

Article

« PACE : une approche qui va plus loin dans l'empowerment »

Daniel B. Fisher et Laurie Ahern

Santé mentale au Québec, vol. 27, n° 1, 2002, p. 128-139.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014543ar>

DOI: 10.7202/014543ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

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 à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

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. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



PACE : une approche qui va plus loin dans l'empowerment

Daniel B. Fisher *

Laurie Ahern**

Cet article résume les propos de deux allocutions prononcées lors du Xème Colloque de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP) en novembre 2000. Le premier auteur Fisher, se présente comme une personne ayant eu la chance de se rétablir complètement de la schizophrénie. Il cite maints épisodes de son expérience personnelle et s'appuie sur des résultats d'entrevues menées au National Empowerment Center (NEC) auprès de personnes qui se sont rétablies d'une maladie mentale grave. Le deuxième auteur Ahern co-dirige le NEC avec Fisher et est co-auteur de travaux portant sur le rétablissement. Ils présentent ici les constantes de l'approche PACE (Personal Assistance in Community Existence) qu'ils ont développée. PACE favorise une intégration à la communauté en privilégiant une intervention davantage personnalisée.

Mon plus grand désir et celui du National Empowerment Center (NEC), est de transformer progressivement la pratique psychiatrique en changeant le point de vue des gens sur la maladie mentale et, par conséquent, leur manière d'approcher les traitements donnés aux personnes qui en sont atteintes. Je pense que le système actuel empêche les gens de se rétablir en leur donnant de fausses croyances, spécialement aux États-Unis, où l'on veut nous faire croire que tout ce qui est mental se réfère à des données biologiques, que la maladie grave est reliée au fait que le cerveau a été endommagé de façon permanente, que la recherche en pharmacologie est une planche de salut. Ce réductionnisme biologique enlève toute humanité aux professionnels de la santé dans le système actuel. Par comparaison, dans une perspective de rétablissement, on a autant affaire à des questions de molécules qu'à des questions de relations humaines. Car, selon PACE, ce sont moins des situations biologi-

* MD, Ph.D., co-directeur du National Empowerment Center, Lawrence, Massachussets.

** Co-directrice du NEC.

M^{me} Lucie Dumais a traduit ces allocutions et adapté cet article.

Nous remercions les auteurs et l'AQRP d'avoir autorisé la reproduction de cet article originellement publié sous une forme modifiée dans le *Partenaire*, 9, 2, 2001.

ques que certaines situations sociales (d'exclusion) qui vont provoquer chez des personnes la détresse donnant lieu à la maladie mentale¹.

Je crois qu'il est possible pour tous de se rétablir complètement de la maladie mentale, de devenir à nouveau un membre à part entière de la société et de le faire plus d'une fois dans sa vie. Toutefois, le plus gros travail doit s'opérer sur la société elle-même. Car, le rétablissement n'est pas seulement sur le plan individuel, une nouvelle manière d'être ; c'est aussi sur le plan collectif, un événement « éminemment culturel ». Ce doit être une démarche partagée par tous et connue de tous.

La place de l'empowerment dans PACE

Selon PACE, le rétablissement passe par la reprise en main du contrôle sur sa vie et par la guérison émotive. C'est en ce sens que la démarche de PACE insiste fondamentalement sur l'*empowerment* et sur des traitements propres à redonner aux personnes la capacité de participer à la vie en société à tous les niveaux : social, scolaire, familial, professionnel. En outre, la démarche sous-tend que toute personne a droit à l'autodétermination tant dans ses choix de vie qu'aux moments de son hospitalisation, de sa thérapie, de la prise de médication. C'est aussi pourquoi la meilleure définition que je peux donner du rétablissement est celle d'une découverte de soi, d'un *nouveau départ*.

L'aspect le plus important de l'*empowerment*, c'est de pouvoir changer la définition de la maladie mentale. Car, tant que nous croyons que la maladie est un désordre permanent, nous serons piégés dans une position d'impuissance face à notre condition. Bien sûr, la seule chose qu'on nous dira, c'est de prendre nos médicaments pour stabiliser notre état. Mais ceux qui sont passés par là veulent davantage que se maintenir, ils veulent se rétablir complètement et redevenir membre à part entière de la société.

