

Entretien avec Marie-Luce Quintal, psychiatre, Centre de traitement et de réadaptation de Nemours (CTR) de Québec

Marie-Laurence Poirel

Le traitement dans la communauté

Volume 36, Number 1, Spring 2011

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1005816ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1005816ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Poirel, M.-L. (2011). Entretien avec Marie-Luce Quintal, psychiatre, Centre de traitement et de réadaptation de Nemours (CTR) de Québec. *Santé mentale au Québec*, 36 (1), 99–113. <https://doi.org/10.7202/1005816ar>



Entretien avec Marie-Luce Quintal, psychiatre, Centre de traitement et de réadaptation de Nemours (CTR) de Québec

Marie-Laurence Poirel*

MLP : Depuis combien de temps le Centre de Nemours existe-t-il ?

MLQ : Je vais faire une petite histoire de comment ça a commencé. C'est au début des années quatre-vingt-dix. À ce moment-là, à l'Hôpital Robert-Giffard, la réadaptation se faisait à l'intérieur des murs, et on a commencé à se dire que c'était peut-être mieux de la faire à l'externe, surtout avec une clientèle psychotique qui peut bien plus profiter des apprentissages dans le milieu concret. Alors, on parlait des unités de réadaptation existantes et on faisait un projet avec les gens qui étaient sur l'unité ; quand ils sortaient, on fermait l'unité. C'était avec l'argent qui était utilisé pour l'unité qu'on faisait les projets. En 1991, on a commencé avec deux appartements de réadaptation dans la ville. L'objectif, c'était de permettre aux usagers de développer leur autonomie pour pouvoir aller vivre éventuellement vers un appartement autonome. Il faut se remettre dans les années quatre-vingt-dix. C'était une clientèle qui était déjà à l'hôpital depuis un bon bout de temps, mettons 10-15 ans, et qui, à un moment donné, est sortie vers l'extérieur. Puis, entre 1992 et 1994, on a ouvert deux autres appartements et une résidence de groupe pour une clientèle un peu moins autonome, plus institutionnalisée. L'objectif, c'était toujours de développer l'autonomie pour que ces gens puissent vivre éventuellement dans un milieu autonome, mais avec du soutien. Mais quand les gens allaient moins bien, ils étaient ré-hospitalisés, et parfois l'hospitalisation se prolongeait ; la clientèle avait été hospitalisée longtemps, et quand elle revenait à l'hôpital, c'était parfois difficile pour elle d'en ressortir. Dans la même période, il y avait déjà à Québec deux centres de traitement dans la communauté, le 388 et le Benoit XV. Je travaillais avec D^r Bergeron et D^r Leroy. On s'est dit, pourquoi on ne ferait pas un centre de traitement pour notre clientèle de réadaptation ? C'est comme ça que l'idée est venue de faire le centre de

* Ph.D., Alliance internationale de recherche universités et communautés – Santé mentale et citoyenneté, Professeure, École de service social, Université de Montréal.

traitement et de réadaptation de Nemours, le CTR, pour donner le service de traitement dans la communauté à la clientèle de réadaptation. C'est en 1996 qu'on a ouvert le centre de traitement.

MLP : Vous êtes impliquée au CTR depuis ses débuts ?

MLQ : J'ai fini ma psychiatrie en 1991, donc ça fait 20 ans. J'ai commencé avec le début de ces ressources-là. En fait, j'ai commencé sur les unités de longue durée. Tu te dis que c'est parce qu'on a tout essayé qu'ils vivent là. Tu regardes le dossier qui est épais ; toutes les approches semblent avoir été essayées. « Je vais faire quoi de différent ? » S'il n'y a pas de réadaptation, pas de possibilité de penser comment on peut vivre une vie intéressante, ça va être ça la vie : l'utilisateur va se lever le matin, on va lui donner ses pilules. Et je me disais : « Je n'ai pas étudié pour ça ». C'est décourageant, déprimant. Mais là, c'était autre chose. Je suis arrivée dans un projet où on sort du monde dehors. Il y a possibilité de vie intéressante. Ce n'est pas une vie l'hôpital. Quand tu regardes la vie à l'hôpital, ce n'est pas une vie. C'est de la survie. Même si le personnel est gentil. Ça n'a aucun rapport avec ça. C'est juste que c'est une vie en institution. Malheureusement, il y a de la vie en institution aussi dehors, quand tout est contrôlé, et je me bats beaucoup contre ça. Je trouve qu'on a fait un recul. On était plus axés sur la réadaptation il y a une dizaine d'années. Maintenant, je trouve qu'on s'investit moins pour cette clientèle-là, très psychotique. Et ça change d'intervenant souvent. Je trouve ça triste. Je trouve qu'on n'a pas vraiment un projet pour cette clientèle. C'est pas en engageant des gens qui ne connaissent pas grand chose par rapport à la maladie mentale qu'on va faire quelque chose. Ce n'est pas vrai. Il faut prendre des gens qui connaissent ça, qui connaissent ce que ces personnes-là ont besoin, qui connaissent c'est quoi la réadaptation, qui savent c'est quoi le rétablissement, et qui veulent s'investir là-dedans. Là, on va arriver quelque part. C'est pas vrai que l'on peut improviser avec la clientèle qui est la plus lourde.

MLP : Est-ce que vous diriez que le CTR a changé depuis ses débuts ?

