

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

MARIANNE RONDEAU-TREMBLAY

SENS DANS LA VIE ET ENGAGEMENT DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE  
GRAVE DE SANTÉ MENTALE DANS LEUR PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT

JUILLET 2022

## Remerciements

Je souhaite remercier le suivi intensif dans la communauté (SICOM) du CISSS de la Montérégie-Centre de m'avoir accueillie avant autant d'ouverture. Merci à Édouard Beaulieu de m'avoir donné ma chance de réaliser mon projet. Malgré ses incertitudes, il a su de façon bienveillante me laisser me tromper, m'ajuster, apprendre et recommencer. Merci énormément pour sa flexibilité, son désir de transférer ses connaissances, ses encouragements et l'énorme confiance qu'il m'a offerts au cours du projet.

Merci à mes collègues de la maîtrise en travail social qui ont su me supporter à travers ce parcours rempli d'émotions, de solitude, de coopération, de défis, de désespoir, et d'espoir. Nous pouvons être fières de ce que nous avons accompli, et surtout dans le contexte dans lequel nous l'avons accomplie.

J'aimerais remercier mes directrices de stage. Audrey-Anne Dumais Michaud qui a alimenté et enrichi ma personnalité critique sur la société, sans jamais tenter de l'éteindre. Josée Grenier, qui m'a offert ma chance de poursuivre mes études à la maîtrise. Elle a su montrer de l'écoute comme jamais lors de ma formation pratique. N'oubliez jamais mes chères femmes fortes et ambitieuses que vous avez le pouvoir de transmettre vos connaissances à des étudiantes qui ont soif d'apprendre.

Finalement, je remercie ma famille d'avoir été présent durant l'ensemble de mon parcours scolaire. Sans eux, je n'aurais jamais pu me rendre aussi loin. Elle m'a encouragée dans mes forces et ne m'a jamais rabaisée dans mes difficultés. Elle m'a poussée à persévérer et faire mieux. Elle m'a incitée à me valoriser dans ce que je suis bonne et ne pas me décourager dans ce que j'ai plus de difficultés. Je remercie ma chaise d'ordinateur, Odette, de m'avoir supportée pendant ses nombreuses heures de rédaction.

## Sommaire

**Contexte théorique :** Le projet de stage s'intéresse au désengagement occupationnel des personnes ayant un trouble grave de santé mentale (TGSM) et aux problèmes qu'il engendre sur la participation de la personne au sein de la société. Ce qui a été observé est que l'inactivité freine le processus de rétablissement.

**Objectif du projet :** Le but de ce projet est d'optimiser la participation à des occupations significatives pour la personne, en alliant les concepts de rétablissement personnel, de sens dans sa vie et d'engagement occupationnel. À notre connaissance, aucune pratique ne propose d'allier ces trois concepts. L'expérimentation visait à proposer et analyser le Rétablissement par l'engagement significatif (RES), qui offre une méthode d'accompagnement pour soutenir la participation des personnes vivant avec un TGSM à des occupations qui produisent un sens dans leur vie.

**Résultats :** L'expérimentation du RES au sein du programme de suivi intensif dans le milieu a été confrontée à des difficultés d'engagement des usagers dans la relation d'aide, lors de l'utilisation de pratiques formelles (p. ex. : planification, questions formelles). À l'inverse, les pratiques informelles (suivi informel, pratique flexible, intervention dirigée par l'utilisateur) ont été mieux tolérées par les participants. Ces découvertes de l'expérimentation n'ont pas permis d'évaluer le RES. Toutefois, elles ont mis de l'avant une attitude d'engagement différente dans la relation d'aide devant des pratiques formelles comparativement à des pratiques informelles.

**Discussion :** La discussion propose d'adapter la structure de l'intervention initiale du RES sous une forme informelle, en laissant l'utilisateur diriger l'intervention et en restant flexible, sans réelle planification. Il est probable qu'une structure d'intervention informelle corresponde davantage à la forme d'aide dont ont besoin les personnes qui vivent un TGSM et accompagnées dans leur milieu de vie. Cette structure permettrait de réduire les attitudes de désengagement de cette population. Par le fait même, elle améliorerait l'accès aux services à cette population vivant en situation de grande vulnérabilité.

### **Amende honorable**

On souhaite porter à l'attention du lecteur que l'auteure prône des valeurs d'inclusion sociale, d'accessibilité universelle à la science, de vulgarisation de la science, et d'universalisation de l'éducation. Afin de rester intègre à ces valeurs, l'écriture inclusive a été volontairement exclue dans le choix de la rédaction. L'écriture inclusive alourdit le texte, complexifie la compréhension, camoufle les propos et rend la lecture difficile. Ces enjeux ont des impacts sur l'accessibilité à la lecture de certaines personnes, dont celles ayant des troubles dyslexiques, apraxiques, et déficitaires de l'attention. Ainsi, ce choix vise à éviter d'exclure ou de discriminer ces populations. Le féminin sera utilisé afin de désigner les intervenantes sociales, tous titres confondus, étant en plus grandes proportions au sein du personnel des services sociaux. Le féminin désigne autant les hommes, les femmes et toute autre identité à laquelle la personne s'identifie. Dans le même ordre d'idées, le terme usager réfère aux personnes qui sont usagères des services sociaux en santé mentale. Le terme est utilisé afin d'éviter d'alourdir le texte. Toutefois, l'auteure reconnaît la personne derrière l'utilisateur. Elle reconnaît que la personne usagère adopte de multiples rôles. Elle peut être parent, enfant, travailleuse, citoyenne, amie, collègue, etc.

## TABLE DES MATIÈRES

Remerciements .....	ii
Sommaire .....	iii
Amende honorable .....	iv
Liste des tableaux .....	ix
Liste des figures.....	x
INTRODUCTION.....	1
PROBLÉMATIQUE DU DÉSENGAGEMENT .....	3
Distinguer le désengagement des services, du désengagement dans son rétablissement.....	3
Désengagement des services comme perspective à éviter.....	3
Désengagement dans son rétablissement comme cible d’action .....	3
Qu’est-ce qui cause le désengagement dans son rétablissement ? .....	4
SE RÉTABLIR PAR L’ENGAGEMENT DANS DES OCCUPATIONS ALIMENTANT LE SENS DANS SA VIE .....	6
La puissance du sens dans sa vie au sein du rétablissement.....	6
Le sens dans sa vie comme levier d’intervention.....	9
Faire évoluer le rétablissement en s’engageant dans des occupations significatives .....	12
Continuum de l’engagement.....	13
Modèle de référence : L’Action contre l’inertie.....	15
RÉTABLISSEMENT PAR L’ENGAGEMENT SIGNIFICATIF.....	16
Fondements du Rétablissement par l’engagement significatif.....	17
Actions d’intervention du Rétablissement par l’engagement significatif .....	17
Déroulement du Rétablissement par l’engagement significatif.....	20
MÉTHODOLOGIE D’EXPÉRIMENTATION DU RES.....	22
Suivi intensif dans le milieu : milieu de déploiement du RES .....	22
Participants .....	22
Collecte d’informations .....	23
Déroulement du déploiement du RES .....	23
DÉCOUVERTES .....	25
Aperçu de la planification du RES .....	25
Expérimentation du RES .....	26
Phase d’intégration.....	26
Désinvestissement présumé.....	26

Structure d'intervention informelle .....	26
Phase de planification .....	27
Désinvestissement présumé.....	27
Structure d'intervention informelle .....	27
Flexibilité dans la pratique .....	28
Intervention dirigée par l'utilisateur - implication.....	28
Ambivalence de la stagiaire .....	29
DISCUSSION .....	31
Reconcevoir la structure d'intervention établie.....	33
Innovations dans la structure d'intervention .....	39
Suivi informel ou suivi formel.....	40
L'ineffable suivi informel .....	41
Caractéristiques du suivi informel– Paramètre de la structure d'intervention informelle ..	41
Intimité et proximité élevées .....	42
Quotidienneté.....	43
Convivialité .....	43
Convivialité et risques d'ambiguïté. ....	45
Authenticité et spontanéité .....	46
Réciprocité.....	47
Ressemblance avec l'alliance thérapeutique .....	48
Compléments d'informations sur le suivi informel.....	49
Effets amplifiés du suivi informel .....	50
Effets sur l'identité de la personne et rétablissement personnel.....	50
Recherche sur la pratique des intervenantes dans la communauté.....	52
Question déontologique.....	52
Pratique flexible ou planification.....	58
Plan d'intervention – paramètre de la structure d'intervention formelle .....	58
Plan d'intervention incrustée dans la pratique.....	59
Pratiques basées sur les données probantes et standardisation.....	61
Incohérences du plan d'intervention .....	64
Se projeter dans l'avenir, mais piégé dans le présent.....	65
Planifier quand on ne se connaît pas .....	65
Planifier l'imprévisible .....	66

Patient ou citoyen ordinaire .....	66
Identifier des objectifs non significatifs .....	67
Pratique flexible – paramètre de la structure d’intervention informelle .....	68
Besoins ponctuels .....	69
Incertitude .....	70
Flexibilité .....	70
Expérience partagée .....	71
Intervention significative et rétablissement personnel .....	71
Dirigée par l’usager ou implication formelle .....	74
Paternalisme .....	74
Modèles d’implication des usagers .....	75
Prise de décision partagée .....	75
Centré sur la personne .....	76
Participation .....	76
Rétablissement .....	76
Prédominance de la relation traditionnelle dyadique – Paramètre de la structure d’intervention formelle .....	77
Évaluer les effets sur l’engagement aux services .....	78
Thématiques centrées sur le problème .....	80
Modèles d’implication pour les consultations médicales .....	81
Dirigée par l’usager (implication) – Paramètre de la structure d’intervention informelle ..	85
S’opérationnalise autrement – mécanisme continu d’implication .....	85
Transfert du pilotage de l’intervention à l’usager .....	86
Dialogue .....	86
Co-construction de la connaissance .....	86
Pouvoir d’agir et rétablissement personnel .....	87
Structure d’intervention informelle en résumé .....	90
Stratégies d’engagement .....	94
Stratégies liées à l’implication des usagers .....	94
Stratégies liées à la pratique flexible .....	95
Stratégies liées au suivi informel .....	95
Conclusion sur les stratégies d’engagement .....	96
Importance de la relation usager-intervenante .....	97

CONCLUSIONS.....	99
Implications pour le modèle du RES.....	100
Implications pour la recherche de l'intervention.....	101
Limites.....	103
Conclusion personnelle.....	104
RÉFÉRENCES.....	105
Appendice A.....	113
Appendice B.....	138
Appendice C.....	142

## Liste des tableaux

Tableau 1. Les catégories des processus du rétablissement .....	9
Tableau 2. Thématiques et actions du Rétablissement par l'engagement significatif .....	19
Tableau 3. Distribution des usagers selon le critère d'exclusion .....	23

## Liste des figures

Figure 1. Modèle de représentation des composantes du sens dans la vie.....	9
Figure 2. Les composantes de l'engagement occupationnel selon Eklund (2016, p.9) .....	12
Figure 3. Les fondements du Rétablissement par l'engagement significatif. ....	16
Figure 4. Phases de déploiement du RES.....	24
Figure 5. Processus de reconceptualisation de la structure d'intervention .....	33
Figure 6. Suivi informel - Caractéristiques des paramètres de la structure d'intervention informelle .....	57
Figure 7. Pratique flexible - Caractéristiques des paramètres de la structure d'intervention informelle .....	73
Figure 8. Dirigée par l'utilisateur - Caractéristiques des paramètres de la structure d'intervention informelle .....	89
Figure 9. Caractéristiques des paramètres de la structure d'intervention informelle.....	90
Figure 10. Processus de reconceptualisation des mesures formelles de suivi.....	91
Figure 11. Processus de reconceptualisation des pratiques de planification.....	92
Figure 12. Processus de reconceptualisation de l'implication des usagers .....	93

## INTRODUCTION

La désinstitutionnalisation des années soixante des personnes vivant un trouble grave de santé mentale (TGSM)<sup>1</sup> a conduit à plusieurs changements au sein des services de santé mentale au Québec (Dorvil et al., 1997). Malgré les défis engendrés par le TGSM, la désinstitutionnalisation s'appuie sur le principe que la personne vivant avec un TGSM peut retrouver une vie citoyenne, l'espoir (Dorvil et al., 1997). La désinstitutionnalisation sous-tendait deux objectifs principaux : la diminution de l'hospitalisation psychiatrique systématique dès l'établissement d'un diagnostic, et le transfert des services de santé mentale dans la communauté (Dorvil et Guttman, 1997). Les défenseurs du mouvement de soutien dans la communauté supposaient que le déplacement des services en santé mentale dans la communauté permettrait, d'office, de s'approcher d'un accompagnement des personnes vers une vie active dans la société (Davidson et al., 2009).

Des services ont été développés afin de soutenir le maintien dans la communauté des personnes vivant avec un TGSM (Dorvil et Guttman, 1997). Le suivi intensif dans le milieu (SIM) s'inscrit dans ce type de service (Latimer, 2000; Latimer et al., 2004). Le SIM vise non seulement le maintien, mais également l'émancipation des usagers dans la communauté (Latimer, 2000; Latimer et al., 2004).

Malgré la mise en place de ces services, la littérature fait état d'un profil d'occupation particulièrement passif chez les personnes vivant avec un TGSM (Eklund et al., 2009; Krupa et al., 2003; Yanos et Robilotta, 2011). Malgré ces constats, peu d'interventions sont développées afin de diminuer l'inactivité (Eklund et al., 2009; Nordaunet et Sælør, 2018; Slade, 2010). Également, Davidson et al., 2009 dénoncent les difficultés des services en santé mentale à implanter les pratiques d'intervention soutenant l'engagement dans des rôles valorisés.

Il semble donc nécessaire de repenser l'intervention auprès des personnes vivant un TGSM accompagnées dans leur milieu de vie afin de permettre aux personnes de s'épanouir dans les rôles

---

<sup>1</sup> Mantoura (2014) décrit les TGSM comme engendrant des symptômes sévères, où l'intensité permet d'établir un diagnostic selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Aussi, les TGSM se qualifient par une souffrance mentale (psychologique, émotionnelle, sociale) et s'associent à une altération du fonctionnement quotidien (Mantoura, 2014).

qu'elles valorisent. En partant de l'hypothèse que les professionnelles sont fortement influencées par une approche dominante médicale (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015), on croit qu'elles adoptent une analyse biaisée, par une perspective médicale, de la situation des personnes ayant un TGSM qui les éloigne d'une intervention ciblant un enrichissement occupationnel. Selon ce biais, l'attention de l'intervention cible le traitement des symptômes du TGSM. On suppose qu'un changement est possible en déplaçant le centre d'intérêt de l'intervention vers une intervention soutenant l'engagement dans des occupations ayant du sens pour la personne. Ainsi, l'intervention psychosociale s'intéresserait davantage aux forces, aux intérêts, et aux valeurs de la personne. Ceci permettrait de canaliser les ressources d'aide sur le développement d'un sens dans la vie des personnes, et ainsi, de croire au rétablissement.

Cet essai a pour but de proposer, de décrire et d'analyser une méthode d'intervention inédite permettant d'accompagner le processus de rétablissement personnel des personnes ayant un trouble grave de santé mentale dans un programme de suivi intensif dans le milieu (SIM) en ciblant l'engagement significatif. La méthode inédite proposée dans cet essai porte le nom de Rétablissement par l'engagement significatif (RES).

D'abord, cet essai contextualise la problématique à laquelle s'attaque le RES quant au désengagement des personnes ayant un TGSM dans leur processus de rétablissement. La définition du désengagement exige de distinguer le *désengagement dans son rétablissement*, du *désengagement des services en santé mentale*. Ensuite, les assises théoriques sur lesquelles repose le RES sont brièvement introduites, à savoir le rétablissement personnel, le sens dans sa vie et l'engagement occupationnel. Subséquemment, sur la base de ces trois concepts, la méthode d'intervention du RES est décrite. Elle est suivie par les modalités du déploiement de la pratique présentant le milieu de déploiement (le SIM), les critères d'exclusion, les formes de récolte d'informations, et le déroulement du déploiement du RES. Après, les découvertes, qui se sont dégagées de la pratique, sont résumées. La discussion vise à analyser comment la proposition initiale de la méthode du RES peut s'adapter pour mieux correspondre à la forme d'aide, dont ont besoin les personnes vivant avec un TGSM et accompagnées dans leur milieu de vie.

## PROBLÉMATIQUE DU DÉSENGAGEMENT

### **Distinguer le désengagement des services, du désengagement dans son rétablissement**

#### **Désengagement des services comme perspective à éviter**

Lorsqu'il est question d'engagement des personnes ayant un TGSM dans le domaine de la psychiatrie, le concept est souvent associé à l'adhésion au traitement médical ou à l'obéissance de l'utilisateur aux consignes des intervenantes (Gandy-Guedes et al., 2017; Morandi et Bonsack, 2011). Cette perspective décrit l'engagement des personnes ayant un TGSM aux services et soins, plutôt qu'en termes d'engagement dans leur propre processus de rétablissement. Bright, Kayes, Worrall, et McPherson (2015) proposent une définition de l'engagement selon cette perspective : « l'engagement est un processus et un état coconstruits. Il intègre un processus de mise en relation progressive les uns avec les autres et/ou avec un programme thérapeutique, qui permet à l'individu de devenir un collaborateur actif, engagé et investi dans les soins de santé [traduction libre] » (p. 650). Les écrits se consacrant à l'engagement dans les services se concentrent sur des problématiques comme le manque d'adhésion à la médication (Gandy-Guedes et al., 2017; Morandi et Bonsack, 2011), le manque de reconnaissance de la présence de la maladie (Morandi et Bonsack, 2011; O'Brien et al., 2009) et les refus de traitement en raison du déni des troubles par l'utilisateur (Gandy-Guedes et al., 2017). Cette littérature tend à responsabiliser l'utilisateur pour le manque d'engagement et à prioriser le traitement des symptômes psychiatriques. C'est pour cette raison que cette perspective n'est pas celle à laquelle on s'intéresse, et l'on aspire d'ailleurs à s'en éloigner.

#### **Désengagement dans son rétablissement comme cible d'action**

Un second pan de recherche, particulièrement en ergothérapie, s'intéresse au désengagement axé sur la faible participation à des occupations actives (Eklund et al., 2009; Krupa et al., 2003; Sutton et al., 2012; Yanos et Robilotta, 2011). Les *occupations actives* désignent, en fait, n'importe quelle forme de tâche qui implique l'investissement de la personne et ne sont pas

systematiquement des activités sportives (Iwasaki et al., 2010). À l'inverse, les *occupations passives* sont constituées de tâches qui ne nécessitent pas de participation de la personne, telles que regarder la télévision, se reposer, dormir, etc. (Iwasaki et al., 2010).

Une étude a comparé les profils d'activités entre des personnes ayant un TGSM dans un SIM, à celui de la population générale (Krupa et al., 2003). Quatre heures de plus par jour en moyenne étaient consacrées à des occupations passives par les personnes ayant un TGSM, totalisant 14,5 heures par jour consacrées à ce type d'occupations (60 % de la journée) (Krupa et al., 2003). Les personnes décrivent qu'elles vivent une perte d'orientation, d'identité, de sens dans leur vie, ainsi qu'un sentiment d'être pris au piège dans cet état. Selon Sutton et al. (2012), la personne, dans cet état, est dans un stade de désengagement. Elle est figée dans le moment présent (Sutton et al., 2012). Les chercheurs décrivent le temps comme étant « statique », et le « présent [est] sans fin sans progression du passé vers le futur [traduction libre] » (p. 146). Cette inactivité aurait des impacts négatifs sur le rétablissement des personnes ayant un TGSM (Eklund et Leufstadius, 2007; Leufstadius et al., 2006).

### ***Qu'est-ce qui cause le désengagement dans son rétablissement ?***

La littérature identifie différentes causes au désengagement chez les personnes ayant un TGSM. Les personnes associent leur désengagement à des facteurs liés à leur état mental (Eklund et al., 2020; Eklund et al., 2009; Rees et al., 2021; Yanos et Robilotta, 2011). Elles définissent que l'apparition de la maladie a perturbé le maintien d'une routine de vie (Eklund et al., 2009). Les aspects comme la chronicité des symptômes, les effets secondaires de la médication (fatigue, léthargie, etc.), ou les atteintes cognitives sont rapportés comme des facteurs qui influencent leur participation à des occupations (Eklund et al., 2020; Eklund et al., 2009; Rees et al., 2021).

La stigmatisation serait une seconde cause du désengagement (Corrigan et al., 2009). À l'inverse, les personnes ayant un TGSM peuvent être incapables de se conformer aux conventions sociales et donc de répondre aux normes de la société (p. ex., éviter de parler seul en public) (Sutton et al., 2012). L'isolement est rapporté comme étant plus important lorsque les personnes se jugent incapables à répondre à ces attentes (Sutton et al., 2012). Ceci peut s'expliquer par le phénomène

d'autostigmatisation qui naît à travers les construits sociaux entretenus par la société, de ce qu'est une personne ayant un TGSM (Corrigan et al., 2009).

\*\*\*

En somme, s'éloigner de la perspective du désengagement dans les services permet de se libérer d'un acharnement sur des interventions, qui contrevient au pouvoir d'agir que les intervenantes aspirent à restituer, par une approche du rétablissement personnel. L'objectif du rétablissement est de soutenir le processus singulier, unique et personnel, de la personne par, pour et selon cette dernière (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015; Slade et al., 2014). Selon Khoury et Rodriguez del Barrio (2015), ce n'est pas à la personne à s'adapter aux services, mais aux services à s'adapter à elle (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015; Slade et al., 2014). S'intéresser davantage au désengagement dans son rétablissement personnel permet de soulever les enjeux relevant de la participation de la personne au sein de la société. Ceci est pertinent pour l'intervention, afin d'augmenter les opportunités permettant à la personne de s'engager dans des occupations significatives.

## SE RÉTABLIR PAR L'ENGAGEMENT DANS DES OCCUPATIONS ALIMENTANT LE SENS DANS SA VIE

### La puissance du sens dans sa vie au sein du rétablissement

Il existe deux principales perspectives du rétablissement : le rétablissement médical et le rétablissement personnel (Anthony, 1993; Slade, 2010). Le manque d'intérêt pour l'engagement dans la recherche sur les services en santé mentale est présumé provenir de la domination du rétablissement médical soumis à l'approche médicale (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015; Slade, 2010). Le *rétablissement médical* se centre sur le problème, et vise essentiellement à réduire les symptômes de la maladie (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015; Slade, 2010). Or, selon cette perspective, la seule façon de se rétablir serait d'éliminer la présence des symptômes (Slade, 2010).

Le rétablissement personnel se distance du rétablissement médical en s'intéressant davantage aux sphères sociale et environnementale de l'évolution de la personne vivant avec un TGSM (Anthony, 1993; Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015; Slade, 2010). Le *rétablissement personnel* se définit comme :

un processus unique, profondément personnel, de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, buts, compétences et/ou rôles. Il s'agit d'une façon de vivre une vie satisfaisante, empreinte d'espoir, et contributive, malgré les limitations causées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et objectif dans la vie à mesure que la personne se développe au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale [traduction libre] (Anthony, 1993, p. 15).

Le concept saisit l'importance de considérer le rétablissement des pertes liées au trouble, telle que des pertes de tâches et rôles valorisés, de ses rêves, de ses aspirations et d'opportunités (Anthony, 1993). L'apparition du TGSM agit comme, ce que Hammell (2004) appelle, une perturbation biographique. La personne entretenait une représentation d'elle, de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences (Anthony, 1993; Hammell, 2004). Cette perturbation, à savoir le TGSM, entrave l'identification de la personne à ces représentations (Hammell, 2004). Le désengagement peut s'expliquer par cette perte de repères (Hammell, 2004).

Le processus de rétablissement personnel signifie que la personne s'engage dans une réévaluation de ces représentations (Hammell, 2004). En ce sens, « se développer au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale » ne signifie pas diminuer la présence des symptômes, mais bien apprendre à vivre une vie avec eux (Anthony, 1993, p. 15). En associant ce dernier concept au « développement d'un nouveau sens et objectif dans sa vie » (Anthony, 1993, p. 15), le rétablissement personnel désigne la réintégration des tâches et des rôles significatifs pour la personne, en redéfinissant ses valeurs, ses aspirations et ses priorités, tout en apprenant à se connaître, et à respecter ses nouvelles capacités (Anthony, 1993; Hammell, 2004). Ceci suggère que le sens dans sa vie est le concept pivot du rétablissement personnel. Ce dernier s'inscrit parmi la liste des cinq processus du rétablissement personnel répertorié par Leamy et al. (2011), à savoir la connexion sociale, l'espoir, l'identité, le sens dans sa vie, et le pouvoir d'agir (modèle CHIME<sup>2</sup> du rétablissement). Le Tableau 1 présente ces processus. Les chercheurs ont relevé que le rétablissement personnel est un « processus actif, unique, non linéaire, graduel, multidimensionnel, et nécessitant l'essai -erreur [traduction libre] » (Leamy et al., 2011, p. 448).

---

<sup>2</sup> Leamy et al. (2011) proposent l'acronyme CHIME afin de résumer les 5 processus en anglais : *connectedness, hope, identity, meaning in life, et empowerment*.

Tableau 1  
*Les catégories des processus du rétablissement \**

Processus du rétablissement	Catégories
Connexion sociale	Groupes de soutien et de soutien par les pairs Relations Soutien des autres Faire partie de la communauté
Espoir	Croyance en la possibilité de rétablissement Motivation au changement Des relations inspirantes pour l'espoir Penser positivement et valoriser le succès Avoir des rêves et des aspirations
Identité	Dimensions de l'identité Reconstruire/redéfinir le sentiment d'identité positif Vaincre la stigmatisation
Sens dans la vie	Valeur des expériences de la maladie mentale Spiritualité Qualité de vie Vie significative et rôles sociaux Vie significative et buts sociaux/objectifs de vie Reconstruire sa vie
Pouvoir d'agir	Responsabilité personnelle Contrôle de sa vie Mettre l'accent sur les forces

\*[traduction libre] (Leamy et al., 2011, p. 48)

\*\*\*

De ce qui précède, le rétablissement personnel apparaît comme un processus cherchant à illustrer le mécanisme de transformation du sens dans sa vie d'une personne à la suite de l'apparition du trouble (Anthony, 1993; Hammell, 2004). De ce fait, on peut comprendre que l'intervention bénéficierait d'une attention plus grande sur le processus de sens en s'intéressant aux rôles valorisés de la personne, aux ajustements de ses désirs et aux façons de susciter le sens.

## Le sens dans sa vie comme levier d'intervention

King et al. (2016) suggèrent que le sens dans sa vie est un concept difficile à définir et à opérationnaliser. Or, les auteures croient qu'il est possible de décrire le concept en le divisant par ses trois composantes : la signification (valeur), l'objectif de vie, et la cohérence (King et al., 2016). Avant d'expliquer ces trois concepts, il est important de différencier le sens *dans* la vie, et le sens *de* la vie. L'objectif n'est pas de rechercher pourquoi nous sommes sur terre, ce qui serait l'adage du *sens de la vie*, mais bien de trouver un sens, une signification à ses expériences de vie, ou à travers, elles (King et al., 2016). Le *sens dans sa vie* est un processus profondément personnel, subjectif, et unique à la personne (King et al., 2016).

On suggère à la figure 1 une représentation graphique du sens dans la vie qui intègre les trois concepts décrits et élaborés par King et al. (2016). La signification est complétée par la définition des valeurs de Persson et Erlandsson (2010) et Persson et al. (2001), tandis que l'objectif de vie est renforcé par la compréhension de McKnight et Kashdan (2009). La relation entre ces composantes est complétée par le concept d'expériences de vie de Hammell (2004).

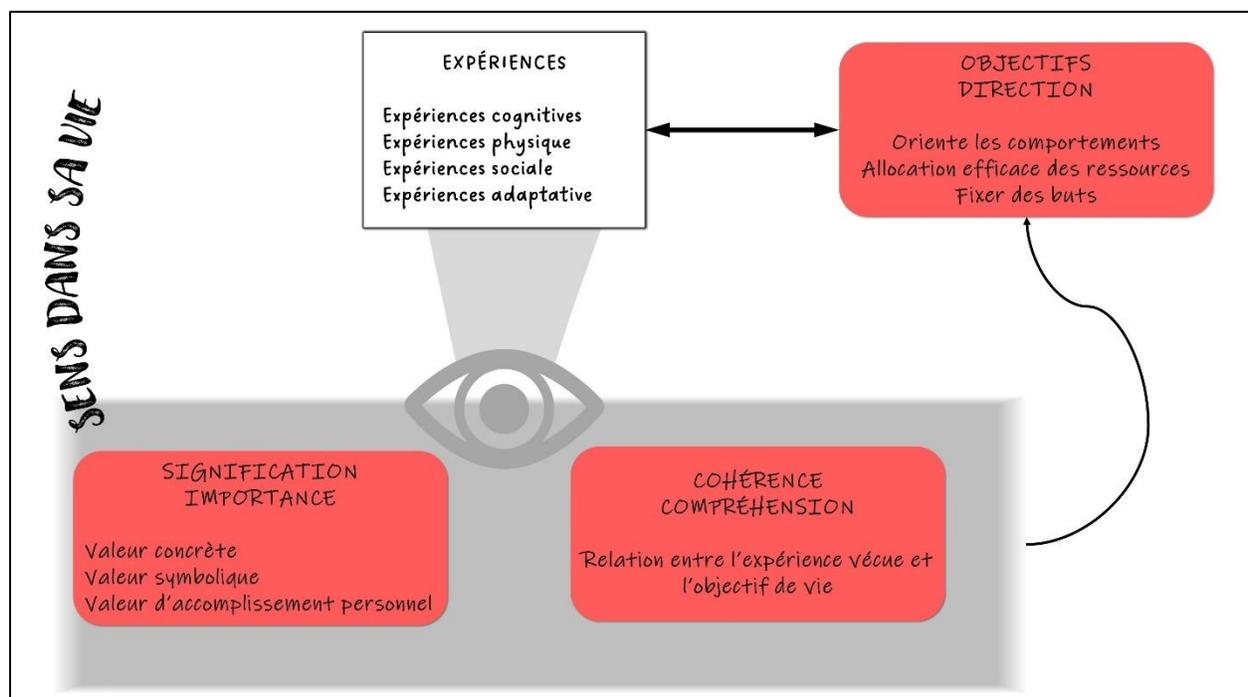


Figure 1. Modèle de représentation des composantes du sens dans la vie

Le premier des trois concepts est la *signification*, désignant la valeur et l'importance attribuée subjectivement à l'expérience (King et al., 2016). La littérature identifie trois types de valeurs du sens dans la vie : la valeur symbolique; la valeur concrète; et la valeur d'accomplissement personnel (Persson et Erlandsson, 2010; Persson et al., 2001). Le second concept est l'*objectif de vie* qui permet de fixer des buts guidant les décisions (King et al., 2016). Il s'agit d'une visée qui teinte la toile de fond des expériences d'un individu et permet de façonner une cohérence dans les comportements, d'allouer les ressources efficacement, et de motiver les comportements (King et al., 2016; McKnight et Kashdan, 2009). Le dernier concept, la *cohérence*, se définit comme la relation entre l'expérience vécue et l'objectif de vie (King et al., 2016).

