

Réinsertion des personnes souffrant de schizophrénie : une marginalité à vie?

Reintegration of people suffering from schizophrenia : marginalized for life ?

Monique Frenette and André Henry

Volume 13, Number 1, June 1988

La réinsertion sociale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030432ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030432ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Frenette, M. & Henry, A. (1988). Réinsertion des personnes souffrant de schizophrénie : une marginalité à vie? *Santé mentale au Québec*, 13(1), 125–131. <https://doi.org/10.7202/030432ar>

Article abstract

This article develops a theory based on 10 years of involvement in an external psychiatric clinic identified as Mental Health Centre (« Centre de santé mentale »). Our first objective is to break the isolation in which our subjects have been living and to succeed in establishing significant ties with them. Our work concentrates on people suffering from schizophrenia that we meet daily in groups. In the article, we present a profile of this clientele, our conception of their way of adapting to life, their therapeutic course and the framework in which it has evolved. Given the development of newly acquired skills as a result of these privileged ties, how do the beneficiaries transpose them into community life? While some succeed in using their new skills and others don't, the latter group must face the necessity of an adapted social reinsertion. This is the reason why we have decided to focus on the dynamic understanding of these people and the particular conditions of their social reinsertion.

Réinsertion des personnes souffrant de schizophrénie: une marginalité à vie?

Monique Frenette*
André Henry*

Cet article développe une réflexion qui s'appuie sur 10 ans d'intervention dans une clinique externe de psychiatrie (nommée Centre de santé mentale). Travaillant surtout avec des personnes souffrant de schizophrénie et que nous rencontrons quotidiennement en groupe, notre mandat premier est de rompre l'isolement dans lequel elles vivent et de réussir à établir un lien significatif avec elles. Dans les lignes qui suivent, nous présentons un profil de cette clientèle, notre conception de leur adaptation à la vie, leur cheminement thérapeutique et le cadre dans lequel il s'inscrit. Développant de nouveaux acquis dans ce lieu privilégié, comment les bénéficiaires les transposent-ils dans la communauté? Certain(e)s y réussissant, d'autres pas, s'impose pour ces dernier(ère)s la nécessité d'une réinsertion sociale adaptée. C'est pourquoi nous avons décidé de nous centrer sur la compréhension dynamique de ces personnes et des conditions particulières de leur réinsertion sociale.

La clientèle

Les personnes schizophrènes font rarement de leur propre initiative la première démarche au Centre de santé mentale. Elles sont presque toujours dirigées vers cette institution par des responsables d'organismes sociaux ou de centres hospitaliers de courte durée ou encore par des personnes de leur entourage. Elles sont affectées de troubles graves, généralement persistants, associés à une détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leurs compétences sociales de base. Ces individus présentent un état psychique caractérisé par des ruptures ou des dérapages importants qui surviennent occasionnellement et qui affectent leur perception de la réalité objective. Leurs troubles psychiques entraînent l'appauvrissement et même parfois l'anéantissement de leurs relations avec autrui. La majorité d'entre eux vivent déracinés au centre-ville: ils ont rompu tout lien avec leur famille et ne font plus partie d'aucun tissu social. Ils ont en général adopté le mode de vie itinérant. Contrairement aux itinérants conjoncturels (membres du comité année internationale du logement des

sans-abris, 1987), qui sont dans cette situation pour des raisons d'ordre économique et qui peuvent encore entretenir des liens avec leurs familles sans toutefois vouloir ou pouvoir compter sur elles en situation de crise, ils sont des itinérants structurels c'est-à-dire:

— ils vivent en-dessous du seuil d'extrême pauvreté (\$6,139./an)¹ puisqu'ils sont en majorité prestataires du Bien-être social (\$5,592./an)¹.

— ils participent à la sous-culture de la pauvreté comportant un manque de ressources et de revenus, allié à un manque d'information, qui les aliène et les incite à demeurer dans cette même pauvreté, entraînant la malnutrition, le manque d'hygiène, les maladies physiques. Cet appauvrissement à tous les niveaux développe ce qu'on appellera une mentalité étroite ne laissant aucune place à l'ambition, à l'amélioration de l'estime de soi et à la combativité;

— ils habitent souvent dans des maisons de chambres insalubres, qui ne sont pas conformes aux normes régissant l'habitation, et ils doivent néanmoins assumer des loyers élevés; ces conditions de vie lamentables ne favorisent aucunement le bien-être des individus et provoquent leur grande instabilité au niveau du logement.

