

Santé mentale au Québec

Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité

Marie-Laurence Poirrel et Ellen Corin

Le traitement dans la communauté
Volume 36, numéro 1, printemps 2011

URI : id.erudit.org/iderudit/1005817ar
DOI : [10.7202/1005817ar](https://doi.org/10.7202/1005817ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

ISSN 0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Poirrel, M. & Corin, E. (2011). Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 115–130. doi:10.7202/1005817ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2011

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]



Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org



Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité

Marie-Laurence Poirel*

Ellen Corin**

Cet article examine l'importance de la subjectivité comme dimension du sujet humain dans le champ de la psychiatrie et les impasses qui la marquent. La question de la subjectivité apparaît assez marginale dans les débats et les travaux contemporains en psychiatrie et en santé mentale, particulièrement en Amérique du Nord. Les auteures s'interrogent sur la tendance à mettre à l'écart cette question, et sur les espaces où la subjectivité est prise en compte dans la pratique du traitement en santé mentale. Les résultats d'une recherche qualitative auprès des personnes usagères, des intervenants et des responsables d'organismes non institutionnels identifiés comme des ressources alternatives de traitement, démontrent que les voix se rejoignent dans la compréhension du traitement, ce qui accroît l'intérêt et la portée des résultats de cette étude.

Les préoccupations anthropologiques et philosophiques sont assez marginales en Amérique du Nord dans les débats et les travaux contemporains en psychiatrie et en santé mentale ; elles paraissent même parfois écartées avec suspicion, le champ particulier de la psychiatrie transculturelle restant sans doute une exception. Dans ce contexte, certaines questions se trouvent reléguées à l'extérieur du champ de la psychiatrie. C'est le cas de la subjectivité. Nous comprenons ici la subjectivité comme une dimension de l'humain, du *sujet* humain, qui excède et résiste à l'objectivation à l'œuvre dans certaines pratiques médicales et sociales. Cette tendance à écarter des questions comme celles de la subjectivité et de l'humain, qui caractérise les discours actuels en psychiatrie, rencontre-t-elle l'expérience des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale et celle des cliniciens eux-mêmes ?

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

** Ph.D., Département de psychiatrie et département d'anthropologie, Université McGill, Chercheure émérite, Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Nous proposons de réfléchir à la question de la place et de l'intérêt de la subjectivité dans la pratique du traitement à partir des résultats d'une recherche qualitative menée dans des organismes non institutionnels qui s'identifient comme des ressources alternatives de *traitement* en santé mentale, où nous avons rencontré à la fois des personnes usagères, des intervenants et des responsables d'organismes¹. Une brève esquisse de la question des rapports entre subjectivité et traitement en psychiatrie et en santé mentale précède la présentation succincte des aspects méthodologiques de la recherche. Une analyse des résultats suit ; nous examinons plus particulièrement la place de la subjectivité dans le traitement, telle qu'elle apparaît dans les entrevues réalisées auprès des différents acteurs impliqués. La présentation des résultats est suivie d'une discussion qui en élargit la portée, et met en évidence certains défis auxquels sont confrontées les ressources alternatives face à la prise en compte de la subjectivité.

Subjectivité et traitement

L'histoire moderne des pratiques psychiatriques est marquée par des tensions entre émergence et répression de la subjectivité. Michel Foucault et Gladys Swain ont été les protagonistes d'une polémique érudite sur le sens de l'émergence de la psychiatrie moderne. Comme Foucault (1992) s'est interrogé, celle-ci équivaut-elle à un bâillon mis sur le sujet et la subjectivité ? Ou implique-t-elle une reconnaissance de la subjectivité toujours à l'œuvre dans la folie comme l'ont soutenu Swain (1977, 1997) et Gauchet (1997) ? De manière plus modeste, A. H. Leighton a constaté que l'histoire moderne de la psychiatrie et, plus particulièrement, celle des approches de traitement est marquée par une succession de promesses et de désillusions (Leighton, 1982). Ainsi, d'un environnement thérapeutique protecteur tel qu'il avait été pensé par certains promoteurs du « traitement moral », l'asile est devenu un symbole d'exclusion radicale. D'autres chercheurs ont souligné comment le traitement psychopharmacologique a connu une évolution analogue : conçu d'abord comme un outil qui visait à faciliter la communication (Lehman, 1986), il a plus souvent été associé à une sorte de camisole chimique de l'expression de la subjectivité (Rodriguez et al., 2001).