L'*expérience* lie les trois éléments entre eux. L'objectif de vie oriente l'énergie investie dans les expériences, permettant ainsi de vivre une cohérence entre les expériences et les objectifs et d'en apprécier rétrospectivement sa valeur (signification). Le sens peut s'expérimenter dans les expériences, mais l'expérience ne garantit pas la production du sens (Frankl, 1988; Hammell, 2004). Ceci suggère que le sens dans la vie ne peut être expérimenté lorsque la personne ayant un TGSM se désengage, et participe majoritairement à des occupations passives. À l'inverse, les occupations actives peuvent s'expérimenter à travers des *implications physiques, cognitives, sociales, ou adaptatives* (Hammell, 2004). On peut comprendre que l'expérience forge le nœud permettant d'éprouver un sens dans sa vie (signification, cohérence, objectifs de vie).

Puisque le désengagement se caractérise par une phase vide de sens (Sutton et al., 2012), une attention sur la signification pourrait permettre de réactiver les processus cognitifs stimulant les intérêts, les aspirations et les passions. Hypothétiquement, ceci incite la personne à participer plus fréquemment à des occupations prenant conscience des expériences positives plutôt que négatives. Bien entendu, la définition personnelle du sens dans la vie est évolutive, flexible, adaptative et multifactorielle, ce qui constitue des facteurs à considérer dans l'intervention.

\*\*\*

En résumé, on peut constater que l'intérêt pour le concept du sens dans la vie éclipse l'approche médicale. Le sens dans la vie accompagne mieux les quatre autres processus de rétablissement personnel (espoir, identité, connexion sociale, pouvoir d'agir). On ne cherche pas à traiter les symptômes, mais plutôt à prendre conscience du sens dans la vie de la personne, suscitant

l'espoir de vivre une vie satisfaisante (espoir). L'intervenante qui s'intéresse notamment aux désirs, aux intérêts, aux passions, au sens de la personne, permet de redonner le pouvoir d'agir à l'utilisateur en coconstruisant l'intervention autour de ses besoins spécifiques (pouvoir d'agir) (Morin et al., 2015). On peut croire que le simple fait de s'attarder au sens dans sa vie constitue une reconnaissance que la personne est plus qu'un TGSM forgeant une identité positive et reconnaissant son droit d'exister pleinement dans la société (identité). La relation entre l'utilisateur et l'intervenante adoptant une perspective d'intervention de sens alimente une relation de respect mutuel (connexion sociale). Ainsi, considérer dans l'intervention le sens dans la vie, autant la cohérence, l'objectif de vie et la signification (valeurs concrètes, d'accomplissement, symbolique), pourraient contribuer positivement aux processus de rétablissement personnel d'identité, de connexion sociale, d'espoir et du pouvoir d'agir. Toutefois, ceci ne peut se réaliser en l'absence d'engagement dans des expériences de vie (cognitives, physiques, sociale, adaptatives) permettant de s'investir dans des rôles valorisés. Comment définir, mais surtout soutenir l'engagement dans des occupations significatives ?

## Faire évoluer le rétablissement en s'engageant dans des occupations significatives

Une personne qui s'engage dans une seule et même occupation tend à user la satisfaction qu'il peut en retirer (Eklund et al., 2016). Par exemple, le repos peut être bénéfique après une journée remplie d'occupation. À l'inverse, le repos se transforme en ennui lorsqu'il représente la majorité des occupations quotidiennes. Ceci suggère que le sens dans la vie peut être optimisé lorsque l'organisation des occupations est équilibrée et adéquatement répartie. Eklund et al. (2016) propose un modèle de conceptualisation de l'engagement occupationnel. Les auteures représentent ce modèle graphiquement et la Figure 2 s'inspire fortement de ce dernier (Eklund et al., 2016, p. 9). L'engagement occupationnel se définit comme : « un phénomène qui implique la participation dans des occupations à travers le temps dans un niveau qui est en conformité avec les capacités, et les besoins de l'individu [traduction libre] » (Eklund et al., 2016, p. 9). Il se divise en deux profils : objectif et subjectif. Le profil objectif s'identifie par la *répartition quotidienne des occupations* (Patterns of daily occupation), et les catégories subjectives se retrouvent dans l'*équilibre occupationnel* (occupational balance) (Eklund et al., 2016).

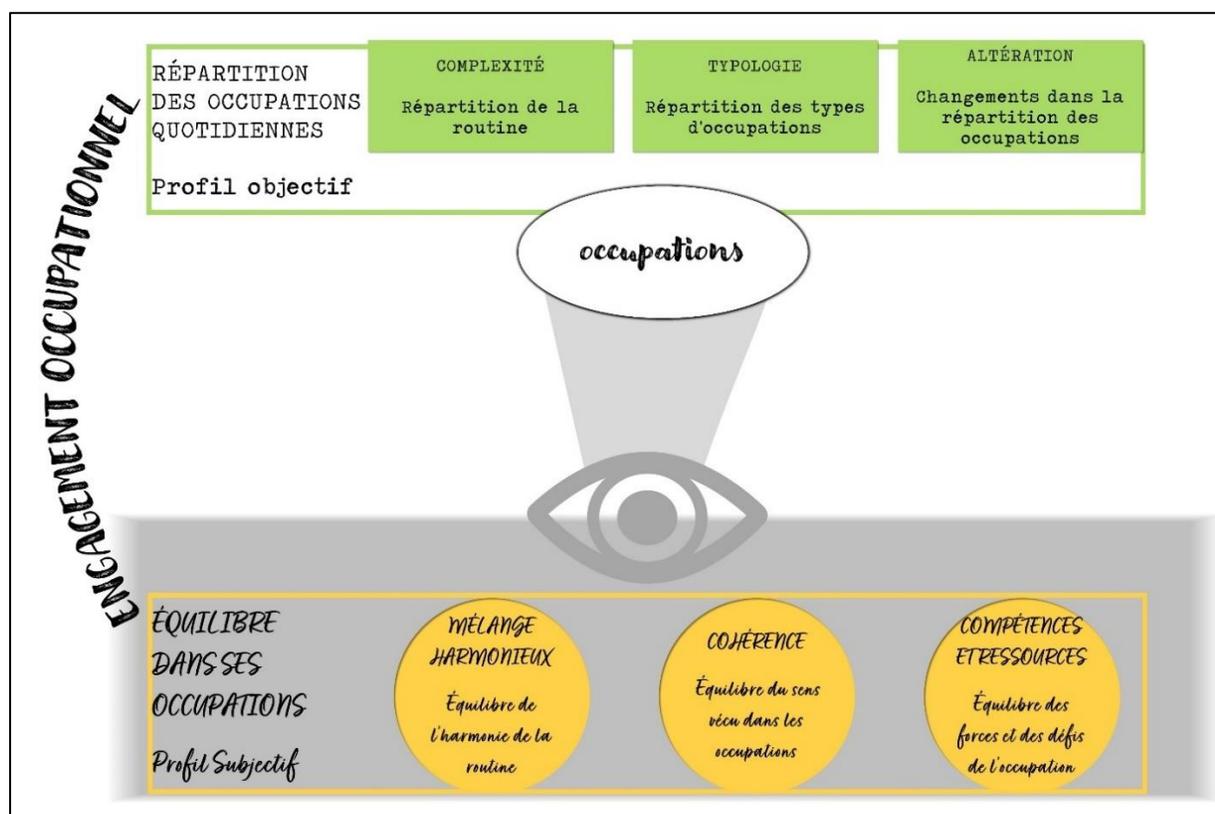


Figure 2. Les composantes de l'engagement occupationnel selon Eklund (2016, p.9)

La *répartition quotidienne des occupations* est constituée de l'altération, la typologie des occupations, et la complexité (Eklund et al., 2016). L'*altération* correspond aux forces d'influence modifiant le profil d'occupations, comme l'apparition du TGSM, la graduation, le changement d'emploi, etc (Eklund et al., 2016). La *typologie* désigne les différents domaines d'occupations (Eklund et al., 2016). La *complexité* se décrit comme la routine de la personne se composant de la durée des occupations, la fréquence et la quantité quotidienne (Eklund et al., 2016). Dans l'ensemble, ces caractéristiques influencent la variation dans les occupations.

L'*équilibre occupationnel* se compose des compétences et ressources, de la cohérence avec les valeurs et la signification, et du mélange harmonieux (Eklund et al., 2016). La catégorie *compétences et ressources* réfère à l'équilibre entre les forces de la personne, et les défis provenant de l'occupation. La *cohérence avec les valeurs, et la signification* désigne le niveau de satisfaction aux valeurs de la personne répondue par une occupation (Eklund et al., 2016). Finalement, le *mélange harmonieux* consiste en l'appréciation personnelle, quant à la quantité et la variété des occupations (Eklund et al., 2016). Ces trois sphères estiment le niveau de satisfaction d'une ou de l'ensemble des occupations.

Un déséquilibre de ces sphères peut influencer le cycle de sommeil et d'éveil (Leufstadius et al., 2006), et peut limiter les opportunités de se découvrir (Krupa et al., 2003). À l'inverse, un équilibre et une répartition adéquate dans les occupations contribuent au cheminement du rétablissement personnel (Argentzell et al., 2012; Eklund et al., 2020).

### **Continuum de l'engagement**

À l'image du rétablissement, l'engagement est compris comme un processus. Ce faisant, il ne s'agit pas d'un concept qui distingue la présence (engagement) ou l'absence (désengagement). En effet, des études suggèrent que l'engagement forme un continuum où le désengagement est le pôle opposé à l'engagement complet (Doroud et al., 2015; Sutton et al., 2012). Sutton et al. (2012) utilisent une méthode phénoménologique cherchant à mettre en lumière le sens de l'expérience du rétablissement des participants (Sutton et al., 2012). Doroud et al. (2015), quant à elles, proposent une revue de la littérature sur la relation entre l'engagement occupationnel et le rétablissement.

Le *désengagement* se décrit comme l'absence de participation à des occupations et un état d'absence de sens vécu (Sutton et al., 2012). Cette étape est toutefois considérée comme importante dans le rétablissement des personnes vivant avec un TGSM, afin de préserver un environnement propice à l'introspection (Sutton et al., 2012). Doroud et al. (2015) proposent qu'à ce stade le contrôle du TGSM constitue le seul processus du rétablissement présent.

L'*engagement partiel* se compose essentiellement d'une participation à des tâches domestiques (Sutton et al., 2012), ou à des tâches simples (Doroud et al., 2015). Ces activités ne rapportent pas de plaisir, et la personne entretient peu de relation avec d'autres, mais elles permettent une réactivation des processus cognitifs visant à chercher un sens aux actions (Sutton et al., 2012). Le processus du pouvoir d'agir et d'espoir s'enclenche par la découverte de ses capacités (Doroud et al., 2015).

L'*engagement quotidien* est formé d'activités en relation avec d'autres personnes (Sutton et al., 2012). Ces activités permettent aux personnes vivant avec un TGSM de réapprendre à vivre en communauté, et ainsi alimenter un sentiment d'appartenance (Sutton et al., 2012). Le sens dans la vie et l'identité sont les processus en développement durant l'engagement quotidien (Doroud et al., 2015).

L'*engagement complet* se définit par les personnes ayant un TGSM comme la participation à des activités qui animent pleinement leurs journées (Sutton et al., 2012). Ces activités permettent de se sentir remplie d'énergie, et satisfaite (Sutton et al., 2012). Autrement dit, il s'agit d'activités significatives pour les personnes (Sutton et al., 2012). Doroud et al. (2015) suggèrent que les processus de connexion sociale et l'espoir sont ceux qui évoluent durant l'engagement complet.

\*\*\*

À travers la progression du rétablissement personnel, les personnes ayant un TGSM expérimentent des variations dans leurs niveaux d'occupations et dans le sens dans leur vie. Rester dans un état d'inactivité pourrait engendrer la cristallisation du mode de vie au niveau du désengagement, et ainsi limiter les opportunités de la personne de pouvoir s'en extirper (Sutton et al., 2012). À l'inverse, l'engagement dans des occupations peut faire réactiver les intérêts, les passions, les rôles valorisés, et ainsi contribuer à son rétablissement personnel (Sutton et al., 2012).

### **Modèle de référence : L'Action contre l'inertie**

Afin de s'attaquer à la sphère subjective et objective de l'engagement occupationnel Krupa et al. (2010) proposent un modèle d'intervention : *Action contre l'inertie*. Le modèle vise à « favoriser l'engagement dans des occupations et des modèles d'occupations contribuant à la santé et au bien-être des personnes atteintes d'une grave maladie mentale » (Krupa et al., 2010, p. 2). Toutefois, le modèle présente, à notre avis, des lacunes sur le plan des interventions permettant le développement du sens dans sa vie. Or à notre connaissance, il n'existe aucun modèle d'intervention qui allie le rétablissement personnel, l'engagement occupationnel et le sens dans sa vie. Ceci a alimenté la création d'un modèle d'intervention alternatif à savoir le RES, afin d'accompagner le processus de rétablissement personnel des personnes.

## RÉTABLISSEMENT PAR L'ENGAGEMENT SIGNIFICATIF

Le *Rétablissement par l'engagement significatif* réoriente le point focal de l'intervention sur le sens et l'engagement, plutôt que sur des éléments du rétablissement médical. Le but est d'optimiser la participation à des occupations significatives pour la personne. Le rôle de l'intervenante au sein du RES consiste à soutenir la participation des personnes vivant avec un TGSM à des occupations permettant de développer un sens dans leur vie. Le RES a trois fondements qui participent à ce changement idéologique dans l'intervention auprès des personnes vivant avec un TGSM : le rétablissement personnel, le sens dans sa vie, et l'engagement occupationnel (Figure 3). Il va sans dire que les aspects relatifs au rétablissement médical ont été volontairement exclus du modèle, puisque la centralité de l'approche médicale dans l'accompagnement des personnes a freiné le développement d'intervention permettant de soutenir leur épanouissement (Davidson et al., 2009). Le suivi visant à traiter les symptômes du TGSM ancre les intervenantes dans des actions qui amplifient les barrières à l'engagement significatif, et entraînent les services en santé mentale dans un cercle vicieux d'échecs, ce que l'on souhaite éviter (Davidson et al., 2009).



Figure 3. Les fondements du Rétablissement par l'engagement significatif.

## **Fondements du Rétablissement par l'engagement significatif**

Le RES part du postulat selon lequel le diagnostic d'un TGSM constitue une rupture biographique empêchant la personne de s'investir dans ses occupations, telles qu'elle le faisait (Hammell, 2004). Ceci suppose une redéfinition de son expérience de vie dans son ensemble (Hammell, 2004). Le rétablissement implique que la personne se réinvestisse dans des rôles valorisés, malgré la présence des symptômes (Anthony, 1993). Les intervenantes s'inscrivant dans ce modèle interviennent sur les cinq processus du rétablissement, avec une attention particulière accordée au sens dans sa vie (Anthony, 1993).

Le RES comprend que les expériences où la personne est activement investie cognitivement, physiquement, socialement ou de façon adaptative sont inhérentes au développement d'un sens dans sa vie (Hammell, 2004). L'analyse de l'expérience s'appuie rétrospectivement sur la signification selon les valeurs concrètes, symboliques, et d'accomplissements personnels (King et al., 2016; Persson et al., 2001). Cette analyse permet de déterminer des objectifs prospectifs, orientant les occupations de vie dans une perspective cohérente (King et al., 2016). Ce modèle permet à l'intervenante d'accompagner l'utilisateur dans la formulation d'une analyse complète du sens dans sa vie.

La conceptualisation de l'engagement occupationnel ajoute à l'intervention en offrant un cadre de référence des composantes pouvant enrichir l'accompagnement à l'organisation et la satisfaction des occupations. Pour optimiser l'expérience de sens, il s'avère nécessaire d'intervenir sur l'engagement occupationnel, autant sur la répartition que sur l'équilibre des occupations (Eklund et al., 2016).

## **Actions d'intervention du Rétablissement par l'engagement significatif**

Le RES a trois stratégies d'action : la sensibilisation ou l'information, l'analyse de son expérience, et la mise en place des pratiques apprises. Le modèle, que l'on propose, se compose de huit thématiques centrales décrites dans le Tableau 2. Un ordre est suggéré afin d'aborder les thématiques. Toutefois, cet ordre constitue une référence, et ne devrait pas être appliqué de façon rigide considérant le caractère unique, non linéaire, et graduel du processus de rétablissement. Le RES a été développé dans une perspective flexible, adaptative, et personnalisable. L'intervention

s'ajuste à la personne, à ses besoins, à ses intérêts, et ce qui a le plus de sens pour elle. Un manuel d'intervention a été développé. Le manuel est joint en annexe. Il contient des fiches d'informations sur les thématiques, des feuilles de travail, et d'analyse.

Tableau 2  
*Thématiques et actions du Rétablissement par l'engagement significatif*

<b>Fondements</b>	<b>Thématiques</b>	<b>Actions</b>
Étape initiale	Cartographeur	Analyser ses occupations (cartographeur)
Sens dans sa vie	Signification/ Importance	Apprendre sur les significations des occupations (valeurs concrètes, symboliques et de gratification) Analyser et prendre conscience du sens dans ses occupations Priorisation des valeurs (adapter)
	Objectifs / Direction	Apprendre sur la construction d'objectif Identifier un objectif (à ses expériences et ses actions) Vivre selon ses objectifs
	Cohérence / Compréhension	Apprendre sur les différents types d'expériences, et ce qu'elles apportent, et comment elles répondent aux valeurs. Analyser la cohérence de ses occupations. Faire de meilleurs choix
Niveau d'activation	Occupation avec participation active	Apprendre sur les niveaux d'engagement. Apprendre sur les impacts de l'inactivité, et des bienfaits à l'engagement dans des occupations. Identifier les occupations à s'engager. Planifier des occupations, et y participer.
Répartition des occupations quotidiennes	Changement dans la répartition des occupations	Apprendre sur le rétablissement Apprendre sur les barrières et la résolution de problèmes Identifier et prendre conscience de ses propres barrières Utiliser la méthode de résolution de problème
	Répartition des types d'occupations	Apprendre sur les types d'occupations Analyser les types d'occupations
	Répartition-complexité de la routine	Apprendre sur la routine des occupations (durée, fréquence, quantité) Analyser sa propre routine d'occupations Équilibrer sa routine d'occupations
Équilibre dans ses occupations	Équilibre harmonieux de la routine	Apprendre sur l'harmonie Identifier un équilibre dans les occupations pour soi Adopter une routine harmonieuse
	Équilibre du sens vécu dans les occupations	Apprendre comment optimiser ses expériences significatives et comprendre comment trouver un équilibre Faire des choix en fonction de la signification des occupations Faire des choix pour maximiser le sens dans sa vie
	Équilibre des forces et de la demande d'occupations	Apprendre sur l'équilibre des ressources et la demande de l'occupation Identifier les besoins d'une occupation et ses ressources personnelles Maximiser l'utilisation de ses forces dans ses expériences de vie

### **Déroulement du Rétablissement par l'engagement significatif**

Le RES s'inscrit dans un programme de SIM qui sera décrit dans la section suivante. Il prévoit d'aborder les thématiques dans le suivi régulier avec les usagers. Ainsi, les rencontres s'effectuent au domicile des personnes. La fréquence peut varier de deux à six fois par semaine permettant de s'ajuster au besoin des usagers. Par exemple, les personnes éprouvant des difficultés d'attention bénéficient de rencontres plus courtes, mais avec une fréquence plus élevée.

Le suivi débute par la phase de cartographie des occupations. Elle vise à analyser le profil d'occupations des personnes en complétant un journal de suivi des occupations. Ceci permet de déterminer les priorités et une cible d'action avec les usagers et planifier les actions qui seront effectuées pour atteindre ces priorités. Le journal d'occupations peut également être utilisé tout au long du suivi afin de relier les thématiques avec son organisation personnelle d'occupations. Durant cette phase, les usagers peuvent nécessiter davantage d'assistance. Ainsi dans l'intervention, une vérification du niveau de littératie peut être nécessaire, ne voulant pas exclure les personnes ayant des difficultés de lectures, d'écriture ou de compréhension.

La phase de cartographie est suivie de l'intervention en lien avec les priorités identifiées. Chacune des thématiques possède comme objectifs : d'apprendre sur le sujet; d'analyser en prenant conscience de sa présence dans sa vie; et de la mise en pratique dans son quotidien. Selon les besoins, il peut être nécessaire, par exemple, d'en apprendre davantage sur plus d'une thématique avant d'effectuer une analyse et une prise de conscience sur son expérience. La durée d'exploration des thématiques est flexible. L'intervenante peut alterner entre les thématiques et s'adapter aux besoins des usagers. Par exemple, une intervention pourrait profiter d'une situation de vie ponctuelle, comme le vécu d'un décès, pour analyser la signification de cette expérience.

Afin de favoriser la personnalisation de l'intervention, l'intervenante adoptant ce modèle d'intervention est invitée à accorder un temps à chacune des rencontres avec l'utilisateur afin de s'intéresser à ce qu'il apprécie du processus, et ce qui pourrait être adapté pour répondre à ses besoins.

Tout compte fait, le but du projet est d'expérimenter et d'analyser le RES afin d'accompagner le processus de rétablissement personnel des personnes ayant un TGSM dans un programme de SIM en ciblant l'engagement significatif.

## MÉTHODOLOGIE D'EXPÉRIMENTATION DU RES

### Suivi intensif dans le milieu : milieu de déploiement du RES

Le RES a été déployé au sein du CISSS Montérégie-Centre dans le SIM de l'hôpital Charles-Le Moyne. Le programme a pour but de soutenir le rétablissement personnel, et médical des personnes ayant un TGSM, et dont le fonctionnement est affecté (Gélinas, 2009; Latimer et al., 2004; Test, 1998). Le SIM s'adresse aux personnes nécessitant un accompagnement professionnel accru, ne parvenant pas à participer pleinement à leurs occupations quotidiennes (Gélinas, 2010). « [Il] consiste en une organisation fondée sur les interventions d'une équipe interdisciplinaire à laquelle participe un médecin et qui offre des traitements psychiatriques, du soutien et des services de réadaptation » (Delorme et al., 2017, p. 54). Cette formule propose une alternative à l'hospitalisation en offrant un suivi par une équipe multidisciplinaire au sein du milieu de vie de la personne (Gélinas, 2010). Le feu Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), qui balisait les standards de pratique, adoptait comme principe directeur le rétablissement (Latimer et al., 2004). Malgré son intégration dans le ministère, les fondements sont restés les mêmes. Il s'inscrit dans un ensemble de services offerts dans la communauté d'intensité diverse. Le soutien offert est flexible, donc il se module en fonction de l'évolution de la personne, de ses besoins, de ses demandes, et de ses difficultés spécifiques (Latimer et al., 2004). La fréquence des rencontres peut varier de deux jours à six jours par semaine en fonction des besoins. Le SIM soutient le rétablissement des personnes dans une perspective active, d'échanges avec la communauté, d'autonomie, de reprise de pouvoir sur sa vie et de participation citoyenne des personnes (Gélinas, 2009; Latimer et al., 2004; Test, 1998).

### Participants

La sélection des usagers-participants s'est effectuée en déterminant des critères d'exclusion. L'équipe du SIM intervenait auprès de 89 usagers. Cinquante-sept usagers vivaient des situations personnelles et contextuelles qui freinaient leur disponibilité à l'intervention. Le Tableau 3 illustre la distribution des usagers selon le critère d'exclusion qu'ils présentaient.

Tableau 3  
*Distribution des usagers selon le critère d'exclusion*

Critères d'exclusion	Nombre d'usagers
Être hébergés dans une ressource intermédiaire	10
Être hospitalisé, incarcéré ou en thérapie pour la consommation	9
Refuser l'intervention du SICOM	12
Présenter une perte de contact avec la réalité	10
En processus de fermeture de dossier avec le SICOM	11
Avoir une limite du nombre suivi	5
Total d'usagers présentant des critères d'exclusion	57

En raison de différentes circonstances (rendez-vous, des changements de l'état, d'hospitalisations soudaines, d'instabilité résidentielle, de surprotection par les intervenantes pivots, et de difficulté d'alliance, etc.), des suivis ont été effectués auprès de seulement 14 usagers, mais cinq ont été suivis plus régulièrement. Ils seront identifiés dans cet essai comme Marie, Madeleine, Paul, Luc et Jean [noms fictifs].

### **Collecte d'informations**

Les analyses ont été effectuées sur deux sources d'informations rapportées par une intervenante stagiaire: le journal de bord, et les comptes-rendus des périodes de supervision. Le journal de bord rassemblait des informations sur les occupations de la journée, les forces et les faiblesses des interventions quotidiennes, et les changements effectués de la pratique. Un rapport de stage a été produit à la suite du déploiement. Il se retrouve à l'Appendice A. On invite le lecteur qui souhaite connaître la démarche en profondeur à lire ce rapport.

### **Déroulement du déploiement du RES**

Le déploiement du RES au sein du SIM s'est déroulé sur 15 semaines de 30 heures (entre septembre et décembre 2021). Il s'est effectué par une intervenante stagiaire dans le cadre de la formation pratique à la maîtrise en travail social. L'étudiante était sous la supervision d'un travailleur social ayant douze ans d'expérience dans le milieu. Il sera identifié dans ce travail comme l'« intervenant expérimenté ». Le calendrier, les objectifs d'opérationnalisation, les

moyens, et les indicateurs se retrouvent en détail dans l'Appendice B. Le déploiement de l'intervention dans le milieu se composait de quatre phases (voir Figure 4). Les deux premières semaines ont servi à l'intégration dans le milieu. Les semaines trois et quatre ont permis de réorganiser l'application du modèle sous une forme informelle et de sélectionner les usagers suivis. Les semaines cinq à douze ont été dédiées à l'implantation de l'intervention dans une formule informelle. Les trois dernières semaines ont permis d'évaluer l'intervention effectuée auprès des usagers.

Semaines														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Intégration		Planification		Implantation-adaptation								Évaluation		

*Figure 4.* Phases de déploiement du RES.

## DÉCOUVERTES <sup>3</sup>

Le déploiement de la pratique du RES s'est heurté à une problématique majeure : le désengagement présumé des usagers dans la relation d'aide. Afin de le différencier des deux autres formes de désengagement (désengagement des services, désengagement occupationnel), le terme « désinvestissement » sera utilisé en référence au désengagement présumé dans la relation d'aide. L'implication des usagers a été difficile à intégrer à deux niveaux : à la phase d'intégration et à la phase de planification. Ceci a nécessité des ajustements. Ainsi, trois adaptations du projet du RES ont été effectuées. Le RES s'est déployé de façon informelle, a offert une plus grande flexibilité que prévu, et a cédé une partie du pilotage de l'intervention à l'utilisateur. Donc, l'analyse sur l'expérimentation a fait ressortir quatre thématiques : le désinvestissement présumé, le suivi informel, la pratique flexible et l'intervention dirigée par l'utilisateur.

### Aperçu de la planification du RES

Afin d'expliquer les modifications qui ont dû être effectuées, certains éléments de la planification sont résumés ci-dessous. Le rapport de stage présente en détail les changements effectués. Le RES planifiait d'expliquer le programme aux usagers et de leur demander s'ils voulaient participer. Ils devaient être impliqués dans toutes les étapes de l'intervention, afin de demeurer le plus transparent possible. L'intervention devait débuter en cartographiant le quotidien des usagers. L'hypothèse avancée était que, pour déterminer les priorités de l'utilisateur, l'intervenante devait débuter par une évaluation. À la suite, il était possible de planifier les actions en s'adaptant aux besoins, intérêts et priorités de la personne. Durant l'intervention, le RES prévoyait d'être flexible à travers l'ordre d'exploration des thématiques et ne définissait pas d'étapes. Le RES devait valoriser une approche flexible, adaptative et personnalisable. Ceci partait de l'idée que le rétablissement personnel est un processus unique, que le sens dans sa vie est une démarche personnelle et que l'équilibre de vie s'évalue subjectivement. Il devait faire appel à la participation

---

<sup>3</sup> Le terme « découverte » a été privilégié au terme « résultats » afin de mettre de l'avant la reconnaissance d'un phénomène existant (mais inconnu ou caché), mais qui n'a pas nécessité d'intervention externe.

active des usagers par l'utilisation d'outils d'analyses, de sensibilisation et d'exploration. Or, le déploiement ne s'est pas produit, comme prévu.

## **Expérimentation du RES**

### **Phase d'intégration**

#### *Désinvestissement présumé*

Les usagers se sont montrés réticents à adhérer volontairement au RES. Durant le stage, la stagiaire a initialement tenté d'expliquer le RES à trois usagers. Elle a expliqué que le projet vise à les aider à optimiser leur routine de vie et à faciliter la sélection des occupations qui font sens pour eux. La réaction des trois usagers a été semblable. Ils ont expliqué trouver le projet intéressant, mais ont estimé ne pas avoir besoin d'aide pour améliorer leur quotidien. Ils ont de plus eu une forte réaction de recul en réponse au terme « activité » (p.ex. : un usager a nié avoir besoin de soutien pour ses occupations, après avoir exprimé de la souffrance engendrée par l'ennui). Devant ce défi, d'autres options ont dû être envisagées.

#### *Structure d'intervention informelle*

Pour surmonter le désinvestissement des usagers dans la relation d'aide, l'intervenant expérimenté a expliqué favoriser une structure d'intervention plus informelle. Il a constaté durant ses douze années au sein du SICOM que: d'effectuer des échanges et activités informels; d'être capable de mettre de côté le plan d'intervention; et d'œuvrer avec flexibilité engendre moins d'angoisse chez les usagers. Il a adopté cette pratique par l'essai-erreur à travers les années, malgré que certains de ces paramètres d'intervention ne correspondent pas aux standards de pratiques promus par le Centre national d'excellence en santé mentale ou par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). La stagiaire s'est donc inspirée de cette structure d'intervention informelle. La pratique du RES a donc été déployée sous une forme informelle par la stagiaire. Le suivi informel a été mis en œuvre par des discussions banales, anodines ou de la vie courante durant les rencontres avec les usagers et en saisissant les opportunités d'intervention qui se sont présentées durant les discussions et activités.

## **Phase de planification**

### ***Désinvestissement présumé***

La formule informelle ne permettait pas de cartographier formellement le quotidien de la personne. Ce faisant, pour évaluer les besoins de la personne, leur quotidien et leur expérience de vie, des questions formelles ont, tout de même, été posées aux usagers. Or, la pratique s'est révélée improductive. Les usagers ont exprimé faire peu de choses, ou ne rien faire. Ces réponses étaient parfois mêlées de culpabilité d'être peu actif, complexifiant davantage l'exploration.