— l'état de désorganisation psychique de ces personnes limite leur capacité à demander de l'aide ou à négocier des arrangements pour améliorer leur sort. À cause de leur grande vulnérabilité, ils sont parfois terrorisés et exploités par des gens de mau-

* Monique Frenette est ergothérapeute et André Henry est moniteur en réadaptation. Ils travaillent au Centre de santé mentale de l'Hôpital Saint-Luc.

vais aloi. Les femmes et parfois les hommes peuvent être victimes d'exploitation sexuelle;

— ces personnes établissent des liens affectifs d'instrumentalité avec les autres, c'est-à-dire que la capacité à établir et à maintenir un lien affectif stable avec une autre personne se fait souvent à sens unique (l'autre vers le patient) ce qui a pour résultat de provoquer le rejet et l'isolement du patient puisqu'il ne répond pas affectivement à cette relation.

— la plupart sont peu scolarisés et n'ont pas encore acquis d'expérience sur le marché du travail, ce qui les restreint à prendre des emplois peu rémunérateurs; leurs démarches pour un emploi plus intéressant se soldent souvent par un échec en raison des énormes lacunes dans leur curriculum vitae;

— plusieurs d'entre eux ont suivi la trajectoire² de l'institutionnalisation en bas âge: famille d'accueil, hôpital, services sociaux, prison, etc. Leur vie familiale et sociale est donc très perturbée;

— beaucoup présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool, font souvent un usage abusif des services de santé en consultant sans cesse de nouveaux spécialistes (magasinage), sont impulsifs et ont un faible niveau de tolérance aux frustrations.

Qu'en est-il de la possibilité de « réadapter » cette clientèle?

Le petit Robert nous dit que « s'adapter c'est se mettre en harmonie avec les circonstances, le milieu ». Dans cette section, nous nous pencherons sur les concepts et moyens pour tendre vers cette harmonie.

« Adaptation » versus « réadaptation »

En ce qui nous concerne, nous parlons davantage d'une « adaptation » fonctionnelle et affective plutôt que d'une « réadaptation » productive et compétitive. De ce fait, nous utilisons plutôt le concept d'« adaptation » c'est-à-dire que nous avons l'impression que dans leur jeune âge, ces personnes avaient développé un certain mode d'adaptation à la vie, soit artificiel, soit effectif, mais qu'à cause de carences primaires (empêchant certains apprentissages), de la maladie et des hospitalisations répétées, cette « adaptation » a été interrompue. Notre rôle est donc d'aider ces personnes à reprendre leur processus d'adaptation à la vie et à leurs pairs.

Actuellement, il nous semble difficile de penser que ces personnes pourront s'intégrer dans un milieu de travail et/ou scolaire dit « normal » et accomplir les mêmes performances que les autres. En effet, on doit apprendre à marcher avant de courir. Combien en avons-nous connu dont les multiples échecs subis, extrêmement blessants narcissiquement, ont entraîné des décompensations psychotiques!

Exemple: Pierre (nom fictif) s'inscrit de sa propre initiative à des cours pour reprendre ses études secondaires. La première journée, il a mal interprété sa grille-horaire et s'est retrouvé dans une autre classe. Ne comprenant pas que la professeure lui explique qu'il doit changer de local, il argumente d'une façon tellement désorganisée et véhémement que le directeur de l'école intervient parce que la professeure s'est effondrée en larmes, décontenancée et dépassée par la situation. Le patient revient nous voir complètement délirant, incapable d'expliquer ce qui s'est passé. Le directeur nous a téléphoné et relaté le drame. Nous avons pu en reparler plus tard avec le patient. Nous y reviendrons plus loin.