MLQ : Oui. On est parti avec le modèle de réadaptation psychiatrique. Avec le temps, on est allé à Boston, on a entendu parler de rétablissement, et on a été un peu plus vers ce modèle avec les années, donc soutenir le rétablissement. C'est encore la réadaptation, mais avec l'idée du rétablissement. Depuis les débuts du centre, on a changé aussi un peu parce que notre clientèle devenait de plus en plus jeune, et souvent avec des problèmes de toxicomanie. On était moins bien préparé pour cette clientèle-là. On a changé un peu la vocation d'un appartement de réadaptation pour des gens qui avaient un problème psychotique et de toxicomanie. Mais on n'est pas une ressource de

désintoxication. Il faut que les gens soient prêts à s'investir un peu dans leur programme de désintoxication si on peut dire. Il faut qu'ils veuillent travailler cet aspect et soient prêts à le faire. On a des groupes toxico, des éducateurs. On peut les aider dans leur cheminement, mais on ne remplace pas une ressource de désintoxication. Donc, on a fait ce changement-là. En s'intéressant à toute l'approche du rétablissement, on a aussi engagé un pair aidant à partir de 2008. C'était un changement dans les mentalités. On partait avec des intervenants qui ont travaillé dans un hôpital psychiatrique, on arrive dans la communauté et on passe à l'autre étape de dire, on va avoir un pair aidant, donc un usager qui devient un collègue de travail.

MLP : Qu'est-ce que vous diriez que ça a apporté comme différence d'avoir un pair aidant ?

MLQ : Plusieurs choses. D'abord, au niveau de l'espoir, l'espoir pour les usagers. Peut-être que ça, c'est la première chose. Il faut dire qu'on travaille avec une clientèle de troubles psychotiques sévères, souvent résistante à la médication et souvent avec des difficultés d'adaptation. On est au bout de la ligne. On essaie bien de ramener l'espoir pour les usagers, mais eux-mêmes des fois ont de la difficulté à le voir. Mais de rencontrer quelqu'un qui dit qu'il a eu un trouble psychotique, qu'il s'en est sorti, qu'il travaille, c'est un espoir qu'on n'est pas capable de donner nous-mêmes. Même pour les intervenants, ça nous rappelle que ce qu'on fait est important, que les gens peuvent s'en sortir, que le rétablissement est possible. Notre pair aidant, c'est quelqu'un qui est facile d'approche, quelqu'un qui a de la facilité à s'adapter. Il est intégré aussi dans les comités de direction. Il participe aux décisions, à l'organisation. Il amène son point de vue de pair aidant, qui est un autre point de vue.

MLP : Le CTR tel qu'il existe aujourd'hui comporte plusieurs volets. Pouvez-vous m'en parler un peu.

MLQ : Dans le CTR, il nous reste trois appartements de réadaptation. Il y a aussi des appartements qui sont associés aux appartements de réadaptation, où les usagers ont eux-mêmes signé leur bail, ils sont chez eux. Mais les intervenants des appartements de réadaptation ne sont pas loin s'ils en ont besoin. On a fait ça, parce qu'avant, quand les gens étaient prêts, ils quittaient l'appartement de réadaptation, ils gardaient le même médecin, mais ils perdaient leur équipe. On a des gens qui ont rechuté à ce moment-là, parce qu'on n'a pas vu venir la crise, la décompensation. C'était beaucoup d'adaptation en même temps. Un nouveau milieu en même temps qu'une nouvelle équipe. Le fait que ce sont les mêmes intervenants, ça va mieux. Et souvent, on est capable de faire le transfert en CLSC (Centre local de santé communautaire) par la

suite. Donc, on peut passer vers une autre étape. On a aussi une résidence de groupe avec quatre chambres et quatre studios. Les quatre studios, ça a été merveilleux comme changement. Avant, on avait huit chambres, et comme on avait une clientèle qui était beaucoup moins autonome et avec beaucoup de symptômes; souvent, on n'arrivait pas à faire beaucoup d'acquis et finalement, les gens s'en allaient vers des ressources encore encadrées dans la communauté. On se disait, on apporte quoi de plus? La difficulté qu'on avait, c'était de les mettre en mouvement, d'aller chercher la motivation. Le fait d'avoir les quatre studios où les gens peuvent ne rien faire dans leur studio ou juste un repas ou deux, parce qu'on a une cuisinière qui fait les repas pour les autres, ça leur donne la possibilité de commencer très graduellement, et il y en a plusieurs qui ont été capables de passer vers un appartement par la suite. Ça a été très utile. Au niveau de la motivation, ça a été merveilleux. Il y a des gens avec qui on n'aurait pas essayé; on se serait dit «ils sont trop malades, ou ils ont trop d'incapacités», mais le fait qu'ils soient à côté, on se dit qu'il ne peut pas arriver grand-chose, on est là. On est surpris parfois. Ils se débrouillent plutôt bien même s'ils restent avec des symptômes car ce sont souvent, les symptômes qui nous inquiètent. Après ça, certains peuvent aller en appartement autonome. C'est pas 100 %, parce qu'on a une clientèle qui est quand même sévèrement atteinte, mais il y en a quand même plusieurs qui réussissent à se rendre en appartement. Finalement, il y a les locaux du CTR lui-même, où on a sept lits de traitement. Les gens peuvent faire un séjour de quelques semaines, parfois plus. On a aussi du suivi à domicile. Je dirais que c'est un suivi d'intensité variable. Ce n'est pas un suivi intensif. Les éducateurs vont à domicile une ou deux fois par semaine. Il peut y avoir un suivi intensif lors d'un épisode un peu plus difficile. Dans ce suivi d'intensité variable, il y a un médecin, un éducateur, et un travailleur social, et ce sont surtout les éducateurs qui vont à domicile. Les autres peuvent y aller aussi à l'occasion. C'est très important aussi le travail qu'on fait à domicile.