Le premier réflexe a été d'attribuer le désinvestissement à des difficultés relationnelles des usagers avec les services d'aide (pratiques coercitives, déni du trouble), ou un manque de motivation lié au désengagement occupationnel. Toutefois, les usagers rencontrés n'avaient aucune ordonnance de traitement ou d'hébergement, ne refusaient pas la présence des intervenantes, disaient apprécier la présence de l'équipe du SICOM dans leur vie, ne semblaient pas méfiants ou résistants, présentaient une bonne compréhension de leur situation, et étaient en mesure de préciser leur pensée lors de discussions informelles. La forme de désengagement qui s'est présentée dans la pratique ne semblait pas correspondre avec ce qui se trouve le plus fréquemment dans la littérature explorée durant la planification du projet. En effet, la stagiaire a observé que les usagers semblaient tout simplement vouloir vivre leur vie.

### ***Structure d'intervention informelle***

L'intervention informelle a été la méthode préconisée dans l'ensemble des mesures d'interventions du RES. Il n'y a donc pas eu d'évaluation, de cartographie des occupations ou de planification de l'intervention. Le suivi informel a engendré une meilleure relation avec l'utilisateur que les pratiques formelles. Des opportunités intéressantes d'interventions se sont présentées. À travers l'exploration, l'échange et les discussions, des opportunités ont permis d'analyser, de sensibiliser, d'éduquer, d'informer et de renforcer sur l'engagement de l'utilisateur. Explorer les expériences des usagers a permis un accès imprévu aux intérêts, aux occupations, et aux

engagements. Voici un exemple illustrant une opportunité qui s'est présentée durant un suivi avec Marie [nom fictif].

En s'intéressant au vécu de Marie sur son expérience passée dans une ressource d'hébergement, cette dernière a expliqué qu'elle appréciait certaines activités comme la préparation des repas, le jeu de quilles, le bingo, et le poker. Ceci a permis de la questionner concernant sa participation à ces activités aujourd'hui. Elle a raconté apprécier la cuisine avec sa mère, la musique et la relaxation. Cet échange lui a permis de poursuivre sur son expérience. Elle a exprimé mépriser les tâches obligatoires, telles que faire le ménage, la vaisselle et l'artisanat. Bien que l'artisanat soit souvent identifié comme un loisir, Marie l'a qualifié comme une tâche. Ceci met en évidence sa perception de l'activité comme étant une obligation déplaisante. Durant ce même échange, Marie a divulgué vouloir habiter seule en appartement pour ne plus être un fardeau pour sa mère. Elle a révélé se représenter la vie en appartement comme étant une façon d'être libre, où elle peut se lever aussi tôt que désiré. Marie a identifié un objectif sans, vraiment, le nommer directement.

À partir de cet échange informel, il a été possible d'en connaître davantage sur Marie, ainsi que sur ses activités passées, ses activités actuelles, sa perception subjective de certaines activités et son objectif de vie. Ainsi, l'utilisation de pratiques informelles a contribué à l'intervention.

### ***Flexibilité dans la pratique***

L'utilisation de pratiques informelles et le désinvestissement présumé ont limité l'utilisation de pratiques formelles. Aucune planification n'a été effectuée et la cartographie des occupations s'est réalisée de façon informelle. La liberté d'intervention sans l'adhésion à un plan d'intervention a restitué le droit à l'utilisateur d'aborder les thématiques qu'il souhaitait. Ceci a permis de s'adapter aux besoins et aux attentes des usagers, quant aux services d'aide.

### ***Intervention dirigée par l'utilisateur - implication***

La structure d'intervention informelle a nécessité de reconstruire la compréhension de l'implication des usagers dans le processus d'intervention. Plutôt que de faire participer les usagers dans la planification de l'intervention et dans l'analyse des besoins, l'implication a pris deux formes : accorder une attention aux signes non verbaux de rétroactions des usagers et redonner une

partie du pouvoir de l'intervention. D'abord, la stagiaire est restée à l'affût des messages sous-entendus provenant des usagers. Elle a détecté que les usagers trouvaient trop imposant de s'engager formellement dans un projet; qu'ils ressentaient le besoin de construire un lien de confiance avec elle préalablement; qu'ils peuvent fluctuer dans leur état mental, nécessitant des ajustements. Bref, ces signes témoignent autrement de leurs rétroactions. En restant à l'affût de ces signes, il a été possible d'impliquer les usagers.

Ensuite, l'implication des usagers a été possible en leur redonnant une partie du pouvoir afin d'aborder les thématiques qu'ils désiraient. Par l'entremise de discussions informelles, les usagers étaient impliqués, non seulement dans la direction que prenait l'intervention, mais ils en étaient également les instigateurs. C'est à travers ces échanges qu'il a été possible de saisir différentes opportunités pour sensibiliser, informer, et renforcer l'utilisateur sur son engagement occupationnel, tout en leur laissant la liberté d'orienter les sujets abordés.

### **Ambivalence de la stagiaire**

L'utilisation d'une structure d'intervention informelle a fait naître un sentiment d'ambivalence chez la stagiaire à un point tel que le rapport de stage reste prudent à l'égard de cette pratique. Cette formule peut présenter des contradictions avec les standards de pratique, la distance professionnelle appropriée, la planification de l'intervention, et l'identification des besoins et objectifs avec l'utilisateur (l'implication). La structure d'intervention informelle est une formule qui est peu abordée dans la formation en travail social. Toutefois, la stagiaire a constaté qu'elle semblait amener dans l'intervention un certain respect envers les usagers, qui semblait plus cohérente avec la forme d'aide dont les usagers paraissaient avoir besoin. Les discordances entre les directives professionnelles promues et les succès de la structure informelle portent à croire qu'il existe un écart important entre la théorie et la pratique à ce propos.

\*\*\*

Somme toute, l'expérimentation du RES a révélé qu'une structure d'intervention formelle (attitude formaliste, planification de l'intervention, implication formelle) engendre des comportements de désinvestissement des usagers envers les intervenantes. À l'inverse, une

structure d'intervention informelle (suivi informel, flexible, intervention dirigée par l'utilisateur) utilisée par la stagiaire suscite l'investissement de l'utilisateur dans l'intervention permettant de saisir des opportunités pour l'accompagner dans son processus de rétablissement personnel. La discordance, entre l'attitude des usagers lors de l'utilisation de pratiques informelles, en comparaison avec des pratiques formelles, sème le doute quant à l'existence réelle du désinvestissement dans la relation d'aide de l'utilisateur vivant un TGSM et accompagné dans la communauté. Ceci porte à se questionner sur les facteurs qui produisent cette discordance et les bienfaits d'une structure d'intervention informelle.

## DISCUSSION

L'expérimentation avait pour but de déployer le RES au sein du programme de SIM. Le RES vise à favoriser l'engagement significatif de façon active dans le processus de rétablissement des personnes ayant un TGSM. Nos découvertes amènent à se questionner sur le bienfondé d'une *structure d'intervention formelle* (formalité, planification, implication explicite) qui était initialement planifiée dans le projet du RES. Elles suggèrent que les pratiques formelles participent à ce que les intervenantes perçoivent les usagers comme étant désinvesties de la relation d'aide lorsqu'ils ne s'impliquent pas formellement. Le désinvestissement perçu serait la résultante d'une discordance entre : la forme d'aide dont les usagers ont besoin, fait sens, et la structure d'intervention habituellement proposée (formalité, planification, implication explicite). De ce fait, cette discussion vise à répondre à la question suivante : *comment la proposition initiale de la méthode d'intervention du RES peut-elle s'adapter pour mieux correspondre à la forme d'aide dont ont besoin les personnes vivant avec un TGSM et suivie dans leur milieu de vie ?*

Les découvertes de la pratique suggèrent que le RES offre une avenue intéressante, mais nécessite d'être adaptée sous une forme d'intervention informelle. Une *structure d'intervention informelle* se compose de trois éléments : mettre de côté la réalisation d'un plan d'intervention; offrir des suivis informels et conviviaux; et laisser l'utilisateur diriger l'intervention. Cette forme semble offrir un terrain de pratique inhabituel qui s'accorde mieux avec les objectifs du RES et serait favorable pour intervenir auprès de personnes vivant un TGSM et recevant un accompagnement dans la communauté. Toutefois, la structure d'intervention informelle n'était pas appuyée par la littérature lors du déploiement. Il est donc intéressant de lier ces découvertes à la littérature scientifique sur le sujet.

Dans cette discussion, il sera d'abord question de présenter rapidement la structure d'intervention alternative proposée. Ensuite, les trois paramètres de la structure d'intervention informelle seront explorés (le suivi informel, la pratique flexible, l'intervention dirigée par l'utilisateur). Après, des stratégies d'investissement des usagers dans une alliance de collaboration seront passées en revue. Par la suite, l'importance de la relation sera relevée sur les trois nouvelles

modalités d'interventions (informelle, implication, flexibilité). Enfin, les implications pour le modèle du RES seront présentées.

Avant de poursuivre pour présenter la structure d'intervention alternative, il est indispensable d'apporter à l'attention du lecteur deux éléments essentiels afin de mieux saisir la proposition de cette discussion. À titre de premier élément, la structure d'intervention alternative suggérée de cet essai se risque à aborder des pratiques pouvant être considérées comme excentriques, anticonformistes ou marginales. Elle demande au lecteur de mettre de côté la représentation de la structure de l'intervention régulière (standard, prescrite), sous la forme de consultations, ainsi que certains facteurs législatifs et éthiques. Ainsi, cette discussion ne vise pas à être exhaustive, mais à explorer des pratiques peu traitées dans la littérature s'intéressant à l'intervention, auprès de personnes vivant avec un TGSM.

À titre de second élément, le désinvestissement présumé dans la relation d'aide, dont il est question dans cette discussion réfère à une attitude qui est perçue par l'intervenante. L'attitude désinvestie se présente dans cet essai comme une forme de fermeture de l'utilisateur à établir un lien avec l'intervenante, limitant les opportunités de développer une relation. Percevoir l'utilisateur comme désinvesti de la relation peut être néfaste pour la relation d'aide, puisque l'utilisateur risque d'être perçu, malgré lui, comme démotivé et réfractaire. Toutefois, les causes du désinvestissement ne sont pas toujours celles que l'on suppose initialement. C'est ce qui sera discuté dans la section suivante.

## Reconcevoir la structure d'intervention établie

Cette section présente le processus de réflexion qui s'est façonné durant l'expérimentation du RES et qui a donné lieu à une représentation de l'intervention sous une forme différente de la *structure d'intervention formelle*, à savoir une *structure d'intervention informelle*. Il s'agit de présenter promptement la proposition de cette discussion, suggérant une *reconceptualisation* de la structure d'intervention. Ici, la reconceptualisation signifie la transformation, l'adaptation, ou l'accommodation des représentations mentales que l'on associe à la structure d'intervention. Autrement dit, il s'agit de la transformation du concept de la « structure d'intervention » qui émerge instinctivement à l'esprit d'un sujet qui y réfléchit. Les différents concepts seront élaborés en détail par la suite. Cette prémisse vise à simplifier au lecteur le processus cognitif de reconceptualisation des notions (construits) associées à la structure d'intervention. La proposition de cette discussion est illustrée à la Figure 5. Dans cette section, il sera question d'exposer une synthèse de nos questionnements, nos réticences, nos défis, et nos solutions, sur la structure d'intervention.

### *Processus de reconceptualisation de la structure d'intervention*

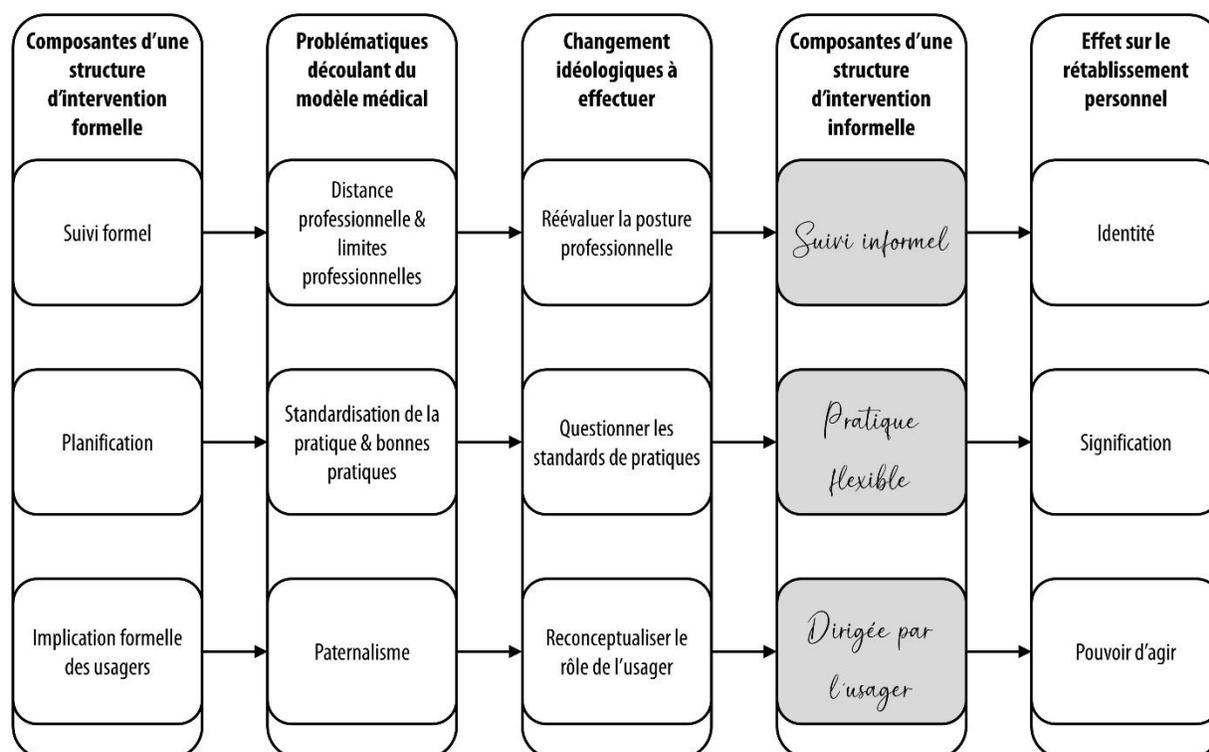


Figure 5. Processus de reconceptualisation de la structure d'intervention

Le désinvestissement dans la relation d'aide s'est présenté sous deux formes durant les premières semaines de l'expérimentation : à la phase d'intégration et à la phase de planification. Le facteur qui a compliqué la pratique du RES a été le peu de littérature trouvé sur la forme de désinvestissement constaté durant l'expérimentation. Antérieurement, il a été question du désengagement des services comme étant une forme de refus des usagers d'adhérer au traitement. Initialement, le désinvestissement durant l'expérimentation aurait pu être interprété comme si les usagers ne voulaient tout simplement pas obtenir de l'aide, donc comme un désengagement des services. Or, la poursuite de l'expérimentation sous une forme informelle a mis de l'avant le danger de ne pas offrir de l'aide lorsque l'utilisateur refuse de participer formellement à une intervention. Davies et al. (2014) observent un enjeu semblable.

Au cœur de cette étude se trouvaient les expériences de personnes marginalisées et exclues de la société en général, des personnes souvent décrites comme étant « difficiles à engager ». Cependant, ce terme n'était pas vraiment exact, car la plupart des participants souhaitaient un certain degré d'aide. Il s'agit d'une constatation importante qui indique que les difficultés d'accès aux services ne signifient pas toujours que les gens ne veulent pas d'aide [traduction libre] (p. 65).

Le désinvestissement durant la phase d'intégration peut être attribuable à l'anxiété de s'investir dans une occupation (Edgelow et Krupa, 2011), mais elle peut également se rattacher à la mince place offerte habituellement aux usagers dans leurs traitements (Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005), au désintéressement antérieur des professionnelles sur la souffrance des usagers (Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005), ou à des pertes de repères identitaires (Hammell, 2004). Aussi, les usagers peuvent ressentir le besoin de développer une alliance thérapeutique (Pettersen et al., 2014), avoir vécu des expériences négatives dans leurs relations d'aide antérieures (Pettersen et al., 2014), ou préférer un rôle passif dans l'intervention (Eliacin et al., 2015; Moran-Sanchez et al., 2021; Mundal et al., 2021). Le fait est qu'aucune hypothèse n'explique pourquoi les usagers ont présenté une attitude désinvestie, lors de l'utilisation de pratiques formelles, mais une attitude d'engagement, lors de l'utilisation de pratiques informelles. Or, il est possible de constater que les causes du désinvestissement sont soit recherchées à travers des caractéristiques de l'utilisateur, soit à travers des attitudes des professionnelles. Et s'il y avait une autre source d'influence à ces attitudes aux antipodes, à savoir la structure d'intervention ?

Une certaine *structure d'intervention formelle* est intégrée dans la formation en travail social et dans la plupart des méthodes ou programmes d'intervention (Hétu, 2014; Turcotte et

Deslauriers, 2017). Elle se compose de trois paramètres : le *suivi formel*, le *plan d'intervention* et l'*implication formelle des usagers*. Une relation d'aide débute par une évaluation, où l'on analyse les besoins (Héту, 2014; Turcotte et Deslauriers, 2017). Cette évaluation permet d'identifier des objectifs de travail et de formuler un plan d'intervention (Héту, 2014; Turcotte et Deslauriers, 2017). Cette structure de l'intervention préconise des pratiques formelles, où l'utilisateur : est informé formellement du but de la rencontre; participe formellement à l'élaboration du plan d'intervention; et partage formellement les prises de décision avec l'intervenante.

Bien que cette structure d'intervention formelle soit favorable dans la majorité des contextes d'intervention, il devient ardu de poursuivre ou de faire évoluer la relation d'aide lorsque l'utilisateur expérimente des difficultés avec ces pratiques formelles. Par exemple, comment est-il possible d'avancer dans les étapes de l'intervention, lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure de formuler des objectifs (de façon directe ou indirecte) ? Selon les lignes directrices, il est impératif que l'intervenante avec l'utilisateur identifie les besoins de la personne, évalue la situation, et planifie l'intervention (Héту, 2014; Turcotte et Deslauriers, 2017). L'expérimentation du RES met en lumière la difficulté de réconcilier l'implication formelle des usagers et la planification de l'intervention avec le contexte particulier du suivi dans la communauté auprès de personnes vivant un TGSM.

Devant ce défi, nos découvertes montrent que l'intervenante peut prendre deux tangentes. La première tangente se déclare en interprétant l'attitude de l'utilisateur comme étant un refus d'obtenir de l'aide (désinvestissement). Cet angle d'analyse entraîne du découragement, un sentiment d'impuissance, des frustrations, et un sentiment d'inefficacité de la part de l'intervenante (Angell et Mahoney, 2007).

La seconde tangente que peut prendre l'intervenante consiste à questionner la structure d'intervention. En partant de l'idée que les usagers ont présenté une attitude d'ouverture avec des pratiques informelles et ont vécu plus de difficultés avec des pratiques formelles, on peut supposer que le problème du désinvestissement se situe dans la structure d'intervention formelle préconisée. Selon ce postulat, l'utilisateur, perçu comme désinvesti, éprouve dans les faits tout simplement de la difficulté à s'inscrire, ou à se reconnaître dans une structure d'intervention rigide, encadrante, et structurée. On cherche à ce que l'utilisateur s'implique dans un processus d'intervention défini pour lui, et non par lui. Autrement dit, l'utilisateur ne serait pas réellement désinvesti dans la relation d'aide.

Il s'agirait d'incompatibilité avec la structure d'intervention formelle, qui ne correspond pas au type d'aide dont il a besoin. La formule échoue donc à permettre un réel investissement de l'utilisateur et agit comme une condition d'exclusion des services d'aide. L'intervenante, qui questionne la structure d'intervention formelle, constate les incohérences, mais est parfois contrainte dans ses actions par des directives rigides. Elle agit comme coussin entre ces directives et les usagers. Elle s'y conforme, tout en essayant d'éviter d'imposer ces pratiques aux usagers.

On observe que cette structure d'intervention formelle prend une place importante dans le développement des programmes d'intervention, rendant complexe de s'en extraire. En effet, elle semble ancrée dans plusieurs formes de pratiques innovantes, comme la participation active de l'utilisateur, la flexibilité dans l'intervention, la personnalisation de l'intervention, le pouvoir d'agir aux usagers, etc.

Certains chercheurs, adoptant des méthodes de recherche inductive et ancrée, suggèrent que la structure d'intervention formelle demeure influencée par une représentation médicale de l'intervention (Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Le modèle médical encourage des méthodes traditionnelles qui allient la *distance professionnelle*<sup>4</sup>, le *paternalisme*<sup>5</sup>, et la *standardisation de la pratique*<sup>6</sup> d'intervention (Lecomte, 2003). Le premier paramètre, le suivi formel, s'inscrit dans le maintien d'une distance entre l'utilisateur et l'intervenante. Le second paramètre, la planification de l'intervention, adhère à la standardisation de la pratique (basées sur les données probantes positivistes). Le troisième paramètre, l'implication des usagers, demeure influencé par une forme de paternalisme. Ainsi, par extension, les pratiques innovantes qui intègrent dans leur cadre la structure d'intervention formelle conservent une influence des approches médicales (Couturier et al., 2009; Khoury, 2019; Klevan et al., 2021; Lecomte, 2003).

---

<sup>4</sup> Traditionnellement, les limites professionnelles sont définies comme suit : « le rôle professionnel idéal a traditionnellement été caractérisé par la neutralité et la distance, par des professionnels s'abstenant d'avoir des relations réciproques avec les usagers et de partager des détails sur leur vie personnelle (Parsons, 1951) [traduction libre] » (Ljungberg, et al., 2016, p. 578).

<sup>5</sup> Le paternalisme signifie que la professionnelle prend l'ensemble des décisions sur la condition du patient, puisqu'elle considère détenir l'expertise professionnelle essentielle à la décision (Matscheck et al., 2020). Il existe un continuum du paternalisme de la professionnelle allant du contrôle complet de la décision au partage de la décision (Matscheck et al., 2020).

<sup>6</sup> « La logique des bonnes pratiques préconise le développement et la mise en œuvre d'interventions et de méthodes basées sur un manuel et standardisées dans la pratique, comme un moyen de garantir que tous les consommateurs/usagers/patients reçoivent un soutien et un traitement qui a été établi comme efficace en termes d'obtention de résultats positifs pour les usagers [traduction libre] » (Ljungberg, et al., 2016, p. 275).

La juxtaposition, des pratiques innovantes avec la structure d'intervention formelle, paralyse ces innovations dans des pratiques traditionnelles, dénoncées par l'approche axée sur le rétablissement personnel (Couturier et al., 2009; Khoury, 2019; Klevan et al., 2021; Lecomte, 2003).

En prenant conscience des enjeux liés à la structure d'intervention formelle, l'intervenante de la seconde tangente peut questionner les pratiques encouragées, et adapter les incohérences en fonction du contexte. Nos découvertes suggèrent qu'une *structure d'intervention informelle*, alliant un *suivi informel*, une *pratique flexible*, et une *intervention dirigée par l'usager*, permet de surpasser les attitudes de désinvestissement des usagers. Des études inductives et ancrées observent l'utilisation d'une structure d'intervention informelle chez les intervenantes œuvrant dans le milieu de vie des personnes vivant avec un TGSM (Chen et Ogden, 2012; Davies et al., 2014; Khoury, 2019; Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Shevellar et Barringham, 2015; Topor et Denhov, 2014; Topor et Matscheck, 2021). Les intervenantes dans la pratique sont conscientes des incohérences de la structure formelle avec leur contexte de travail (Chen et Ogden, 2012; Davies et al., 2014; Khoury, 2019; Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Shevellar et Barringham, 2015; Topor et Denhov, 2014; Topor et Matscheck, 2021). Elles naviguent autour et les contournent pour préserver les pratiques les plus aidantes possibles pour les usagers (Chen et Ogden, 2012; Davies et al., 2014; Khoury, 2019; Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Shevellar et Barringham, 2015; Topor et Denhov, 2014; Topor et Matscheck, 2021).

La structure d'intervention formelle s'inscrit dans la législation (p. ex., plan d'intervention inscrit dans la loi sur les services de santé et les services sociaux) et dans les normes générales de l'exercice de la profession de travailleuse sociale (p. ex., processus d'intervention sociale). De ce fait, certains acteurs (organisations, institutions, gestionnaires, professionnelles, etc.) pourraient se montrer résistants devant ces changements structuraux. Il n'est pas question de responsabiliser un acteur en particulier. Le but est de faire état d'une situation difficile à surmonter, à savoir la transformation de la représentation de la structure d'intervention. Autrement dit, on vise à nommer les enjeux et les alternatives de la structure d'intervention, tout en évitant d'incriminer ou de culpabiliser un groupe en particulier. La recherche de coupable est dérisoire, et risque de faire dévier la discussion des réelles problématiques.

En résumé, la structure d'intervention formelle influence plusieurs méthodes de pratiques d'intervention (formalités, planification, implication formelle des usagers). Lorsque l'usager n'est

pas en mesure d'identifier des objectifs, il risque d'être perçu comme désinvesti dans la relation d'aide. Une structure d'intervention informelle peut possiblement surmonter ce défi (suivi informel, flexibilité, suivi dirigé par l'utilisateur).

### **Innovations dans la structure d'intervention**

De ce qui précède, afin que le RES corresponde mieux au rétablissement personnel, il serait bénéfique de cesser d'analyser l'attitude des professionnelles ou des usagers, et de porter une plus grande attention aux problématiques émergeant de la structure d'intervention préconisée. Nos découvertes ont révélé que les usagers vivant avec un TGSM vivent des difficultés à s'identifier à une structure d'intervention formelle, planifiée et ayant des procédures d'implications protocolaires. Les attitudes des usagers, ayant l'apparence du désinvestissement en regard des différentes formalités, laissent croire qu'ils réclament une transformation de la structure d'intervention afin de mieux correspondre au type d'aide dont ils ont besoin.

La structure d'intervention informelle propose d'intégrer des suivis informels qui rendent indispensable d'œuvrer avec flexibilité, et apporte un sens continu à l'implication des usagers. Ainsi, l'expérimentation du RES montre des paramètres d'intervention différents, à savoir le suivi informel, la pratique flexible et l'intervention dirigée par l'utilisateur.

## Suivi informel ou suivi formel

Durant l'expérimentation du RES, les pratiques informelles utilisées par la stagiaire se sont révélées plus fructueuses comparativement à des pratiques formelles. Des suivis informels engendrent une attitude plus ouverte et investie de l'utilisateur dans la relation d'aide. Bien que cette formule soit unanimement comprise par les intervenantes du SIM, le concept n'est pas si simple à définir. D'abord, diviser le concept par ses composantes (convivialité, réciprocité, spontanéité, proximité, quotidienneté) y fait perdre son sens profond. Ensuite, le concept (le caractère amical) peut se présenter en tension avec le code de déontologie des travailleuses sociales (OTSTCFQ, 2020). Le suivi informel peut générer des appréhensions. Toutefois selon nos découvertes, on croit que les pratiques informelles diminuent la distance sociale entre l'intervenante et l'utilisateur vivant un TGSM en processus de rétablissement dans son milieu de vie. L'intervention dans le milieu de vie, la vulnérabilité de cette population et le quotidien qui est souhaité par la formule du SIM requiert une relation plus égalitaire (bien qu'elle ne soit jamais totalement égalitaire).

Afin d'illustrer le suivi informel, il est pertinent de débiter par sa définition. La définition du terme informel se lit comme, étant : « exempt de formalisme, de caractère officiel » (Cajolet-Laganière et al., 2013, s.p.). Or, cette définition est plutôt circulaire. Le sens d'informel, tel que présenté dans la définition précédente, est un emprunt de l'anglais, mais reconnu depuis peu comme définition admissible dans la langue française (BDL, 2020). La définition anglaise exprime plus fidèlement sa signification. « [1] Un discours, un comportement ou une situation informelle est détendu et convivial plutôt que sérieux, très correct ou officiel. [2] On utilise informel pour décrire quelque chose qui se fait officieusement ou avec désinvolture sans planification [traduction libre] » (Collectif, 2022, s.p.). Afin d'appuyer le concept, un verbatim, présenté dans l'étude de Green et al. (2008), représente particulièrement bien nos découvertes sur le suivi informel et son effet sur les usagers.

Maintenant, docteur [NOM] est un genre de gars nonchalant (*handsoff*). Vous entrez et il vous dit : « Bonjour, comment allez-vous ? Je sais que vous avez bien compris la procédure. » [Je dis] Il y a trois mois, j'ai dû prendre cette demi-pilule supplémentaire, mais tout s'est bien passé. Ensuite, le reste de la conversation est : « Avez-vous des projets de vacances ? » Bien sûr, il me regarde et il m'évalue à travers ces conversations, mais personne n'essaie d'entrer dans ma tête pour savoir si j'ai eu une névrose toute ma vie. C'est juste très confortable. C'est juste la façon dont je voudrais que ce soit [traduction libre] (p. 14).

Les usagers vivant avec un TGSM semblent réclamer implicitement une diminution des paramètres formels d'intervention. Cet extrait, tiré de Green et al. (2008, p. 14), appuie le postulat selon lequel les usagers valorisent une structure d'intervention informelle et correspond mieux à l'aide dont ils ont besoin.

### ***L'ineffable suivi informel***

En dépit de cette définition, le suivi informel mérite des explications plus explicites. Or, définir le concept se révèle être une tâche complexe. Le facteur ineffable des pratiques utilisées par les intervenantes est exploré par Bøe et al. (2019). Ces chercheurs expliquent que la profondeur d'une réalité est perdue, lorsque l'on tente de l'étudier par ses composantes séparées (Bøe et al., 2019). On constate le même phénomène pour le suivi informel (Bøe et al., 2019; Grant et Mandell, 2016). Un résultat de Grant et Mandell (2016) témoigne de cette difficulté. Des intervenantes dans l'étude de Grant et Mandell (2016) ont décrit leur pratique dans la communauté comme étant informelle. Les précisions apportées par les participantes sont les suivantes : « l'utilisation des prénoms et l'habillement de civil contribuent à la nature informelle de la relation. [...] C'est tout simplement l'atmosphère de détente [traduction libre] » (Grant et Mandell, 2016, p. 703). Il est possible de constater que la décomposition du suivi informel par ses composantes traduit faiblement la réalité de la pratique (Bøe et al., 2019; Grant et Mandell, 2016). C'est seulement à travers l'organisation complexe et dynamique des parties du suivi informel qu'il est possible de capturer sa valeur (Bøe et al., 2019; Grant et Mandell, 2016). Bref, tout en sachant que les composantes ne rendent pas compte de la réalité du suivi informel, il est pertinent de les explorer en ayant à l'esprit leur interdépendance. Il se caractérise par *la proximité et l'intimité; la quotidienneté; la convivialité; l'authenticité et la spontanéité; et la réciprocité*. Chacune de ces caractéristiques sera définie plus bas.