Un autre point important à considérer: l'Idéal du Moi. Ne serait-il pas préférable d'aménager avec ces patients un Idéal du Moi qui soit plus réaliste, plus accessible; l'intention n'est pas de restreindre l'univers d'action de ces personnes (ou de consacrer l'incapacité de) mais bien plutôt de favoriser une reconstruction du Moi permettant une revalorisation narcissique plus adéquate misant sur l'espoir d'une amélioration satisfaisante pour eux. Exemple: Charles (nom fictif) se dit un producteur de talent, un comédien aguerri, un philosophe émérite, etc., mais sa grandiosité et sa véhémence oratoire provoquent son rejet par les autres. Nous travaillons à lui faire comprendre qu'il n'a pas besoin d'être si grandiose pour être apprécié et reconnu des autres. Malheureusement, il ne nous entend pas encore (deuil du Moi idéalisé et reconstruction d'un Idéal du Moi).

Le cheminement thérapeutique

S'engager dans une aventure thérapeutique avec une personne souffrant de schizophrénie n'a rien d'évident en soi.

Comme le dit si bien Marcel Sassolas:

« Rien ne semble aller de soi pour ces patients et surtout pas de rencontrer un thérapeute: au mieux, sceptique, le plus souvent méfiant, en général trop passif à notre gré et sans grande

demande, il reste à distance longtemps. » (Sassolas, 1981, 49).

Au point de départ, aucune des parties n'a la moindre idée de ce que sera le parcours. Il s'agit d'établir une relation minimalement satisfaisante pour lui et pour l'autre, l'autre étant l'objet extérieur. Il s'agit en fait ici de faire vivre à ces personnes une triple épreuve (exister, rencontrer l'autre, le quitter) sans que lui ou l'autre ne soit détruit. Nous considérons cette entreprise thérapeutique comme une démarche à très long terme et qui sera à la merci du vent et des courants au milieu d'un océan d'écueils.

On ne retiendra que quelques idées sous-tendant cette relation, avec le patient, à savoir :

1. faire des liens pour l'amener à une prise de conscience plus adéquate.
2. souligner la souffrance vécue : souffrance réelle que son intégrité ne soit pas reconnue par les autres et qu'il soit perçu comme un fou ; souffrance que ses tentatives d'épanouissement se soldent constamment par des échecs ; souffrance des rejets qui en résultent et de l'amertume, de la colère et de l'isolement qui s'ensuivent.
3. dire la légitimité de ce qui est ressenti et qui avait été jusqu'ici dénié puis projeté.
4. l'amener à une perception plus juste de lui-même en réaménageant son omnipotence, en résolvant ses besoins de valorisation narcissique, en suscitant l'accès à une pensée métaphorique pour sortir de la pensée concrète.

Voilà l'essentiel du travail thérapeutique rendu possible pour le patient par la stabilité, la solidité, la pérennité du cadre thérapeutique et des thérapeutes permettant la mise en place d'une relation transférentielle à l'intérieur de laquelle tout va se jouer.

Le cadre thérapeutique

Nous croyons nécessaire que le cadre thérapeutique soit souple et que l'utilisateur ait la possibilité d'interagir avec plusieurs intervenant ; de là l'importance d'un travail d'équipe cohérent et complémentaire. Cet aménagement de tiers thérapeutiques permet à l'utilisateur de vérifier les appréhensions qu'il pourrait ressentir lors de l'établissement des liens significatifs et « ainsi de reconnaître la réalité sous ses aspects bon et mauvais. En conséquence, les objets sont moins fantasmatiques et le transfert peut être ramené à des proportions viables » (Lavoie, 1988, 38). Les divers intervenants élaborent avec le bénéficiaire un

plan d'action tenant compte des besoins exprimés et pouvant regrouper plusieurs alternatives telles que :

- accès au montant maximum d'allocation du Bien-Être social (si la personne est incapable de travailler) ;
- encouragement de l'accès au travail par la participation à des projets d'apprentissage de retour au travail ;
- aide à l'apprentissage d'une meilleure gestion budgétaire.
- stabilisation d'un milieu de vie (meilleure chambre, appartements supervisés, famille d'accueil, foyer de groupe, etc.). Au Centre de santé mentale, c'est une commis senior possédant des dispositions naturelles à établir une relation d'aide et qui, par ses multiples interventions auprès des ressources, des concierges, des patients, etc., fait concrètement une partie de la réinsertion sociale.
- amélioration de l'alimentation et de l'hygiène déficientes.
- instauration d'une médication si c'est inévitable.