MLP: Combien d'usagers suivez-vous au CTR et combien d'intervenants y travaillent?

MLP: Il y a 140 personnes qui sont suivies pour l'ensemble du CTR. Quarante intervenants travaillent au centre: des éducateurs, des infirmières, un ergothérapeute, une psychologue, des travailleurs sociaux, des préposés, un pair aidant et quatre psychiatres à temps partiel sans oublier une gestionnaire, deux secrétaires et deux cuisinières.

MLP: Est-ce que vous proposez aussi des activités de groupe au CTR?

MLQ: Oui, on en a quelques-unes, mais on n'offre pas d'activités quotidiennes. On essaie d'aller plus vers la communauté. On veut aller

vers ça, parce qu'on veut que les usagers s'intègrent dans leur communauté. On va regarder les ressources parfois adaptées. Aussi les activités de la ville, pour être avec monsieur et madame tout le monde. L'éducateur peut aller avec eux pour le début, s'ils en ont besoin, pour qu'ils puissent se rendre à la bonne place, être un peu moins gênés la première fois et savoir un peu comment on se présente, comment on fait ça dans un nouveau milieu. En fait, comme on n'offre pas d'activité tous les jours ici, les gens n'ont pas pris l'habitude de venir ici quotidiennement. On a vraiment voulu être temporaire dans leur vie. On a l'objectif que les gens se rétablissent et qu'ils puissent regagner suffisamment de pouvoir pour qu'on soit temporaire dans leur vie. Donc qu'ils puissent s'organiser avec les ressources de la communauté. Pour répondre à votre question, on a quand même quelques activités qui se donnent au CTR. Il y a l'ergothérapie, qui est surtout pour les gens en interne dans les lits de traitement, mais les gens en externe peuvent venir. Par exemple, quelqu'un qui est resté ici un petit bout de temps et a créé des liens, avant qu'on ait trouvé autre chose, il peut continuer à venir ici. On a quelques groupes comme « Comprendre sa maladie », un groupe psycho-éducatif qu'on va donner une fois par année. Ou encore, on a eu « Unissons nos voix », une sorte de groupe d'entendeurs de voix, qui revient à l'occasion. On a un groupe sur la spiritualité qui revient aussi. Il y a un groupe sur la toxicomanie, qui est donné toutes les semaines. On a aussi un groupe d'entraide, initié par les usagers qui organisent des loisirs. On a notre pair aidant qui les accompagne et un éducateur qui peut leur donner un coup de main s'ils ont des besoins, mais ils sont quand même assez autonomes. On a aussi un groupe sur le rétablissement. Ça fait déjà quelques années qu'il existe. On a en fait plusieurs groupes sur le rétablissement. Entre autres, il y en a un où c'est usagers, intervenants et membres de la famille qui sont invités et quand on va à ce groupe-là, c'est pour parler de son propre cheminement, comme personne ; c'est pour parler du rétablissement, mais pas moi en tant que professionnelle je vais te dire comment faire. Moi aussi j'ai pu vivre des choses difficiles et je me suis rétablie d'une certaine façon. On n'est pas obligé d'aller dans les détails, mais des moments difficiles dans notre vie, on en a tous vécu. C'est vraiment un groupe d'échange. Nos groupes sont ouverts à tous les usagers du grand CTR. Certains groupes se donnent dans les appartements de réadaptation, comme des groupes sur le rétablissement animé par notre pair aidant. La résidence de groupe offre un atelier axé sur les objectifs au quotidien.

MLP : Comment décririez-vous le projet thérapeutique du CTR ?

MLQ : Notre but, c'est de permettre à la personne qui présente un trouble de santé mentale de nature psychotique de s'intégrer dans la

communauté en reprenant du pouvoir sur sa vie et en favorisant le processus de rétablissement, que la personne soit en période de crise, de décompensation psychotique ou de relative stabilité. C'est notre objectif. Vous pourriez me dire, on pourrait faire ça à l'hôpital, pourquoi on fait ça dans la communauté. Je pense qu'au niveau du traitement, le fait qu'on soit dans la communauté, ça a un impact pour la personne. D'abord, qu'elle vienne ici dans une clinique plutôt que d'aller à l'hôpital, ça a un impact. Les gens se sentent déjà moins malades entre guillemets. L'accueil qui est ici n'est pas le même que dans une grande bâtisse; même si les gens sont très sympathiques à l'hôpital, ça reste plus impersonnel que dans un milieu comme ici où on finit par connaître tout le monde. Même si ce n'est pas mes patients, je les vois, je les salue. Quand les gens vont moins bien et qu'ils viennent dans les lits de traitement, même s'ils sont très malades, pour eux, ils ne sont pas hospitalisés. Ils vont sortir d'ici en disant «j'ai réussi sans être hospitalisé». Souvent, dans leur tête, ils ne calculent même pas ça comme une rechute. Si on leur demandait «c'est quand votre dernière rechute», ils vont parler de la dernière hospitalisation. Ils sont peut-être venus dix fois dans la dernière année, mais c'est la dernière hospitalisation qu'ils associent à la rechute. Ça n'a pas le même impact au niveau de l'estime de soi, de reprendre du pouvoir sur la maladie. Il y a un aspect qui est différent, le fait que ce soit dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital, même s'ils reçoivent de très bons soins à l'hôpital: c'est le lieu, le fait aussi que c'est ouvert. Les gens qui sont ici sont volontaires et sont capables d'offrir un minimum de collaboration. S'ils ne sont pas capables de collaborer, on ne peut pas les garder. Donc, les portes sont ouvertes. Ils peuvent circuler, aller prendre l'air, aller fumer, aller au dépanneur, revenir. Juste ça, ça a un impact aussi au niveau du traitement. C'est peut-être plus facile de négocier des choses au niveau de la médication dans un milieu où tu te sens libre. Je peux refuser à quelque part. Il y a un certain pouvoir, je peux partir si je ne suis pas bien. Je pense que ça a un impact le fait d'être dans la communauté.