### ***Caractéristiques du suivi informel– Paramètre de la structure d'intervention informelle***

Le « suivi informel » est identifié par différents termes dans la littérature sur le suivi dans le milieu de la personne vivant avec un TGSM. En considérant les différences entre les

nomenclatures utilisées dans les écrits identifiés sur le sujet, il est possible de croire qu'il n'existe aucun accord établi sur la terminologie pour identifier la pratique particulière que les intervenantes utilisent dans le milieu de vie des usagers vivant avec un TGSM (Angell et Mahoney, 2007; Bøe et al., 2019; Chen et Ogden, 2012; Grant et Mandell, 2016; Green et al., 2008; Lindvig et al., 2021; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014). Le terme « suivi informel » a été choisi dans cette discussion, puisque l'intervenant expérimenté identifiait sa pratique de cette façon. Les caractéristiques du suivi informel se divisent en deux catégories. On retrouve deux caractéristiques liées au contexte particulier d'intervention (proximité, quotidienneté) et trois caractéristiques liées à la relation entre l'intervenante et l'utilisateur (convivialité, réciprocité, spontanéité).

### *Intimité et proximité élevées*

Le suivi informel implique de l'intimité et de la proximité entre l'utilisateur et l'intervenante (Angell et Mahoney, 2007; Khoury, 2019). Le SIM offre un accompagnement au sein du milieu de la vie de la personne. Ce contexte rend difficile d'œuvrer de la même façon que dans un milieu physique institutionnel (p. ex., hôpital, clinique, bureau) (Angell et Mahoney, 2007; Khoury, 2019). L'intensité de services, le suivi dans le milieu de vie, et l'accompagnement pour les tâches du quotidien forment le contexte d'intervention qui disposent à une grande proximité entre la professionnelle et l'utilisateur (Angell et Mahoney, 2007; Khoury, 2019). Ce contexte donne naissance à une certaine intimité pouvant être utile pour : créer un lien de confiance; plus facilement apprendre à se connaître; et mieux échanger et négocier (Angell et Mahoney, 2007; Khoury, 2019). De même, l'intimité et la proximité permettent à l'intervenante de maximiser la personnalisation de l'intervention en prenant en compte l'environnement de l'utilisateur (Khoury, 2019). En ce sens, l'intimité et la proximité se transforment et passent de paramètres de l'environnement de l'intervention, à paramètres de l'intervention directement. Elles deviennent des dispositifs de l'intervention.

### *Quotidienneté*

Le suivi informel dans le milieu de vie se caractérise par le partage du quotidien entre l'intervenante et l'usager (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012; Topor et al., 2018). D'abord, la quotidienneté signifie que l'intervenante partage avec l'usager plusieurs moments de la vie de tous les jours (Chen et Ogden, 2012; Topor et al., 2018). Également, les suivis peuvent inclure l'accomplissement avec l'usager de tâches de la vie courante (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012; Topor et al., 2018). Le partage d'activités du quotidien donne lieu à différentes opportunités d'intervention qui sont impossibles à planifier et improbables dans des rencontres conventionnelles en relation d'aide (Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020). La nature routinière et informelle de l'intervention contribue à préserver l'intégrité du milieu de vie comme domicile, plutôt que comme lieu de traitement (Angell et Mahoney, 2007; Skatvedt, 2017). Il est donc possible de comprendre que des formalités risquent d'extraire l'usager de son quotidien et le ramener dans un statut de patient (p. ex., élaboration d'un plan d'intervention, questions systématiques et formelles sur les difficultés liées au TGSM, etc.). En somme, la quotidienneté participe à la formation d'un contexte « ordinaire »<sup>7</sup> au suivi et évite de rappeler le TGSM qui a donné lieu à ce suivi.

### *Convivialité*

Avant de définir la convivialité, il est nécessaire d'apporter certaines précisions. L'ensemble des études s'intéressant au suivi informel rapporte que cette pratique reproduit des caractéristiques d'une relation conventionnelle avec la famille, les amis, les proches, etc. (Angell et Mahoney, 2007; Bøe et al., 2019; Chen et Ogden, 2012; Green et al., 2008; Ljungberg et al., 2015; Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004). En raison de sa tension avec le code de déontologie (OTSTCFQ, 2020), le caractère amical du suivi informel pourrait être hâtivement ignoré, comme Shevellar et Barringham (2015) l'ont si bien expliqué.

En nommant ce défi, nous sommes conscients que nous nous attaquons à un sujet controversé. De plus en plus, nous constatons que même simplement parler de ce qui se passe réellement autour du comportement et de l'éthique dans le travail

---

<sup>7</sup> Le terme « ordinaire » est privilégié au terme « normal ». Dans un contexte d'intervention auprès de personnes vivant avec un TGSM, le concept de normalité se révèle être relatif et donc indéterminé.

communautaire est difficile, et que les histoires contraires aux vérités sanctionnées sont rapidement discréditées, tout comme les travailleurs qui les racontent. Mais alors que nous regardons les travailleurs que nous soutenons lutter pour donner un sens à la sagesse adoptée dans le désordre de la pratique, nous pensons également que cette conversation, très risquée, est nécessaire. Les points communs dans les histoires que les travailleurs racontent sont la difficulté d'atteindre la clarté des rôles, le défi de savoir la meilleure chose à faire et la lutte contre l'anxiété accrue qui l'accompagne [traduction libre] (p. 182).

Bien que le caractère amical puisse être confrontant quant aux limites professionnelles adéquates à adopter comme professionnelle, il nous est impossible de l'ignorer en raison de sa récurrence et de son importance dans l'ensemble des écrits recensés sur le sujet dans cette discussion. Certains expliquent que la pratique est répandue chez les intervenantes, mais qu'elle est discréditée et camouflée derrière des interprétations des observateurs externes comme étant des actes non professionnels (sur implication, échec de maintenir une distance) (Shevellar et Barringham, 2015; Topor et al., 2006). Afin de reconnaître l'importance du code déontologique professionnel et en raison de la nature formative de cet essai, le terme « convivial » remplacera le terme « amical » pour référer aux caractéristiques de la relation qui reproduisent ceux d'une relation amicale. Ceci étant dit, il est important d'apporter à l'attention du lecteur que le terme « amical » a été utilisé par ces écrits (Angell et Mahoney, 2007; Bøe et al., 2019; Chen et Ogden, 2012; Green et al., 2008; Ljungberg et al., 2015; Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004). Toutefois, il est accompagné, systématiquement, d'un groupe de mots qui modère le terme, tel que « presque comme un ami » (Topor et Denhov, 2014), « comme un ami » (Topor et al., 2018; Ware et al., 2004) « ressemblant à une relation amicale » (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012; Skatvedt, 2017), et « comme des amitiés » (Green et al., 2008).

La convivialité réfère à la façon que la professionnelle entre en relation et se comporte avec les usagers (Angell et Mahoney, 2007; Bøe et al., 2019; Chen et Ogden, 2012; Green et al., 2008; Ljungberg et al., 2015; Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004). Dans une intervention informelle, la professionnelle reproduit les caractéristiques d'une relation conventionnelle : décontractée (Chen et Ogden, 2012), chaleureuse (Skatvedt, 2017), plus égalitaire (Ware et al., 2004), propice à la confiance (Angell et Mahoney, 2007), ton de voix doux (Bøe et al., 2019), etc. Topor et al. (2018) décrivent le rapport entre les acteurs comme étant convivial tout en conservant leur rôle distinctif (rôle d'utilisateur et de professionnelle). Pour Bøe et al. (2019), la convivialité se comprend dans sa profondeur par le terme en lui-même.

*Certains peuvent suggérer que le ton de voix, par exemple, ne doit pas être considéré comme l'expression d'une certaine convivialité sous-jacente; certains pourraient dire que le ton est la convivialité. La convivialité n'est ni l'expression d'une qualité sous-jacente (profonde) ni une interprétation ajoutée. La convivialité coïncide avec le ton. Tout est là à la surface [traduction libre] » (Bøe et al., 2019, p. 8).*

Cette forme d'entrée en relation conviviale participe à ce que l'utilisateur se sente « ordinaire » (même niveau social ou hiérarchique) (Green et al., 2008; Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Webb et al., 2020). Les usagers ressentent les comportements conviviaux comme des signes que la professionnelle reconnaît l'humanité qui est partagée entre les deux (Green et al., 2008; Skatvedt, 2017; Webb et al., 2020). Ceci participe à réduire la distance entre l'utilisateur et l'intervenante (Green et al., 2008; Skatvedt, 2017; Webb et al., 2020).

**Convivialité et risques d'ambiguïté.** Il est possible que la convivialité fasse naître certaines ambiguïtés entre l'intervenante et l'utilisateur au cours de la relation d'aide. Or, les écrits s'accordent sur le fait que la ligne est claire dans le rôle de chacun (Chen et Ogden, 2012; Green et al., 2008; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014). Chen et Ogden (2012) soulèvent que les intervenantes questionnées qui utilisent un ton informel ont rapporté ne jamais avoir vécu de malentendu quant à la relation usagers-intervenantes, puisqu'elle est réalisée dans le but d'aider les usagers. De la même façon, Green et al. (2008) avancent qu'il n'y a aucune problématique de compréhension des usagers quant au type de relation avec leur intervenante. Ils appuient leur argument par le fait que les usagers utilisent le terme « comme », en référence à la relation avec leur intervenante (comme une amitié), sous-tendant l'idée qu'ils font la distinction d'avec une relation conviviale ordinaire (Green et al., 2008). Les résultats de Topor et Denhov (2014) et Topor et al. (2018) abondent dans le même sens.

De ce qui précède, il est possible de comprendre que les usagers distinguent clairement une relation professionnelle conviviale, d'une relation conviviale conventionnelle. La fonction sociale (usager, professionnelle) de chacun des acteurs peut contribuer à établir cette distinction (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012). Autrement dit, le fait d'être conscient que la professionnelle est une professionnelle, et que l'utilisateur est un usager contribue à établir une limite claire (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012). Dans le même ordre d'idées, il est possible que la multiplication des missions de l'intervenante (morale, motivation, conviviale) atténue les ambiguïtés qui peuvent naître dans la relation (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012).

L'intervenante, par son rôle moral, est amenée à imposer des limites, lorsque l'utilisateur met son intégrité en péril, agit contre la loi, ou manque de respect envers elle (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012). Par exemple, elle se campe dans son rôle moral en énonçant à l'utilisateur qu'elle ne peut pas encourager ce genre de comportement. La professionnelle, dans son rôle de motivation, encourage l'utilisateur à atteindre ses objectifs ponctuels ou spécifiques, ce qui réinstalle des paramètres d'une relation d'aide (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012).

En résumé, la convivialité peut soulever des questions éthiques et risquer certaines ambiguïtés. Toutefois, elle reconnaît la valeur humaine de l'utilisateur et réduit la distance entre l'utilisateur et l'intervenante. Les discussions entre les deux parties, sur les enjeux qui peuvent émerger durant la relation, demeurent essentielles à avoir.

### *Authenticité et spontanéité*

Les pratiques informelles incluent des facteurs de spontanéité et d'authenticité (Chen et Ogden, 2012; Green et al., 2008; Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014). Elles se produisent de façon imprévue durant les interventions, rendant difficile d'en planifier l'utilisation (Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018). Ainsi, les formes de planification de l'intervention pourraient réduire les opportunités d'authenticité, lorsqu'elles sont trop rigidement réalisées (Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018). Skatvedt (2017) suggère que les personnes vulnérables ou considérées comme déviantes interprètent les « interactions comme des dramatisations physiques de l'authenticité [traduction libre] » (p. 10). Ces dramatisations sont définies par l'auteure comme le résultat entre des composantes de l'interaction (ton, gestuelle, voix), et les réactions émotionnelles (et physiques) provoquées par l'interaction (Skatvedt, 2017). Autrement dit, l'utilisateur perçoit de l'authenticité, lorsque des comportements de l'intervenante sont perçus comme favorables, et catalysent un ressenti (Skatvedt, 2017). En somme, le simple fait d'adopter des pratiques informelles témoigne de l'authenticité de l'intervenante (Skatvedt, 2017).

## *Réciprocité*

La réciprocité s'intègre au suivi informel (Green et al., 2008; Lindvig et al., 2021; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004). La réciprocité signifie que les deux acteurs participent activement à la relation d'aide. Green et al. (2008) soutiennent que les usagers considèrent la relation aidante lorsque la professionnelle participe activement à la relation. La réciprocité peut se réaliser de différentes façons. D'abord, elle se concrétise par une confiance réciproque, où l'intervenante peut autant faire confiance en l'utilisateur, que l'utilisateur peut lui faire confiance (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012; Grant et Mandell, 2016; Green et al., 2008; Ljungberg et al., 2015; Skatvedt, 2017).

De plus, elle s'actualise à travers le partage et l'échange mutuel, entre les deux acteurs, de leurs expériences et émotions (Lindvig et al., 2021). Les usagers, questionnés par Green et al. (2008), rapportent un effet favorable apporté par l'échange et le dévoilement de soi de l'intervenante. Les résultats de Topor et Denhov (2014) montrent que le dévoilement de soi de l'intervenante réduit la distance sociale entre les deux acteurs. Dans leur étude, un usager a rapporté ceci :

Pour moi, j'avais l'impression d'être comme dans la confiance de mon thérapeute. C'était comme s'il me voyait comme un égal en me racontant ses propres expériences et j'ai pensé que c'était bien. Cela a très bien fonctionné. Une chose était qu'il aimait peindre, alors là, nous avons beaucoup de choses à nous dire [traduction libre] (Topor et Denhov, 2014, p. 232).

En ce sens, le dévoilement de soi serait bénéfique pour la redéfinition de l'identité de l'utilisateur (Topor et Denhov, 2014).

Finalement, la réciprocité s'opérationnalise par des pratiques dialogiques entre l'intervenante et l'utilisateur (Lindvig et al., 2021). Le dialogue est particulièrement apprécié par les usagers lorsqu'ils ont des opportunités de prendre la parole, d'être libres de discuter des sujets désirés, et avoir un interlocuteur qui les aborde avec respect, intérêt, chaleur et authenticité (Ware et al., 2004).

Bref, la réciprocité implique l'échange, le partage, la révélation de soi, le dialogue, et la confiance mutuelle. Des études suggèrent que la réciprocité permet de découvrir des points en commun ou des affinités alimentant la relation d'aide et rapprochant les acteurs (Ljungberg et al.,

2015; Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018; Ware et al., 2004). Ainsi, la réciprocité réduit la distance entre la professionnelle et l'utilisateur (Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018; Ware et al., 2004).

En résumé, le suivi informel se compose de la convivialité, la réciprocité, et l'authenticité (spontanéité). Il s'exerce dans le quotidien et avec une proximité (intimité) entre les acteurs. Il s'agit du premier paramètre de la structure d'intervention informelle.

### ***Ressemblance avec l'alliance thérapeutique***

Plusieurs écrits s'entendent sur le fait que la relation d'aide entre l'intervenante et l'utilisateur se présente différemment dans un contexte de suivi dans le milieu de vie des personnes vivant avec un TGSM (Angell et Mahoney, 2007; Bøe et al., 2019; Chen et Ogden, 2012; Grant et Mandell, 2016; Green et al., 2008; Lindvig et al., 2021; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014). Or, ces derniers ne s'entendent pas sur les particularités qui différencient le suivi informel, d'une alliance thérapeutique reconnue comme essentielle dans la relation d'aide. L'alliance thérapeutique serait le produit entre :

la dimension cognitive, [qui] se traduit par la capacité à travailler efficacement pour atteindre les objectifs par l'accomplissement des tâches liées au processus de changement, [et] la dimension affective, [qui] désigne l'engagement du client et de l'intervenant l'un envers l'autre, et la compréhension empathique de l'intervenant (Turcotte et Deslauriers, 2017, p. 45).

En effet, certains pourraient pointer plusieurs similarités entre le suivi informel et l'alliance thérapeutique. Le fait est qu'une partie de cette affirmation est vraie. Plusieurs composantes du suivi informel sont des techniques pour développer une alliance thérapeutique. Il reste qu'il existe une nuance importante, mais qui est directement abordé dans seulement trois articles que l'on a recensé sur le sujet (Angell et Mahoney, 2007; Topor et al., 2018; Ware et al., 2004). La première proposition de distinction est discutée par Angell et Mahoney (2007). Elles soutiennent que la différence principale concerne la valeur accordée aux objectifs spécifiques de l'intervention (Angell et Mahoney, 2007). Le suivi informel ne met pas au premier plan l'entente mutuelle sur les objectifs d'intervention, contrairement à l'alliance thérapeutique (Angell et Mahoney, 2007). Cette interprétation s'accorde avec nos découvertes constatant des risques d'exclure, des services d'aide, les personnes qui ne sont pas en mesure de formuler des objectifs d'intervention. En effet,

la difficulté d'identifier des objectifs n'est pas directement liée à une faible alliance. L'expérimentation révèle qu'il est possible de développer une alliance avec l'utilisateur, malgré l'absence d'objectifs spécifiques d'intervention.

La seconde proposition, afin de distinguer l'alliance thérapeutique et le suivi informel, est exposée par Topor et al. (2018) et Ware et al. (2004). Selon eux, l'alliance thérapeutique cherche à préserver une certaine distance (Topor et al., 2018; Ware et al., 2004). Ils soutiennent que le suivi informel se distingue de l'alliance en visant à réduire la distance entre l'utilisateur et l'intervenante (Topor et al., 2018; Ware et al., 2004). L'intervenante adopte un mode d'interaction qui rétablit les similitudes humaines entre les deux acteurs (Topor et al., 2018; Ware et al., 2004). Elle traite l'utilisateur sur un même pied d'égalité, en tentant de réduire les différences de statut social et de pouvoir (Topor et al., 2018; Ware et al., 2004).

Selon notre analyse, une troisième hypothèse est possible pour différencier l'alliance thérapeutique et le suivi informel. On croit que le caractère convivial du suivi informel pourrait être un élément de distinction avec l'alliance thérapeutique. La convivialité n'est pas comprise parmi les conditions essentielles à l'établissement d'une alliance thérapeutique (Turcotte et Deslauriers, 2017). À l'inverse, la convivialité est discutée dans tous les écrits recensés sur le suivi informel (Angell et Mahoney, 2007; Bøe et al., 2019; Chen et Ogden, 2012; Grant et Mandell, 2016; Green et al., 2008; Khoury, 2019; Lindvig et al., 2021; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014).

En somme, il existe des nuances entre l'alliance thérapeutique et le suivi informel. La différence peut être attribuable : au niveau d'importance accordée aux objectifs de l'intervention, à l'ampleur de la distance maintenue entre l'utilisateur et l'intervenante, ou à l'attitude conviviale ou formelle de l'intervenante.

### ***Compléments d'informations sur le suivi informel***

Certains éléments sont importants à ajouter pour bien comprendre le suivi informel. La littérature met de l'avant l'effet amplifié du suivi informel en raison de son contraste avec les expériences négatives passées avec les services de soins. Également, le suivi informel est perçu par

les usagers comme des comportements des professionnelles qui leur donnent l'impression d'être considérés comme une personne à part entière. Finalement, le suivi informel est le produit de l'expérience des professionnelles sur le terrain. Discutons de ces trois éléments.

### *Effets amplifiés du suivi informel*

Les études s'entendent pour dire que le suivi informel impacte favorablement la relation d'aide, en raison de son contraste avec les expériences négatives passées des usagers et leurs attentes qui en découlent (Chen et Ogden, 2012; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004). Dans un contexte relationnel usuel avec ses proches, les pratiques informelles sont considérées comme ordinaires (Topor et al., 2018). Des écrits rapportent que ces comportements sont inattendus par les personnes vivant un TGSM de la part d'une professionnelle (Chen et Ogden, 2012; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004). L'effet inattendu serait influencé par un historique d'expériences négatives avec les services d'aide chez cette population (Chen et Ogden, 2012; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004). « L'impact des transgressions de règles et règlements [suivi informel] s'explique par son contraste avec les attentes des usagers et les expériences antérieures dans des contextes où l'accent était mis sur leurs symptômes et leurs handicaps [traduction libre] » (Topor et Denhov, 2014, p. 235). Les expériences négatives vécues durant l'hospitalisation sont l'exemple le plus commun et représentatif (Chen et Ogden, 2012; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004). Elle est décrite par les usagers comme un traumatisme violent, affectant les relations subséquentes avec les services d'aide (Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005). Les usagers dénoncent la sévérité du milieu, parfois interprété comme un contexte équivalent à la prison (Priebe et al., 2005). Les usagers du SIM ont souvent été préalablement hospitalisés, ce qui peut participer à leur vision favorable quant à une relation d'aide informelle.

### *Effets sur l'identité de la personne et rétablissement personnel*

Les écrits s'accordent sur le fait que le suivi informel produit un impact positif sur l'identité des usagers (Chen et Ogden, 2012; Green et al., 2008; Lindvig et al., 2021; Topor et al., 2018;

Topor et Denhov, 2014). Ils rapportent qu'une pratique informelle redonne le titre de personne ou de citoyen, plutôt que de patient (Chen et Ogden, 2012; Green et al., 2008; Lindvig et al., 2021; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014). Ceci est rapporté autant par les intervenantes (Chen et Ogden, 2012; Lindvig et al., 2021; Topor et al., 2018) que par les usagers (Green et al., 2008; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014). Illustrons cette idée par un exemple.

Une première intervenante se présente à un suivi chez un usager. Après avoir effectué les salutations habituelles, elle s'informe sur les hallucinations de l'usager, sa prise de médication, et sur ses démarches pour faire l'épicerie.

Une seconde intervenante accompagne l'usager pour son épicerie. Durant la route, l'intervenante s'informe comment l'usager se porte. Ce dernier l'informe qu'il trouve difficile de vivre avec les voix qui l'insultent dans sa tête.

Dans la seconde situation, le partage d'un moment du quotidien permet la confiance. L'usager a de lui-même abordé son défi. Ceci préserve l'intégrité du quotidien. Dans la première situation, les questions formelles agissent comme indices, signes, ou rappels à l'usager que les suivis existent, parce qu'il présente un TGSM, et que l'intervenante est présente pour l'aider. Le suivi informel offre un dispositif d'intervention qui respecte le quotidien, et par extension, l'identité de personne (Chen et Ogden, 2012; Green et al., 2008; Lindvig et al., 2021; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014). Dans le même ordre d'idées, Topor et Denhov (2014) soutiennent que le suivi informel permet aux intervenantes de montrer qu'elles reconnaissent la valeur humaine des usagers et génère à l'usager l'impression de se sentir comme une personne traitée avec appréciation et singularité. De façon analogue, Green et al. (2008) exposent que certains usagers préfèrent que les professionnelles fassent l'usage de discussions sur des banalités pour évaluer leur état. Bien qu'ils soient conscients que ces échanges informels permettent d'analyser leur situation, la formule informelle alimente le sentiment de se sentir ordinaire (Green et al., 2008). Ceci suggère que les usagers souhaitent obtenir de l'aide, mais préfère éviter de s'inscrire dans une structure d'intervention formelle qui les ramène à un statut de patient.

Ceci fait écho au concept d'identité promu par le rétablissement personnel (Leamy et al., 2011). Selon ce qui précède, la relation entre l'usager et l'intervenante exerce un effet sur l'identité semblable à une occupation significative. Elle permet à l'usager de passer de patient à une personne avec une valeur humaine singulière (Hancock et al., 2015; Nordaunet et Sælør, 2018). Également, l'impact favorable du suivi informel sur la redéfinition de l'identité de la personne offre un élément

de réponse important au fait que les usagers montraient du désinvestissement lors des pratiques formelles et de l'investissement lors des pratiques informelles.

En résumé, l'engagement dans des occupations significatives sous-entend que l'utilisateur se positionne dans un rôle de personne ayant des intérêts, des aspirations, et des capacités. Toutefois, adopter une posture strictement formelle durant l'expérimentation semblait contradictoire avec des interventions visant l'engagement significatif, où l'intervenante cherche à reconnaître les capacités de l'utilisateur. Autrement dit, les suivis réguliers dans le milieu de vie risquent de ramener la personne dans un rôle d'aidé lorsque l'intervenante adopte des méthodes formelles. C'est ce que semblait refléter l'attitude de désinvestissement des usagers.

### *Recherche sur la pratique des intervenantes dans la communauté*

La littérature sur le suivi informel s'est développée à partir d'observations récurrentes de son utilisation par les intervenantes accompagnant des usagers vivant avec un TGSM dans leur milieu de vie (Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Topor et al., 2018; Topor et Matscheck, 2021; Topor et al., 2019). Ceci fait le parallèle avec nos découvertes. Alors que les manuels d'intervention occultent une telle approche, les intervenantes du SIM semblent l'avoir intégré dans leur pratique (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021; Topor et al., 2019). On peut se questionner sur ce qui freine la diffusion du suivi informel comme pratique reconnue considérant : les bénéfices sur l'identité des usagers; les considérations favorables des usagers pour cette formule; et les démonstrations sur le terrain qui s'accumulent, montrant l'efficacité de la formule (Green et al., 2008; Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014).

### *Questions déontologiques*

Il nous est impossible d'ignorer les questionnements déontologiques que le suivi informel peut soulever. La littérature sur le sujet reconnaît que cette forme de pratique peut franchir certaines limites professionnelles, là où il existe une zone grise (Angell et Mahoney, 2007; Bøe et al., 2019;

Chen et Ogden, 2012; Green et al., 2008; Ljungberg et al., 2015; Skatvedt, 2017; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004).

Les principes de limites professionnelles et de distance appropriée entre l'utilisateur et l'intervenante en travail social sont originaires de la représentation dans la psychanalyse de la relation médecin-patient (O'Leary et al., 2012). Traditionnellement, les limites professionnelles sont définies comme suit : « le rôle professionnel idéal a traditionnellement été caractérisé par la neutralité et la distance, par des professionnelles s'abstenant d'avoir des relations réciproques avec les usagers et de partager des détails sur leur vie personnelle (Parsons, 1951) [traduction libre] » (Ljungberg et al., 2017, p. 578). Les limites des professionnelles consistent à maintenir une distance professionnelle adéquate, et à demeurer neutre et objectif (O'Leary et al., 2012; Shevellar et Barringham, 2015; Topor et al., 2018; Topor et Denhov, 2014; Ware et al., 2004).

Cette conception des limites professionnelles a été grandement critiquée et réévaluée en travail social (Grant et Mandell, 2016; O'Leary et al., 2012; Reamer, 2003; Shevellar et Barringham, 2015). Les intervenantes sociales comprennent que les limites professionnelles sont dynamiques et flexibles selon le contexte (Grant et Mandell, 2016; O'Leary et al., 2012; Reamer, 2003; Shevellar et Barringham, 2015). Autrement dit, l'intervenante utilise son jugement professionnel afin déterminer les limites adéquates uniques à chacune des situations. Cette compréhension moderne reconnaît l'importance de la relation entre l'intervenante et l'utilisateur (Grant et Mandell, 2016; O'Leary et al., 2012; Reamer, 2003; Shevellar et Barringham, 2015). Cela dit, on maintient l'idée que la professionnelle doit éviter les relations doubles ou multiples avec l'utilisateur (Grant et Mandell, 2016; O'Leary et al., 2012; Reamer, 2003; Shevellar et Barringham, 2015). Kagle et Giebelhausen décrivent qu'« une professionnelle entre dans une relation double quand elle assume un deuxième rôle auprès d'un usager, en devenant travailleuse sociale et amie, employeuse, enseignante, associée d'affaires, membre de la famille ou partenaire sexuelle » (cité dans Reamer, 2003, p. 213). Les limites professionnelles sont importantes afin d'éviter : les abus de pouvoir des intervenantes (O'Leary et al., 2012; Shevellar et Barringham, 2015), la dépendance des usagers (Grant et Mandell, 2016; O'Leary et al., 2012), l'attachement émotionnel (O'Leary et al., 2012), les *burnouts* des intervenantes (Grant et Mandell, 2016), et l'inconfort lié aux sujets tabous (Grant et Mandell, 2016).

Bien que les limites professionnelles soient essentielles, certaines situations peuvent résider dans une zone grise. Shevellar et Barringham (2015) et Reamer (2003) distinguent deux types de transgressions des limites: les violations de limites et les dépassements de limites. Les violations visent des objectifs d'exploitation, de manipulation, de coercitions et de duperies et doivent absolument être évitées (Reamer, 2003; Shevellar et Barringham, 2015). Le dépassement des frontières ne vise pas intentionnellement des objectifs malveillants par les intervenantes, et peut parfois être utilisé avec précaution (Reamer, 2003; Shevellar et Barringham, 2015). Les dépassements des frontières peuvent être sujets au débat, à la relativité de chacun, et à l'interprétation (Shevellar et Barringham, 2015). Shevellar et Barringham (2015) expliquent qu'il persiste des incertitudes dans certaines situations sur le plan éthique:

Les travailleurs ont un désaccord substantiel sur la gamme de comportements qui sont appropriée et impliquant les personnes qu'ils aidaient, notamment : développer des amitiés, participer à des activités sociales, siéger à des conseils communautaires, fournir son numéro de téléphone personnel, accepter des biens et des services et discuter des croyances religieuses. Bien qu'il y ait certaines relations duales qui devraient être évitées, il y en a également d'autres qui ne peuvent pas être évitées et donc un nouveau modèle de réflexion sur les limites est nécessaire [traduction libre] (p. 184).

Le suivi informel peut parfois se situer dans cette zone grise et dépasser des frontières, mais le tout peut dépendre de la perception de l'observateur. En effet, les composantes liées à la relation informelle, dépendamment l'interprétation du code de déontologie (OTSTCFQ, 2020), peuvent susciter des discussions éthiques (convivialité, réciprocité, authenticité) (O'Leary et al., 2012; Reamer, 2003; Shevellar et Barringham, 2015).

Topor et Denhov (2014) explorent cette zone d'incertitude du suivi informel, où certains comportements des professionnelles peuvent être mal perçus par certains pairs. Pour ce faire, ils ont questionné des usagers (Topor et Denhov, 2014). Ils nomment ces comportements comme étant des transgressions des intervenantes (Topor et Denhov, 2014). Les transgressions sont des comportements qui dépassent ou sont à la frontière des limites professionnelles. Les usagers, interrogés par Topor et Denhov (2014), ont rapporté que les transgressions des intervenantes se produisent en « offrant un traitement spécial » (p. 231), et en « franchissant la distance émotionnelle [habituellement attendue] » (p. 231). Ces transgressions animent la professionnelle qui y retrouve une « satisfaction personnelle » (p. 232), « reconnaît la valeur de l'utilisateur » (p. 232), « établit une

relation de réciprocité » (p. 232) et « prend le risque d'être accusé d'être surimpliqué auprès de l'utilisateur et de ne pas respecter la distance professionnelle » (p. 233). Ces transgressions sont décrites comme bénéfiques à la relation d'aide (Topor et Denhov, 2014). En effet, plusieurs études constatent que certaines situations, pouvant être considérées comme non professionnelles, sont en fait aidantes pour les usagers (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012; Grant et Mandell, 2016; Reamer, 2003; Shevellar et Barringham, 2015; Ware et al., 2004).