L'enjeu du traitement se révèle particulièrement significatif et révélateur de ces tensions, qu'il s'agisse de ses *finalités* ou des changements attendus, de ses *cibles* ou, ce sur quoi on met l'accent (les symptômes, les déficits, le vécu de souffrance...), de ses *moyens* ou de ses « ingrédients » (la médication, différentes formes de thérapies et d'activités). D'un côté, on peut concevoir et développer une pratique de traitement qui fait de celui-ci un allié dans un mouvement de

subjectivation (Apollon et al., 1990 ; Strauss, 1989 ; Estroff, 1989). D'un autre côté, le traitement peut aussi s'apparenter davantage à une menace pour le sujet et la subjectivité. Selon la compréhension de l'approche thérapeutique privilégiée et de ses applications, cette menace peut être visible et prendre la forme de la contrainte et de l'abus. Elle peut aussi revêtir une forme plus cachée, qui implique davantage la mise à l'écart du sujet et de la subjectivité. Sous cette dernière expression, la menace pourrait se traduire davantage par une tendance au resserrement des enjeux du traitement, qui toucherait à la fois les finalités, les cibles et les moyens du traitement. Il pourrait s'agir de la principale menace qui pèse aujourd'hui sur le sujet et la subjectivité. Certains signes pointent dans cette direction dans les approches et les pratiques qui dominent aujourd'hui en santé mentale et en psychiatrie où l'on remarque une pression à resserrer sinon à simplifier les approches, les cibles et les moyens du traitement ; le souci de réduire la symptomatologie positive et les déficits et celui d'améliorer le fonctionnement social selon des critères préétablis, occupent une place centrale.

Cette tendance ne reflète certainement pas la réalité sur le terrain, ni les préoccupations des praticiens. Néanmoins, une pression existe en ce sens dans l'organisation des services, et s'observe dans le temps alloué à l'accompagnement et au traitement et dans la légitimité relative accordée aux différentes approches et pratiques. Du côté de la recherche sur le traitement en santé mentale et en psychiatrie, on constate un intérêt prépondérant pour tout ce qui est aisément mesurable. Ainsi, les études sur la pertinence et l'efficacité des approches thérapeutiques s'intéressent à un certain type de résultats qui peuvent être évalués à partir d'échelles standardisées qui mesurent la diminution des symptômes positifs, la réduction de la fréquence des hospitalisations, les indicateurs de fonctionnement social. Certains auteurs ont souligné les limites heuristiques de cette façon de faire. En effet, selon ces critères, on constate finalement peu de différences entre des approches de traitement pourtant très différentes (Davidson et al., 1996). D'où, peut-être, l'alignement de certains travaux sur des enjeux qui touchent davantage les coûts reliés à l'utilisation de telle ou telle approche (Hoge et al., 1992). Il a aussi été suggéré d'emprunter une autre voie qui reformule des critères de changement afin d'arriver à saisir d'autres types de résultats plus subtils qui échappent aux échelles standardisées (Lieberman et Strauss, 1986 ; Davidson et al., 1998 ; Corin, 2002). On insiste alors sur l'importance de développer de nouvelles approches méthodologiques et d'autres instruments, non pas quantitatifs mais qualitatifs, pour mieux cerner les ingrédients, les mécanismes et les résultats du traitement, en particulier des changements plus subtils, plus subjectifs.

Une recherche qualitative dans des ressources alternatives de traitement

Au Québec, les ressources alternatives de traitement font partie d'un groupe plus large d'organismes non institutionnels, communautaires, qui ont développé une diversité d'activités et de pratiques en santé mentale reconnues alternatives. Une douzaine de ces ressources mettent explicitement de l'avant un projet thérapeutique alternatif (Lecomte et Gagné, 2000). Elles partagent une philosophie et des valeurs communes qui s'appuient sur une compréhension de la souffrance psychique et des problèmes de santé mentale qui va au-delà des diagnostics, et sur une approche holistique de la personne (RRASMQ, 2005 ; Corin, 2000). Ces ressources accueillent principalement des personnes qui vivent des problèmes graves de santé mentale. Les ressources alternatives de traitement ne forment pas un bloc homogène. Elles se réfèrent à différentes approches, plus particulièrement la psychanalyse, les approches psychodynamique, humaniste et psychocorporelle, et ont développé une diversité de pratiques thérapeutiques et de vie communautaire. Certaines sont des ressources d'hébergement, d'autres, des centres de jour ; la durée de l'accompagnement varie de plusieurs mois à quelques années².

Plusieurs rencontres avec ces ressources alternatives ont permis de préciser l'enjeu premier de la recherche qui était de parvenir à mieux cerner et à décrire les principaux paramètres d'une approche alternative du traitement selon la perspective des acteurs directement impliqués. Neuf ressources ont participé à la recherche³. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès de la personne responsable, de deux intervenants et de deux personnes usagères, l'une ayant complété son séjour à la ressource. Nous avons utilisé des grilles d'entrevue semi-structurée qui comporte un corps commun de questions et d'autres plus spécifiques aux différents acteurs. Notre matériel d'analyse est composé des retranscriptions de quarante-trois entrevues, dont neuf entrevues auprès de responsables de ressources alternatives de traitement, dix-sept auprès d'intervenants et dix-sept auprès de personnes usagères. Les personnes usagères qui ont accepté de partager leur expérience et de parler de la place de la ressource dans leur trajectoire, avaient vécu ou vivaient avec des problèmes graves de santé mentale, exprimés dans la durée. Ces personnes avaient, pour la plupart, une longue expérience des services psychiatriques.