Je ne suis pas contre la médication, ni contre l'idée d'une description (ou explication) biologique de la maladie mentale. Mais je crois qu'on utilise beaucoup trop la médication et que, malheureusement, c'est la première chose vers laquelle les gens se tournent. Il y a d'autres méthodes de rétablissement. Par exemple, on peut développer ses propres stratégies de *coping*. Je recommanderais donc tant aux utilisateurs qu'aux dispensateurs de services, d'aider les gens à trouver leurs propres stratégies de *coping* et à se doter eux-mêmes d'un plan de gestion de crise.

Personnellement, après qu'on m'eut diagnostiqué schizophrène, j'ai été très chanceux. D'abord, ma famille n'a pas pensé que c'était la

fin de ma vie. Aussi, mes amis n'ont pas pensé que j'étais totalement fou ; ils savaient qu'il y avait toujours une petite part de sens dans ce que je disais ; et même si cela paraissait de l'extérieur, complètement insensé, il y avait, derrière, une part de sens très personnelle. À ma troisième hospitalisation, j'ai cru que mon cerveau avait été endommagé de façon permanente. Mais c'est mon psychiatre, cette fois, qui m'a dit que non, je pouvais me rétablir. Mon expérience me fait donc croire que le facteur le plus important dans mon rétablissement fut de rejeter le modèle biologique.

Finalement, j'ai changé de travail au lieu de travailler avec des molécules, j'ai décidé de travailler avec des gens en groupe. En outre, et je recommande à tous de le faire, je me suis tourné vers une approche holistique de la santé (exercices, méditation, bonne diète alimentaire), d'abord comme complément à ma médication puis pour y suppléer totalement. Présentement, je ne prends pas de médicaments.

Changer de modèle explicatif de la maladie mentale

Dans le système actuel, on fonctionne sur la base d'un modèle explicatif où prédominent les causes biologiques de la maladie. Ce n'est pas le cas du modèle PACE selon lequel il y a d'autres explications possibles des situations de détresse provoquant la maladie. PACE s'engage donc dans une démarche visant à démedicaliser (ou débiologiser) jusqu'à un certain degré la maladie mentale.

Pour illustrer les différences, mais surtout les impacts des modèles explicatifs sur les approches de traitement, je vais comparer deux modèles qui n'ont pas la prétention de correspondre parfaitement à la réalité.

D'un côté, le modèle biologique générerait de fausses croyances en postulant que la maladie mentale est associée à un ou à plusieurs gènes lesquels induisent de manière permanente, des déséquilibres chimiques au cerveau². Les impacts de ce modèle sur le plan tant thérapeutique que culturel sont les suivants. D'une part, insister sur la dimension biologique cautionne une approche de traitement essentiellement basée sur la médication et la stabilisation de la maladie et selon laquelle les gens resteront toujours des malades. En outre, cela vient interférer avec le rétablissement dans la mesure où les personnes ne sont pas poussées à utiliser leurs ressources propres pour se rétablir. Enfin, ce modèle entraîne une ségrégation implacable entre les personnes dites *malades* et celles dites *en santé* en nous faisant croire que les deux populations peuvent être distinguées clairement selon qu'elles sont porteuses ou non d'une tare génétique ou chimique. Les gens étiquetés ou diagnostiqués malades sont traités selon un modèle de « réadaptation pour personnes

malades mentales », alors que les gens dits *en santé* mais présentant des symptômes de stress important sont traités selon une approche holistique en vue de leur « guérison ». Cela revient aussi à dire que la thérapie holistique de la santé où l'on accorde de l'importance au soutien social et à la réappropriation de son social, n'est souhaitable que pour une seule partie de la population et pas pour tout le monde.