Le suivi informel produit dans le milieu de vie des personnes participe à l'incertitude quant au dépassement des limites professionnelles. Certains écrits mettent de l'avant les difficultés, vécues par les professionnelles travaillant dans le milieu de vie des usagers, de délimiter, identifier et clarifier des limites professionnelles claires (Angell et Mahoney, 2007; Chen et Ogden, 2012; Grant et Mandell, 2016; Shevellar et Barringham, 2015; Ware et al., 2004). De même, Topor et Denhov (2014) lient les transgressions au virage idéologique engendrées par les valeurs du rétablissement personnel et le déplacement des services d'aide dans le milieu de vie. En effet, les relations d'aide qui sont réalisées dans un lieu plus conventionnel (clinique, hôpital) sont imprégnées de repères évoquant et rappelant le caractère professionnel de la rencontre. Or, l'intervention dans le milieu de vie est exempte de ces indices. Shevellar et Barringham (2015) soutiennent que la pratique dans la communauté offre un contexte propice à la délinquance déontologique des intervenantes. En eux-mêmes, certains paramètres de l'environnement du suivi dans le milieu de vie peuvent soulever des questionnements éthiques<sup>8</sup> (proximité, intimité, partage du quotidien, intensité des suivis, durée indéterminée du suivi) (Grant et Mandell, 2016; Green et al., 2008; Shevellar et Barringham, 2015).

Les limites professionnelles ne sont pas noires ou blanches. Afin de diminuer les risques pour les usagers, certaines auteures estiment nécessaire de définir des lignes directrices pour baliser les pratiques informelles (Chen et Ogden, 2012). À l'inverse, d'autres auteurs considèrent que de paramétrer cette pratique ferait perdre son caractère authentique (Topor et al., 2018). Shevellar et Barringham (2015) dénoncent le manque de correspondance des balises des pratiques professionnelles avec la réalité du terrain. De ce fait, plusieurs jugent que les professionnelles sont habiletés pour déterminer les bonnes pratiques à adopter et discuter des ambiguïtés lorsqu'elles se présentent (Green et al., 2008; Shevellar et Barringham, 2015; Topor et al., 2018). Pour acquérir

---

<sup>8</sup> Ces questionnements ne seront pas abordés afin d'éviter de dévier du sujet.

des habiletés permettant de les différencier, des auteurs suggèrent d'intégrer le questionnement critique sur les limites professionnelles dans l'enseignement pratique en travail social (Grant et Mandell, 2016; O'Leary et al., 2012; Reamer, 2003; Shevellar et Barringham, 2015; Topor et al., 2018). Pourtant, bien que les écrits abordent les enjeux liés au dépassement des limites, aucune étude n'a rapporté de problématique expérimentée dans la pratique par rapport au suivi informel (par les usagers et les intervenantes).

Bref, le suivi informel peut être considéré comme une pratique qui dépasse les limites professionnelles. Or, les actes dépassant les limites, qui sont réalisés dans l'objectif d'aider l'utilisateur, peuvent être aidants, et ne devraient pas être systématiquement discrédités. La littérature pourrait bénéficier de l'expérience des intervenantes et des usagers des services dans leur milieu de vie afin d'améliorer les interventions préconisées.

\*\*\*

En somme, l'analyse du suivi informel suggère qu'il s'agit d'un paramètre intéressant à intégrer à la structure d'intervention (voir Figure 6). Le suivi informel se définit par un ensemble de composantes indissociables pour réellement en saisir l'essence. La convivialité, la proximité, la quotidienneté, la spontanéité, et la réciprocité s'allient pour réduire la distance sociale entre l'intervenante et l'utilisateur. De ce qui précède, pour une population qui a vécu une rupture biographie par l'arrivée des symptômes du TGSM, les pratiques formelles conservent l'identité de patient des usagers. Ceci entraverait le processus d'identité du rétablissement personnel que les intervenantes du SIM visent à supporter. Ceci met la lumière sur des enjeux quant à la structure d'intervention formelle. Ceci peut expliquer les difficultés d'investissement des usagers dans la relation d'aide qui ont émergé lors de l'expérimentation. Les usagers souhaitent être accompagnés dans leur processus de rétablissement personnel, de façon à favoriser leur identité de personne et de citoyen. Ainsi, la méthode d'intervention du RES bénéficierait d'être adaptée pour s'offrir par des suivis informels. Il s'agit d'une formule qui repousse certaines frontières des limites professionnelles. Le suivi informel pourrait constituer une façon d'intervenir qui s'allie avec une approche axée sur le rétablissement personnel, en leur restituant dans l'intervention l'identité de personnes à des usagers souffrant de TGSM.

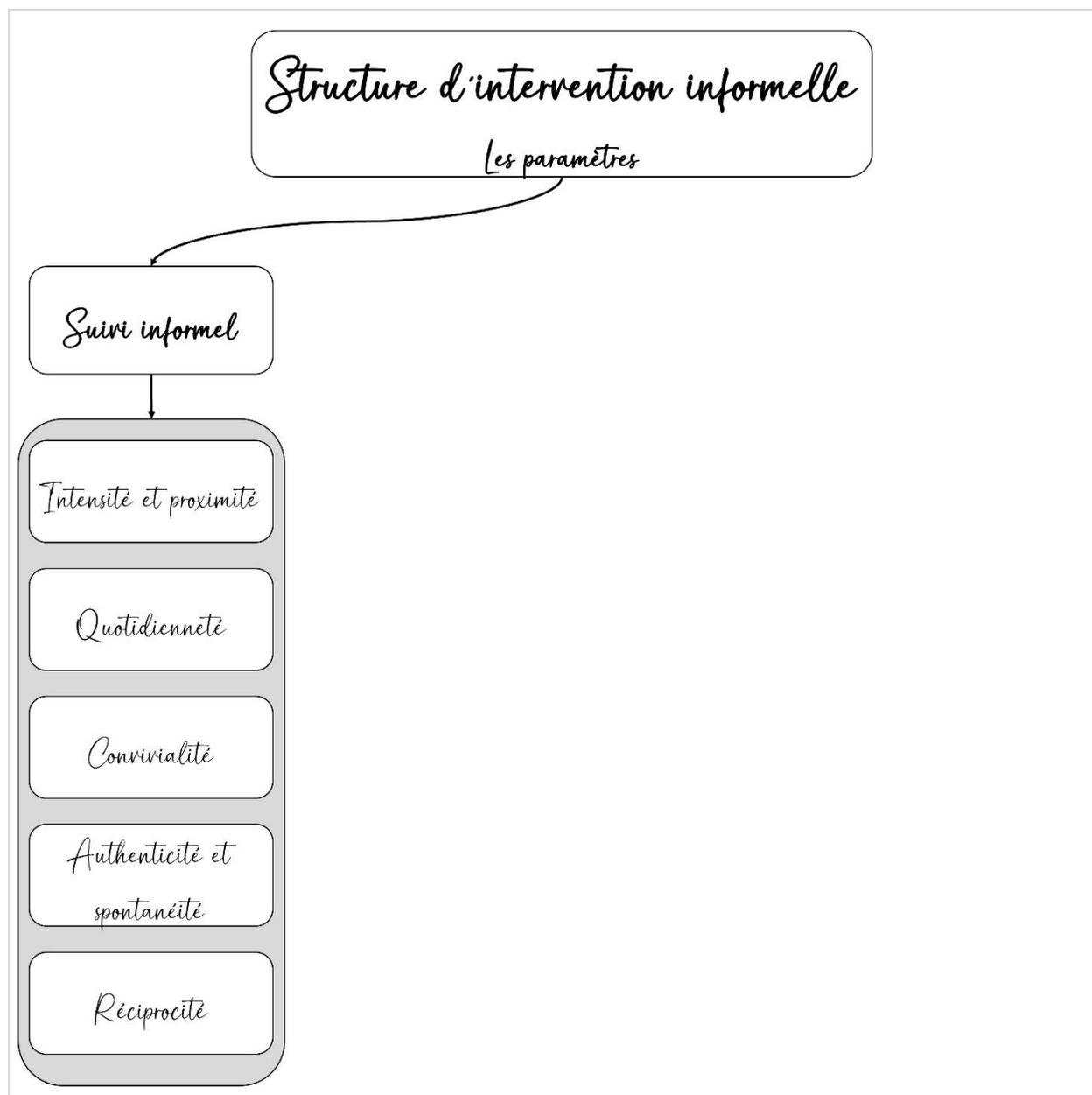


Figure 6. Suivi informel - Caractéristiques des paramètres de la structure d'intervention informelle

## **Pratique flexible ou planification**

Le suivi informel jette les bases pour une reconceptualisation de la structure d'intervention dans la communauté auprès de personnes vivant un TGSM. Il apporte un dispositif d'intervention qui s'accorde difficilement avec un plan d'intervention. Nos découvertes mettent la lumière sur les difficultés d'effectuer le plan d'intervention avec les personnes qui vivent un TGSM et accompagnées dans leur milieu de vie. On peut se demander si le plan d'intervention est réellement la forme d'implication à privilégier. On peut également se demander si les refus de l'utilisateur de participer à l'élaboration de son plan d'intervention signifient qu'il ne veut pas obtenir d'aide, d'accompagnement, ou qu'il est désinvesti dans la relation d'aide. L'expérimentation suggère qu'il est possible d'accompagner les usagers vivant avec un TGSM dans leur milieu de vie, sans, nécessairement, avoir à formuler un plan d'intervention, tout en maintenant une qualité de services élevée. Ainsi, la pratique flexible propose d'œuvrer sans plan d'intervention. Cependant, ce deuxième paramètre de la structure d'intervention informelle peut se présenter contradictoire avec les standards de pratiques.

### ***Plan d'intervention – paramètre de la structure d'intervention formelle***

Le plan d'intervention est un incontournable dans l'exercice de la pratique en travail social. Sa prédominance dans la pratique rend difficile de prendre conscience des conséquences qu'il peut avoir sur la relation d'aide, sur la personne vivant un TGSM, sur le rétablissement personnel dans son milieu, et sur la façon que l'utilisateur est perçu. Ces conséquences seront discutées dans la section sur les incohérences du plan d'intervention. La standardisation de la pratique tend à réduire les possibilités d'œuvrer sans lui. Durant l'élaboration du projet du RES, la planification de l'intervention a été envisagée comme une obligation. Devant les difficultés à identifier des objectifs spécifiques durant l'expérimentation, la prédominance du plan d'intervention a soulevé des questionnements quant à son emprise sur la pratique sociale.

### *Plan d'intervention incrustée dans la pratique*

On constate dans la littérature que l'intervention est difficile à concevoir dépourvu de plans d'intervention. Les pratiques, s'inscrivant dans une posture, autant critique que positiviste, semblent enchaînées au plan d'intervention. Il est possible que ce soit dû à la forte influence du médical sur les pratiques d'intervention sociale. En effet, Lecomte (2003) soutient que le processus d'intervention sociale<sup>9</sup> est une adaptation du modèle des consultations médicales. Les consultations prévoient d'évaluer, de diagnostiquer, et d'appliquer les lignes directrices suggérées (Lecomte, 2003). Le plan d'intervention, qui répond de ce processus d'inspiration médicale, est ancré dans les normes de pratique (OTSTCFQ, 2019). Toutes les intervenantes sont tenues, par la loi, d'élaborer un plan d'intervention.

Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° du premier alinéa de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les diverses intervenantes concernées de l'établissement. (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c S-4.2, c. 42, a. 102)

L'inscription du plan dans la loi témoigne de son enracinement dans la culture de la pratique, des programmes, de la recherche, et de la formation, bref dans la structure de l'intervention. Si bien qu'il devient difficile de concevoir d'œuvrer sans lui, puisque de nombreuses méthodes d'intervention intègrent cette structure. Toutefois, il est difficilement conciliable avec les principes du rétablissement personnel et l'intervention dans la communauté auprès des personnes vivant un TGSM (Couturier et al., 2009; Lecomte, 2003; Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021).

Le phénomène d'enracinement du plan d'intervention apparaît également dans la littérature critique sur le sujet. Trois articles présentent des problématiques à propos des plans d'intervention, mais ne remettent pas en question sa légitimité (Brooks et al., 2018; Rise et al., 2014; Simpson et al., 2016). Brooks et al. (2018) se sont intéressés à l'opérationnalisation du plan d'intervention dans les soins de santé mentale. Les résultats sont clairs et sont même exposés dans le titre de l'article « Est-il temps d'abandonner la planification des soins dans les services de santé mentale ?

---

<sup>9</sup> Étapes du processus d'intervention sociale : 1) Prise de contact, 2) Évaluation du fonctionnement social, 3) Planification de l'intervention sociale, 4) Réalisation de l'intervention sociale, 5) Évaluation du processus d'intervention sociale, 6) Terminaison (Turcotte et Deslauriers, 2017).

[traduction libre]<sup>10</sup> » (Brooks et al., 2018, p. 598). Les chercheurs dénoncent que les plans d'intervention nuisent pour répondre aux besoins exprimés de façon ponctuelle des usagers, et présentent des activités qui sont incohérentes avec l'imprévisibilité du quotidien (Brooks et al., 2018). Malgré ces constats, les auteurs ne sont pas en mesure de conceptualiser une réalité où l'intervention s'accomplit sans un plan. Ils suggèrent des alternatives pour produire un plan davantage centré sur l'utilisateur à l'aide d'outils standardisés, ce qui semble contradictoire avec l'imprévisibilité du quotidien (Brooks et al., 2018).

Dans le même ordre d'idées, Rise et al. (2014) avancent qu'il est fondamental que les services soient flexibles et authentiques, et répondent aux besoins courants (Rise et al., 2014). Ils questionnent la rigidité des soins, les lacunes d'implication des usagers dans les décisions et le paternalisme des professionnelles (Rise et al., 2014). Malgré tout, ils ne questionnent pas la pertinence du plan d'intervention.

Finalement, Simpson et al. (2016) réclament plus de flexibilité, d'authenticité, et d'approches centrées sur la personne (Simpson et al., 2016). Ils reconnaissent la centralité de la relation entre l'intervenante et l'utilisateur dans le soutien au rétablissement (Simpson et al., 2016). Néanmoins, ils demandent une solution innovante pour construire un plan d'intervention qui rassemble les caractéristiques nommées plus haut (flexibilité, authenticité, et approches centrées sur la personne) (Simpson et al., 2016).

En somme, la littérature fait état des écueils du plan d'intervention, mais il semble difficilement concevable de pratiquer sans lui. Or, à notre connaissance, une seule communauté de chercheurs originaire de la Suède (Matscheck, Ljungberg, Topor) commence formellement et explicitement à remettre en question la légitimité du plan d'intervention dans leurs écrits (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Matscheck et al. (2020) et Topor et Matscheck (2021) soutiennent que la standardisation de la pratique d'intervention s'appuie sur des devis de recherche positivistes qui occultent des paramètres d'intervention plus favorables pour les personnes vivant un TGSM et suivi dans leur milieu de vie (centré sur les besoins ponctuels, flexibilité, expérience partagée).

---

<sup>10</sup> *Is it time to abandon care planning in mental health services?* (Brooks et al., 2018).

### *Pratiques basées sur les données probantes et standardisation*

Matscheck et al. (2020) et Topor et Matscheck (2021) identifient les pratiques fondées sur les données probantes <sup>11</sup> (bonnes pratiques) comme facteur d'influence, qui amènent à la primauté du plan d'intervention. Les bonnes pratiques proviennent des logiques médicales et tentent de transposer indûment leur méthodologie positiviste à l'intervention sociale (Every-Palmer et Howick, 2014; Lecomte, 2003). Pour Lecomte (2003), les bonnes pratiques visaient initialement la standardisation de la pratique.

La logique des bonnes pratiques préconise le développement et la mise en œuvre de méthodes, basées sur un manuel et standardisées dans la pratique, comme un moyen de garantir que tous les consommateurs/usagers/patients reçoivent un soutien et un traitement qui a été établi comme efficace en termes d'obtention de résultats positifs pour les usagers [traduction libre] (Ljungberg et al., 2016, p. 275).

Toutefois, la standardisation de la pratique et les bonnes pratiques (dont le plan d'intervention et l'organisation structurée de l'intervention font partie) : freine la flexibilité de l'intervention, fait obstacle au développement de pratiques innovantes (Morin et al., 2015), entrave l'accès à un savoir non quantifiable (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021), empêche l'accès à un savoir expérientiel (Klevan et al., 2021), réduit la voix des personnes les plus vulnérables, et nuit à la relation d'aide (Ljungberg et al., 2016). Ces cinq facteurs sont explorés dans les paragraphes qui suivent.

À titre de premier facteur, les standards de pratique limitent l'innovation qui peut découler de la recherche. Un groupe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke ont tenté de développer une plate-forme électronique, appelée projet Baromètre, afin de permettre : le dialogue constant entre l'utilisateur et l'intervenante; la personnalisation des services; et le suivi de l'évolution des usagers (Morin et al., 2015). L'OTSTCFQ a fait pression pour que la plate-forme réponde aux exigences de l'évaluation du fonctionnement social et du plan d'intervention (Bossé, 2018; Morin et al., 2015). Or, la plate-forme ne peut à la fois aider à la personnalisation des services et répondre à des normes rigides. Il s'agit de deux orientations contraires. Bref, l'obligation d'adhérer aux standards de pratique réduit l'espace pour innover et représente une barrière à l'innovation.

---

<sup>11</sup> Les pratiques fondées sur les données probantes est une traduction du terme anglais *evidence-based practice*

À titre de second facteur, les bonnes pratiques tendent à sous-estimer le savoir expérientiel. Elles préconisent des méthodes validées par des devis de recherche quantitatifs, et s'appuyant sur le savoir théorique (plutôt que le savoir expérientiel) (Klevan et al., 2021; Lecomte, 2003; Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Toutefois, les pratiques d'intervention sociale ne bénéficient pas nécessairement de ce type de devis. Les variables d'intérêt comme la flexibilité, la spontanéité et la relation sont difficilement mesurables, ce qui les rend invisibles (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Il n'existe aucun outil paramétré pour les évaluer (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Elles sont donc exclues ou mésestimées par les standards des bonnes pratiques (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Ainsi, elles ne se retrouvent pas dans les manuels de pratiques standardisés (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021).

Cependant, la quantité ne garantit pas la qualité. Tel qu'expliqué par Brooks et al. (2018) et Bee et al. (2015), les études, validant les pratiques impliquant le plan d'intervention, tendent à s'intéresser à des variables de quantité (p. ex. : le nombre de PI signé par les usagers pour valider la participation de l'utilisateur). On sait que ce type de variable ne garantit pas la qualité de l'intervention, et, encore moins, la qualité du contenu du plan d'intervention, ou la participation active de l'utilisateur (Bee et al., 2015; Brooks et al., 2018).

À titre de troisième facteur, les bonnes pratiques dévalorisent les devis de recherche s'appuyant sur le savoir expérientiel et qui permettent de faire des découvertes innovantes (Klevan et al., 2021; Lecomte, 2003). Klevan et al. (2021) estiment que les pratiques qui sont réellement aidantes sont camouflées, en orientant préalablement le sujet de l'étude (top(théorie)-down(expérience)). Expliquons ceci par un exemple :

Une étude qualitative avec entrevues dirigées explore les forces et faiblesses du plan d'intervention. Un usager explique qu'il trouve le plan d'intervention inutile et que les objectifs ne sont pas significatifs pour lui. La discussion mettra en lumière l'importance que les objectifs soient significatifs pour l'utilisateur, et la nécessité que l'intervenante définisse les objectifs avec l'utilisateur. Or, il est possible que ce que l'utilisateur voulait signifier est que la formule du plan d'intervention n'est pas utile pour lui, peu importe la forme qu'elle prendra.

Il n'est pas question de discréditer l'utilité de ces études, bien au contraire. Toutefois, les bonnes pratiques devraient valoriser une diversité de savoirs afin d'enrichir les connaissances, comme ceux émergeant de la pratique (Klevan et al., 2021). Les méthodes de recherche partant de l'expérience

rapportée sur le terrain donnent accès à un savoir autrement inaccessible (Klevan et al., 2021; Lanquetin, 2015). Klevan et al. (2021) estiment que le savoir expérientiel est essentiel, mais dont la crédibilité est sous-estimée. Des chercheurs suédois se sont intéressés à l'usage du plan d'intervention (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Les résultats montrent une pertinence relative du plan d'intervention dans un contexte d'intervention dans le milieu de vie et auprès de personnes qui vivent avec un TGSM (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). En s'intéressant au savoir expérientiel, on constate que la structure d'intervention informelle (un *suivi informel*, une *pratique flexible*, et une *intervention dirigée par l'usager*), dont la mise de côté du plan d'intervention, constitue une méthode largement utilisée par les intervenantes de milieu auprès de personnes vivant un TGSM (Chen et Ogden, 2012; Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). C'est d'ailleurs le même constat que l'on a observé lors de l'expérimentation du RES.

À titre de quatrième facteur, les bonnes pratiques définissent les pratiques aidantes sur la base d'études, où les personnes en situation de grande vulnérabilité (TGSM et de pauvreté) sont sous-représentées (Green et al., 2008; Ware et al., 2004). La voix des usagers serait réduite davantage par des biais de représentativité des échantillons de participants (Ware et al., 2004). Ware et al. (2004) soutiennent que les personnes en situation de grande vulnérabilité sont sous-représentées dans les études qui s'intéressent aux pratiques aidantes. Autrement dit, on choisit les moins pires (Ware et al., 2004). De même, la méthodologie est souvent plus accessible pour les plus éloquents (Green et al., 2008; Ware et al., 2004). Ce faisant, les pratiques considérées comme aidantes ne représentent pas ce que les personnes les plus vulnérables valorisent comme aidantes (Green et al., 2008; Ware et al., 2004). Or, la définition des pratiques aidantes, selon certains, peut varier en fonction du statut social de la personne (Green et al., 2008; Ware et al., 2004).

À titre de cinquième et dernier facteur, des auteurs indiquent que cette standardisation de la pratique se répercute sur la relation d'aide (Ljungberg et al., 2016). En effet, les usagers perçoivent les intervenantes qui suivent un guide de pratique comme impersonnelles, déshumanisantes et insensibles à leur expérience de souffrance (Ljungberg et al., 2016).

Bref, les bonnes pratiques obstruent le chemin pour les pratiques innovantes, mettent à l'écart les pratiques difficilement quantifiables, banalisent le savoir expérientiel, réduisent la voix des usagers en situation de grande vulnérabilité, et nuisent à la relation d'aide. En questionnant les

standards de pratiques, il est possible de comprendre que le plan d'intervention n'est pas nécessairement valorisé par les personnes en situation de grande vulnérabilité (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Il serait important de laisser la place au développement des pratiques hors normes, comme l'intervention dépourvue de plan d'intervention pour les personnes vivant avec TGSM qui expérimentent des difficultés à identifier des objectifs spécifiques (à long ou à court terme).

### ***Incohérences du plan d'intervention***

En définitive, les bonnes pratiques tentent d'harmoniser les protocoles d'intervention. Ceci étant dit, l'enjeu majeur est la standardisation du plan d'intervention sous prétexte que ce dernier serait l'ultime outil de personnalisation de l'intervention. On peut se demander si le plan d'intervention, *rédigé avec l'utilisateur*, garantit réellement son implication dans l'intervention, et l'adaptation de l'intervention aux formes d'aide dont l'utilisateur a besoin. Or, notre expérimentation montre que le plan d'intervention peut être réalisé au détriment (l'exclusion) des usagers qui vivent des difficultés à identifier des objectifs. Les usagers sont réticents à participer formellement à l'élaboration de leur plan d'intervention. Durant l'expérimentation, les intervenantes du SIM ont questionné son utilité. En effet, le plan d'intervention était rarement consulté, et très rarement mis à jour (la majorité des mises à jour des plans d'intervention remontait à plus d'un an). Elles le font afin d'éviter les confrontations avec les gestionnaires. Selon notre analyse, on croit que la formulation d'un plan d'intervention entrave certaines pratiques qui peuvent être aidantes pour des personnes trouvant difficile d'identifier des objectifs spécifiques à long, ou à court terme. Cinq incohérences se présentent dans les exigences à formuler invariablement un plan d'intervention avec des usagers vivant des TGSM dans la communauté : être piégé dans le présent; s'ouvrir à un inconnu; prévoir le quotidien; retrouver le quotidien; et identifier des objectifs au détriment du sens. Explorons chacune de ces incohérences.

### *Se projeter dans l'avenir, mais piégé dans le présent*

La première incohérence se forme par les pressions mises sur les usagers, afin de formuler des projets ou des objectifs, alors qu'ils sont préoccupés ou piégés dans le présent. On sait que la personne étant dans un stade de désengagement occupationnel est figée dans le présent et se projette difficilement dans le futur (Sutton et al., 2012). Les plans d'intervention sont péniblement significatifs pour la personne en raison d'une perte de lien avec les temporalités passée et future. Elle cherche à répondre à ses besoins de base avant tout et à obtenir de l'aide pour répondre à ses besoins pratiques (Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005). De ce qui précède, on peut comprendre que les objectifs à court, ou à long terme, sont équitablement complexes à définir pour une personne qui vit du désengagement occupationnel, et est figée dans le présent. Donc, il est possible de croire que la personne ne sera pas en mesure d'identifier ses besoins à court ou à long terme durant l'élaboration du plan d'intervention, puisqu'ils sont inexistantes à ce moment.

### *Planifier quand on ne se connaît pas*

La deuxième incohérence est d'initier la relation d'aide avec un plan d'intervention, alors que la confiance est difficile à construire avec des personnes vivant un TGSM dans la communauté. Habituellement, le plan est rédigé dès le début de la relation d'aide, alors que personne ne se connaît réellement. On analyse d'abord les besoins. Ensuite, on établit une stratégie d'intervention selon les besoins identifiés. On définit des objectifs, des moyens, des indicateurs d'atteinte. Autrement dit, on utilise des pratiques formelles afin de planifier l'intervention. Cependant, il a été expliqué plus tôt que l'engagement initial serait favorisé par des pratiques informelles (convivialité, réciprocité, spontanéité, quotidienneté, intimité), puisqu'elle favorise l'établissement d'un lien de confiance (Chen et Ogden, 2012). Également, la confiance pourrait prendre jusqu'à un an avant de se forger avec des usagers suivis dans leur milieu de vie et vivant un TGSM (Pettersen et al., 2014). De plus, Klevan et al. (2021) suggèrent que les objectifs sont impossibles à déterminer dans les premières rencontres, puisqu'ils se définissent durant les suivis et sont constamment en changements avec cette population (différent d'un suivi à l'autre). Aussi, lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure d'identifier des objectifs spécifiques à court ou à long terme, la relation d'aide débute

avec la perception que l'utilisateur est désinvesti. Bref, le plan d'intervention ne devrait pas initier la relation d'aide au risque d'effriter la confiance avec cette population.

### *Planifier l'imprévisible*

La troisième incohérence se trouve dans la planification de l'intervention, malgré qu'elle soit commandée par les besoins apparaissant de façon ponctuelle dans le quotidien. En effet, il est impossible de planifier à l'avance les besoins des usagers qui surviennent dans le présent et qui varient. Des études suggèrent que le plan d'intervention ne prend pas en considération l'imprévisibilité du quotidien, où les besoins peuvent varier (Brooks et al., 2018; Topor et Matscheck, 2021). De même, le plan d'intervention empêche de pouvoir s'adapter aux besoins exprimés ponctuellement (Brooks et al., 2018). Il est même perçu par les usagers et les intervenantes comme une entrave à la spontanéité (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Il ne présenterait pas des objectifs en lien avec la vie de tous les jours (Simpson et al., 2016).

Même si le plan d'intervention avait été formulé en coopération avec l'utilisateur, il ne pouvait pas prendre en considération les variations du quotidien et la fluctuation des besoins et de l'état des usagers. Ici, il apparaît une possible contradiction entre la formulation d'un plan et les pratiques professionnelles aidantes [traduction libre] (Matscheck et al., 2020, p. 2).

Autrement dit, personne ne connaît l'avenir. Ainsi, le plan d'intervention ne peut logiquement pas intégrer des objectifs qui émergent ponctuellement dans le quotidien, le présent, ou le « ici et maintenant ». En résumé, le plan d'intervention ne s'accorde pas avec la flexibilité, la spontanéité et la quotidienneté valorisées par les usagers vivant un TGS et étant accompagnés dans leur milieu de vie par une équipe d'intervenantes.

### *Patient ou citoyen ordinaire*

Une quatrième incohérence réside dans le besoin des usagers de se sentir ordinaire. De ce qui précède, ils souhaitent obtenir de l'aide, mais ne veulent pas avoir l'impression de s'intégrer dans une structure d'intervention formelle qui les déshumanise (Green et al., 2008; Priebe et al.,

2005). Ceci semble tout à fait logique avec la mission du SIM qui vise à favoriser l'émancipation de la personne dans la communauté (Latimer et al., 2004). Autrement dit, l'intervention cherche à ce que la personne vive une vie ordinaire. Est-il nécessaire et essentiel de formuler un plan d'intervention pour « structurer » le quotidien de la personne ? Par exemple, une personne dans son quotidien, qui a faim, cuisinera et mangera son repas. Cette personne n'a pas eu besoin de s'appuyer sur un plan d'intervention qu'elle construit tous les six mois. Autrement dit, dans le but de retrouver un fonctionnement ordinaire, la personne n'a pas nécessairement besoin d'accompagnement prescrit par un plan d'intervention. En ce sens, la personnalisation des services d'aide et la participation active des usagers à leur processus d'intervention consistent également à s'intéresser à leurs désirs par rapport à la démarche d'intervention. Quelles opinions ont-ils par rapport à l'élaboration d'un plan d'intervention ?

### *Identifier des objectifs non significatifs*

Les contraintes organisationnelles, obligeant les intervenantes à produire un plan d'intervention, contribuent à exclure les personnes qui sont les plus vulnérables, puisqu'il ne prend pas en compte les différentes façons que les usagers peuvent avoir besoin d'aides (aide pratique, sociale, ponctuelle, etc.). Rodriguez del Barrio (2011) croit que le plan d'intervention annihile l'expérience de sens qui peut être vécue, la singularité et l'autonomie inhérente à l'humanité. Il n'y a pas de considérations quant aux expériences ne pouvant pas se transcrire en termes d'objectifs atteignables. Elle avance que le but du plan d'intervention n'est pas d'aider la personne, mais de s'assurer qu'elle atteigne un objectif (Rodriguez del Barrio, 2011).