— Nous, personnellement, travaillons surtout en groupe, ce qui a l'avantage de recréer un microcosme, permettant d'établir un canevas de base sur lequel les patients vont tisser leurs relations avec autrui en reproduisant la même dynamique qu'ils utilisent dans la communauté. Ceci leur donne la possibilité de s'exercer dans certaines situations appréhendées comme étant des sources potentielles de conflit dans leur vie. Nous offrons plusieurs variétés de groupes pouvant correspondre à certains intérêts et visant différents objectifs pouvant aller de l'apprentissage de la maîtrise de ses choix jusqu'à la capacité de prendre le risque d'affronter de nouvelles situations. La ligne directrice de notre philosophie de soins est de les faire tendre vers un niveau optimal d'autonomie et de fonctionnement social.

Toutes ces situations nous permettent, entre autres, de jouer un rôle de filtre, de décrypteur entre l'utilisateur et la réalité objective ; d'endiguer les effluves délirants dues à des perceptions déformées de cette même réalité pouvant amener la personne à adopter des comportements intolérables pour autrui et parfois pour elle-même. En effet, le sens du délire étant parfois difficilement saisissable, il est essentiel pour le bénéficiaire que nous lui retrouvions une signification globale. Exemple : Revenons à Pierre.

Il se présente au Centre extrêmement agité, disant ou plutôt criant qu'on a voulu lui voler son steak et qu'il a le bérubéri. Il laissait peu de place à notre intervention, mais il est tout de même reparti un peu plus calme. Nous apprenons par le directeur ce qui s'est passé et rediscutons avec Pierre de cet événement qui a été tragique pour lui. Il devient clair pour lui et pour nous qu'il aurait souhaité, selon ses propres termes, aller se nourrir intellectuellement, (le steak), mais le résultat fut le rejet (bérubéri = contagion = rejet). Comment sommes-nous utilisés à l'intérieur de ces groupes? Les patients ont tendance à se décharger de leurs responsabilités sur nous. Ils nous perçoivent comme des Imagos parentales et des Figures d'autorité. Ce rôle nous permet tout de même de maintenir une cohésion et une continuité à l'intérieur des groupes et encourage les participants à vivre des situations conflictuelles sans qu'il y ait éclatement ou destruction. La personne développera sa confiance en autant que le thérapeute soit capable de ne pas se laisser détruire et de favoriser l'empathie. Il est important que l'intervenant ne fasse pas de jugement de valeur vis-à-vis la personne aidée. Qu'il cherche plutôt à stimuler les parties saines du Moi pouvant amener l'épanouissement du potentiel créateur. Chaque participant adopte un rôle qui lui est propre, en fonction de ses besoins narcissiques et des mécanismes de défense qui les sous-tendent. Certains se placent d'emblée dans un rôle de « malade chronique », utilisant la maladie pour justifier leur passivité devant les changements à accomplir pour améliorer leur sort; d'autres adoptent un rôle d'étudiant qui vient compléter son apprentissage en percevant les groupes comme étant des cours; d'autres encore nieront l'aspect thérapeutique et considéreront les séances de groupes comme des loisirs, mais la grande majorité les utiliseront pour sortir de leur grand isolement ou parfois même uniquement pour se nourrir concrètement ou encore comme un refuge lorsqu'ils vivent des situations trop angoissantes avec leurs pairs.

Quoi qu'il en soit, nous refusons d'accepter qu'ils se déchargent de leurs responsabilités. Nous essayons au contraire de les sensibiliser à leurs propres capacités et les amenons à se responsabiliser progressivement, selon leur potentiel du moment, en les plaçant dans une situation qui les motive à assumer des responsabilités. Nous insistons beaucoup pour qu'ils parviennent à une certaine maîtrise de leur destinée en les sollicitant à faire des choix pour leur

mieux-être. Nous sommes souvent confrontés à des personnes qui font usage de drogues et d'alcool et lorsqu'il est clairement établi que celles-ci ont pour effet de les précipiter dans la psychose, nous les encourageons fortement à diminuer, voire même à cesser cette consommation en leur faisant comprendre les malaises qui en résultent. Exemple: Jean-Paul (nom fictif) prend de la mescaline, fait des projections paranoïdes et devient halluciné. Une fois son « voyage » terminé, il ne fait aucun lien entre les hallucinations qu'il perçoit comme des faits réels et la prise de drogue. La confrontation a pour but de l'amener à prendre conscience de ce lien et lui offre la possibilité de faire ses choix en toute connaissance de cause.