Les éléments d'analyse et de réflexion proposés ici sont basés sur le contenu des entretiens avec les acteurs, sur leur vision des cibles, des finalités et des moyens (ou des dispositifs) de traitement déployés dans ces ressources alternatives en santé mentale ; rappelons que notre fil

conducteur est la part dévolue à la question de la subjectivité. L'analyse du matériel tente ainsi de rendre compte d'un regard sur le traitement selon l'expérience des personnes directement engagées dans sa mise en acte. Nous avons constaté que les voix de ces différentes personnes se rejoignent dans leur compréhension du traitement, ce qui accroît l'intérêt et la portée des résultats de cette étude.

Les dispositifs du traitement dans les ressources alternatives

Les récits insistent sur la pluralité et l'ampleur des dispositifs développés dans les ressources alternatives, et l'importance de cette pluralité dans le cheminement des personnes usagères. Le dispositif est défini comme étant ce qui est mis en place concrètement pour supporter le travail thérapeutique poursuivi dans leur espace (type d'accompagnement et d'activités, organisation spatiale et temporelle). La diversité des dispositifs se réfère à l'importance accordée à la parole dans différentes formes de thérapie, à la place donnée à d'autres médiums tels que le travail qui prend en compte le corps, les démarches axées sur l'expression et ou la création artistique ; les récits mettent aussi en évidence la grande place accordée aux espaces « hors cadre », notamment la vie communautaire dans la ressource. « C'est vraiment la synergie de plusieurs activités qui fait que la personne chemine » remarque une intervenante. « J'avais pas juste les intervenants », note une personne usagère, « j'avais toute la vie à la ressource ». « C'est vraiment un ensemble » souligne une autre.

En même temps, cette pluralité et cette diversité ne semblent pas être vécues comme un éparpillement ou un éclatement. Ce qui se dégage avec force des récits, est une impression de « dynamique systémique » à l'œuvre dans les ressources alternatives, qui participe directement au traitement, et qui se situe à l'opposé de la rigidité institutionnelle. Dans ce contexte, les dispositifs thérapeutiques diversifiés (thérapie individuelle, thérapie de groupe, art-thérapie, thérapie corporelle), ne suffisent pas à eux seuls, à rendre compte de ce qui participe de manière significative au traitement. Aussi, les personnes interrogées ne parlent pas en termes d'hierarchie entre les dispositifs de thérapie et les autres dimensions de la vie dans la ressource. Les récits indiquent que loin d'être de simples soutiens au traitement, les dimensions et les expériences comme l'accès à un sentiment de sécurité, une expérience relationnelle riche, le sentiment d'être reconnu, jouent un rôle fondamental dans la mise en œuvre du projet thérapeutique de ces ressources. Les récits mettent aussi en évidence l'ampleur de ce projet thérapeutique et décrivent les ressources alternatives comme un espace qui permet de

travailler à la fois l'expérience intérieure et relationnelle de la souffrance et le retour à la vie, les deux mouvements qui s'incarnent parfois dans des dispositifs différents.

La souffrance subjective : véritable cible du traitement

Dans les récits, nous avons constaté un recours limité au vocabulaire à forte connotation médicale, qu'il s'agisse de diagnostic, de symptôme ou de déficit. La référence aux symptômes en tant que telle n'est pas pour autant absente des récits des personnes usagères. Leurs témoignages semblent plutôt démontrer que le rapport aux symptômes et à la détresse qu'ils induisent n'altère pas le sens de la souffrance. Ainsi, une personne usagère évoque une expérience antérieure d'aide où l'on n'a pas su dépasser les symptômes pour s'intéresser au sens plus fondamental de l'expérience vécue : « On s'adressait à la psychose puis ça fait que ça me rendait encore plus malade. » Une autre souligne l'importance de ne pas être « restée à la surface de la souffrance » dans son parcours à la ressource alternative de traitement. Les ressources alternatives semblent s'intéresser peu à l'idée d'une maladie mentale qui viendrait affecter le corps dans sa matérialité brute, et semblent plutôt soutenir que la part essentielle du traitement se joue ailleurs ou à un autre niveau.