Un [...] aspect remis en question par les recherches qualitatives est la prédominance des approches psychoéducatives [dans les équipes SIM] qui mettent l'accent sur l'atteinte d'objectifs précis en termes d'apprentissage et d'acquisition d'habiletés. [...] Les approches psychoéducatives et psychopharmacologiques qui prédominent dans les services psychiatriques et de suivi communautaire contribuent à réduire les espaces pour nommer les expériences, les élaborer et leur donner sens (Rodriguez et al., 2001 ; Corin, 2000). L'accent sur les forces peut parfois réduire au silence des aspects plus troublants des expériences de la souffrance (Floerch, 2002). L'élaboration des plans d'intervention axés sur des objectifs précis risque ainsi d'écarter le projet d'autonomie de la personne. Le système peut ainsi provoquer l'exclusion des usagers qui n'arrivent pas à articuler leurs propres expériences et désirs en termes d'objectifs de changement comportementaux (Rodriguez del Barrio, 2011, p. 42).

Ces deux dernières phrases font particulièrement écho à l'expérimentation du RES. Les usagers avaient de la difficulté à nommer leurs besoins. Au lieu de les exclure davantage avec le plan d'intervention, la stagiaire a privilégié une structure d'intervention informelle qui n'est pas circonscrite par une planification, favorisant ainsi l'inclusion. Également, la structure d'intervention informelle participe au développement du sens en leur laissant la liberté d'aborder des sujets qui sont importants pour eux. Pour que l'intervention soit aidante, elle doit avoir du sens pour la personne et être alignée avec ses besoins et aspirations.

En somme, on peut comprendre que le plan d'intervention mérite d'être remis en question en raison de plusieurs incohérences. Toutefois, les bonnes pratiques font pression pour adopter des techniques reconnues par des design de recherche positivistes. Topor et Matscheck (2021) et Matscheck et al. (2020) expliquent que l'improvisation, la flexibilité, le dialogue, et l'expérience partagée sont difficilement mesurables. Il est possible que ces incohérences persistent puisqu'elles forment des variables non quantifiables, dont les devis positivistes rendent invisibles. Ainsi, elles ne se retrouvent pas dans les manuels de pratiques standardisés (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Ceci limite l'innovation qui peut en découler. Pour qu'une réévaluation soit possible, il doit y avoir une volonté de la littérature à intégrer des formes différentes de design de recherche. En ce sens, Matscheck et al. (2020), Topor et Matscheck (2021), et Klevan et al. (2021) croient que l'expérience sur le terrain devrait être davantage reconnue comme savoir de qualité, et ainsi développer la connaissance de façon ascendante (*bottom-up*). Ceci permettrait une meilleure correspondance entre les solutions offertes et les défis réellement vécus dans la pratique. En effet, l'expérimentation du RES a mis de l'avant les difficultés de réellement intégrer l'utilisation d'un plan d'intervention.

### ***Pratique flexible – paramètre de la structure d'intervention informelle***

Les études exploratoires, remettant en doute la légitimité du plan d'intervention, suggèrent qu'il est possible d'intervenir sans planification (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). En effet, des chercheurs ont observé que les intervenantes rédigent les plans d'intervention pour la forme et par obligation, mais ils ne sont vraisemblablement pas utilisés dans la pratique (Khoury, 2019; Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Or, les usagers ne semblent

pas dérangés par le fait d'ignorer le contenu du plan d'intervention (Brooks et al., 2018; Matscheck et al., 2020; Simpson et al., 2016). Ils le considèrent d'ailleurs comme un geste symbolique, mais peu réaliste (Brooks et al., 2018; Matscheck et al., 2020; Simpson et al., 2016). Dans ce contexte, il s'agit d'un document administratif, inutile aux deux parties (Brooks et al., 2018).

Ces chercheurs proposent un modèle d'intervention où les usagers dirigent l'intervention (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). L'intervention n'est pas planifiée, mais coconstruite au courant des suivis (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Elle s'adapte aux besoins ponctuels et aux fluctuations du quotidien et de l'état des usagers (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). L'orientation se détermine à travers les interactions dialogiques entre l'intervenante et l'utilisateur (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Ainsi, la pratique flexible est le second paramètre de la structure d'intervention informelle qui comprend cinq composantes qui méritent d'être développées, à savoir les besoins ponctuels, l'incertitude, la flexibilité, l'expérience partagée, et l'intervention significative.

### *Besoins ponctuels*

D'abord, la pratique flexible désigne que les besoins ponctuels se substituent aux objectifs spécifiques du plan d'intervention (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). L'utilisateur dirige l'intervention en fonction de ses besoins ponctuels dans le quotidien (Matscheck et al., 2020). Il décide des sujets à aborder dans l'intervention (Matscheck et al., 2020). Les demandes émergent spontanément de lui (Klevan et al., 2021). L'utilisateur est l'initiateur des changements et des adaptations (Topor et Matscheck, 2021). L'intervention se construit, se développe et s'ajuste aux besoins ponctuels, aux aspirations, aux priorités de l'utilisateur (George et al., 2016; Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Rise et al., 2014; Topor et Matscheck, 2021). Elle est soumise à leurs fluctuations de l'état mental et à leurs besoins variables (George et al., 2016; Topor et Matscheck, 2021). Des changements peuvent survenir d'un jour à l'autre (George et al., 2016; Topor et Matscheck, 2021). Ainsi, l'intervention se construit dans le quotidien (Topor et Matscheck, 2021). L'interaction ordinaire devient le mode d'intervention privilégié (Topor et Matscheck, 2021). Ceci serait plus aidant pour l'utilisateur (Matscheck et al., 2020), et faciliterait son engagement (George et al., 2016). Bref, les objectifs de l'intervention ne sont plus spécifiques, définis et circonscrits. Ils

sont généraux, modulables et étendus. Bien entendu, l'intervention dans le milieu de vie des personnes vivant un TGS maintient des objectifs généraux, à savoir accompagner le rétablissement personnel (émancipation dans la communauté). Les actions spécifiques afin d'accompagner l'utilisateur, selon ses besoins évolutifs, sont découvertes au fur et à mesure.

### *Incertitude*

L'intervention en l'absence de plan et dirigée par l'utilisateur exige à l'intervenante de travailler avec l'incertitude et l'inconnu. D'abord, Bøe et al. (2021) suggèrent que le dialogue canalise l'intervention sur l'échange dans le moment présent. L'intervenante doit accepter de se laisser porter par les fluctuations de l'utilisateur (Bøe et al., 2021). Ceci demande des efforts aux professionnelles de tolérer l'incertitude et d'accepter de ne pas être en contrôle (Bøe et al., 2021). Ensuite, l'incertitude sous-entend qu'il n'existe pas de parcours préalablement défini pour soutenir et accompagner (Klevan et al., 2021). Donc, les lignes directrices ne peuvent pas être utilisées. Il faut prendre le temps de connaître la personne, en même temps qu'elle apprend à se connaître elle-même (Klevan et al., 2021). Finalement, l'incertitude se trouve dans l'ignorance (Klevan et al., 2021). Afin d'optimiser les forces de la relation, l'intervenante est tenue de reconnaître qu'elle ne sait pas (Klevan et al., 2021). Bref, l'incertitude sert comme outil d'intervention.

### *Flexibilité*

Notre expérience a également mis de l'avant qu'en se concentrant uniquement sur ce qui est planifié, l'intervenante risque de perdre la chance de saisir des opportunités qui se présentent spontanément et sont générées par l'utilisateur. Les opportunités, ce sont les différentes thématiques ou situations qui surviennent durant les rencontres de suivi et qui permettent d'extraire un sens, d'apporter du soutien, du réconfort, de la prévention, de l'encouragement, de la motivation, de l'intérêt, de l'information, de l'éducation, etc. Les personnes expriment qu'elles souhaitent de la flexibilité dans les services afin qu'ils s'adaptent à leurs besoins et à leur état fluctuant (Rise et al., 2014). Également, les utilisateurs désirent obtenir plus de flexibilité dans les ententes (Rise et al., 2014). Ils perçoivent que les décisions prises sont parfois rigideusement appliquées, malgré des

réticences à poursuivre dans la même direction (Rise et al., 2014). En un mot, il semble indiquer de mettre de côté la planification pour offrir plus de flexibilité.

### *Expérience partagée*

Traditionnellement, les intervenantes cherchent à résoudre une problématique (Bøe et al., 2021). Or, le but du dialogue n'est pas de chercher à résoudre ou de comprendre, mais de vivre une expérience partagée d'expressions (Bøe et al., 2021). Un résultat particulièrement intéressant de l'étude de Topor et Matscheck (2021) est la co-construction de l'intervention par l'expérience partagée. Le simple fait de sortir du domicile pour des tâches banales a permis de vivre mutuellement une expérience (Topor et Matscheck, 2021). Ce partage permet à l'intervenante de témoigner du vécu, de recevoir l'émotion et d'être attentive (Topor et Matscheck, 2021). Par sa présence, elle peut extraire ou produire un sens au vécu (Topor et Matscheck, 2021). Ce type d'expérience partagée ne peut pas être planifié ou inscrit dans un guide de pratique (Topor et Matscheck, 2021). «La présence de l'autre et les activités ensemble se transforment en un processus qui consiste à devenir quelqu'un de plus qu'un simple cas, un ensemble de lacunes et un adepte de plans bureaucratiques [traduction libre]» (Topor et Matscheck, 2021, p. 6). Sommairement, partager des expériences est inhérent à l'intervention flexible.

### *Intervention significative et rétablissement personnel*

L'intervention flexible sans plan d'intervention contribue au processus de sens dans la vie du rétablissement personnel. L'expérience partagée précédemment décrite n'est pas sans rappeler le concept d'expérience de Frankl (1988) et Hammell (2004). Les auteurs énoncent que le sens dans sa vie ne peut pas être ressenti sans vivre d'expérience et sans participation active de la personne (Frankl, 1988; Hammell, 2004). Ainsi, l'intervenante ne pourrait pas produire de sens dans l'intervention, sans les expériences partagées et sans être activement investies dans cette dernière (Frankl, 1988; Hammell, 2004). Ceci est particulièrement intéressant puisqu'il appuie l'idée que la relation entre l'intervenante et l'utilisateur est essentielle à l'émergence d'une valeur significative à l'intervention. Autrement dit, sans l'investissement de l'intervenante dans la relation

avec l'utilisateur, l'intervention devient insignifiante. Ici, il est important de préciser que l'implication de l'intervenante permet de créer un sens *à l'intervention*, mais elle n'est pas essentielle pour que l'utilisateur extraie seul un sens *de son expérience personnelle*.

Aussi, pour être significatif, l'accompagnement de l'intervenante doit viser des objectifs dans le moment présent (Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). La réponse aux besoins de base et l'aide pratique sont fortement estimées par les usagers (Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005; Sutton et al., 2012). Ainsi, pour que la personne se sente concernée, ou impliquée, à ce stade, elle doit se rattacher à ses besoins dans le présent. Les objectifs de l'intervention sont construits, définis et développés dans la relation au fur et à mesure des suivis, ce qui permet de faire sens pour les usagers (Klevan et al., 2021). Brièvement, la signification de l'intervention se construit : durant l'intervention; à travers la relation et le partage d'expérience; et sur la base de besoins existants dans le présent.

\*\*\*

En résumé, le plan d'intervention auprès de personnes ayant un TGSM dans un suivi dans la communauté ne semblerait pas une pratique systématiquement aidante. Il est pertinent de se questionner sur les bénéfices de l'outil pour les usagers, malgré son inscription dans le code de loi. Une priorité doit être accordée aux valeurs du rétablissement personnel, afin de rendre l'expérience d'intervention la plus significative possible. Il est impératif de reconnaître que les expériences de vie sont uniques et qu'il est impossible de les circonscrire à des directives communes. Aussi, la recherche bénéficierait de l'expertise du terrain pour enrichir la pratique. Ceci permettrait de diminuer les attentes quant aux résultats du plan d'intervention.

En reconnaissant l'utilisateur comme auteur de son expérience d'intervention, l'intervenante accepte de naviguer avec ce dernier. Le quotidien est déterminant dans la pratique flexible. L'intervenante tente d'accompagner l'utilisateur, tout en faisant attention de préserver l'intégrité du quotidien. Les besoins sont définis dans le présent et sont répondus au meilleur des compétences des deux acteurs. L'intervenante s'adapte aux fluctuations en tenant le rôle de soutien, d'accompagnateur, de témoin, d'écoute, de répondant, etc. Le partage des expériences offre un espace permettant d'extraire une signification à l'intervention. En somme, le RES serait enrichi par le deuxième paramètre de la structure d'intervention informelle, à savoir la pratique flexible (voir

Figure 7). Elle s'actualise par : les besoins ponctuels, l'incertitude, la flexibilité, et l'expérience partagée.

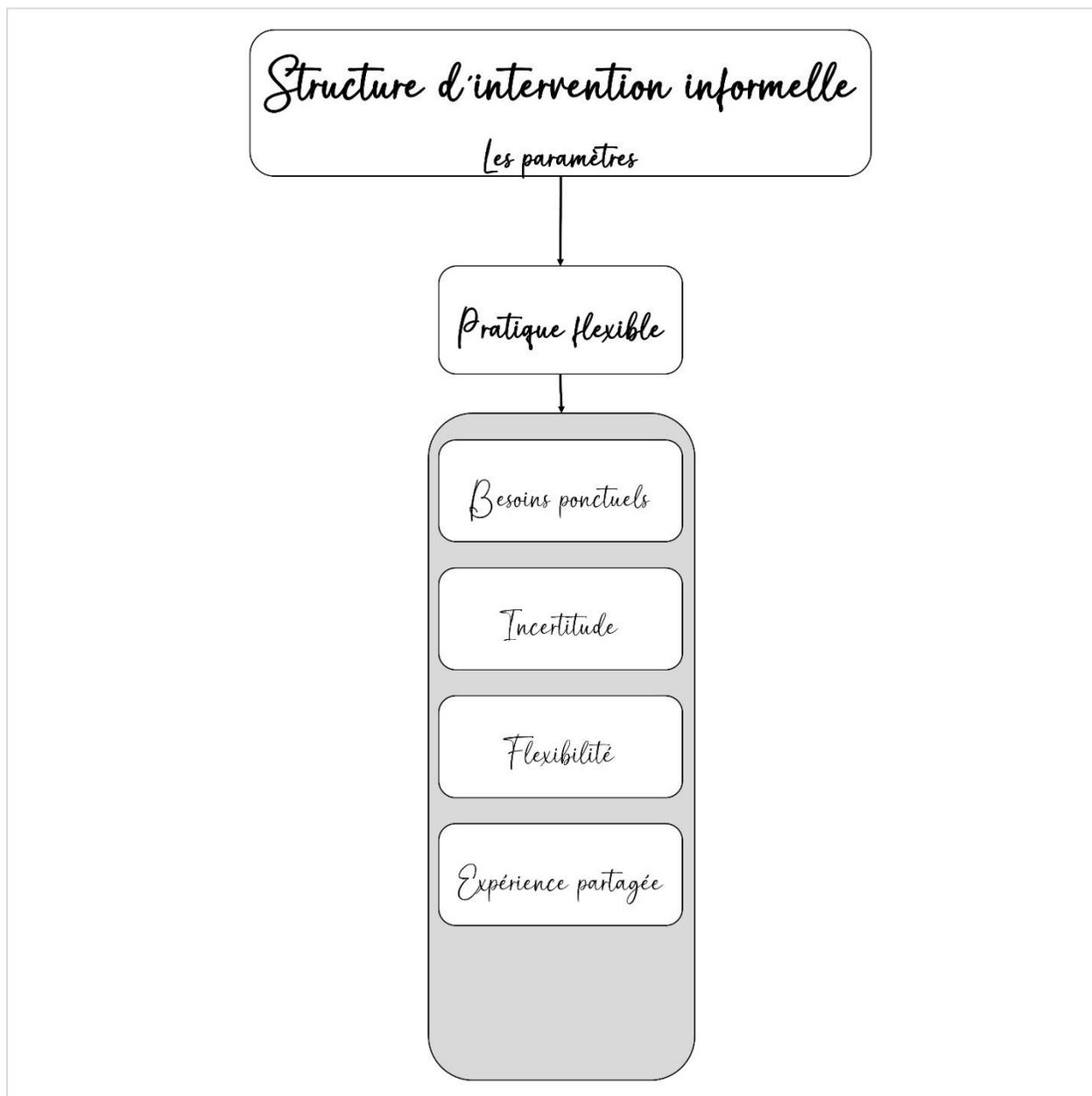


Figure 7. Pratique flexible - Caractéristiques des paramètres de la structure d'intervention informelle

### **Dirigée par l'utilisateur ou implication formelle**

Des pratiques réellement flexibles et sans plan d'intervention apportent des changements majeurs dans la façon de réaliser l'intervention. Elles laissent la place à l'innovation dans la structure d'intervention dans la communauté auprès de personnes vivant un TGSM. Elles permettent de s'interroger sur les standards de pratiques, dont le plan d'intervention fait partie. Conceptualiser l'intervention privée de plan d'intervention impulse des changements de rôle pour l'utilisateur. C'est pourquoi il est pertinent de s'intéresser à une forme d'implication, où l'utilisateur dirige les suivis. L'intervention dirigée par l'utilisateur semble être une piste difficile à appliquer intégralement. Cela se constate par les confusions qui apparaissent au sein des modèles d'implication des utilisateurs. On observe une fusion entre des modèles d'implication « centrés sur l'utilisateur » et « dirigés par l'utilisateur ». Alors que le premier peut facilement faire glisser l'intervenante dans des attitudes paternalistes (pas systématiquement), le second rend impossible d'adopter cette posture, lorsqu'il est complètement intégré dans l'intervention. La structure d'intervention informelle inspire un virage idéologique sur l'implication de l'utilisateur d'une posture paternaliste de la professionnelle vers une intervention dirigée par l'utilisateur.

### ***Paternalisme***

Traditionnellement dans les soins de santé, le paternalisme était la forme d'implication la plus répandue (Storm et Edwards, 2013). Le paternalisme signifie que la professionnelle prend l'ensemble des décisions sur la condition du patient, puisqu'elle considère détenir l'expertise professionnelle essentielle à la décision (Matscheck et al., 2020; Storm et Edwards, 2013). Elle connaît mieux ce qui est bon pour l'utilisateur (Aoki, 2020; Kaminskiy et al., 2017; Storm et Edwards, 2013). Les interventions ont pour objectif le traitement et la guérison, se basent sur le diagnostic, et se concentrent sur la maladie et les lacunes (Matscheck et al., 2020). L'utilisateur ne fait que recevoir l'information et n'a pas de place dans la prise de décision (Aoki, 2020; Kaminskiy et al., 2017; Storm et Edwards, 2013). Ce type de posture paternaliste serait dérivé du modèle médical (Every-Palmer et Howick, 2014; Lecomte, 2003). Elle n'est pas sans rappeler le désengagement des services ultérieurement introduit, où l'attention est tournée sur l'utilisateur s'investissant dans les services de soins, se soumettant aux soins, et adhérant à l'idéologie de la professionnelle (Bright et

al., 2015; Gandy-Guedes et al., 2017; Morandi et Bonsack, 2011). De nombreux modèles d'implication des usagers se sont développés dans les dernières années (Storm et Edwards, 2013). Ces modèles proposent des niveaux variables de participation de l'utilisateur (Storm et Edwards, 2013).

### *Modèles d'implication des usagers*

Les modèles d'implication se présenteraient en opposition à la posture paternaliste de l'intervention. Storm et Edwards (2013) recensent quatre modèles de l'implication des usagers dans l'intervention. Il s'agit de la prise de décision partagée, de la participation de l'utilisateur, du modèle centré sur la personne, et du rétablissement (Storm et Edwards, 2013). Ces quatre modèles s'imbriquent l'un dans l'autre (Storm et Edwards, 2013). Effectuons rapidement un tour de ces modèles.

#### *Prise de décision partagée*

Le premier modèle est la prise de décision partagée (Storm et Edwards, 2013). Il consiste en la collaboration entre l'intervenante et l'utilisateur afin de prendre des décisions sur le traitement pharmacologique, médical, thérapeutique, etc. (Storm et Edwards, 2013). Aoki (2020) propose une méthode d'application sur la base d'un processus de communication. Le processus débute par le partage du but de la décision (Aoki, 2020). Celui-ci est déterminé par les deux parties (Aoki, 2020). Ensuite, il s'ensuit le partage d'informations (Aoki, 2020). Ce partage devrait être constitué de la description de la condition, l'étalement des options, les impacts sur le quotidien, les perspectives des usagers, les perspectives des professionnelles, les expériences des pairs-aidants, et les ressources d'autosoins (Aoki, 2020). La troisième étape consiste à délibérer en révisant les options et en préparant les rencontres futures (Aoki, 2020). La quatrième phase vise à s'entendre sur une option. Finalement, la cinquième étape sert à effectuer un suivi de la décision (Aoki, 2020).

### *Centré sur la personne*

Le second modèle est l'approche centrée sur la personne (Storm et Edwards, 2013). Il n'a pas vraiment de modèle d'application concret (Storm et Edwards, 2013). Il s'agit davantage d'une approche qui s'intéresse à la perspective de la personne dans l'intervention (Storm et Edwards, 2013). Il implique la mutualité, la collaboration et l'honnêteté (Storm et Edwards, 2013). Il serait composé de cinq dimensions, à savoir adopter une perspective complète biopsychosocial de l'individu; considérer l'utilisateur comme une personne; partager le pouvoir et la responsabilité; développer une alliance thérapeutique, et avoir conscience des émotions dans la relation (Storm et Edwards, 2013).

### *Participation*

Le troisième modèle se présente comme la participation de l'utilisateur (Storm et Edwards, 2013). Elle se situe sur un continuum (Storm et Edwards, 2013). Une extrémité du continuum se caractérise par la simple réception d'information par l'utilisateur et il n'a pas réellement de rôle à jouer dans la prise de décision (« information et explication » ou « paternaliste ») (Storm et Edwards, 2013). En avançant sur le continuum, on y retrouve la « consultation » ou la « professionnelle comme agent » (Storm et Edwards, 2013). L'intervenante s'intéresse et prend en considération la perspective de l'utilisateur, mais la décision finale appartient à la professionnelle (Storm et Edwards, 2013). Ensuite, il y a le « partenariat » ou le « partage de la décision » (Storm et Edwards, 2013). La professionnelle et l'utilisateur sont des collaborateurs et participent activement à la prise de décision (Storm et Edwards, 2013). Finalement, l'extrémité opposée se nomme la « prise de décision informée » (Storm et Edwards, 2013). L'utilisateur reçoit l'information et il est l'unique responsable du pouvoir de prendre les décisions (Storm et Edwards, 2013).

### *Rétablissement*

Le quatrième modèle d'implication de l'utilisateur est celui du rétablissement (Storm et Edwards, 2013). Il vise à s'éloigner de la maladie (Storm et Edwards, 2013). Le contrôle de

l'intervention serait détenu par l'utilisateur (Storm et Edwards, 2013). Selon Storm et Edwards (2013), le modèle d'implication du rétablissement imbrique les trois modèles précédents (la prise de décision, l'intervention centrée sur l'utilisateur, la participation).

Ces quatre modèles sont particulièrement intéressants afin de s'extraire d'une posture paternaliste. Toutefois, Storm et Edwards (2013) présentent comme des synonymes l'intervention « centrée sur la personne » et l'intervention « dirigée par l'utilisateur ». Or, l'expérimentation révèle des distinctions importantes entre les deux modèles, qui n'ont pas la même opérationnalisation. En effet, le RES prévoyait d'impliquer les utilisateurs à travers toutes les étapes de l'intervention, mais surtout dans une perspective de prise de décision, donc centrée sur la personne. Il s'agissait de déterminer les priorités, de planifier ensemble l'action, et de s'adapter à leurs priorités. Ainsi, le projet du RES prévoyait de s'appuyer sur un modèle d'implication des utilisateurs centré sur la personne. Cette perspective s'est butée à des incompatibilités avec le contexte, où les pratiques formelles sont moins bien reçues par les utilisateurs. La pratique a mis en lumière les nuances importantes qui existent entre une implication des utilisateurs « centrée sur la personne » et celle « dirigée par la personne ». Matscheck et al. (2020) décrivent le modèle d'implication « dirigé par l'utilisateur » « comme une implication informelle et directe des utilisateurs, développée à travers l'interaction et le dialogue dans la réalité des suivis [traduction libre] » (p. 5). La différence subsiste dans la continuité de l'implication. Bref, le modèle d'implication « centrée sur la personne » prend davantage la forme d'une participation discontinue de l'utilisateur (lors des prises de décisions), tandis que l'intervention « dirigée par l'utilisateur » se poursuit de façon continue à travers l'ensemble des interactions.

### ***Prédominance de la relation traditionnelle dyadique – Paramètre de la structure d'intervention formelle***

Selon notre analyse, les modèles d'implication centrés sur l'utilisateur seraient cristallisés dans une construction médicale de l'intervention, ce qui limite leur développement. Ils sont réfléchis pour s'intégrer à une structure standard de consultation dyadique entre la professionnelle et l'utilisateur. Ce faisant, l'implication des utilisateurs s'opérationnalise seulement lors des prises de décisions, du partage d'informations, et de la planification de l'intervention. Autrement dit, les

modèles ne permettent pas une continuité de l'implication de l'utilisateur. Il se peut que ceci soit dû au fait que les modèles d'implication ont été développés dans le milieu médical initialement (Every-Palmer et Howick, 2014; Lecomte, 2003). Dans la littérature, on retrouve peu de modèles d'implication compatibles avec la structure d'intervention dans le milieu de vie de la personne vivant un TGSM.

Certains articles, s'intéressant à l'implication des usagers vivant avec un TGSM, adoptent une posture critique quant aux pratiques paternalistes de l'intervention sociale. Ils vantent les mérites des modèles d'implication, qui, selon eux, s'en éloignent (Aoki, 2020; Slade, 2017; Storm et Edwards, 2013; Thimm et al., 2020). Les chercheurs introduisent leur article en abordant les changements culturels en psychiatrie vers des soins axés sur le rétablissement personnel, en leur redonnant du pouvoir (Aoki, 2020; Slade, 2017; Storm et Edwards, 2013; Thimm et al., 2020).

Or, on peut constater que, malgré les efforts d'évolution, la structure d'intervention médicale fait pression, faisant en sorte que les modèles d'implication novateurs conservent une tendance médicale dans les écrits. Selon notre analyse, trois éléments témoignent de cette tendance lourde. 1) Ces écrits évaluent les effets de l'implication dans l'intervention, sur la base d'indicateurs liés à l'engagement dans les services (adhésion au traitement médical, obéissance aux consignes des intervenantes), et omettent d'estimer ses effets sur le rétablissement de la personne. 2) L'implication des usagers est analysée sur des thématiques centrées sur les problèmes (médication, gestion des symptômes), plutôt que sur le fonctionnement dans le quotidien (logement, occupations significatives). 3) Cette littérature propose des modèles d'implication qui cadrent parfaitement avec des pratiques dyadiques, où les rencontres sont effectuées entre l'utilisateur et la professionnelle dans un bureau, mais difficilement transposables à des suivis dans le milieu de vie de la personne. Ces trois constats seront discutés dans les paragraphes suivants.

### *Évaluer les effets sur l'engagement aux services*

Le premier constat sur les écrits concerne la tendance à prioriser des indicateurs d'analyse afin d'évaluer les effets de l'implication liés à l'engagement dans les services (adhésion aux services). À l'inverse, les effets de l'implication sur le rétablissement de la personne sont peu

explorés. Ceci témoigne de l'influence de la structure d'intervention médicale dans ces articles. Concrètement, les écrits rapportent des effets sur la participation dans les prises de décisions (Aoki, 2020; Freidl et al., 2016; Slade, 2017; Storm et Edwards, 2013), les connaissances des usagers sur leurs troubles et leurs symptômes (Aoki, 2020; Storm et Edwards, 2013), la mise en place et l'adhésion au traitement (Aoki, 2020; Freidl et al., 2016; Slade, 2017), la satisfaction quant aux soins (Aoki, 2020; Freidl et al., 2016; Slade, 2017; Thimm et al., 2020), et la relation avec la professionnelle (Aoki, 2020; Storm et Edwards, 2013). Slade (2017) lie ces facteurs à de meilleurs résultats de l'intervention.

On peut se questionner sur ce que ces études cherchent à atteindre en voulant évaluer l'implication des usagers de cette façon. Est-ce l'adhésion au traitement ou l'émancipation de l'utilisateur ? Dans une perspective de rétablissement, les effets évalués devraient être sur les différentes sphères de vie de la personne (contacts sociaux, participation citoyenne, bien-être, etc.). Également, les types d'effets analysés laissent croire que l'utilisateur doit obligatoirement adhérer aux services pour se rétablir. Ceci va à l'encontre d'une approche axée sur le rétablissement personnel, qui rejette l'idée que les personnes dépendent des services pour se rétablir (Slade et al., 2014). Selon ce qui précède, il est possible de croire que les chercheurs de ces études cherchent à identifier des façons de faciliter l'adhésion des usagers au traitement (Aoki, 2020; Freidl et al., 2016; Slade, 2017; Storm et Edwards, 2013). Ceci n'est pas sans rappeler une approche paternaliste, où la professionnelle sait mieux ce qui est bon pour l'utilisateur.

Durant l'expérimentation du RES, la stagiaire a été confrontée au défi d'impliquer les usagers dans l'intervention, malgré qu'ils semblaient désinvestis dans la relation. Selon notre expérience, le désinvestissement est constaté, lorsqu'on analyse exclusivement la sphère relationnelle ou la compliance de l'utilisateur à l'intervention de la professionnelle. Cette perspective d'analyse incite à conclure que l'utilisateur ne souhaite pas obtenir d'aide. Or, en concluant que l'utilisateur est désinvesti, les obstacles engendrés par la formule d'intervention employée ne sont pas étudiés, rendant invisible le savoir lié aux enjeux des pratiques formelles.

On croit que cette tendance des écrits dans la littérature scientifique, à se focaliser sur l'adhésion au traitement, est alimentée par l'obligation d'élaborer un plan d'intervention, qui est incompatible avec les formes d'aide dont les usagers ont besoin. Une structure d'intervention informelle permettrait d'arrêter d'analyser les problèmes d'adhésion et d'ouvrir vers la négociation

de l'intervention dans le présent. Dans la réalité, comment peut-on impliquer l'utilisateur dans l'intervention, sans qu'il réponde à des questions formelles et identifie un objectif ?

Selon la définition donnée au concept de rétablissement personnel, on ne cherche pas à trouver une façon de faire adhérer l'utilisateur, mais à ce qu'il s'émancipe au sein de la société, et ce, malgré la présence des symptômes (pouvoir d'agir, autonomie) (Anthony, 1993; Hammell, 2004). Le rétablissement personnel s'inscrit dans le quotidien des personnes et se construit à travers différentes expériences d'occupations, de vie, de questionnements, de difficultés, d'efforts et de réussites (Klevan et al., 2021). Ainsi, il appartiendrait à l'utilisateur de définir ses besoins et de les exprimer en temps opportun (Klevan et al., 2021). Bref, c'est la posture de la question qui doit changer en cherchant des paramètres d'intervention qui permettront à l'utilisateur de s'impliquer de façon flexible, et ponctuelle. La question « comment fait-on pour que les utilisateurs s'impliquent dans le traitement ? » devrait être remplacée par « comment peut-on offrir une structure d'intervention qui correspond à la forme d'aide dont ils ont besoin et encourage une réelle implication continue, et ce, malgré l'absence d'objectifs spécifiques ? ».