De l'autre côté, selon le modèle de rétablissement par la réappropriation du pouvoir qui est à la base de PACE, la maladie n'est pas associée explicitement à une origine biologique, car en tant qu'êtres complexes, les niveaux psychologique et culturel de notre existence — et de nos traumatismes — sont tout aussi importants que le niveau biologique. Ainsi, toute personne vit des épisodes de stress émotionnel qu'elle traverse avec plus ou moins de succès et en fonction des moyens et ressources qui lui sont disponibles (ces ressources étant le soutien social, la valorisation de ses compétences et de son rôle en société, l'espoir en l'avenir et s'il y a lieu, une médication et une hospitalisation temporaires appropriées). Ce qui est appelé « maladie mentale » s'explique fondamentalement par un déséquilibre émotionnel, un trouble émotionnel sévère, à la suite duquel la personne n'a pas réussi à préserver le contrôle sur sa vie, cette perte de contrôle aboutissant à un sentiment d'aliénation souvent associé à l'étiquette de « malade mental ». En conséquence, il n'y a pas de distinction de nature génétique entre les gens dits normaux et les gens dits malades ; il n'y a qu'une distinction de degré, de gravité dans leurs symptômes³. De même, puisque selon ce modèle la « maladie mentale » peut arriver à tout le monde, toute personne a aussi la capacité de surmonter les obstacles liés à la maladie et la capacité d'être — ou de redevenir — un acteur à part entière dans sa vie et non pas un simple spectateur.

Les schémas 1 et 2 illustrent chacun de ces deux modèles de traitement : d'un côté, le modèle « selon le principe de réadaptation » (Rehabilitation Model of Recovery for the Mentally Ill) et, de l'autre, le modèle du « rétablissement d'une maladie mentale selon le principe de l'actualisation du pouvoir d'agir » (Empowerment Model of Recovery from Mental Illness) qui est proposé dans PACE.

Le programme PACE dont nous faisons la promotion au NEC, est en quelque sorte une réponse à PACT, un programme qui se répand de plus en plus actuellement dans le système de santé mentale. Car, le PACT est basé sur un modèle médical de traitement et n'est pas sans lien avec le modèle biologique de la maladie mentale.

Schéma 1
Perspectives de rétablissement pour les personnes malades
et les personnes non malades
selon le modèle de réadaptation (médical)

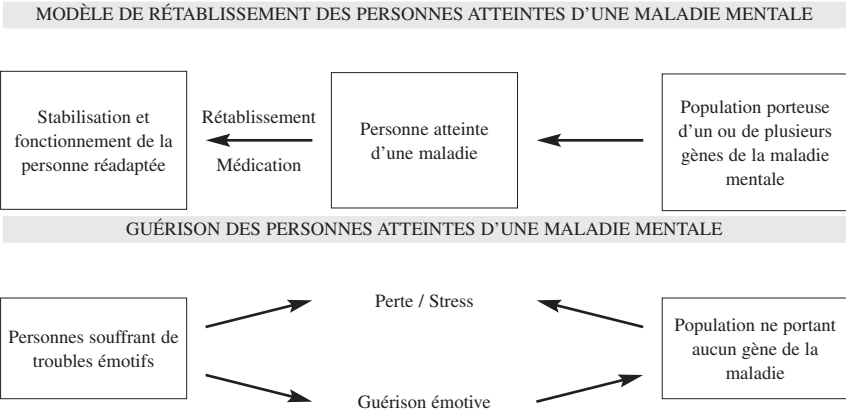
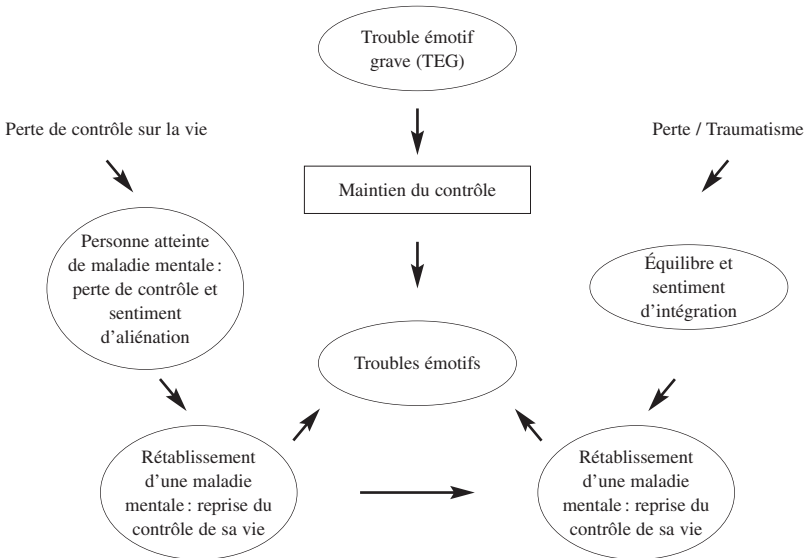


