A. V. CICOUREL, (1963). *The educational decision makers*, Indianapolis, Bobbs-Merrill, The advanced studies in sociology.

LABERGE D. et D. MORIN (1993). *Troubles mentaux et intervention; questions entourant les évaluations de la judiciarisation en Amérique du Nord*, *Déviance et Société*, 17 (3), p. 309-348.

LABERGE D. ET D. MORIN (1992). *Les clientèles psychiatrie-justice : problèmes de prise en charge et d'intervention*, Les cahiers GRAPP, Centre international de criminologie comparé, UQAM.

LAFOREST, M. et R. MAYER, (1990). *Problème social : le concept et les principales écoles théoriques*, *Service social*, vol. 39, n. 2.

LANDREVILLE, P. (2004). *Réinsertion dans le marché du travail*, dans POUPART, J. (2004). *Au-delà du système pénal, l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés*, Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy.

LE BOSSÉ, Y (2008). *Introduction à l'approche centrée sur le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA)*, recueil de texte. Laboratoire de recherche sur le développement du pouvoir d'agir, Université Laval.

LE BOSSÉ, Y. (2006). *Les savoirs d'expérience : un outil d'affranchissement potentiel au service du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités ?*, *Revue des sciences de l'éducation*, Volume 32, no.1.

LEETE, E. (1993). *The interpersonal environment. A consumer's personal*

recollection, dans HATFIELD, A.B. et LEFLEY, H.P. (dir.) *Surviving mental illness: Stress, coping and adaptation*, New York, Guilford press, p. 114-128.

LEMERT, E. M. (1951). *Social pathology: systematic approaches to the study of sociopathic behavior*, New York: McGraw-Hill.

LESAGE, A. (1999). *Quatre décennies de désinstitutionnalisation au Québec : la longue marche vers un hôpital sans mur*, in CLAVERANE J.P. et C. LARDY (dir.), *La santé demain- Vers un système de soins sans murs*, Lyon, Économica, Centre Jacques –Cartier.

MAHEU, P. et H. DORVIL (1994). *Tabous et santé mentale : un outil de réflexion*, Montréal : Association canadienne pour la santé mentale, Filiale de Montréal, 69p.

MANSEAU, H. (1990). *L'abus sexuel et l'institutionnalisation de la protection de la jeunesse*, Sillery, Presses de l'Université du Québec.

MARY, P. (2004). *Complémentarité des nouvelles politiques pénales : État social actif et justice réparatrice, État sécuritaire et justice actuarielle*, dans J. POUPART (dir.), *Au delà du système pénal : l'intégration social et professionnelle des groupes judiciairisés et marginalisés*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, 270 pages.

MAYER, R. *Le constructivisme et les problèmes sociaux*, dans DORVIL, H. et R. MAYER (2001). *Problèmes sociaux, Tome 1 : Théories et méthodologies*, Montréal : Presses de l'Université du Québec.

MAYER, R et M. LAFOREST (1990). *Problème social : le concept et les principales écoles théoriques*, Service social, vol. 39, no 2, 1990.

METCALF, H., T. ANDERSON, et H. ROLFE (2001). *Barriers to Employment for Offenders and Ex-offenders*. A report of research carried out by the National Institute of Economic and Social Research on behalf of the Department for Work and Pensions, Norwich, Her Majesty's Stationary Office.

MILES, M.B., et A.M. HUBERMAN (2003). *Analyse des données qualitatives*, Bruxelles, Dc. Bock.

MOURANT, F. (1984). *Déviance et délinquance, une revue des notions*, Service social, vol. 33, n. 2-3 : 25 pages.

MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale (2005-2010), La force des liens*, Gouvernement du Québec, Québec.

MSSS (1989). *Politique de Santé Mentale*, MSSS, Gouvernement du Québec, Québec, 62p.

Organisation Mondiale de la Santé (2000). *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*. Genève.

OTERO, M., J. POUPART et M. SPIELVOGEL (2004). Sortir et s'en sortir : la montée de la norme d'autonomie dans les trajectoires de retour à la communauté des «ex-détenus», dans POUPART, J. (2004). *Au-delà du système pénal, l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciairisés et marginalisés*, Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy.

OTERO, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine*, Santé mentale et société, Sainte-Foy, Presses de l'université Laval.

PAAP, W. R. (1977). *Analyzing qualitative data in short-term class projects*, Teaching sociology, vol. 4 no. 4, California State College, Bakersfield.

PAILLÉ, P. (1994). *L'analyse par théorisation ancrée*, Cahier de recherche sociologique no23.

PIRÈS, A. (1983). *Stigmate pénal et trajectoire sociale*, Thèse de doctorat inédite, Montréal. Université de Montréal, École de criminologie.

POIRIER, M. (2007). *Santé mentale et itinérance : analyse d'une controverse*, Nouvelles pratiques sociales, vol.19, no.2.