### *Thématiques centrées sur le problème*

Le second élément attestant de la persistance d'une structure d'intervention médicale dans les écrits sur l'implication des utilisateurs est : l'attention accordée aux problématiques médicales dans l'intervention (Aoki, 2020; Slade, 2017; Storm et Edwards, 2013; Thimm et al., 2020). Aoki (2020) tient compte des décisions prises au sujet du traitement, de la médication, du plan de traitement, et des services de soutien dans la communauté. De même, Thimm et al. (2020) ne définissent pas ce à quoi réfère le terme traitement, mais font mention des éléments comme la médication, le diagnostic, la gestion des symptômes, et les buts du traitement. Dans le même ordre d'idées, Slade (2017) explique que les décisions sont davantage au sujet du traitement médical lors des hospitalisations, et que les sujets de discussion sont plus larges dans les services offerts au sein de la communauté (comme financiers et social). Or, l'étude de Freidl et al. (2016), sur laquelle s'appuie Slade (2017), montre que 69 % des utilisateurs considèrent « le traitement » comme le sujet le plus important à aborder dans les prises de décisions. Le traitement réfère aux symptômes, à la détérioration de la maladie, ainsi qu'à la médication, et ses effets secondaires (Freidl et al., 2016).

Les facteurs sociaux (santé physique, famille, amis, différentes méthodes de traitement, temps libre), et financiers (travail, revenus et pensions) sont estimés par seulement 22 %, et 9 % des usagers respectivement (Freidl et al., 2016). Ceci suggère l’ancrage d’une représentation de l’intervention sous la forme de consultations médicales, autant chez les usagers, que chez les intervenantes.

Également, les usagers rapportent des enjeux, concernant l’implication, qui se concentrent davantage sur des facteurs médicaux, comme la médication, les traitements, et l’hospitalisation (Oedegaard et al., 2020). Cependant, les préférences des usagers, sur leur implication concernant les facteurs sociaux, ne sont pas explorées. De ce qui précède, on peut comprendre que les usagers souhaitent discuter et être informés formellement et directement sur des questions médicales (médication, symptômes, hospitalisations). Or, les questions sociales ne sont pas abordées. La littérature ne distingue pas les « questions médicales » et les « questions sociales » afin d’étudier les modèles d’implication des usagers. Les chercheurs proposent d’utiliser les mêmes modèles d’implication, peu importe qu’il soit question de l’un ou de l’autre. Le problème est de conclure que les usagers souhaitent être impliqués de la même façon, sans égard, qu’il soit question de sujets médicaux ou de sujets sociaux.

Basé sur nos observations, on croit que la surconcentration d’attention accordée aux questions médicales dans la littérature masque le fait que les usagers souhaitent une forme d’implication différente pour des questions médicales, et pour des questions sociales. En effet, les usagers semblent vouloir être impliqués différemment dans les sphères médicales et les sphères sociales. Autrement dit, nos découvertes suggèrent que les usagers veulent faire partie des décisions médicales de façon directe et formelle, mais souhaitent une forme d’implication plus flexible, libre, et informelle pour des questions sociales. En peu de mots, il est possible que les usagers veuillent être impliqués différemment dans ces deux sphères.

### *Modèles d’implication pour les consultations médicales*

Le dernier élément suggérant une tendance marquée, dans les écrits, à s’inscrire dans une structure d’intervention médicale (consultations) est le fait que les modèles d’implication des

usagers proposent des pratiques qui cadrent parfaitement avec le rétablissement médical, mais peu avec le rétablissement personnel (Aoki, 2020; Slade, 2017; Storm et Edwards, 2013; Thimm et al., 2020). Afin d'illustrer cette idée, prenons une définition du modèle d'implication de la décision partagée et tentons de l'appliquer à une question médicale et à une question sociale. Par exemple, Mike Slade est un professeur et chercheur qui se spécialise dans le rétablissement en santé mentale et l'inclusion sociale. La définition qu'il utilise pour définir le principe de la prise de décision partagée, une forme d'implication de l'utilisateur, est la suivante :

un processus dans lequel les cliniciens et les patients travaillent ensemble pour sélectionner des tests, des traitements, des plans de gestion ou de soutien, sur la base de preuves cliniques et des préférences éclairées du patient; cela implique de fournir des informations basées sur les données probantes concernant les options, les résultats et les incertitudes, ainsi que des conseils d'aide à la décision et un système d'enregistrement et de mise en œuvre des préférences éclairées des patients [traduction libre] (Coulter & Collins cité dans Slade, 2017, p. 146).

Selon la définition, le but du processus est de prendre une décision et implique un partenariat. La professionnelle informe l'utilisateur sur les données probantes, le conseille et adopte un système d'enregistrement et de mise en œuvre des préférences informées. Malgré ses nombreuses publications critiques sur le rétablissement personnel (p. ex. Slade, 2009; Slade et al., 2014), Slade (2017) propose une définition de la décision partagée qui est difficilement applicable au rétablissement personnel. En effet, outre les enjeux quant à la posture de l'utilisateur comme récepteur de l'information et l'absence du dialogue dans cette définition, le processus est facilement applicable à un contexte médical, mais plus difficilement transférable (pas impossible) à un soutien dans la communauté. Afin d'illustrer les difficultés, comparons deux démonstrations d'application de la prise de décision partagée suggérée par Slade (2017) (l'une médicale et l'autre sociale).

À titre d'exemple médicale, une professionnelle et un utilisateur se rencontrent puisque l'utilisateur présente des signes de toxicité au lithium pour traiter les symptômes de son trouble bipolaire. Ensemble, ils devront collaborer pour trouver un traitement alternatif. La professionnelle pourra informer l'utilisateur sur les options alternatives qui existent sur la base des données probantes. Elle pourra le conseiller sur la meilleure avenue à prendre. La professionnelle sera attentive à ce que l'utilisateur choisit. Le principe est assez facile à concevoir lors de décisions cliniques circonscrites dans le temps et à un enjeu particulier. Ce type d'intervention se comprend dans un

contexte institutionnel, où la professionnelle reçoit l'utilisateur à son bureau dans une rencontre un à un.

Or, les écrits semblent avoir de la difficulté à intégrer le principe dans un contexte d'intervention dans la communauté. Prenons un second exemple de décision fréquente au sein du SICOM, le choix d'un lieu d'habitation, et tentons d'appliquer les principes de l'approche. L'intervenante et l'utilisateur vont participer au choix du logement. Pour informer et conseiller l'utilisateur, la professionnelle doit s'appuyer sur la science. Les données probantes en ce qui a trait au lieu d'habitation sont assez simples. Il en faut un. Toutefois, la professionnelle peut informer les usagers sur les options qui se présentent à lui comme les ressources alternatives, les ressources intermédiaires, les appartements disponibles, etc. Elle peut conseiller l'utilisateur dans sa décision. Ce point est probablement l'élément central, mais il est peu d'intérêt de s'appuyer sur des données probantes, puisque les préférences de l'utilisateur primeront. Finalement, le système d'enregistrement et de mise en place de la décision constitue un risque de le déresponsabiliser, de lui retirer le pouvoir d'agir, et de le positionner dans un rôle d'aidé, n'ayant pas les capacités de s'organiser pour se trouver un logement.

La définition proposée par Slade n'est pas impossible à transposer pour impliquer l'utilisateur obtenant un suivi dans la communauté. Toutefois, le concept ne représente pas la forme d'implication idéale qui peut s'opérer. La définition de l'implication de Slade n'est qu'une parmi tant d'autres. Toutefois, on a constaté la même difficulté à transférer le modèle d'implication à une pratique dans la communauté avec d'autres définitions (Aoki, 2020; Storm et Edwards, 2013; Thimm et al., 2020).

Pour conclure, les trois éléments, témoignant de l'influence d'une structure d'intervention médicale dans les écrits sur l'implication des usagers, montrent que les objectifs de ces écrits tentent d'intégrer le pouvoir d'agir, sans remettre en question la structure d'intervention formelle dans laquelle ils s'inscrivent. On conceptualise souvent l'intervention comme étant une relation d'aide un à un dans un bureau ou à l'hôpital. On considère essentiel d'en établir la durée, les besoins, les paramètres, et la finalité dès le début de la relation entre la professionnelle et l'utilisateur. Le lieu n'a pas réellement d'importance, toutefois l'imaginaire semble cristallisé dans cette représentation de l'intervention qui limite l'innovation dans les modèles d'implication des usagers. Bien que moins contraignante, il s'agit d'une forme adoucie de paternalisme. La professionnelle,

qu'elle le désire ou non, décide quand il faut prendre des décisions, dans quelle structure, et de quelle façon. Les modèles d'implication s'intègrent difficilement à des suivis dans le milieu de vie de la personne souffrant de TGSM et qui s'inscrivent dans une approche axée sur le rétablissement personnel.

La planification du projet du RES est tombée dans ce piège. C'est dans une certaine structure médicale (consultations) involontaire et inconsciente que le RES a été prévu. Malgré une certaine flexibilité, le RES devait s'amorcer par une évaluation de la situation de la personne, une prise de décision sur les besoins et une planification de l'intervention. Ceci n'a pas été réalisable, mais l'expérimentation du RES a mis de l'avant que la structure d'intervention établie engendre le désinvestissement de l'utilisateur, au lieu d'augmenter sa participation à l'intervention. Ceci suggère que la structure mérite d'être réévaluée.

Il est difficile de prendre conscience de l'impact de la structure sur le désinvestissement de l'utilisateur, puisqu'elle est intégrée dans la formation en travail social, dans la législation, ainsi que dans les lignes directrices des programmes d'intervention. Les paramètres particuliers de l'intervention dans la communauté permettent de percevoir sous un angle différent la relation entre la professionnelle et l'utilisateur. Ceci contribue à s'apercevoir des contraintes engendrées par la structure d'intervention formelle. Selon certains auteurs, le déplacement des services hors des murs permet de se rendre compte des changements idéologiques à effectuer afin de mieux correspondre à une offre d'accompagnement orientée sur le rétablissement personnel (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021).

En somme, des changements structurels se sont déjà amorcés sur la place accordée aux usagers dans l'intervention, mais il reste encore du chemin à faire. La structure d'intervention formelle empêche les méthodes innovantes d'exercer leur plein potentiel, auprès des usagers vivant un TGSM et participant à des suivis dans leur milieu de vie. D'abord, la pratique cherchant l'obéissance de l'utilisateur devrait laisser place à une pratique qui cherche à avoir des effets sur le fonctionnement social de la personne. Ensuite, on peut comprendre que la recherche aurait intérêt à distinguer les méthodes d'implication sur des questions médicales et celles sur des questions sociales. Finalement, les modèles d'implication des usagers profiteraient de se représenter l'intervention sociale sous la forme de suivis dans la communauté, afin de s'éloigner d'une formule plus compatible avec la structure d'intervention médicale.

### ***Dirigée par l'utilisateur (implication) – Paramètre de la structure d'intervention informelle***

De ce qui précède, on doit s'extraire d'une représentation de l'intervention traditionnelle dyadique, où les décisions sont prises à l'occasion. Une reconceptualisation de l'implication s'avère inévitable. Afin de transposer l'implication des usagers dans les services pour les personnes ayant un TGSM, un double effort d'adaptation est nécessaire. D'abord, il s'agit de se conscientiser au fait que les services d'aide s'opérationnalisent autrement lorsqu'ils sont axés sur le rétablissement personnel et sont offerts dans la communauté. Ensuite, il faut adapter les modèles d'implication à cette configuration. Le postulat de base proposée est : et si l'intervention était portée par l'utilisateur, plutôt que par la professionnelle (Klevan et al., 2021). Ainsi, il s'agit de conceptualiser l'intervention dirigée par l'utilisateur. Cette forme d'implication comprend quatre modalités discutées dans les sections qui suivent.

### ***S'opérationnalise autrement – mécanisme continu d'implication***

Dans un contexte de suivi dans le milieu de vie auprès de personnes vivant un TGSM, l'intervention vise à accompagner l'utilisateur dans son processus de rétablissement personnel (Gélinas, 2009; Latimer et al., 2004). Les interventions axées sur le rétablissement personnel se centrent sur la personne, visent le développement de moyens de gérer différents aspects du quotidien, s'appuient sur la représentation qu'a la personne de ses besoins, et se concentrent sur sa vie sociale dans la communauté (Matscheck et al., 2020). Dans ce contexte et selon nos découvertes, on considère que l'implication des usagers dans l'intervention devrait être un mécanisme continu. Cette forme ne nécessite pas forcément de planification et d'accords formels entre l'utilisateur et l'intervenante (Klevan et al., 2021; Rise et al., 2014). Elle peut être comprise comme une participation active de la personne à sa vie et son rétablissement personnel (Klevan et al., 2021).

### *Transfert du pilotage de l'intervention à l'utilisateur*

L'adaptation des modèles d'implication consiste à transférer les pouvoirs de pilotage de l'intervention détenus par l'intervenante, à l'utilisateur (Matscheck et al., 2020). Afin de bien comprendre le virage idéologique, il faut conceptualiser l'utilisateur en tant que guide de l'intervention (Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). L'intervention est ainsi dirigée par l'utilisateur et l'intervenante l'accompagne dans son processus personnel (Matscheck et al., 2020). De cette façon, l'utilisateur est impliqué, non seulement, dans toutes les interventions, mais il en est le pilote (Matscheck et al., 2020). Ceci constitue une forme complète, continue et respectueuse d'implication (Rise et al., 2014). La reconceptualisation de la structure d'intervention permet de comprendre que l'utilisateur est le moteur de l'intervention (Klevan et al., 2021). Durant l'expérimentation, les suivis consistaient essentiellement à laisser l'utilisateur aborder les sujets qu'ils désiraient.

### *Dialogue*

L'intervention est produite dans le dialogue et la négociation (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Premièrement, le dialogue permet de négocier les objectifs durant la rencontre (Klevan et al., 2021). Les objectifs sont en constant changement (Klevan et al., 2021). Ils sont variables, altérables, modulables et flexibles (Klevan et al., 2021). Deuxièmement, le levier de l'intervention, selon Bøe et al. (2021), consiste à produire un dialogue, où l'utilisateur peut s'alimenter de la réaction de l'autre. Les échanges témoignent de l'existence de l'autre, alimentent des réflexions, et matérialisent les émotions (Bøe et al., 2021). Troisièmement, le dialogue permet de maintenir l'implication des usagers active durant tous les suivis (Matscheck et al., 2020). Ceci supporte l'idée que l'implication peut demeurer une méthode continue dans la pratique.

### *Co-construction de la connaissance*

L'intervention dirigée par l'utilisateur part de l'idée selon laquelle l'utilisateur est le seul détenteur de la connaissance (Klevan et al., 2021). Il connaît son expérience, sa souffrance, ses défis, ses

réussites, ses forces, et ses besoins (Klevan et al., 2021). Pour se rétablir, il doit apprivoiser son propre fonctionnement (processus de rétablissement) unique à sa personne, et les moyens de le gérer qui lui correspondent (Klevan et al., 2021). Il n'existe aucune solution prête à emporter (Klevan et al., 2021). Cette conceptualisation de l'intervention rejette l'idée que la connaissance est fixe et rigide et associée à un trouble (Klevan et al., 2021). Une relation d'aide s'amorce avec un sac vide de connaissances (Klevan et al., 2021). Ces connaissances sont co-construites dans la relation et sont uniques à l'individu, donc non transposables à un autre usager (Klevan et al., 2021).

### *Pouvoir d'agir et rétablissement personnel*

En pouvant prendre des décisions sur son quotidien, l'utilisateur retrouve un sentiment d'avoir le contrôle sur sa vie (Topor et Matscheck, 2021). Ce transfert participe au rétablissement personnel en redonnant du pouvoir aux usagers (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Ils détiennent la responsabilité de prendre des décisions sur leur vie (Rise et al., 2014). Ils deviennent les pilotes de leur vie (Rise et al., 2014). Sous cette forme d'implication, l'utilisateur n'est plus soumis à une forme d'intervention, puisqu'il en devient l'édificateur (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). Il détermine les modalités des suivis et rencontres (Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021).

Bref et de ce qui précède, on comprend que les usagers de l'expérimentation du RES étaient vraisemblablement impliqués, selon les nouvelles modalités présentées ci-dessus. En effet, l'implication des usagers, en adoptant une pratique dirigée par l'utilisateur, appuie le postulat qui suggère qu'ils n'étaient pas réellement désinvestis. L'intervenante a impliqué les usagers en leur offrant la liberté d'aborder les sujets désirés. Durant l'expérimentation, chaque sujet abordé et chaque opportunité d'intervention (épicerie, marche, nettoyage, etc.) s'est actualisé, puisque l'utilisateur s'impliquait dans la relation d'aide.

\*\*\*

Pour conclure l'implication, les modèles d'implication des usagers sont habituellement développés dans une structure d'intervention médicale et formelle. L'intervention sociale dans le milieu de vie et les modèles d'implication des usagers sont actuellement incompatibles. Pour les

rendre plus compatibles, la recherche doit s'intéresser à produire des effets sur le fonctionnement de la personne, plutôt que sur l'engagement de la personne dans les services. Également, elle doit s'intéresser à des modèles d'implication moins formelle pour des questions de rétablissement personnel. Finalement, elle doit reconcevoir l'implication sous une forme continue et dirigée par l'utilisateur. Ainsi, le paternalisme s'efface pour laisser la place à l'utilisateur comme meneur de l'intervention. La professionnelle est présente seulement pour accompagner l'utilisateur. Par le dialogue, l'intervention s'ajuste, se construit, et se module aux fluctuations quotidiennes des besoins, des priorités et des aspirations des usagers. L'intervention se construit dans le quotidien. Ceci contribue au rétablissement en redonnant du pouvoir d'agir aux usagers. En somme, l'intervention dirigée par l'utilisateur fonde le troisième paramètre de la structure d'intervention informelle (voir Figure 8). Elle se concrétise: de façon continue ; en transférant le pilotage de l'intervention ; par le dialogue et par la co-construction de la connaissance.

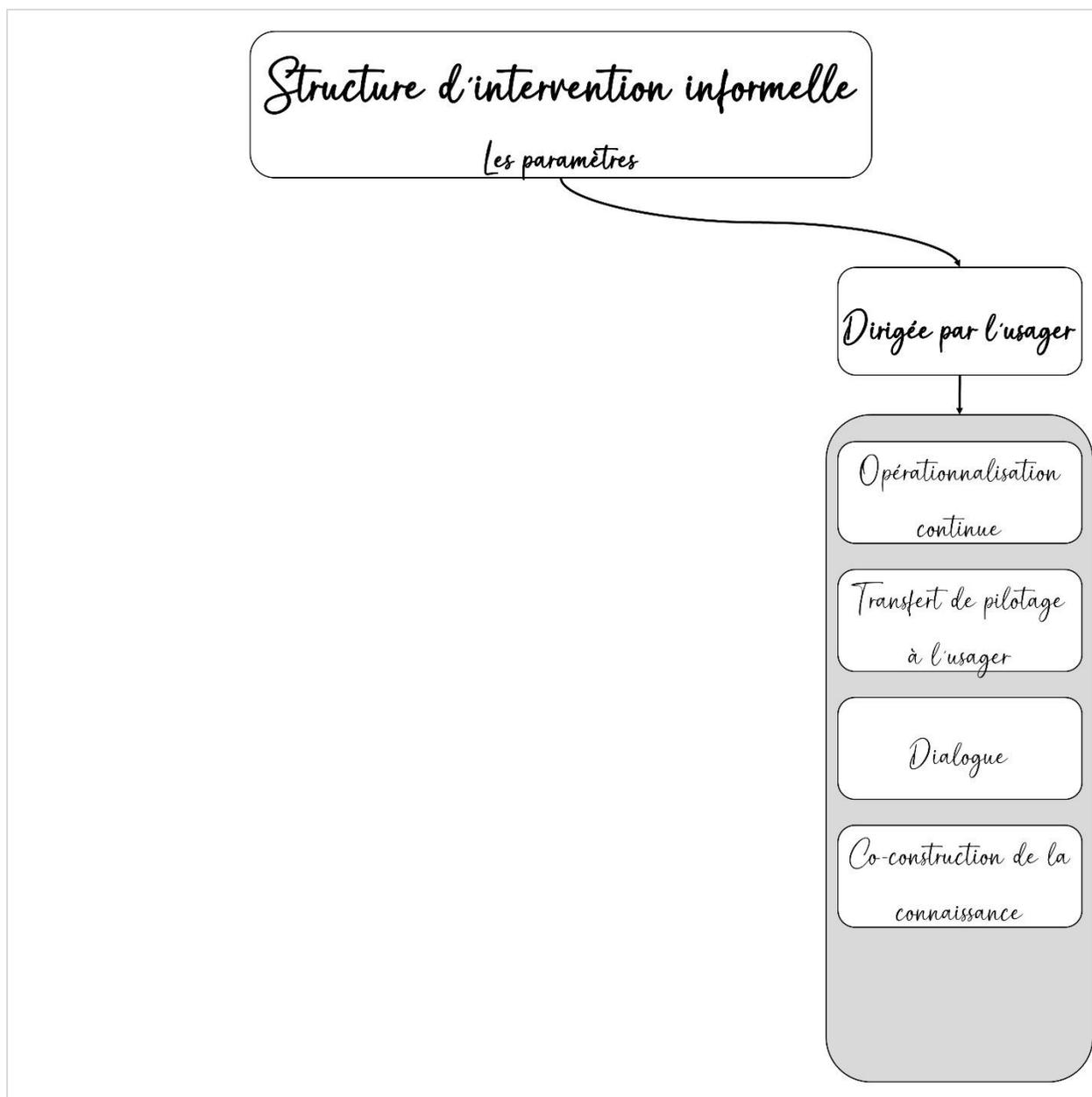


Figure 8. Dirigée par l'utilisateur - Caractéristiques des paramètres de la structure d'intervention informelle

## Structure d'intervention informelle en résumé

Sommairement, la structure d'intervention informelle regroupe trois paramètres afin d'intervenir dans le milieu de vie des personnes qui vivent un TGSM illustré à la Figure 9.

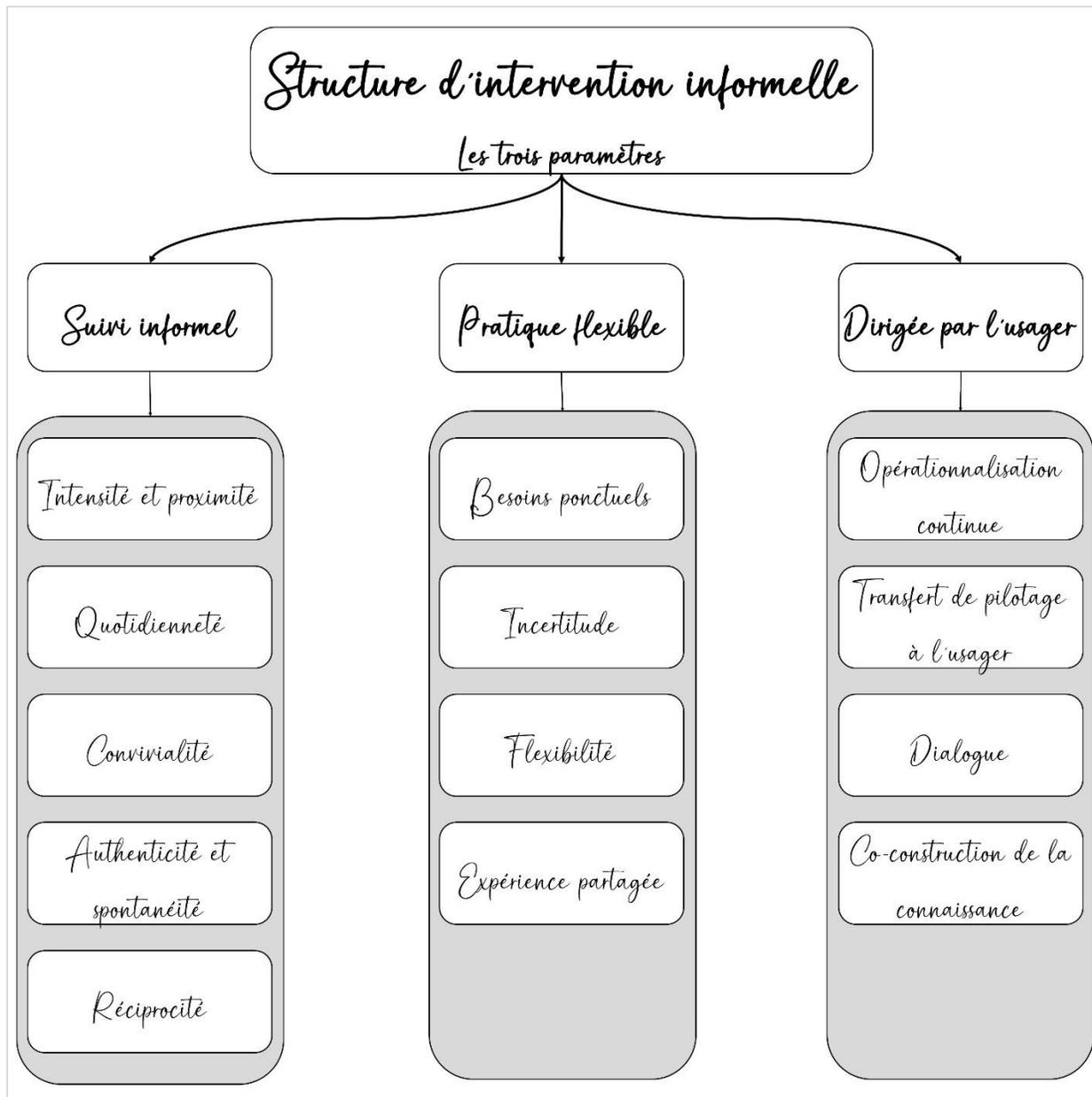


Figure 9. Caractéristiques des paramètres de la structure d'intervention informelle

Le *suivi informel* se caractérise par de la convivialité, de la spontanéité, et de la réciprocité. Il s'inscrit dans un environnement intime et pourvu de quotidienneté. La *pratique flexible* s'appuie

sur les besoins ponctuels et l'expérience partagée, ce qui alimente une incertitude et une flexibilité permettant de faire des découvertes et enrichir l'intervention, les échanges et l'accompagnement. L'*intervention dirigée par l'utilisateur* transfère le pouvoir de pilotage des suivis, ce qui contribue à opérationnalisation de façon continue de l'implication. Par le dialogue, l'intervenante et l'utilisateur établissent des balises et une direction au suivi. La superposition des connaissances accumulées durant les différentes rencontres donne accès à la co-construction de la connaissance de rétablissement spécifique et unique à chacun des usagers.

Il est pertinent de faire un rappel du processus de reconceptualisation de la structure d'intervention présenté à la Figure 5 et fractionné à la Figure 10, 11, 12. La première reconceptualisation est le passage d'un suivi formel à un suivi informel (Figure 10). Les limites et la distance professionnelles appropriées peuvent parfois être interprétées sous le modèle psychanalytique. Les suivis formels ne semblent pas correspondre à une population vivant en marge de la société comme les personnes qui vivent des TGSM. Les pratiques formelles sont parfois comprises par les usagers comme des repères leur rappelant qu'ils ont accès à ce soutien parce qu'ils vivent avec un TGSM. Dans un contexte de suivi dans le milieu de vie, la zone grise existante sur les limites professionnelles s'élargit. Afin de reconnaître l'humanité qui est partagée entre l'utilisateur et l'intervenante, et de préserver l'intégrité du quotidien, le suivi informel s'opère par une réduction de la distance professionnelle et la reconnaissance de l'humain derrière le trouble.

### *Processus de reconceptualisation de la structure d'intervention*

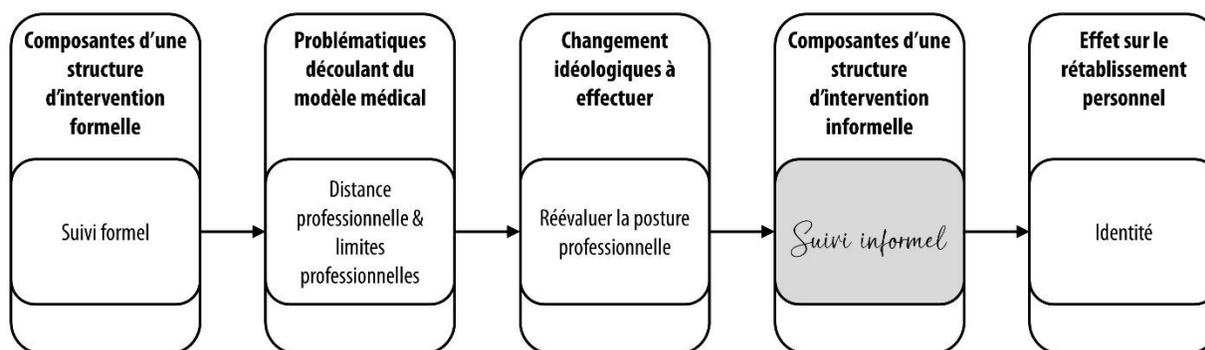


Figure 10. Processus de reconceptualisation des mesures formelles de suivi

La seconde reconceptualisation est la substitution du plan d'intervention par la pratique flexible. La standardisation des plans d'intervention participe à limiter le potentiel des pratiques innovantes dans le milieu de vie des personnes vivant avec un TGSM (Figure 11). La planification de l'intervention participe à la perception des professionnelles à percevoir les usagers désinvestis dans la relation d'aide et à leur exclusion des services d'aide. Accéder à une vie dans la communauté signifie également de se sortir de la planification du quotidien. S'extraire de l'obligation de définir des objectifs d'intervention spécifiques permet d'adapter l'accompagnement aux besoins ponctuels. Maintenir l'intervention dans l'ici et maintenant serait plus significatif pour les personnes qui présentent un TGSM dans la communauté.