Schéma 2
Modèle de rétablissement d'une maladie mentale
selon le principe de l'actualisation du pouvoir (empowerment)

Exclus de la société Inclus dans la société



Changer la nature des rapports professionnels avec les patients

Bien que PACT soit parti d'une bonne intention, celle de sortir les gens de l'hôpital, il demeure lié au système médical et à sa vision, il demeure un programme institutionnel. Or, il faut désinstitutionnaliser la pensée, pas seulement les lieux. Il faut libérer les gens des idées selon lesquelles il y a les patients d'un côté et les professionnels de l'autre ; il faut les libérer de la relation patient-professionnel. Vu sous cet angle, le PACT n'a fait que véhiculer le modèle biologique de l'institution vers la communauté. Les liens établis entre les personnes recevant de l'aide et les aidants ou les professionnels y sont demeurés coercitifs, paternalistes et infantilisants, ce qui a entretenu une dépendance permanente envers le système de santé et la médication. Ce type de rapports n'est pas propice au rétablissement, ce qui expliquerait en partie les insuccès du programme PACT.

Plusieurs personnes me demandent de quoi a l'air le programme PACE, car, de l'extérieur, il peut ressembler à PACT. Ce qui est différent, ce sont justement les liens établis entre les personnes recevant l'aide et les aidants, les professionnels. Cela ferait déjà une différence si, dans une unité de crise, un hôpital ou un autre environnement, les professionnels entretenaient une attitude évoquant à la personne que « ta situation est temporaire, et je vais te donner des outils pour que tu puisses toi-même t'en sortir et te réapproprier ta vie ». Malheureusement, les professionnels et médecins qui travaillent dans le système de santé actuel ont du mal à imaginer que quelqu'un veuille ou puisse en sortir, surtout si c'est à court terme, cela leur demande une dose d'humilité⁴. Or, ils doivent comprendre qu'ils ne fournissent qu'une partie infime de l'aide, que l'aide devrait surtout provenir de l'extérieur du système.

J'aimerais donc invoquer un changement dans la manière de penser des professionnels et, surtout, dans les liens et attitudes qu'ils établissent avec les personnes qui reçoivent leur aide. Par exemple, PACE souligne que l'aide venant de l'entourage immédiat et de la communauté est aussi importante, sinon plus, que celle des professionnels. D'où l'évocation directe d'un « accompagnement personnalisé à la vie en communauté » plutôt que d'un programme de traitement insistant essentiellement sur l'importance des professionnels de la médecine ou des institutions de la santé. PACE nous apparaît ainsi plus clairement comme étant une solution de rechange au PACT.

De façon ultime, on devrait maintenir tous les liens existant entre les personnes en état de détresse et les membres de la communauté. PACE exige donc du soutien social (famille, amis), des efforts pour maintenir les personnes en lien avec le monde du travail, avec l'école, la

famille — à moins que ces environnements ne soient eux-mêmes « toxiques », au cœur du problème, et qu'il faille les en libérer. L'assistance par les pairs et le self-help sont des facteurs clés dans le rétablissement et ils ne devraient pas être ajoutés qu'en fin de traitement, qu'en fin de parcours. Dans PACE, l'accent est vraiment mis sur le cheminement de la personne vers son indépendance, sur une démarche l'aidant à trouver des appuis auprès des ressources au sein de la communauté mais en dehors du système. Certes, la question du comment créer des liens entre les personnes et les ressources à l'extérieur est cruciale. Mais les exemples que nous présentent des organismes gérés par les usagers au sein desquels ce sont les gens eux-mêmes qui décident de ce qu'ils vont faire ensemble — aller au cinéma, observer les baleines, voir un spectacle — donnent déjà quelques indications.