POUPART, J. (2004). *Au-delà du système pénal, l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciairisés et marginalisés*, Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy, 270 pages.

POUPART, J., (2001). *La conception constructiviste de la déviance à l'étude des carrières dites déviantes : Retour sur la sociologie interactionniste et le courant de la réaction sociale*, dans H. Dorvil et R. Mayer (dir.), *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies*, tome 1, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

RENÉ, O. (2007). *Portrait de l'expérience d'intégration d'un organisme de suivi alternatif communautaire face aux établissements publics dans le contexte des réseaux locaux de services en santé mentale*, Montréal : Université du Québec à Montréal, Mémoire de maîtrise en intervention sociale.

RITSHER, J.E.B., R.D. COURSEY et E.W. FARRELL. (1997). *A survey on issues in the lives of women with severe mental illness*, *Psychiatric services*, 48, p. 1273-1282.

RUBIN, H.J. et RUBIN, I.S. (1996). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks, CA : Sage.

SAVOIE-ZAJC, L. (1997). «*L'entrevue semie-dirigée*», dans B.Gauthier (sous la dir. de), *Recherche sociale : de la problématique à la recherche de données*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec.

SANTÉ CANADA. (1994). *Suicide in Canada : Update of the Report on the Task Force on Suicide in Canada = Le suicide au Canada : mise à jour du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Ottawa, Santé Canada.

SHEILAGH, H. et M.-I. RUDIGER (2000). *Violence, crime, and mentally disordered offenders*, John Wiley and sons, Angleterre, 233 pages.

SLADE, M. (1994). *Needs assessment: involvement of staff and users will help to meet needs*, *British journal of psychiatry*, 165, p.293-296.

SPRADLEY, J.P. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart et Winston.

ST-ONGE, M. et L. TESSIER (2003) : *Les personnes d'âge adulte ayant des troubles mentaux et la diversité de leurs besoins : des repères pour l'action*, dans R. Émard et T. Aubry (sous la direction de), *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir une vie*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.

STRIMELLE, V. (2003). *Une fois la sentence terminée : L'intégration des personnes ayant connu une expérience d'incarcération* dans POUPART, J. (2004). *Au-delà du système pénal, l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciairisés et marginalisés*, Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy.

TESSIER L. et L. CLÉMENT, avec le concours de V. WAGENER-JOBIDON (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie- Défis des années 90*, *Commis de la santé mentale au Québec*, Gaetan Morin éditeur, 238p.

TEST, M. A. et L. STEIN (1980). *Alternative to mental hospital treatment III. Social cost.*, *Archives of general psychiatry*, vol.37, p. 409-412.

THÉRAULT, J. (1999) *L'urgence psychosociale et l'intervention auprès de la clientèle «psychiatrie-justice»*, mémoire présenté comme exigence partielle de la

maîtrise en sociologie, Université du Québec à Montréal, 166 pages.

TOREY W. C. et P. WYZIK (2000). *The recovery vision as a Service Improvement guide for community Mental Health Center providers*, Community Mental Health Journal, 36, no.2, 2000, p. 209-216.

TOUZIN, C. (2007), *Une centaine d'appels d'urgence par jour*, La Presse, cahier Actualité.

TURGEON J. et R. LANDRY (1996) Les plans régionaux d'organisation de services de santé et sociaux au Québec : un dispositif de mise en cohérence de l'action publique ? Politique et management publique.

UTTARO, T. et D. MECHANIC, (1994). *The NAMI Consumer survey : Analysis of unmet needs*, Hospital and Community psychiatry, 45, p. 372-374.

VAN CAMPENHOUDT, L., Y. GARTUYVELS, F. DIGNEFFE, D. KAMINSKI, P. MARY et A. REA (2000). *Réponses à l'insécurité. Des discours aux pratiques*, Bruxelles, Labor, coll. «La Noria».

WALLERSTEIN, N., et E. BERNSTEIN (1994). *Introduction to community empowerment, participatory education, and health*. Health education quarterly, 21 (2), p. 141-148

WASYLENKI, D. (1996). «Le virage vers les services communautaires en psychiatrie, comme on l'a vécu en Ontario», Colloque : *Le traitement communautaire pour les malades mentaux : vers la réussite*, Montréal, Département de psychiatrie de l'Université McGill, la Maison des Etapes, AMI-Québec Alliance pour les malades mentaux, et les Ressources résidentielles en santé mentale de l'hôpital Douglas, 31 mai.

WHITE, D. (1993). *Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Les cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec*, Sociologie et Sociétés, Vol. 25, No 1, 1993, p. 77-97.

WOLF, J.L.R.M. (1997) *Clients needs and quality of life*, Psychiatric rehabilitation journal, 20(4), p.16-24.

YOUNG, S.L. et D.S. ENSING (1999). *Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities*, Psychiatric Rehabilitation Journal, 22, p.219-231.