MLP: Pouvez-vous me parler un peu de la façon dont vous travaillez avec les personnes que vous accompagnez ?

MLQ: On travaille beaucoup avec le plan d'intervention. C'est un plan d'intervention qu'on a modifié pour qu'il soit autogéré. C'est la personne elle-même qui fait son propre plan d'intervention, donc pour donner du pouvoir d'agir à la personne. La personne, à partir d'un petit guide qu'on a développé, va trouver son projet de vie d'abord. Et ça c'est non-négociable. On ne négocie jamais un projet de vie. On peut donner quelques idées «où est-ce que vous voulez demeurer, qu'est-ce

que vous voulez faire ? », mais c'est la personne qui décide de son projet de vie. C'est sûr qu'après ça, on va le travailler avec elle. Si quelqu'un dit « je veux devenir premier ministre », on pourrait lui dire « peut-être qu'on pourrait commencer par finir le secondaire V ou aller étudier en politique ». On fait ça par étape, mais on ne négocie pas le projet de vie de la personne. Après ça, la personne va regarder ses forces. L'approche par les forces, tout ce qui est en lien avec le rétablissement, c'est clair qu'on essaie de l'appliquer avec la clientèle qu'on a. Donc la personne va regarder toutes les forces qu'elle a et va choisir des forces qu'elle veut mettre en évidence. Elle va faire la même chose avec les difficultés et elle va choisir trois difficultés qu'elle veut travailler. J'aime bien qu'on discute aussi des stratégies, parce que si c'est la même difficulté depuis cinq ans, peut-être qu'on ne choisit pas la bonne difficulté ou la bonne stratégie. Il y a quelque chose qu'il faut faire. La personne va aller rencontrer les intervenants avec qui elle va travailler. Par exemple, si elle veut refaire des liens avec sa famille, il y a des chances que ce soit avec le travailleur social qu'elle travaille ça. Si elle n'a pas besoin de travailleur social, il y en a un qui est assigné quand même qu'elle pourra voir si elle en a besoin, mais il n'interviendra pas nécessairement. On a une psychologue, qui n'intervient pas avec tout le monde, ça dépend de ce que la personne veut travailler.

MLP : Le Centre de Nemours est un centre de traitement et de réadaptation dans la communauté. Comment voyez-vous cette rencontre du traitement et de la réadaptation ?

MLQ : Dès le départ, dès que j'ai commencé à travailler en réadaptation en 1990, on me disait « on fait le traitement et après, on fait la réadaptation ». Moi je disais « il me semble qu'on ne peut pas faire juste du traitement et faire fi de la réadaptation ou quand tu es rendu à la réadaptation, faire fi du traitement ». Je pense que ça se travaille ensemble. C'est ça qu'on essaie de faire ici. Parce que oui, il y a du traitement. On donne de la médication, donc oui, ça fait partie du traitement. La psychothérapie, ça fait partie à quelque part du traitement. Mais je ne pense pas que tout est de la psychothérapie à moins qu'on embarque la psychothérapie de soutien. C'est sûr que comme psychiatre, on peut faire de la psychothérapie, mais ce n'est pas aussi intensif que le fait un psychologue qui va voir l'utilisateur toutes les semaines.

MLP : Donc dans le traitement, il y a le suivi de la médication, la psychothérapie pour ceux qui en font de façon un peu plus intensive...

MLQ : Le travail de la connaissance de la maladie, je pense que c'est beaucoup les psychiatres qui le font, même si les autres professionnels peuvent le travailler aussi. Toute l'alliance thérapeutique autour de

qu'est-ce qui appartient à la maladie, qu'est-ce qui n'est pas de la maladie, comment on peut vous aider à gérer les symptômes aussi. Parce qu'il y a souvent des symptômes qui persistent. On a des gens qui restent avec des symptômes. Qu'est-ce qu'on fait avec ça ? Que ce soit avoir l'ergothérapeute, avec les infirmiers. Comment gérer la médication aussi. On essaie que les gens soient à l'auto-médication. Peut-être pas quand ils arrivent dans les lits de traitement du Centre, mais quand ils sont mieux. S'ils ont de la difficulté à gérer la médication, on va les aider. Tout ce travail fait plus partie du traitement que de la réadaptation. L'autre partie, c'est plus de la réadaptation, du soutien dans la communauté, c'est plus d'avoir un chez-soi, un milieu de vie qui soit adéquat, un rôle social. Est-ce que ça va être d'être un travailleur, un étudiant ? On a maintenant des gens de temps en temps qui commencent à penser à avoir une famille. Comment on peut les soutenir. Et le rôle de citoyen. Les usagers se sont impliqués pour avoir un comité d'usagers. Ils veulent défendre les droits collectifs. C'est un rôle de citoyen ça. Il a amené beaucoup de changements, notre comité d'usagers. Notre salle de relaxation c'est eux, il y a eu des changements au niveau de la salle d'attente. Maintenant, ils sont en train d'organiser une porte ouverte pour que les usagers puissent mieux connaître les services. Pour revenir à votre question, je dirais que notre objectif, c'est le rétablissement, et le reste, c'est des moyens. La médication, la réadaptation, la psychothérapie, ce sont des moyens. Mais notre but, c'est le rétablissement. C'est la possibilité de vivre une vie satisfaisante malgré les limites de la maladie. Ça ressemble à ce qu'Anthony dit. Permettre à la personne de vivre une vie satisfaisante. Et une vie satisfaisante, ça va être différent dépendamment de qui on est. Quelqu'un qui a réussi à vivre dans son petit appartement peut trouver que c'est très satisfaisant, mais pour un autre, ça ne le satisfera pas du tout. Comment on va l'aider à atteindre son objectif. Je trouve que ça ouvre des portes le rétablissement.