Les récits indiquent que l'attention des ressources alternatives porte de manière plus fondamentale sur ce que l'on peut s'entendre pour désigner comme la subjectivité, « la subjectivité plutôt que la maladie » selon les termes d'un intervenant. Un autre souligne : « la personne qu'on a devant nous, c'est un sujet, pas un objet ». « On s'adresse toujours à quelqu'un, à un sujet en particulier ». La subjectivité dont il semble s'agir ici, n'est pas vraiment dotée d'un contenu en tant que tel. Elle apparaît davantage comme une possibilité toujours singulière. Elle touche à la fois l'unicité et la dignité de l'être humain. À ce titre, elle commande le respect. « Plus important que la question du quoi faire, il faut savoir à qui on a affaire » remarque un intervenant. Une personne usagère insiste : « Ils y vont selon la personne. Il n'y en pas une qui est pareille. C'est comme ça qu'ils travaillent eux-mêmes ». C'est d'abord et fondamentalement à cette subjectivité que semblent s'adresser les ressources alternatives qui sont décrites comme des lieux qui permettent une mise au travail en profondeur de la personne. « La place qu'on donne à la subjectivité, c'est ça qui fait qu'elle devient une personne qui évolue », souligne une intervenante. Un autre parle d'un « travail subjectif ». « On a travaillé à instaurer une ambiance de travail sur soi ».

Les récits des personnes usagères en particulier, illustrent comment la souffrance subjective et ce qu'elle exprime comme manque, errance et difficulté d'être, représente le nœud du traitement dans les ressources alternatives. «La seule façon de soigner, c'est d'y aller» souligne une intervenante. Selon une usagère, il «faut vivre tout ce qu'on a à vivre». Les personnes usagères parlent d'aller «au bout, au fond de la souffrance», «au plus profond des choses», «au cœur de ce qui a toujours fait mal». C'est à partir de la subjectivité que la souffrance semble interrogée. Ainsi, la souffrance apparaît posée et appréhendée comme une expérience subjective.

La question du traitement s'inscrit donc dans un autre paradigme que celui du biomédical selon les récits des personnes usagères. En décalage avec les perspectives psychiatriques les plus répandues, qui situent le traitement sur une ligne horizontale (les symptômes se juxtaposent et ne renvoient pas à une expérience centrale plus profonde, ce qui justifie des interventions segmentées), le regard que portent les personnes usagères oblige à inscrire la question du traitement sur une ligne verticale⁴. Dans ses dimensions les plus significatives, le traitement vient s'inscrire dans la profondeur de l'être et dans une trajectoire de vie, ce qui en souligne l'ampleur. Il est affaire de vérité. En effet, la souffrance à laquelle s'adresse le traitement, touche la personne dans son être. C'est du moins ce que les personnes interrogées rapportent. «J'ai découvert que je voulais être et que je n'étais pas» commente une personne usagère. Leurs récits indiquent que la souffrance a un fond, des racines, une verticalité. À travers le traitement que les personnes découvrent et expérimentent dans les ressources alternatives, c'est d'abord cette souffrance qui est mobilisée. C'est ce voyage qui peut seul permettre de toucher les nœuds singuliers, complexes, de cette souffrance, parfois désignée dans les récits comme angoisse de séparation, violence originelle ou faille identitaire.

Les personnes usagères et les intervenants ont tous souligné l'importance du temps exigé pour la prise en compte de la souffrance subjective ; le temps qu'elle puisse s'exprimer, le temps qu'elle puisse être entendue, le temps de la travailler, de la réélaborer. «C'est un travail de longue, longue échéance... puis difficile, difficile», remarque une personne usagère. «Il y avait tellement d'ouvrage, tellement à faire, tellement de souffrance», note une autre. Les récits parlent de la profondeur des souffrances, de la dimension d'incertitude qui accompagne le travail thérapeutique, de l'humilité qui s'impose. «On ne sait jamais comment ça va débouler pour quelqu'un, ça demande beaucoup d'humilité», remarque une intervenante. Elle souligne aussi : «On n'est

pas en position de savoir». Mais la prise en compte de la souffrance subjective ne signifie pas pour autant la complaisance à son égard. Les récits évoquent ce que cette prise en compte peut rendre possible pour la personne dans son rapport à soi, à l'autre et au monde. L'idée et le projet d'un retour à la vie s'expriment ainsi dans les récits.

Le retour à la vie : re-mobilisation d'une posture subjective et re-mobilisation de dimensions de l'humain

Les récits indiquent que le traitement implique aussi et de manière inextricable, la visée d'un *retour à la vie*. Cette visée semble se découper en deux moments qui apparaissent tout aussi fondamentaux l'un que l'autre. D'une part, celui d'une attention, d'une écoute, d'un respect de la singularité qui apparaît comme condition de possibilité de la re-mobilisation d'une posture subjective : « C'est la vérité, l'originalité du sujet... qui est parfois loin, enfouie... » qui aiguillonne le travail, souligne un intervenant. Une autre parle de l'importance de soutenir la personne de façon à ce qu'elle puisse « trouver une façon d'exister dans le monde à sa façon ». « Ça se dessine différemment pour chacun », remarque encore un autre. « J'étais une flaque d'eau... Je suis quelqu'un... » raconte une personne usagère. D'autre part, les récits mettent en évidence la place qu'occupe un travail de re-mobilisation, de différents registres et dimensions de l'humain dans les ressources alternatives. « Je pense que c'est au cœur de notre travail d'entrer en contact avec cet être qui veut trouver des moyens de grandir, de s'épanouir, d'entendre », insiste une intervenante. Il semble s'agir ici de restituer à l'humain son amplitude et son épaisseur. Un tel projet, vaste et ambitieux, n'est pas posé et énoncé comme tel d'emblée. Il ne s'articule pas dans un discours sûr. Il se dégage des différents récits, ce qui, certainement, en accentue la force. De manière concrète, il se dégage aussi de la mise en résonance des différents moyens et des dispositifs que se donnent ces ressources, que les dispositifs de thérapie à proprement parler n'épuisent pas.