Les principes fondamentaux de l'approche PACE

Je vais passer en revue les principes sous-jacents à la philosophie de PACE. Je dois dire d'entrée de jeu que je ne devrais pas utiliser le terme *programme* parce qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas de lieu ou de programme déterminé. Je parlerai donc plutôt de la *manière d'aborder* les problèmes reliés à la maladie mentale. Ensuite, je veux rappeler que ces principes ont été dégagés à partir de la recherche par entrevues que nous avons faites au NEC et qu'ils constituent l'ensemble des nouvelles croyances et attitudes que nous cherchons à insuffler tant chez les personnes et leur entourage que chez les professionnels. En voici la liste, avec certaines explicitations :

- Le principe de base, c'est le rétablissement. Les personnes se rétablissent complètement, même des formes les plus graves de maladie mentale. Le rétablissement, c'est non seulement réussir à surmonter les difficultés émotionnelles, mais aussi retrouver sa place en société, son rôle. *A contrario*, apposer l'étiquette de maladie mentale à des troubles émotifs graves vient entraver le rôle actif que peut exercer une personne en société et par conséquent, sa propre capacité à se rétablir.
- Un autre principe important c'est d'y croire sinon le rétablissement est impossible. La personne et son entourage doivent croire qu'elle se rétablira. Les personnes qui croient en vous vous aident à vous rétablir. Cet aspect a été très important pour moi, et la plupart des gens que nous avons interviewés ont cru en leur rétablissement même après une seconde apparition de leurs problèmes. Par ailleurs, ils savaient qu'ils devaient prendre eux-mêmes des mesures, des stratégies de *coping*, en même temps qu'il était

important d'avoir des amis autour de soi à qui en parler, à qui pouvoir téléphoner.

- La personne est en mesure de rester en contact avec ses émotions et cherche à soutenir de tels liens spécialement durant les périodes où elle éprouve des troubles émotifs graves — contrairement à ce que l'on tend à enseigner en psychiatrie. En outre, se sentir bien sur le plan émotif dans ses rapports avec autrui est essentiel à l'expression de ses sentiments. Par conséquent, viser à comprendre le sens que la personne entretient avec la vie et dans ses rapports humains — même durant des épisodes graves — est une voie plus propice au rétablissement que la distanciation d'avec la personne et la prescription ou coercition à des traitements. Si, en tant que dispensateurs de services, vous trouvez une façon d'entrer en contact — même non verbalement — avec cette personne, vous obtiendrez des résultats bien meilleurs que si vous lui donnez des médicaments, l'isolez ou lui dites quoi faire.
- La confiance (en soi-même et les autres) est la pierre angulaire du rétablissement. Par conséquent, la meilleure façon d'aider une personne, c'est de développer avec elle une relation de confiance par le respect et la transparence. Au contraire, l'application coercitive d'un traitement sur quelqu'un mène plutôt à un échec, qu'il se fasse à l'intérieur d'un établissement ou par le maintien d'un contrôle sur une personne à l'extérieur parce que cela constitue en fait une rupture du lien de confiance. Beaucoup d'utilisateurs de services et de survivors se fâchent quand on les traite de manière coercitive. Certes, il est difficile de recréer des relations de confiance ou de former les dispensateurs de services à ce genre de soutien, mais il faut y tendre. Par exemple, le dialogue avec les personnes donne cette possibilité. Je conviens que dans certains cas, c'est très risqué parce que vous avez peur que la personne se suicide et que vous devez réagir rapidement. Mais les dispensateurs de services ont tendance à recourir à la coercition parce que c'est plus facile de gérer la situation comme ça surtout quand ils ont peu de temps. Je comprends, car cela m'arrive dans ma propre pratique où je n'ai parfois pas plus que quinze minutes à consacrer à une personne. Mais dans ce cas, j'essaie le plus possible de travailler en équipe avec elle et avec des tiers — que je peux appeler ou qu'elle peut appeler pour demander de l'aide. Je sais par ma propre expérience que l'honnêteté est cruciale pour établir la confiance. Dans des cas de crise, où la personne menace de se suicider, je lui explique qu'elle m'oblige d'une certaine

façon à faire appel à des mesures sévères. Par conséquent, même à ce moment-là, il n'y a pas de secrets ; nous continuons à former une équipe et le lien de confiance demeure. Ne pas avoir de secrets l'un pour l'autre et travailler ensemble sont des facteurs importants dans le rétablissement. À l'inverse le contrôle et la coercition sont les conséquences d'un manque de confiance et nuisent au rétablissement.