MLP : De quelle façon diriez-vous que votre programme vous semble aidant pour les personnes à qui il s'adresse ?

MLQ : Je pense que ça donne de l'espoir d'abord. L'espoir d'avoir une vie entre guillemets normale, malgré la maladie. Quand les gens ont leur chez-soi, ça a un impact majeur. Je pense que c'est un élément essentiel, d'être chez nous, de pouvoir se lever à l'heure que tu veux, manger quand tu veux. Cette liberté d'être chez soi, de faire ce qu'on a envie de faire, de décorer comme on veut. De vraiment s'approprier un coin à nous. La reconnaissance de la maladie sans l'acceptation, parce que je pense qu'on n'accepte jamais vraiment la maladie, mais la reconnaissance de la maladie pour pouvoir passer à autre chose. Il y a un gros

travail qui se fait là au départ. Quand la maladie a pris beaucoup de place, on dirait que les gens ne veulent plus en parler. Il y a une certaine négation, parce que je pense que c'est l'impuissance qui est liée à la maladie. Donc de réussir à en parler, mais qu'elle ne prenne pas toute la place. Réussir à reconnaître certains symptômes, qu'est-ce qui appartient à la maladie et qu'est-ce qui n'y appartient pas. Qu'est-ce que je peux faire pour qu'elle prenne moins de place dans ma vie et surtout de reprendre contact avec mes forces, mes capacités, pour pouvoir aller plus loin. Il y a tout ce qu'on travaille en réadaptation et qui fait que tu es une personne dans la communauté, les liens avec les autres, le rôle social, je pense que c'est comme ça qu'on peut être aidant. Mais quand on dit quel est l'ingrédient dans le quotidien qui est le plus utile, je ne serai pas très originale, mais je dirais qu'un ingrédient très important serait l'alliance thérapeutique, qui se fait aussi beaucoup avec l'équipe du CTR. D'avoir ce point de repère. Ici, c'est ouvert 24 heures, sept jours par semaine. N'importe quand, ça file pas, je peux appeler, il y a quelqu'un qui peut m'aider. Je pense que ça permet à la personne de rester chez elle. Il y a quelqu'un pour m'écouter, pour m'aider quand je suis mal pris. Je ne suis jamais mal pris, il y a toujours quelqu'un. Ça, je pense que c'est très aidant pour la clientèle qu'on a. En même temps, ça amène une difficulté.

MLP : Quel genre de difficulté ?

MLQ : La difficulté qu'on a, c'est qu'on a de la misère à offrir ça après le suivi au CTR. Par exemple, si on fait une référence au CLSC, ce n'est pas ouvert 24 heures. Et c'est souvent le soir quand ça ne file pas bien, il fait noir, on ne dort pas, qu'on a besoin de parler à quelqu'un. Comment ils vont faire ? On peut toujours appeler au centre de crise, mais ce n'est pas pareil comme quelqu'un qui te connaît. Ici, tout le monde finit par se connaître. On n'est pas un si gros groupe que ça. Quand ils appellent, c'est toujours la même personne au bout du fil. Après le suivi au CTR, il y en a qui continuent à appeler ici. On répond toujours, parce qu'on ne laisse pas les gens tomber. Mais normalement, à un moment donné, il devrait y avoir une fin. La suite, selon le modèle actuel d'organisation des services, ça devrait s'offrir en première ligne. Mais alors, il faut organiser des services 24 heures, avec des gens que les usagers connaissent. Un psychotique n'appellera pas quelqu'un qu'il ne connaît pas. Déjà, c'est difficile. Même si on lui dit, tu peux appeler là, c'est ouvert 24 heures, s'il ne connaît pas, il n'appellera pas. Il n'expliquera pas ce qui ne va pas ou va l'expliquer un peu tout croche et la personne ne comprendra pas. S'il appelle ici, on le connaît, on va être capable de l'aider. Ça, c'est une des difficultés. C'est une difficulté

quand tu arrives à la fin du programme ; les gens ne peuvent plus arriver à n'importe quelle heure du jour. Ils peuvent téléphoner. Si j'ai un lit libre, je vais leur offrir. Mais à un moment donné, c'est qu'on ne pourra plus offrir le service. On ne peut pas toujours augmenter si on veut donner une certaine intensité de services.

MLP : Quelle limite mettez-vous à la durée de vos programmes et de vos services ?