Transposition des acquis dans la communauté

Dans les lieux privilégiés que représente la mise en situation au Centre de santé mentale, les bénéficiaires développent des comportements sociaux plus adéquats et plus satisfaisants pour eux; ils parviennent à accroître leur persévérance; ils réussissent à maintenir des liens affectifs grâce à l'entraide et au soutien apportés par les groupes; ils ont davantage d'initiative; ils intègrent une image un peu plus critique d'eux-mêmes.

Simultanément, tout en fréquentant le ou les groupes, ces usagers survivent dans la communauté et font parfois des essais d'intégration à d'autres ressources, qui se terminent souvent par des échecs:

- soit parce qu'ils font tout pour être rejetés et y réussissent;
- soit parce que leur motivation est trop ambivalente;
- soit surtout parce qu'ils ne correspondent pas à la clientèle-type de ces ressources et que ces dernières ne peuvent les intégrer, les considérant comme des cas lourds;
- soit parce que ces ressources sont trop distantes de leur domicile et que les patients n'ont souvent jamais développé l'habitude de s'éloigner du giron familial et/ou institutionnel et qu'ils doivent en outre déboursier de l'argent pour s'y rendre.

Ils reviennent alors nous voir, blessés dans leur estime d'eux-mêmes. Lorsque nous les sensibilisons à l'importance d'efforts s'ils veulent parvenir à se tailler une place dans la communauté et s'assumer selon leurs capacités, ils réagissent comme des chats échaudés craignant l'eau froide.

Nous constatons, après toutes ces années, leur difficulté à transposer leurs expériences et leurs acquis affectifs et cognitifs dans leur vie quotidienne dans la communauté. Or, cet apprentissage est fondamental pour eux.

Ultérieurement, même avec beaucoup de soutien et d'encouragement de notre part, la crainte de l'échec est trop grande, ils se disent trop malades pour faire d'autres tentatives immédiates et en reculent constamment l'échéance. Quand nous insistons pour qu'ils consentent de nouveaux efforts, ils nous accusent d'être trop « durs » avec eux, de ne pas respecter leur rythme, de ne pas croire en leur maladie, etc.

Exemple : certains se donnent même des échéances dans 10 ans !

Il faudrait bien cependant que nous parvenions à aider ces personnes à acquérir un sentiment d'appartenance et à se sentir valorisées dans un certain rôle qui soit à la mesure de chacun, et favorise leur mieux-être subjectif.

Fort heureusement, certains réussissent leur intégration sociale à l'aide des ressources actuelles, mais il faut cependant admettre que la majorité des personnes souffrant de schizophrénie qui viennent en consultation au Centre n'y parviennent pas encore. Spécifions que cette majorité qui nous préoccupe est celle qui n'a pas réussi à développer suffisamment de nouvelles habiletés de base, ce qui la contraint à rester dans la marginalité. Nous nous rendons compte qu'il est nécessaire d'aider de façon plus concrète ces personnes dans leur vie quotidienne pour favoriser et maximiser la possibilité de réinsertion sociale tout en ne les obligeant pas à participer à des thérapies et à acquérir la sacro-sainte autonomie à tout prix.

Faudrait-il dire que ces gens seront toujours différents de ce que véhicule la société actuelle avec toutes ses exigences ?

Réinsertion sociale adaptée

Malgré toutes ces constatations, et l'impasse actuelle dans laquelle nous nous trouvons face à eux, nous souhaiterions dépasser ces limites et déboucher sur une réinsertion sociale conforme à leurs besoins et à leurs capacités.

Dominique Gaucher nous dit :

« ... il est de plus en plus admis que l'état de santé/maladie mentale résulte de, et consiste en un équilibre entre l'individu et son environne-

ment. Cet équilibre est de plus en constante transformation, notamment en fonction des âges de la vie. Il devient alors nécessaire d'ajuster notre perception des besoins des usagers pour tenir compte de leur aspect dynamique. » (Gaucher, 1987, 130).