- L'autodétermination est essentielle au rétablissement comme le droit à la dignité en tant qu'être humain et le respect de la part d'autrui. Ainsi, les personnes doivent avoir la chance de poursuivre leurs propres rêves plutôt que d'être obligés de suivre les rêves (ou les prescriptions) des autres. Toutes les connaissances acquises sur l'importance des relations humaines s'appliquent aussi aux personnes qui portent l'étiquette de la maladie mentale.

Comment implanter PACE : quelques suggestions stratégiques

Il n'y a pas qu'une seule façon d'implanter PACE. Tout dépend du lieu de votre pratique, de votre culture, de votre position hiérarchique dans l'établissement — si vous êtes un intervenant ou un travailleur en réadaptation, un psychologue ou un médecin. Certes, c'est au quotidien et par l'entremise des interventions de première ligne — les plus proches de la réalité courante et des situations d'échec des programmes actuels — que des appuis supplémentaires à PACE peuvent plus sûrement surgir, que ce soit en faveur de l'insertion en emploi ou de programmes de logement, par exemple. Mais au bout du compte, les changements doivent s'effectuer chez les utilisateurs mêmes des services, qui sont les premiers à vouloir que les choses changent.

Pour être mené à terme un changement d'approche vers PACE doit se faire graduellement. Car y aller des changements immédiats comme implanter un programme PACE en marge du système de santé actuel reviendrait à courir le risque de déranger et de subir l'ostracisme ou les sarcasmes des professionnels du système (comme c'est le cas actuellement pour les groupes d'entraide ou les organismes gérés par les usagers). Par ailleurs, ce serait courir le risque de voir des personnes déjà vulnérables entrer dans un processus d'aller-retour entre deux approches d'intervention qui au lieu de se compléter, véhiculent des idées et traitements contraires. Un tel processus les rendrait fous !

Mais il est très difficile pour vous, les gens qui travaillent dans les systèmes de santé d'imaginer le vrai sens du thème « aller au-delà du système », de penser que les personnes que vous aidez n'auront plus besoin de vous dans un avenir rapproché ; de penser qu'elles trouveront

d'autres personnes que vous, des amis, pairs, parents, pour les aider — et mieux que vous ne le pourrez. Il vous est très difficile de penser que le traitement médical n'est qu'une infime partie de l'aide nécessaire au rétablissement alors que le travail et le logement autonome sont des dimensions essentielles. Aujourd'hui, les gens qui vont dans les hôpitaux sont encore perçus comme des patients. Puis, on leur dit : « Maintenant, allez dans un centre d'entraide et commencez à vous aider vous-mêmes », comme si le vrai travail se faisait en clinique. Moi, je pense que le vrai travail se fait dans la socialisation et qu'il faut donc bâtir une équipe dès le départ, une équipe formée de dispensateurs de services et d'utilisateurs de services qui serait le noyau du rétablissement et qui permettrait de ne plus avoir besoin du système à long terme.

Donc, le NEC a finalement décidé de tenir des conférences locales ou régionales de deux jours afin de puiser à même un cercle d'influence de personnes concernées, utilisateurs ou dispensateurs de services, au nombre de 50 ou 60. La première journée sert à sensibiliser, à conscientiser ces personnes de sorte à les pousser à réfléchir sur des manières d'aller au delà du système dans lequel elles fonctionnent. Il s'agit aussi de leur permettre de créer des accords sur les principes mêmes de PACE et de leur faciliter par la suite le travail d'équipe et de réflexion commune. La seconde est consacrée à la planification où l'on tente de trouver réponse à diverses questions : dans quelle partie du système de santé doit-on apporter des changements ? Et qui pourrait le mieux coordonner ces changements ?