MLQ : On n'a pas de temps limite fixé à l'avance. On donne du temps aussi pour travailler des choses. Mais les services peuvent varier dans le temps par exemple avec la psychologue, il peut y avoir un objectif travaillé pendant un temps défini puis un arrêt. Ça ne veut pas dire que l'utilisateur ne peut pas revenir éventuellement, mais on dit mettons pendant six mois, mais après ça, on va prendre un temps de pause et on va voir. « Si tu as besoin, tu pourras revenir ». On essaie de le travailler comme ça. Avec le travailleur social, ça peut être en continu pendant un bout de temps. Ici, au CTR, on ne dit pas, après deux ans, il faut qu'on soit rendu ailleurs. Non. Il y a des usagers qui sont là depuis longtemps, mais je dirais que notre durée de séjour moyenne est de quatre ans. Ce n'est pas à la vie. Dès le départ, on dit qu'on veut être temporaire dans la vie de la personne, mais c'est pas une date fixe. Tant que la personne chemine, avance dans son projet et qu'elle a besoin de nous, on va être là. Si à un moment donné, on s'aperçoit que, pour le moment, on a fait le tour, on va regarder avec la personne quelle pourrait être la suite. Mais, nous les médecins, souvent, on reste dans le tableau. C'est l'équipe qui va changer. Si on veut donner des services, il faut qu'à un moment donné, il y ait des gens qui sortent. On ne peut pas juste en prendre. Il faut qu'ils sortent. Mais c'est parfois une difficulté comme je le remarquais plus tôt.

MLP : Quelles autres limites voyez-vous à ce que vous pouvez offrir aux personnes ?

Je dirais que la pire limite reste celle liée à la maladie et l'impuissance face à la maladie. Malgré tout, même si on travaille fort, les symptômes restent présents, la maladie reste présente et ça crée un sentiment d'impuissance pour la personne, pour nous aussi. C'est un grand défi. Personne n'est à l'aise avec le sentiment d'impuissance. Quand les gens vont bien, s'améliorent, amenez-en, on va en faire de l'ouvrage. Mais quand tout le monde travaille fort et que ça ne donne pas ce qu'on voudrait, que la personne reste malade, que la personne travaille fort... Il n'y a personne à blâmer, sauf la maladie elle-même. On espère qu'ils vont trouver encore autre chose pour aider les personnes. Ça reste un défi. On n'a pas réussi à guérir complètement la maladie. Rendu ici,

souvent, on aide au rétablissement, mais la guérison s'est faite avant si elle avait à se faire. Je pense que c'est un défi d'être capable de le reconnaître pour ne pas devenir désabusé soi-même et ne pas devenir rejetant. Quand on est face à l'impuissance, on a tendance à vouloir rejeter ou à lâcher prise trop vite, on se décourage. Il faut être capable de reconnaître ce sentiment d'impuissance et le tolérer jusqu'à un certain point.

MLP : L'impuissance face à la persistance de la souffrance malgré tout ce qui a été mis en place...

MLQ : C'est la souffrance qui est difficile. Quand les symptômes sont très présents et que la personne le vit difficilement, le vit dans la souffrance, les hallucinations qui sont dérangeantes, menaçantes... La persistance de la souffrance malgré tous les efforts que tout le monde fait. La famille aussi qui vit cette impuissance. Les deuils qu'il faut faire. Après ça, les gens vont se rendre où est-ce qu'ils sont capables de se rendre. Il y a des gens qui vont être très heureux à vivre avec d'autres personnes, avec un petit travail. Ils vont être très heureux et très satisfaits et c'est correct. Chacun va trouver un coin... Certains ont appris à vivre avec, à gérer les symptômes. Mais quand les symptômes restent trop présents... Tant qu'à moi, il ne faudrait plus qu'il y en ait. Heureusement, ce n'est pas trop souvent, parce que ça serait pénible pour tout le monde. Mais quand ça arrive, c'est toujours difficile. Je trouve que c'est le plus difficile qu'on a à vivre. Que eux ont à vivre et que nous, par ricochet, on vit avec eux. Parce qu'on les voit et on les sent.

MLP : Quels seraient les principaux défis que vous rencontrez par rapport à l'intégration sociale des usagers du CTR ?

MLQ : Je dirais que c'est toujours les mêmes choses, la difficulté d'offrir logement, travail, études. Le logement, c'est d'être capable d'offrir, pour les gens qui ont de la difficulté à vivre en appartement autonome, un milieu de vie avec du soutien, mais sans contrôle excessif. Je vais l'appeler comme ça. Actuellement, dans ce qu'on peut offrir aux gens, on a les appartements de réadaptation, mais à long terme, s'ils ne sont pas capables de rester dans leur appartement seul, il faut regarder les autres services qui sont offerts à l'extérieur du CTR. Actuellement, ce qui est offert, c'est souvent des ressources de chambre ou pension et beaucoup de prise en charge. C'est difficile pour la clientèle, quand tu as 20 ou 30 ans, d'être pris en charge, que tu ne peux rien contrôler. Quand les gens ont besoin de services, qu'ils ne sont pas capables pour le moment de vivre en appartement, comment peut-on offrir ce milieu de soutien sans prise en charge ? Je pense que c'est un défi qu'on a comme société. La même chose au niveau du travail. Il y a une clientèle