Revenons sur ce qui nous paraît un aspect essentiel de la spécificité du projet des ressources alternatives de traitement en santé mentale, qui va à l'encontre de l'idée d'une subordination de l'ensemble des dispositifs thérapeutiques⁵. Au sens le plus fort du terme, le *projet* des ressources alternatives n'est ainsi pas strictement thérapeutique, au sens où ce terme est entendu le plus couramment ; ou, pour l'exprimer de manière plus juste, on peut dire qu'il déborde ce registre. Quelques récits le relèvent explicitement, comme cette personne usagère l'indique : « ce qui se passe ici, c'est plus que thérapeutique ». D'un

côté, le projet des ressources alternatives implique une visée centrale et souvent explicite de travail en profondeur de la personne (qui se formule davantage en termes de mobilisation que d'obligation) dans une intention de re-mobilisation d'une posture subjective. Il rejoint en ce sens une certaine idée du traitement en santé mentale dès lors que celui-ci n'est pas circonscrit à des paramètres biomédicaux. D'un autre côté, ce projet est sous-tendu par une intention en apparence plus éloignée de ce que l'on entend habituellement par traitement, et qui s'incarne dans de solides dispositifs. Ce qui semble en jeu ici, c'est une visée de re-mobilisation, de restitution de dimensions fondamentales de la condition humaine. Il ne s'agit pas de répondre à des besoins de base de l'être humain mais plutôt de re-mobiliser, de re-mettre en mouvement, parfois aussi de ré-introduire de la vie, du vivant. Ceci s'exprime en particulier à travers la re-mobilisation d'une dimension relationnelle au sens fort, d'une possibilité de reconnaissance de soi, d'ouverture à un sens et au registre du symbolique, d'enracinement (*être-dans-le-monde, habité*) de l'être humain. Une des personnes rencontrées remarque : « Aujourd'hui, je me sens apprivoisé par la planète ». Une autre raconte : « J'ai repris le fil de la conversation avec la vie ». Associées à cette intention, on trouve à travers les récits des personnes usagères en particulier, des notions de chaleur, de présence, de sécurité, de reconnaissance.

En ce sens, nous pourrions parler d'un pari sous-jacent à la position alternative par rapport au traitement, qui apparaît comme une expérience réelle des personnes usagères de ressources alternatives. Ce serait la rencontre, l'entrelacement et l'intrication étroite de deux intentions, celle d'une remobilisation de la subjectivité par une mise au travail en profondeur, et celle d'une remobilisation de dimensions de l'humain, qui permettrait à un mouvement dans et de l'être d'advenir. En creux, nous sommes ainsi confrontés à une exigence anthropologique et philosophique à l'œuvre dans les ressources alternatives de traitement. Il y a là, fort probablement, un élément fondamental de la position singulière de l'alternative dans le champ contemporain du traitement en santé mentale.

Discussion

Les récits recueillis dans des ressources alternatives de traitement mettent en évidence l'importance et la nécessité d'inscrire la question de l'humain et celle de la subjectivité au cœur du traitement. Face à une tendance des savoirs et des pratiques actuelles, à un resserrement et à une standardisation des finalités et des cibles du traitement (contrôle des symptômes et réduction des déficits dans une visée de meilleure

adaptation sociale), des moyens et des dispositifs de traitement (pharmacologie, thérapie cognitivo-comportementale, soutien fonctionnel), les ressources alternatives proposent une voie qui prend en compte les dimensions comme la subjectivité et la singularité, et où l'*épaisseur* de l'humain, tient un rôle fondamental. À cet égard, les récits recueillis rejoignent les analyses et les réflexions de plusieurs auteurs.

Dans les années 1950, le psychiatre et philosophe Karl Jaspers, en évoquant ce qui est de l'ordre de la finalité dans le traitement, mettait en tension les approches de traitement avec un arrière-plan philosophique qui impliquent d'abord une conception de l'être humain, et les approches qui estiment pouvoir s'en passer, mais qui en fait, véhiculent une conception de l'humain inévitablement limitative (Jaspers, 1956). Il soulignait aussi l'importance et la distinction entre des approches de traitement qui s'adressent à la personne et à l'expérience humaine dans son ensemble, et qui sollicitent l'être humain dans sa liberté, et des approches qui visent des « mécanismes dérangés », ce qui comporte des limites fondamentales et des risques : « L'homme cesse d'être lui-même dès qu'il est pris pour objet » (Jaspers, 1956, 21).