Je voudrais terminer en laissant les gens poser des questions sur le sujet. Par exemple, comment appliquer dès maintenant certains principes dans leur communauté ? Comment faire pour changer le système ?

Notes

1. M. Fisher veut ici se dissocier de la perspective antipsychiatrique de T. Szasz, notamment.
2. En dépit d'un siècle de recherche, aucun gène n'aurait jamais été identifié aux problèmes mentaux et aucune preuve scientifique ne démontre que la maladie mentale est causée fondamentalement par un déséquilibre chimique spécifique ou par une différence génétique (Ahern et Fisher, 1999a).
3. À l'appui de ce modèle, des chercheurs ont montré que beaucoup de gens qu'on pourrait qualifier d'« entendeurs de voix » (voice hearers) n'ont jamais été étiquetés comme malades. De même, d'autres gens que l'on pourrait considérer comme étant guéris de la schizophrénie continuent

d'entendre des voix ; cependant qu'ils se perçoivent suffisamment forts pour nier le pouvoir de ces voix et développer des stratégies de coping (Romme et Escher, 1993 ; Ahern et Fisher, 1999b)

Références

- AHERN, L., FISHER, D., 1999a, *PACE : Alternative to PACT*, National Empowerment Center, Lawrence, MA.
- AHERN, L., FISHER, D., 1999b, People can and do recover from mental illness, *NEC Newsletter*.
- HARRISON, J., 1999, The Neuropathology of Schizophrenia, *Brain*, 12, 593-624.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979, *Schizophrenia, An International Follow-up Study*, Chichester, John Wiley and Sons.

ABSTRACT

PACE : an approach that goes beyond empowerment

This article summarizes two conferences held during the 10th Symposium of l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP) in November 2000. The first author Fisher, introduces himself as someone having had the chance to completely recover from schizophrenia. He refers to several episodes of his personal experience as well as results of interviews conducted at the National Empowerment Center (NEC) with people who have recovered from severe mental illness. The second author Ahern, is the co-director of NEC with Fisher and co-author of studies on recovery. They present here the specific characteristics of PACE (Personal Assistance in Community Existence) an approach they have developed. PACE favors a community integration with a more personalized intervention.

RESUMEN

PACE: una aproximación más allá del empoderamiento

El artículo resume las palabras de dos alocuciones pronunciadas durante el décimo Coloquio de la Asociación québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP) en noviembre 2000. El primero autor, Fisher, se presenta como una persona con la suerte de haberse restablecido de la esquizofrenia. Cita varios ejemplos de su experiencia personal y se apoya en resultados de entrevistas conducidas en el National Empowerment Center (NEC) con personas restablecidas de una enfermedad grave. El segundo autor Ahern co-dirige el NEC con Fisher

y es co-autor de trabajos sobre el restablecimiento. Presentan la aproximación PACE (Personal Assistance in Community Existence) que han desarrollado. PACE favorece una integración a la comunidad con una intervención privilegiada más personalizada.

RESUMO

PACE: uma abordagem que vai além da autonomização

Este artigo resume dois discursos pronunciados durante o X Colóquio da Associação Quebequense de Readaptação Psicossocial (*Association québécoise de réadaptation psychosociale — AQRP*) em novembro de 2000. O primeiro autor, Fisher, se apresenta como uma pessoa que teve a chance de se recuperar completamente da esquizofrenia. Ele conta vários episódios de sua experiência pessoal e apóia-se nos resultados de entrevistas feitas pelo Centro Nacional de Autonomização (*National Empowerment Center — NEC*) com pessoas que se recuperaram de uma doença mental grave. O segundo autor, Ahern, é diretor do NEC ao lado de Fisher e co-autor de trabalhos que tratam da recuperação. Eles apresentam aqui as principais características da abordagem PACE (*Personal Assistance in Community Existence*) que eles desenvolveram. A abordagem PACE propõe uma integração à comunidade privilegiando uma intervenção mais personalizada.