qui chemine bien et est capable d'aller éventuellement vers le marché régulier de l'emploi, ça, ça va bien. La clientèle qui a plus de difficulté, actuellement, ce qu'on peut lui offrir, c'est d'être stagiaire à vie. On reste sur l'aide sociale, on a un petit montant de plus, mais comme tu es sur l'aide sociale, c'est pas très valorisant. Tu as l'impression que tu vas travailler pour 7 \$ par jour. Si je fais plus, l'aide sociale va me couper. Comme société, je pense qu'il faut réfléchir à un moyen d'intégrer cette clientèle qui n'est pas capable d'aller sur le marché régulier de l'emploi, quelque chose qui serait différent de l'aide sociale où la personne vivrait le fait d'être un travailleur. C'est un défi pour cette clientèle. On le fait aussi un peu pour les études, mais là encore, il faut que ce soit des gens assez performants. La clientèle qui a plus de difficulté, on peine à la sortir du réseau parallèle, de l'espèce de voie de garage. On offre des services, mais toujours un peu à l'écart. Et c'est une bonne partie des gens qu'on suit. Les gens voudraient plus. On a beaucoup de jeunes qui veulent avoir un emploi et sortir de l'étiquette aide sociale. Oui, c'est confortable jusqu'à un certain point, l'aide sociale, mais en même temps, c'est un piège. C'est pas valorisant.

MLP : Ils voudraient s'en sortir, mais vous constatez que notre société n'a pas grand-chose à leur offrir...

MLQ : Comme société actuellement, on n'a pas encore réfléchi à ça. Quand ils s'en sortent, à un moment donné, ils se font couper au niveau de la médication. J'en ai qui commencent à gagner un peu plus d'argent, donc l'aide sociale coupe leur carte médicament et il faut qu'ils paient leur médication. Oui avec l'assurance du gouvernement, mais le petit peu qu'ils gagnent de plus, ils le mettent dans les médicaments. Tu te dis, est-ce que tu demanderais à quelqu'un en chaise roulante de ne plus avoir de chaise roulante une fois qu'il est rendu sur le marché du travail ? Non, il en a encore besoin. C'est la même chose avec la médication. Pourquoi on la lui enlève ? C'est sûr qu'il faut qu'il y ait une autre étape. Il y a une étape où ce n'est pas très gagnant et quand tu continues, tu réussis à aller à une autre étape. Mais est-ce qu'on ne peut pas les soutenir un peu plus longtemps ? Il me semble qu'il y aurait moyen de voir ça autrement. Ça, c'est un défi.

MLP : J'aimerais que vous me parliez un peu de l'expérience d'une personne que vous avez accompagnée et qui pour vous est une expérience « réussie », même si je n'aime pas beaucoup ce mot.

MLQ : Il y en a plusieurs... Un qui est plus exceptionnel et un qui avait une maladie très sévère, aussi très psychotique et qui avait un problème de consommation. Dans un premier temps, il a réussi à arrêter de consommer. Il est allé à Portage Montréal. Il a fait tout le programme, a

arrêté de consommer. Il est revenu ici à Québec et on a travaillé beaucoup. On a pu changer la médication parce qu'il ne consommait plus. On a réussi à mieux gérer les symptômes. Il a commencé à faire de la peinture. Il est allé dans un appartement de réadaptation et après, il est allé dans un appartement autonome qu'il partage avec deux autres colocataires. Là, il s'est trouvé un petit travail récemment. Il n'est pas à temps plein, mais il travaille quand même. On voit le bout de chemin qui s'est fait. C'est quelqu'un qui reste avec certains symptômes, mais on voit qu'il est bien, il a trouvé un bien-être malgré certains symptômes de la maladie et il est très fier d'avoir réussi à arrêter de consommer. Il est très fier de ses peintures aussi. Il fait partie de *Vincent et moi* et il a fait des expositions en solo dernièrement. Il a fait un grand bout de chemin. Je pense aussi à un monsieur qui est resté presque un an dans les lits de traitement. C'est un monsieur qui nous a été référé parce qu'on pensait l'envoyer en longue durée, mais lui ne voulait pas. Il disait « je vais me suicider si vous m'envoyez là ». Il était très méfiant et paranoïde. Il se mutilait aussi. Ça a pris 10 mois ici à créer le lien. Il voulait aller en appartement. Et nous nous disions que l'on parlait de loin. Finalement, après avoir travaillé très fort et avoir réussi à créer un lien, il restait toujours avec les mêmes symptômes. Il a essayé toutes les pilules et il n'y en a pas une qui marchait. Ça soulageait un peu, mais pas assez ; il restait encore avec des hallucinations. Il est convaincu que tout le monde entend ses pensées, que la télévision parle de lui. Mais il voulait vivre en appartement, et il a réussi à vivre en appartement, ça fait presque trois ans ou quatre ans, avec son petit chat. Tout ce qu'on fait maintenant, c'est qu'on l'accompagne pour aller faire son épicerie et il nous appelle au besoin. Sinon, il s'organise dans son appartement tout seul. C'est une belle réussite, mais en même temps, c'est un monsieur qui reste avec des symptômes, mais il est chez lui et c'est ce qu'il voulait. Il maintient ça très propre. Quand on regarde les gens qui sont très malades, des fois on se dit « mon dieu, comment il va faire pour réussir malgré la maladie ». Mais quelqu'un qui veut vraiment, j'ai appris ça aussi, quelqu'un de vraiment décidé, habituellement, ça marche. Même s'il reste avec beaucoup de symptômes. On peut mettre des choses autour pour le soutenir, l'accompagner, mais la personne est tellement motivée qu'elle va faire ce qu'il faut. J'avais appris ça, quand j'ai commencé en réadaptation, il y avait une dame qui était hospitalisée depuis des années à l'Hôpital Robert-Giffard et qui était très hallucinée et engueulait ses voix. Quand on passait à côté d'elle, ça pouvait être un petit peu dérangeant pour nous. On lui avait appris à les engueuler dans sa tête les voix. J'étais allée la voir chez elle quand finalement, elle avait réussi à avoir son appartement après qu'elle soit passée par les appartements de

réadaptation. On avait mis des étapes. Quand on est anxieux, on met des étapes, mais elle avait réussi. Quand j'étais allée la voir chez elle et que j'avais vu comment elle était heureuse d'être dans son appartement, j'ai compris comment c'était important le chez-soi.