La réinsertion sociale doit tenir compte de l'évolution du patient atteint de schizophrénie et de l'amélioration effective ou de la détérioration causée par cette dernière au fil du temps et des années. Il semble qu'il ne faille pas désespérer de parvenir à une réinsertion sociale normale d'une partie de ces personnes. C'est ce qu'inspire la lecture d'un article (Hardin et al., 1987) dans lequel les auteurs rapportent qu'après 20 à 30 ans de schizophrénie, un peu plus de 50 % des patients réussissent à se réinsérer sans être marginalisés. De plus, les auteurs mentionnent qu'ironiquement, au moment où la maladie s'estompe après plusieurs années et que les patients rassemblent leurs énergies à travers leurs amitiés et le travail, le système, les familles et souvent les patients eux-mêmes se découragent et se résignent à une chronicité permanente.

Nous avons pensé conceptualiser, pour les personnes n'ayant pu développer des habiletés de base, une réinsertion sociale adaptée qui reposerait sur la reconstruction d'un noyau de base primaire marginal ; dû au fait de l'inexistence actuelle de leur réseau de base primaire naturel. Ce noyau devrait absolument être situé dans la communauté et battre au rythme de la vie du quartier. Nous le concevons comme un Club Social appartenant à ses membres et servant de lieu de ralliement, d'appartenance, d'information, de création, de mise en commun de ressources pouvant permettre aux usagers de se mettre concrètement en situation d'essai et de développer des rôles sociaux (modèle relativement semblable au projet P.A.L. à Verdun).

Le Club Social pourrait être un lieu qui offrirait un mécanisme plus systématisé d'accès aux ressources potentiellement utiles à ses membres : Comité de chambreurs, ressource d'hébergement, Projet d'apprentissage et de retour au travail (P.A.R.T.) de COSAME, Association pour la défense des droits sociaux, etc. Il aurait pour fonction d'être un médiateur entre les usagers et la communauté et de sensibiliser ses membres à leurs besoins (même si on le fait déjà ... et souvent) et à leurs responsabilités et de les aider davantage à se prendre en mains. Le cheminement d'un usager débiterait par l'intérêt qu'il

porterait à ce réseau de base marginal non médical et sans visée thérapeutique. De là, une aide lui serait proposée afin de l'encourager à s'inscrire dans un mouvement plus social capable de satisfaire toute une gamme de besoins allant de la création et du maintien de liens d'amitié à long terme, jusqu'à l'insertion dans un milieu de travail, adapté ou pas.

Ce Club social sera un lieu d'appartenance auquel les usagers pourront avoir accès quotidiennement et l'utiliseront à leur convenance mais sans le détruire. Il se veut complémentaire des services déjà existants dans la mesure où, à partir du Centre de santé mentale, des démarches semblables sont déjà effectuées, mais qui sont moins systématisées à cause d'un manque de disponibilité et des exigences liées à notre structure actuelle.

Conclusion

En tant que thérapeutes, nous avons dû, au fil des années, faire des choix d'intervention et nous remettre continuellement en question par rapport aux besoins de notre clientèle et à nos propres limites.

Par rapport au système médical traditionnel, nous avons surtout adopté une nouvelle façon d'être à l'écoute des personnes souffrant de schizophrénie, et cherché à mieux les comprendre. Nous avons ainsi réussi à devenir en quelques sorte leurs confidents et même à développer une certaine complicité avec eux.

Insistant surtout sur la nécessité d'accroître la motivation des patients afin qu'ils puissent opérer des changements, nous étions animés de la crainte d'être trop interventionnistes, de nous substituer à eux et de vouloir plus qu'eux-mêmes un changement. De là, notre entêtement à les confronter sans relâche à leur motivation ambivalente et à vouloir à tout prix qu'ils actualisent leur réinsertion sociale de façon intégralement autonome. Nous avons compris que la réinsertion sociale de ces personnes est un processus extrêmement complexe qui n'implique pas leur seule motivation. Actuellement, nous cherchons à élargir l'éventail de nos actions d'intervention en élaborant des plans d'intervention plus individualisés (ils sont déjà personnalisés) afin d'établir un pont réel et efficace entre la psychiatrie et la communauté.

Dans cette perspective, nous croyons que toutes les ressources offertes, qu'elles soient institutionnelles, alternatives ou communautaires, devraient être axées sur la complémentarité plutôt que sur l'oppo-

sition. Il serait souhaitable que la dimension contestataire essentielle, qui semble être l'apanage actuel des ressources alternatives, gagne tous les niveaux d'intervention, favorise une meilleure prise de conscience par les intervenants de l'importance de leur fonction d'aide et sensibilise davantage les administrateurs des services de santé.