Pierre Fédida, psychanalyste et philosophe, a observé la prégnance de plus en plus marquée des approches restrictives de traitement dans les pratiques psychiatriques actuelles ; les ouvertures pour la prise en compte de la subjectivité de la personne souffrante s'y amenuiseraient peu à peu. Il trace un tableau sombre de l'abord de la souffrance psychique et de la situation du traitement à notre époque. Les dimensions tragiques de l'existence et de l'expérience humaines auxquelles l'expérience des troubles graves de santé mentale nous renvoie précisément, se verraient de plus en plus évacuées (Fédida, 2001). Il décèle un lien entre une mise à l'écart des dimensions tragiques de l'expérience humaine et une tendance à privilégier des traitements réducteurs, de plus en plus ciblés dans leurs visées et qui ressembleraient de plus en plus à des techniques. En écho aux constats de Fédida, certains anthropologues ont suggéré que c'est l'épaisseur même de l'expérience humaine qui est mise à mal, altérée ou menacée par une tendance au rétrécissement et à l'appauvrissement, notamment dans le registre du symbolique (Le Breton, 2005). Face à ces tendances délétères, les ressources alternatives de traitement, selon les récits recueillis, semblent incarner un lieu significatif de résistance.

Ces ressources sont demeurées à l'écart des tendances dominantes en termes du resserrement des visées du traitement et de la standardisation des moyens. Par ailleurs, dans leur préoccupation d'inscrire la subjectivité et la singularité au cœur du traitement, les ressources

alternatives n'échappent pas à certaines tensions et ambiguïtés qui traduisent aussi leur inscription dans la culture actuelle. Une première tension, qui n'est jamais désignée comme un enjeu ou comme une source d'inquiétude dans les récits, concerne le sens que revêt l'idée d'une implication de la personne dans des milieux qui veulent rendre possible une mise au travail en profondeur. La perspective qui domine à cet égard est celle de la mise en place de conditions qui permettent l'émergence ou le déploiement d'un mouvement singulier de subjectivisation. Cette notion implique aussi la reconnaissance des contraintes internes des personnes, ce qui appelle un accompagnement infiniment subtil et respectueux du rythme et des limites exprimées ou pressenties. Cette approche semble dominer dans les ressources alternatives de traitement comme en témoignent les récits. Un discours différent, plus moralisateur, se fait pourtant parfois entendre, celui qui fait appel à la responsabilisation de la personne, en termes d'effort et d'engagement dans sa propre démarche. Cette tendance pourrait refléter la séduction par une certaine idée marquée par les normes d'autonomie, de responsabilité, d'action. Ce discours porté tantôt par les intervenants et les responsables, tantôt par les personnes usagères, ne semble cependant pas dominant dans la ressource où il s'exprime. Il pourrait pourtant inquiéter pour le gauchissement vers lequel il conduit par rapport à la notion de subjectivité telle qu'elle est le plus souvent comprise dans ces milieux, en termes d'une ouverture à soi et au monde.

Une autre tension, nommée comme enjeu et parfois comme inquiétude, porte sur la polarité entre singularité et normalité, soit entre une inscription singulière dans la communauté et l'adaptation. Cet enjeu est surtout identifié en regard des attentes et des objectifs d'un retour des personnes dans la communauté. D'un côté, l'écoute de la singularité est souvent désignée comme seul véritable guide, d'autant que plusieurs récits mettent en lien le surgissement des troubles de santé mentale et l'expression d'une difficulté ou d'un refus de certains cadres et normes sociales. Cela implique pour les ressources alternatives, de ne pas surestimer une participation active à la communauté et surtout, de ne pas en faire un impératif. La pression à la normalité et à l'adaptation se voit d'ailleurs souvent désignée par les intervenants et les responsables comme un écueil associé aux pratiques dominantes en santé mentale, dont ils entendent bien se démarquer. Dans ce cas, la tension porte sur les relations avec l'extérieur. Aussi, il arrive plus rarement que la tension s'exprime à l'intérieur de la ressource alternative, particulièrement lorsqu'une ressource a intégré des modalités de soutien qui touchent directement la ré-insertion sociale et l'employabilité; la tension, lorsqu'elle s'exprime, se retrouve à la fois dans les récits des personnes

usagères, des intervenants et des responsables. L'écueil pourrait être celui d'une hiérarchie implicite établie entre différents parcours, considérés plus ou moins réussis selon le désir et la capacité de la personne de réintégrer les circuits classiques d'échanges sociaux et économiques.