MLP : Quels constats faites-vous sur la place de votre approche de traitement dans l'organisation actuelle des services en santé mentale et en psychiatrie ? Quels seraient selon vous les principaux défis ?

MLQ : Je pense que pour la clientèle qu'on a, qu'on dessert, je trouve ça exceptionnel ce qu'on est capable de faire. Je me trouve chanceuse d'avoir ces ressources pour m'occuper de cette clientèle-là. C'est plus une approche de troisième ligne. Le défi c'est d'être capable de soutenir ces personnes-là à long terme. J'en ai parlé plus tôt. Peut-être qu'elles devraient rester ici, qu'on ne devrait pas les référer. Il y en a qu'on est capable de référer vers les CLSC et c'est correct et je me sens très à l'aise. Mais j'ai une clientèle qui est un peu plus vulnérable. Je la transfère moins celle-là, parce que je pense qu'ils vont tomber dans les mailles du filet. En première ligne, ils ne sont pas capables d'offrir le service qu'on offre et je les comprends. Ils doivent répondre à tout. Ils ne peuvent pas tout faire. C'est sûr que le psychotique avec qui ils n'ont pas réussi à créer le lien parce qu'on vient de le leur transférer et qui dit après 2-3 rencontres « je n'ai pas besoin de toi », on va fermer le dossier. Sauf que si six mois après il ne va pas bien, il n'a plus rien. C'est peut-être là que j'ai connu mon expérience la plus difficile. C'est un client qui avait fait un grand bout de chemin, il était en appartement autonome, ça allait bien. Il était même suivi au CLSC parce qu'il allait bien. À un moment donné, ça allait moins bien, on ne l'a pas vu venir et il s'est suicidé. Peut-être qu'il se serait suicidé pareil, on ne le sait jamais, mais on reste toujours avec le doute de dire, si on était allé le voir chez lui, peut-être qu'on se serait rendu compte que ça ne marchait plus.

MLP : Qu'est-ce qu'il faudrait pour que vous puissiez offrir plus de continuité dans le suivi pour les personnes qui en ont davantage besoin tout en restant en mesure de suivre de nouvelles personnes ?

MLQ : Des ressources supplémentaires, ou qu'on soit en lien plus direct avec une ressource de première ligne. Je ne sais pas comment l'organiser, mais il me semble que dans ma tête à moi, il y aurait moyen de garder un contact d'une certaine façon. Que quand ça ne va pas bien, que les gens puissent plus rapidement venir ici ou continuer d'appeler. Mais on devrait avoir un peu plus de personnel. Que ce soit reconnu qu'on offre ce service-là et que c'est même nécessaire. Parce qu'on l'offre d'une certaine façon, mais en plus de tout le reste. Et le personnel est un peu mal pris des fois parce qu'ils veulent intervenir, mais ce n'est

plus nous qui avons le suivi, il y a un intervenant quelque part, mais parfois on ne sait plus qui. La personne ne sait plus non plus. La personne est en détresse, mais tu ne sais pas ce qui s'est passé. Tu veux référer à la bonne personne, mais tu ne sais pas qui est la personne. Ça devient entre guillemets dangereux. On n'est plus confortable d'offrir les mêmes services. C'est un grand défi. Comment penser l'organisation des services pour des psychotiques qui restent avec des symptômes psychotiques ? Ça ne veut pas dire que tout le monde a besoin de cette intensité de service, mais il y en a qui ont besoin. Je ne sais pas comment on peut l'offrir. Je ne pense pas que ce soit les CLSC qui sont en mesure de l'offrir. Ou il faudra augmenter le nombre de personnes au CLSC et avoir une certaine continuité de services : être ouvert 24 heures et où tu peux toujours te référer à une personne, la même personne ou à peu près. Ici, ce n'est pas la même personne, mais c'est la même organisation.

MLP : Le centre reste un repère pour les usagers même après le suivi ?

MLQ : Oui. Même quand ils ne sont plus servis ici et ne reçoivent plus de services, ils vont continuer à aller au groupe d'entraide. Et moi je continue à les voir ici. Les gens veulent revenir ici, ne serait-ce que pour dire bonjour. Je trouve ça important. Ça prend une racine. La racine, ça ne veut pas dire qu'on est toujours là. Si on est toujours là, j'ai peur qu'on devienne un réseau parallèle. L'intégration sociale c'est dans la société. Une racine, c'est comme la famille. Même si je suis parti, je peux revenir si ça ne va pas bien. Il va y avoir quelqu'un qui va être là et va m'aider, donc j'ai une racine. Je peux continuer à y aller, mais je vais m'intégrer ailleurs, faire des loisirs. Parce qu'offrir des loisirs, ça veut dire que ce n'est plus juste une racine. Ça devient la société. Pour moi, c'est différent. Le plus possible dans la communauté. Mais quand tu as besoin, tu peux venir, on est là. On va t'accueillir.