La perspective d'intervention que nous proposons ne représente pas l'idéal, ni une solution miracle et elle ne tient pas compte de tous les aspects de la vie. Elle fournit assurément à la personne ayant besoin de réinsertion sociale et n'ayant pu développer des habiletés de base un cadre dynamique qui lui permet de mieux articuler son cheminement, confère une meilleure continuité à sa démarche et surtout fournit, possiblement, les assises d'un réseau de soutien non médical. Par ailleurs, il ne faut jamais perdre de vue que la question financière est évidemment cruciale mais elle n'a jamais été une panacée à la restauration de la crédibilité des individus et à celle de leurs habiletés de vie. Quelle que soit la forme de réadaptation envisagée, si la personne ne parvient pas à avoir accès, pour quelque raison que ce soit, à des revenus plus substantiels favorisant son épanouissement, elle sera toujours confinée à la sous-culture et à une grande marginalité. Nous pouvons nous demander quel prix sommes-nous prêts à payer et quel choix la société est-elle prête à faire pour ces personnes? Comme le dit Jean-Paul Aron :

« Accessoire ou fondamentale, la marginalité n'est jamais de tout repos. Personne ne peut prétendre vivre la marginalité dans le bonheur. »

NOTES

1. Selon les normes de 1987.
2. Nous référerons à la définition de « trajectoire » qui consiste « aux cheminements de la vie dans lesquels s'opère une réduction, parce que ce mot implique un déterminisme extérieur. » (Gaucher, 1987, 142).

RÉFÉRENCES

- Anthony, W.-A., 1980, *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*, University Park Press, Baltimore.
- Black, B.J., 1987, Reflections on the Social, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, X, no. 3, 3-9.
- Comité année internationale du logement des sans-abris, 1987, *Document de réflexion sur la situation actuelle des sans-abris à Montréal*.

- Gaucher, D., 1987, Au-delà des murs : organiser l'intervention autour du cheminement des personnes, *Santé mentale au Québec*, XII, No. 2, 129-143.
- Godin, L., 1985, Mon expérience comme fiduciaire de patients psychiatriques, *Santé mentale au Québec*, X, no. 1, 93-98.
- Hardin, C.M., Zubin, J., Strauss, J.S., 1987, Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial fact, or artifact?, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, No. 5, 477-486.
- Harnois, G.P., 1988, Projet de politique en santé mentale pour le Québec: *Pour un partenariat élargi*, Comité de la politique de santé mentale.
- Lavoie, J.G., 1987, L'approche individuelle pour le schizophrène, aussi!, *Santé mentale au Québec*, XII, No. 2, 32-39.
- Lecomte, Y., 1984, Les jeunes adultes (18-35 ans) en voie de chronicisation, *Santé mentale au Québec*, IX, no. 2, 134-140.
- Lesage, A., 1987, Deux modèles de services de réhabilitation en Grande-Bretagne, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 117-122.
- Lortie, G., 1987, Bilan de l'intégration des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Témoignage après 10 ans d'absence, *Santé mentale au Québec*, XII, No. 2, 158-173.
- Sassolas, M., *Les schizophrènes et nous : parcours psychothérapeutiques et points de repères analytiques*, Séminaire sur les schizophrénies, 22 mai 1981.
- Zénoni, A., 1986, Réinsertion sociale ou sortie de la psychiatrie?, *L'Information psychiatrique*, 62, no. 6, 739-744.

SUMMARY

This article develops a theory based on 10 years of involvement in an external psychiatric clinic identified as Mental Health Centre (« Centre de santé mentale »). Our first objective is to break the isolation in which our subjects have been living and to succeed in establishing significant ties with them. Our work concentrates on people suffering from schizophrenia that we meet daily in groups. In the article, we present a profile of this clientele, our conception of their way of adapting to life, their therapeutic course and the framework in which it has evolved. Given the development of newly acquired skills as a result of these privileged ties, how do the beneficiaries transpose them into community life? While some succeed in using their new skills and others don't, the latter group must face the necessity of an adapted social reinsertion. This is the reason why we have decided to focus on the dynamic understanding of these people and the particular conditions of their social reinsertion.