À l'opposé, on peut se demander si la volonté d'éviter ce genre d'écueil, en mettant l'accent sur la reconnaissance et la prise en compte de la singularité, ne porte pas en elle une autre difficulté en ce qu'elle négligerait «les exigences du monde extérieur» (Mannoni, 1979) auxquelles les personnes qui fréquentent le milieu protégé et souvent protecteur des ressources alternatives seront un jour ou l'autre inévitablement confrontées. On pourrait y voir une ultime aporie. Les récits de personnes usagères ne conduisent pourtant pas dans cette direction. Le psychiatre et psychanalyste P. C. Racamier fait une distinction entre ce qui relève d'un traitement palliatif et ce qui serait de l'ordre d'un traitement résolutif. En s'y inspirant, nous sommes portées à reconnaître une approche du traitement beaucoup plus résolutive que palliative, à l'œuvre dans les ressources alternatives (Racamier et al., 1973). Les limites de notre étude ne nous permettent sans doute pas d'en généraliser les conclusions. Il n'en demeure pas moins que plusieurs récits de personnes usagères témoignent d'une posture subjective qui s'est précisée d'une manière propre à chacune, et qui semble les soutenir face aux exigences du monde extérieur.

Ainsi, particulièrement lorsque l'on considère les récits des personnes usagères, cette étude a permis de reprendre la question des résultats du traitement et du changement dans la perspective de ce qui compte pour elles. Il s'agit d'une voie prometteuse, encore peu explorée dans la recherche sur les effets et les résultats du traitement des troubles graves en particulier (Moro, 2006). Dans les récits recueillis, certains signes de changement auxquels les personnes accordent une signification essentielle, semblent à la fois subtils et profondément mobilisateurs pour leur trajectoire de vie. Les changements qui comptent relèvent souvent du champ de la subjectivité et sont difficilement identifiables par des instruments d'évaluation standardisés. Selon les récits, le changement passe par la rencontre de sa propre souffrance. Ils évoquent un mouvement de transformation de l'expérience intérieure, et le sentiment que quelque chose s'est remis à bouger dans la vie et dans l'être, dans le rapport à l'autre et au monde (Corin et al., à paraître).

Conclusion

En nous renvoyant à la question de l'humain et à celle de la subjectivité, les récits recueillis auprès des personnes usagères, des

intervenants et des responsables de ressources alternatives viennent étoffer la notion de traitement en santé mentale. Ces récits plaident en faveur d'une remise en question du traitement qui va au-delà des paramètres actuels qui tiennent lieu d'évidences. Ils invitent à poursuivre la réflexion sur la définition de ce qui constitue le traitement, ses moyens et sa finalité et d'en renouveler notre compréhension.

Malgré les limites de notre étude qui porte sur un échantillon d'acteurs de milieux relativement marginaux dans le système de soins actuel au Québec, la force et la portée des résultats invitent à poursuivre et à élargir l'analyse et la réflexion sur la place de la subjectivité dans les pratiques en santé mentale aujourd'hui. Des modes d'articulation de la subjectivité dans le traitement des troubles de santé mentale pourraient s'en dégager.

Notes

1. La recherche *Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale* (Ellen Corin, Marie-Laurence Poirel et Lourdes Rodriguez Del Barrio) a été financée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.
2. On retrouve plusieurs monographies de ces organismes parmi les contributions au volume, *Les ressources alternatives de traitement*, sous la direction de Y. Lecomte et J. Gagné, publié en 2000 conjointement par Revue Santé mentale au Québec et le RRASMQ.
3. Ces ressources sont : la Maison Jacques-Ferron et l'Entre-Deux de Longueuil, la Maison L'Éclaircie, la Maison Saint-Jacques et Prise II de Montréal, la Maison Vivre de Saint-Hubert, l'Élan de Magog, L'Ensoleillée de Lac Mégantic, Le Tremplin de Drummondville.
4. Voir l'ouvrage Corin, E., Poirel, M.-L. et Rodriguez, L., *Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*, à paraître aux Presses de l'Université du Québec.
5. Un petit nombre de ressources alternatives de traitement se positionnent de manière sensiblement différente en revendiquant l'importance de maintenir le « traitement » en dehors du « réel », des espaces et des relations « réelles ».

Références

- APOLLON, W., BERGERON, D., 1990, *Traiter la psychose*, Éditions du GIFRIC, Québec.
- CORIN, E., 2002, Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ? *Santé mentale au Québec*, 27, 1, 65-82.

- CORIN, E., 2000, Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies, in Lecomte, Y., Gagné, J., éd., *Les ressources alternatives de traitement*, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Revue Santé mentale au Québec, 11-30.
- CORIN, E., POIREL, M.-L., RODRIGUEZ, L., à paraître, *Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*, Presses de l'Université du Québec.
- DAVIDSON, L., KRAEMER, J., RAKFELDT, J., SLEDGE, W. H., 1996, Differences in social environment between inpatient and day hospital-crisis respite settings, *Psychiatric Services*, 47, 7, 714-720.
- ESTROFF, S. E., 1989, Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, 189-196.
- FÉDIDA, P., 2001, *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*, Éditions Odile Jacob, Paris.
- FOUCAULT, M., 1972, *Histoire de la folie à l'Âge classique*, Gallimard, Paris.
- GAUCHER, M., 1997, De Pinel à Freud, préface à Swain, G., *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Éditions Calmann-Lévy, Paris.
- HOGUE, M. A., DAVIDSON, L., HILL, L., TURNER, N. F., AMELI, T., 1992, The promise of partial hospitalization: A reassessment, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 4, 345-354.
- JASPERS, K., 1956, *De la psychothérapie. Étude critique*, Presses universitaires de France, Paris. Traduit de l'Allemand par H. Naef.
- LE BRETON, D., 2005 (1990 pour la première édition), *Anthropologie du corps et modernité*, Presses universitaires de France, Paris.
- LECOMTE, Y., GAGNÉ, J., 2000, *Les ressources alternatives de traitement*, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Revue Santé mentale au Québec.
- LEHMAN, H. E., 1986, The future of psychiatry: Progress — mutation — or self destruct?, *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 362-367.
- LEIGHTON, A. H., 1982, *Caring for Mentally-ill People, Psychological and Social Barriers in Historical Context*, Cambridge University Press.
- MANNONI, M., 1970, *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*, Éditions du Seuil, Paris.
- Moro, M.-R., 2006, *Les psychothérapies*, Éditions Armand Colin, Paris.

- RACAMIER, P.C., DIATKINE, R., LEBOVICI, S., PAUMELLE, P., 1973, *Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soin psychiatrique*, Payot, Paris.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 2005, *Balises pour une approche alternative du traitement en santé mentale*, RRASMQ, Montréal.
- RODRIGUEZ, L., CORIN, E., POIREL, M.-L., 2001, Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée, *Revue québécoise de psychologie*, 22, 2, 201-233.
- RODRIGUEZ, L., CORIN, E., GUAY, L., 2000, La thérapie alternative: se (re) mettre en mouvement, in Lecomte, Y., Gagné, J., édés., *Les ressources alternatives de traitement*, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Revue Santé mentale au Québec, 44-94.
- STRAUSS, J. S., 1989, Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry – II, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, 179-187.
- SWAIN, G., 1997 (1977 pour la première édition), *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Éditions Calmann-Lévy, Paris.

ABSTRACT

Revisiting the notion of treatment in mental health from the perspective of consumers and stakeholders of alternative community treatment resources: the issue of subjectivity

This article examines the importance of subjectivity and its complexity in psychiatric and mental health care. The question of subjectivity appears quite marginalized in current debates, especially in North America. The authors question the tendency to disregard subjectivity in mental health care and treatment. Results of a qualitative study with consumers and stakeholders of non institutional organizations identified as alternative community treatment resources, show that point of views meet regarding comprehension of treatment, thus increasing the interest and the scope of this study's findings.

RESUMEN

Reexaminar el concepto de tratamiento a partir de los relatos de usuarios, interventores y responsables de los recursos alternativos en salud mental: la cuestión de la subjetividad

Este artículo examina la importancia de la subjetividad como dimensión del sujeto humano en el campo de la psiquiatría así como los

callejones sin salida que la marcan. La cuestión de subjetividad parece bastante marginal en los debates y los trabajos contemporáneos de psiquiatría y salud mental, particularmente en Norteamérica. Las autoras se interrogan sobre la tendencia a dejar de lado esta cuestión, y sobre los espacios en los que la subjetividad es tomada en cuenta en la práctica del tratamiento de salud mental. Los resultados de un estudio cualitativo de los usuarios, interventores y responsables de organismos no institucionales identificados como recursos alternativos de tratamiento demuestran que todos tienen una comprensión común de tratamiento, lo cual aumenta el interés y el alcance de los resultados de este estudio.

RESUMO

Revisitar a noção de tratamento a partir de narrativas de usuários, de participantes e de responsáveis de recursos alternativos em saúde mental: a questão da subjetividade

Este artigo examina a importância da subjetividade como dimensão do sujeito humano no campo da psiquiatria e os impasses que a marcam. A questão da subjetividade parece relativamente marginal nos debates e nos trabalhos contemporâneos em psiquiatria e em saúde mental, principalmente na América do Norte. As autoras se interrogam sobre a tendência a afastar esta questão, e sobre os espaços onde a subjetividade é levada em consideração na prática do tratamento em saúde mental. Os resultados de uma pesquisa qualitativa junto aos usuários, participantes e responsáveis de organismos não institucionais, identificados como recursos alternativos de tratamento, demonstram que as vozes se unem na compreensão do tratamento, o que aumenta o interesse e o alcance dos resultados deste estudo.