### *Processus de reconceptualisation de la structure d'intervention*

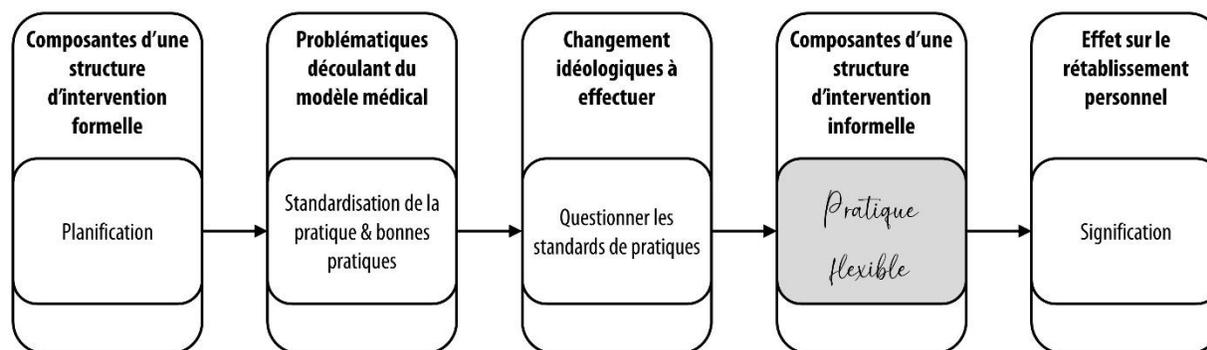


Figure 11. Processus de reconceptualisation des pratiques de planification

La troisième reconceptualisation est le remplacement de l'implication formelle et discontinue par l'intervention dirigée par l'utilisateur, illustrée à la Figure 12. Les modèles d'implication des usagers se conceptualisent, la plupart du temps, dans une formule de consultations entre l'utilisateur et l'intervenante. Ces modèles limitent l'implication de l'utilisateur à une période prescrite et conservent une certaine attitude paternaliste atténuée. Réfléchir à des modèles d'implication dans des suivis au sein du milieu de vie de la personne permet de conceptualiser l'implication de façon continue durant l'intervention. L'intervention dirigée par l'utilisateur, où ce dernier oriente les activités, les sujets et l'expérience partagée participe à leur redonner un certain pouvoir d'agir.

## Processus de reconceptualisation de la structure d'intervention

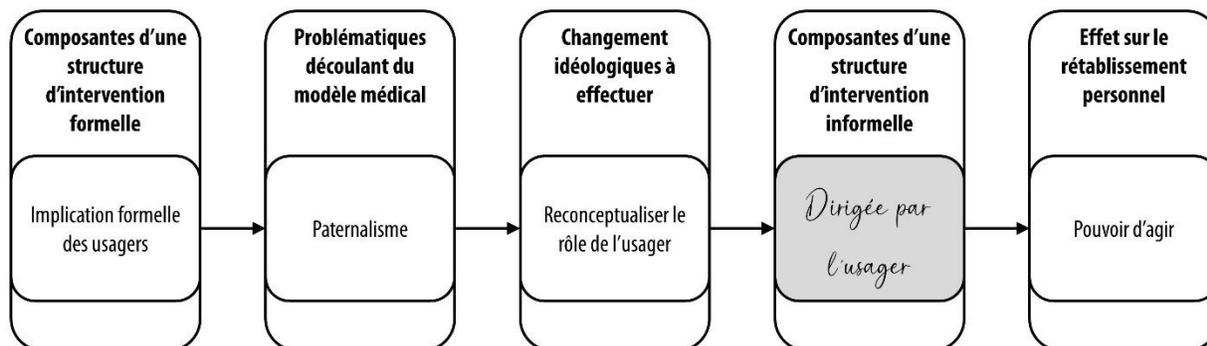


Figure 12. Processus de reconceptualisation de l'implication des usagers

Bref, la structure d'intervention informelle donne accès à une lecture différente des pratiques innovantes proposées dans la littérature sur l'intervention dans le milieu de vie des personnes vivant avec un TGSM.

## **Stratégies d'engagement**

Le suivi informel, l'intervention dirigée par l'utilisateur et la pratique flexible donnent un tout autre sens aux stratégies d'engagement des usagers que l'on retrouve dans la littérature. Quatre études qualitatives sur le sujet explorent des stratégies afin de favoriser l'investissement dans les services des usagers du SIM, tout en évitant de tomber dans la médicalisation (George et al., 2016; Killaspy et al., 2009; Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005). Deux d'entre elles s'intéressent à la perception des intervenantes d'équipes du SIM (George et al., 2016; Killaspy et al., 2009). George et al. (2016) font appel à treize intervenantes pour partager leurs stratégies d'engagement. Killaspy et al. (2009) étudient l'expérience d'intervenantes après 6 mois de travail dans une nouvelle équipe auprès d'usagers ayant transféré de services à partir d'une équipe de suivi d'intensité variable (SIV). Deux autres études s'intéressent à la perspective des usagers (Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005). Priebe et al. (2005) interrogent 40 usagers sur les facteurs ayant favorisé ou ayant nui à leur engagement. Pettersen et al. (2014) s'intéressent à la perception des usagers quant à leur engagement initial avec l'équipe du SIM. À travers ces études, on reconnaît des stratégies d'engagement fortement liées aux paramètres de la structure d'intervention informelle (suivi informel, intervention dirigée par l'utilisateur, pratique flexible). Ces trois paramètres de la structure d'intervention informelle présentés dans cet essai se retrouvent dans les résultats de ces études.

### **Stratégies liées à l'implication des usagers**

S'adapter aux usagers est l'une des stratégies relevées par les intervenantes (George et al., 2016). Priebe et al. (2005) suggèrent de traiter les usagers comme des partenaires, en leur apportant de l'écoute (Priebe et al., 2005). Les intervenantes proposent d'utiliser comme stratégie l'acceptation des refus, et le respect des droits et des choix, tout en persévérant de façon bienveillante dans l'intervention inconditionnellement aux comportements des usagers (George et al., 2016). Ainsi, l'utilisateur comme pilote de l'intervention permet de mettre en pratique l'ensemble de ces stratégies.

### **Stratégies liées à la pratique flexible**

George et al. (2016) suggèrent d'éviter de trop planifier et de laisser l'utilisateur guider l'intervention selon ses besoins (George et al., 2016). Dans le même ordre d'idées, les usagers et les intervenantes rapportent que les formes d'aide sociale et pratique contribuent à l'engagement (Killaspy et al., 2009; Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005). L'aide sociale permet de briser l'isolement et de pouvoir s'appuyer sur quelqu'un (Killaspy et al., 2009; Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005). L'aide pratique sert à faire face aux défis quotidiens (Killaspy et al., 2009; Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005). La participation active de l'intervenante avec l'utilisateur aux tâches pratiques et de plaisir favorise l'engagement (Killaspy et al., 2009). Ainsi, la pratique flexible permet d'éviter de sombrer dans la rigidité des plans d'intervention et considère les besoins des usagers comme ils viennent durant les rencontres.

### **Stratégies liées au suivi informel**

Des techniques d'engagement proposé par une équipe du SIM suggèrent que les modes d'entrer en relation moins formels sont à envisager (Killaspy et al., 2009). Le suivi informel réduit l'attention accordée dans l'intervention aux facteurs médicaux (médication, traitements, hospitalisation (Priebe et al., 2005). Ils expliquent que d'échanger sur des aspects de tous les jours démontre que les intervenantes ne les considèrent pas uniquement comme des malades (George et al., 2016; Killaspy et al., 2009; Priebe et al., 2005). En percevant les usagers au-delà de leur diagnostic et en écoutant leur expérience de souffrance, les intervenantes leur redonnent de l'humanité (George et al., 2016). Dans le cadre de l'étude de Killaspy et al. (2009), une intervenante souligne que les échanges avec les usagers ne devraient pas concerner exclusivement la médication ou les TGSM puisque la personne est beaucoup plus que cela (Killaspy et al., 2009). Cette posture implique de considérer la personne dans son ensemble, dans toutes les sphères de sa vie et dans tous ses rôles (Killaspy et al., 2009). Ainsi, les stratégies liées au suivi informel concernent essentiellement la reconnaissance de l'utilisateur comme un humain à part entière.

\*\*\*

## **Conclusion sur les stratégies d'engagement**

En somme, ces stratégies d'engagement proposent une avenue intéressante d'analyse. Elles rappellent les trois thématiques abordées dans les résultats. D'abord, l'implication des usagers est suggérée en considérant leurs besoins, en s'adaptant, en apportant écoute et bienveillance par le respect de leurs droits. Ensuite, la flexibilité se rattache à l'idée d'être souple dans l'aide apportée, en offrant un support pratique et social. Finalement, le suivi informel est considéré comme une pratique à envisager pour s'éloigner d'une approche médicale et reconnaître l'humain derrière.

### **Importance de la relation usager-intervenante**

De ce qui précède, il ressort que l'établissement d'une alliance est essentiel. En effet, la relation se retrouve dans les trois paramètres de la structure d'intervention informelle (suivi informel, flexibilité, pilotage de l'intervention par l'utilisateur). Dans cette discussion, elle se présente comme l'objet de l'analyse de l'expérimentation du RES. Concrètement, l'alliance (empathie, respect, habile) entre l'utilisateur et l'intervenante serait considérée comme le meilleur outil afin d'accompagner le processus de rétablissement personnel des personnes (Simpson et al., 2016).

D'abord, la relation montre la portée que peut avoir un suivi informel. De ce qui précède, la relation est essentielle à l'accomplissement de cette approche. En fait, elle constitue la base même de la pratique. Elle permet de produire un ensemble de comportements qui reconnaît l'autre comme une personne.

Ensuite, en ce qui concerne l'implication des usagers, la relation permet de redonner le contrôle aux usagers en laissant la liberté de diriger l'intervention et offre un espace de construction des savoirs (Klevan et al., 2021). L'intervention se forme, se développe, se dessine, se construit, évolue, grandit, s'améliore, et progresse dans la relation. La professionnelle peut soutenir la personne en explorant les expériences de l'utilisateur (Klevan et al., 2021). Les connaissances sur les façons de vivre, de vivre avec la maladie, ou de passer à travers des étapes de la vie sont développées dans la relation d'aide (Klevan et al., 2021).

Finalement, la relation s'enrichit par la flexibilité. La relation permet d'établir un dialogue entre l'intervenante et l'utilisateur et d'en faire usage durant l'intervention. La relation permet d'apprendre à se connaître, ce qui élargit, offre et développe de nouveaux outils d'intervention avec cette personne. En effet, l'intervenante peut se servir de la relation pour apprendre à connaître les réactions, les difficultés, les forces, et les habiletés de l'utilisateur (Klevan et al., 2021). La relation permet de discerner les dispositions idéales de l'utilisateur, de celles qui sont moins favorables (Klevan et al., 2021). Elle permet d'être attentif aux signes et manifestations dans le but de s'adapter à ces fluctuations (Klevan et al., 2021). La relation permet de partager des expériences qui offrent des opportunités de grandir ensemble. Elle contribue à fixer l'intervention dans le présent. Au moment où les personnes ont réellement besoin d'accompagnement et à l'instant où les besoins sont exprimés.

\*\*\*

Dans l'ensemble, la relation entre la professionnelle et l'utilisateur favorise le rétablissement personnel (Green et al., 2008; Ljungberg et al., 2016; Simpson et al., 2016). En premier lieu, c'est grâce à la relation que l'utilisateur est en mesure de percevoir dans le regard de l'autre qu'il a une valeur comme personne. Elle redonne une part d'humanité à l'utilisateur durant l'intervention. En second lieu, c'est à travers la relation que l'intervenante transfère le contrôle de l'intervention à l'utilisateur afin de lui restituer le pouvoir d'agir qui lui revient. En troisième lieu, c'est à travers la relation qu'il est possible d'extraire une signification à l'intervention.

Décidément, la relation permet d'exprimer une authenticité essentielle au développement de la confiance. Toutefois, une alliance forte entre l'utilisateur et la professionnelle peut prendre des années à se forger (Green et al., 2008; Pettersen et al., 2014). L'intervenante doit persévérer avec bienveillance (Pettersen et al., 2014). La continuité du suivi sur une longue période est d'ailleurs rapportée comme favorable à l'engagement par les usagers (Killaspy et al., 2009; Pettersen et al., 2014; Priebe et al., 2005).

## CONCLUSIONS

En conclusion, l'attitude désengagée des usagers vivant avec un TGSM est rapidement perçue comme du désinvestissement. Or, l'expérimentation du RES et la discussion actuelle révèlent que la structure d'intervention qui domine ne répond pas systématiquement à la forme d'aide dont ont besoin les personnes vivant avec un TGSM qui vivent dans leur milieu de vie. Le désinvestissement peut être dû à l'utilisation par les intervenantes de méthodes trop formelles, et planifiées, et ce, sans que les usagers soient réellement impliqués de façon continue. L'enjeu le plus important est le risque d'interpréter à tort que les usagers ne veulent pas d'aide parce qu'ils présentent une attitude désinvestie dans la relation d'aide. Cette structure d'intervention formelle risque de participer à leur exclusion. Dans plusieurs cas, une structure d'intervention informelle semble mieux s'inscrire avec une logique de rétablissement personnel.

Nos découvertes laissent croire que les pratiques formelles, la primauté du plan d'intervention, la direction de l'intervention par des objectifs déterminés à priori, et même les décisions partagées demeurent des pratiques influencées par des idéologies traditionnelles ou médicales. La structure d'intervention formelle témoigne de l'emprise toujours présente des pratiques traditionnelles ou médicales. On observe encore aujourd'hui des retentissements : de la distance professionnelle à préserver venant de la psychanalyse; de la standardisation de la pratique, dictée par une compréhension médicale de l'intervention; et du paternalisme plus ou moins présent, par le maintien d'une structure d'intervention construite sous la forme de consultations médicales. Ces pratiques traditionnelles ou médicales sont bien entendu beaucoup moins importantes qu'il y a plusieurs années. Il est possible que leur atténuation et leur présence à l'arrière-plan rendent plus difficile de détecter les enjeux qui en découlent.

On suppose que, chez certains gestionnaires, professionnelles ou chercheuses, la structure d'intervention informelle génère des résistances qui seraient alimentées par la persistance des logiques médicales influençant la légalisation et les codes déontologiques professionnels. Les pratiques, déviant de la structure d'intervention formelle, risquent d'être perçues comme non professionnelles. Les obligations de formuler un plan d'intervention ramènent constamment l'utilisateur dans un rôle de patient malade et ayant besoin d'aide. Les échanges formels limitent la

qualité de la relation d'aide, ce qui représente un frein à l'émancipation. Ces manières de faire plus rigides participent à la représentation de l'utilisateur comme étant désinvesties, lorsqu'il ne se conforme pas à la procédure.

Bref, ces constats montrent qu'il pourrait être utile, auprès de certains usagers, de réévaluer la posture professionnelle, de reconcevoir le rôle de l'utilisateur dans l'intervention, et de repenser le processus de sélection des pratiques aidantes. L'expérimentation du RES nous apprend que des modalités différentes d'intervention peuvent être utiles, à savoir le suivi informel, la pratique flexible, et le pilotage de l'intervention par l'utilisateur. Ces trois paramètres pourraient surpasser les défis d'investissement dans la relation d'aide des usagers et redonner l'accès aux services d'aide aux personnes qui vivent des difficultés à identifier des objectifs spécifiques.

### **Implications pour le modèle du RES**

Pour mieux correspondre aux valeurs du rétablissement personnel, le RES pourrait intégrer une structure d'intervention informelle. Selon cette perspective, les suivis s'offrent de façon informelle. Les usagers dirigent les interventions par leurs besoins ponctuels, présents et actuels. La flexibilité engendre de l'incertitude qui est un levier pour l'intervention, mais dont l'intervenante doit tolérer sa présence. L'intégration de l'incertitude dans la pratique amène l'intervention à des découvertes ou des pistes improbables avec une planification. De cette façon, on peut progresser et avancer, ou simplement, voir autrement les choses. Le dialogue, la négociation et les expériences partagées permettent de faire émerger des opportunités d'interventions (échanges, activités, tâches, expérience partagée, etc.). Dans ce contexte, l'intervenante est invitée à demeurer attentive aux opportunités qui se présentent durant les suivis et les saisies afin d'en extraire un sens. La relation qui émerge de l'intervention offre de l'information qui peut être réinvestie dans les rencontres futures.

Cette discussion nous apprend que les cinq processus du rétablissement personnel de Leamy et al. (2011) ne doivent pas être négligés (connexion sociale, espoir, identité, sens dans sa vie, pouvoir d'agir). Le *sens dans sa vie* forme le concept pivot de l'intervention. Les restructurations de l'intervention font émerger une signification de l'intervention qui correspond à l'expérience

dans le présent. Toutefois, la *connexion sociale*, où la relation est l'outil essentiel à une intervention visant à accompagner le rétablissement personnel. L'attitude qu'entretient la professionnelle envers les usagers influence l'*identité*. Une attitude formelle et mettant de la distance maintient l'utilisateur dans un rôle de patient. À l'inverse, une attitude informelle, conviviale et qui réduit la distance, amène le sentiment à l'utilisateur d'être considéré comme ayant une valeur humaine. Elle participe à redonner le statut de personne aux usagers ayant un TGSM. Une implication de l'utilisateur dans l'intervention de façon continue, associé au transfert de pilotage de l'intervention, lui permet de définir l'intervention et lui rendre un certain *pouvoir d'agir*. L'utilisateur reprend le contrôle sur sa vie. Sommairement, le RES pourrait contribuer au rétablissement personnel, si l'intervenante adopte un suivi informel, laisse l'utilisateur diriger l'intervention, et autorise la flexibilité à teinter l'ensemble des interactions.

### **Implications pour la recherche de l'intervention**

En définitive, il est important de reconnaître la présence des impacts négatifs des méthodes d'intervention formelles dans le milieu de vie pour certaines personnes vivant avec un TGSM. Ces résultats invitent à la prudence dans l'analyse du désinvestissement des usagers dans la relation d'aide. En étudiant les défis liés à la structure d'intervention, plutôt que l'attitude des usagers ou des intervenantes, les deux parties peuvent en bénéficier. L'utilisateur peut retrouver une structure d'intervention plus compatible avec ses besoins. L'intervenante réduit sa perception du désinvestissement de l'utilisateur et trouve des stratégies pour l'investir dans la relation d'aide.

La recherche, qui s'intéresse à l'expérience vécue par les usagers ou les intervenantes, constate des divergences entre les lignes directrices, et la pratique (Klevan et al., 2021; Matscheck et al., 2020; Topor et Matscheck, 2021). La recherche inductive et ancrée permet de dévoiler les dispositifs d'intervention qui sont réellement utilisés dans la pratique afin de pallier les enjeux de désinvestissement, à savoir une structure d'intervention informelle. Ces constats sont seulement possibles par un design de recherche qui s'alimente de l'expérience sur le terrain (ascendant ou bottom-up). Ainsi, c'est la pratique qui alimente la théorie plutôt que le contraire. Or, ces études n'ont pas encore atteint le stade leur permettant d'influencer la théorie. Davantage de crédibilité devrait être accordée à ce type de devis et devrait informer la théorie.

Entre-temps, on observe que les études inductives et ancrées qui soulignent les paramètres de l'intervention informelle demeurent prudentes en regard de leurs découvertes. Selon nos analyses, le manque d'intérêt de la théorie pour la structure d'intervention informelle participe à effacer ses bénéfices. En effet, les paramètres de l'intervention informelle sont parfois abordés dans la littérature, mais sont enterrés sous de nombreuses précisions, indications, mises en garde, et impondérables qui atténuent la réelle pertinence de ces pratiques. Par exemple, l'intervention dirigée par l'utilisateur est peu explorée intégralement dans la littérature. Bien que la discussion soit essentielle, on constate que les approches dirigées par l'utilisateur sont camouflées derrière plusieurs arguments concernant les déséquilibres des pouvoirs ou les formes de contrôle par les professionnelles (Slade, 2017). Or, ces arguments ne devraient pas pour autant disqualifier l'approche d'implication dirigée par l'utilisateur. Il serait nécessaire que ces études reçoivent davantage de reconnaissance, ce qui leur permettrait d'adopter différentes lectures de la structure d'intervention informelle sans être ensevelie sous des justifications, précisions, mises en garde, impondérables, etc.

La structure d'intervention formelle (plan d'intervention, implication formelle, suivi formel), qui est enracinée dans, presque, l'ensemble des méthodes d'intervention, se présente comme un problème pour le développement de pratiques innovantes pour les personnes suivies dans leur milieu de vie qui vivent avec un TGS. La distance professionnelle appropriée<sup>12</sup>, le plan d'intervention<sup>13</sup> et par le fait même le pilotage de l'intervention par l'intervenante<sup>14</sup> devraient être considérés comme des paramètres qui peuvent être retirés, remplacés, ou modifiés. Libérer les méthodes d'intervention innovantes de la structure d'intervention formelle favoriserait leur progression, leur développement, leur déploiement à leur plein potentiel. L'approche du rétablissement personnel a inspiré plusieurs outils qui restent encore à se déployer réellement, et ce, sans structure d'intervention formelle (approche centrée sur les forces, le pouvoir d'agir, la participation de l'utilisateur à son rétablissement, etc.).

La recherche pourrait également explorer des formes différentes d'intervention pour des sujets médicaux (médication, thérapie, hospitalisation) et d'autres formes pour des sujets sociaux

---

<sup>12</sup> La *distance professionnelle appropriée* implique une compréhension flexible et qui s'adapte selon le contexte.

<sup>13</sup> Le *plan d'intervention* implique qu'il est réalisé en collaboration avec l'utilisateur et intègre ses objectifs personnels.

<sup>14</sup> L'*intervention dirigée par l'intervenante* implique des pratiques où les priorités de l'utilisateur sont considérées et intégrées dans la pratique, mais qui sont soumises à un plan d'intervention.

(domicile, hygiène, emploi, occupation, passions, habiletés sociales, etc.). L'analyse des formes d'intervention séparément permettrait de réduire la prépondérance du rétablissement médical, et de découvrir les préférences des usagers lorsqu'il est question de sujets sociaux.

### **Limites**

Cette discussion remet en question certaines pratiques standards (plan d'intervention, implication discontinue et formelle, échanges formels). Or, ceci n'a pas pour but de les éliminer complètement. Des pratiques comme le plan d'intervention peuvent être bénéfiques pour certains contextes ou certaines personnes. Il faut simplement être en mesure de s'adapter en fonction des besoins de la personne. Ainsi, cette discussion met de l'avant l'importance de s'extirper de lignes directrices rigidement appliquées, ou encore pires, rigidement imposées.

Il est important de rappeler que l'expérimentation exclue les usagers qui refusaient l'intervention du SICOM. Ainsi, il est possible que la structure d'intervention informelle ne soit pas applicable à cette population. De même, les usagers soumis à des mesures de contrôle judiciaires ont été exclus de la population à l'étude dans cet essai. Il s'agit d'un élément à intégrer dans de futures analyses sur la structure d'intervention informelle.

La courte période d'essai de 15 semaines du RES ne permet pas de tirer des conclusions sur la réelle utilité de la méthode d'intervention. D'abord, l'expérimentation sur une courte période ne révèle aucun changement sur l'engagement des usagers. Également, il est essentiel de rappeler que la population vivant avec un TGSM peut prendre jusqu'à un an avant de développer un lien de confiance avec les intervenantes (Pettersen et al., 2014). Ainsi, il est possible que l'alliance ne fût pas créée suffisamment afin de révéler des résultats significatifs. Toutefois, l'observation et les échanges avec des intervenantes ayant de trois à douze ans d'expérience auprès des usagers du SIM ont complété les éléments élaborés dans la discussion.

### **Conclusion personnelle**

Pour conclure sur une note personnelle, je souhaite mettre en lumière que cette démarche m'a permis de comprendre qu'il n'est pas toujours facile de prendre conscience des enjeux, injustices et incohérences. Afin de me sentir à l'aise et confortable avec la perspective d'analyse de la structure d'intervention informelle, j'ai dû obtenir différents signes d'approbation. Pour que cette réflexion soit possible, j'ai dû avoir l'approbation de mon superviseur. Son expérience sur le terrain m'a autorisée à adopter une posture professionnelle différente ne cherchant pas nécessairement des résultats concrets ou à atteindre des objectifs. Malgré tout, le rapport de stage ne fait que peu état de la structure d'intervention informelle que j'ai utilisée. En effet, il m'a fallu également une confirmation de la littérature pour que je me permette réellement de m'investir dans cette perspective. Le fait est que si j'avais effectué cette démarche quelques années auparavant, aucune étude sur le suivi des personnes vivant un TGSM dans leur milieu de vie n'aurait pu appuyer la structure d'intervention informelle et je ne me serais probablement pas aventurée dans cette lignée. Ceci m'amène à me questionner sur mon esprit critique, que je crois plutôt développer. Or, cette expérience m'a permis de constater que je devrai déployer des efforts supplémentaires au cours de ma pratique pour éviter de m'installer confortablement dans mes habitudes et tout simplement adhérer à ce qui est promu par l'institution. Cette analyse m'a permis de faire une certaine introspection sur les facteurs m'autorisant à remettre en question les conventions professionnelles, malgré qu'elles soient insensées avec le contexte.

## RÉFÉRENCES

- Angell, B. et Mahoney, C. (2007). Reconceptualizing the case management relationship in intensive treatment: a study of staff perceptions and experiences. *Administration and policy in mental health*, 34(2), 172-188. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0094-7>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Aoki, Y. (2020). Shared decision making for adults with severe mental illness: A concept analysis. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(4), e12365. <https://doi.org/10.1111/jjns.12365>
- Argentzell, E., Hakansson, C. et Eklund, M. (2012). Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 19(1), 49-58. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.540038>
- BDL. (2020). *Les emprunts à l'anglais: Emprunts sémantiques: Formel*. Office de la langue française. [http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit\\_bdl.asp?T1=informel&btn\\_chercher=CHERCHER&id=1999](http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?T1=informel&btn_chercher=CHERCHER&id=1999)
- Bee, P., Price, O., Baker, J. et Lovell, K. (2015). Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *The British Journal of Psychiatry*, 207(2), 104-114. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152447>
- Bøe, T. D., Bertelsen, B., Larsen, I. B. et Topor, A. (2021). A qualitative fallacy: Life trapped in interpretations and stories. *Qualitative Research*. <https://doi.org/10.1177/14687941211041916>
- Bøe, T. D., Larsen, I. B. et Topor, A. (2019). Nothing matters: the significance of the unidentifiable, the superficial and nonsense. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1684780. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1684780>
- Bossé, P.-L. (2018). *Coproduction d'un module numérique et collaboratif d'évaluation du fonctionnement social, intégré au projet baromètre : Une recherche développementale* [Mémoire, Université de Sherbrooke].
- Bright, F. A., Kayes, N. M., Worrall, L. et McPherson, K. M. (2015). A conceptual review of engagement in healthcare and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 643-654. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.933899>
- Brooks, H. L., Lovell, K., Bee, P., Sanders, C. et Rogers, A. (2018). Is it time to abandon care planning in mental health services? A qualitative study exploring the views of professionals, service users and carers. *Health Expectations*, 21(3), 597-605. <https://doi.org/10.1111/hex.12650>
- Cajolet-Laganière, H., Martel, P., Masson, C. É. et Mercier, L. (2013). « informel, informelle ». Dans *Usito*. Université de Sherbrooke. <https://usito.usherbrooke.ca/d%C3%A9finitions/informel>

- Chen, F. P. et Ogden, L. (2012). A working relationship model that reduces homelessness among people with mental illness. *Qualitative health research*, 22(3), 373-383. <https://doi.org/10.1177/1049732311421180>
- Collectif. (2022). Definition of 'informal'. Dans *Collins Dictionnaire*. HarperCollins Publishers Limited. <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/informal>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. et Rüsich, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- Couturier, Y., Gagnon, D. et Carrier, S. (2009). Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche. Une analyse critique. *Criminologie*, 42(1), 185-199. <https://doi.org/10.7202/029812ar>
- CSMC. (2012). *Changer les orientations changer des vies; stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Commission de la santé mentale du Canada.
- CSMC. (2022). *À propos de nous*. Santé Canada. <https://commissionsantementale.ca/a-propos-de-nous/>
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M. et O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian journal of community mental health*, 28(2), 35-46. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0021>
- Davies, R. L., Heslop, P., Onyett, S. et Soteriou, T. (2014). Effective support for those who are "hard to engage": a qualitative user-led study. *Journal of Mental Health*, 23(2), 62-66. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.841868>
- Delorme, A., Lepage, J. et Bélanger, S. (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020; Faire ensemble et autrement*. MSSS.
- Dorvil, H. et Guttman, H. (1997). 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996. Dans H. Dorvil, H. A. Guttman, N. Ricard et A. Villeneuve (dir.), *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* (p. 107-173). Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N. et Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Edgelow, M. et Krupa, T. (2011). Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *The american journal of occupational therapy*, 65(3), 267-276. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001313>
- Eklund, M., Brunt, D. et Argentzell, E. (2020). Perceived occupational balance and well-being among people with mental illness living in two types of supported housing. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 27(6), 450-461. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1622771>
- Eklund, M. et Leufstadius, C. (2007). Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 303-313.

- Eklund, M., Leufstadius, C. et Bejerholm, U. (2009). Time use among people with psychiatric disabilities: implications for practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 177-191. <https://doi.org/10.2975/32.3.2009.177.191>
- Eklund, M., Orban, K., Argentzell, E., Bejerholm, U., Tjörnstrand, C., Erlandsson, L. K. et Hakånsson, C. (2016). The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 24(1), 41-56. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1224271>
- Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M. et Matthias, M. S. (2015). Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. *Journal of Mental Health*, 24(1), 24-28. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954695>
- Every-Palmer, S. et Howick, J. (2014). How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. *Journal of evaluation in clinical practice*, 20(6), 908-914. <https://doi.org/10.1111/jep.12147>
- Frankl, V. E. (1988). *The will to meaning. Foundations and applications of logotherapy*. Penguin Group.
- Freidl, M., Pesola, F., Konrad, J., Puschner, B., Kovacs, A. I., De Rosa, C., Fiorillo, A., Krogsgaard Bording, M., Kawohl, W., Rössler, W., Nagy, M., Munk-Jorgensen, P. et Slade, M. (2016). Effects of clinical decision topic on patients' involvement in and satisfaction with decisions and their subsequent implementation. *Psychiatric Services*, 67(6), 658-663. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500083>
- Gandy-Guedes, M. E., Manuel, J. I., George, M., McCray, S. et Negatu, D. (2017). Understanding engagement in the Program of Assertive Community Treatment (PACT) from the perspectives of individuals receiving treatment. *Social Work in Mental Health*, 16(4), 400-418. <https://doi.org/10.1080/15332985.2017.1399194>
- Gélinas, D. (2009). Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec. *Le Partenaire*, 18(3).
- Gélinas, D. (2010). Suivi intensif en équipe et soutien d'intensité variable au Québec. *Vie sociale*, 1(1), 129-150. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0129>
- George, M., Manuel, J. I., Gandy-Guedes, M. E., McCray, S. et Negatu, D. (2016). "Sometimes what they think is helpful is not really helpful": Understanding engagement in the program of assertive community treatment (pact). *Community Mental Health Journal*, 52(8), 882-890. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9934-9>
- Grant, J. G. et Mandell, D. (2016). Boundaries and relationships between service users and service providers in community mental health services. *Social Work in Mental Health*, 14(6), 696-713. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1137258>
- Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, S. L., Castleton, D. K., Wisdom, J. P., Vuckovic, N., Perrin, N. A., Paulson, R. I. et Oken, S. L. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study

- results. *Psychiatrie Rehabilitation Journal*, 32(1), 9-22. <https://doi.org/10.2975/32.1.2008.9.22>
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305. <https://doi.org/10.1177/000841740407100509>
- Hancock, N., Honey, A. et Bundy, A. C. (2015). Sources of meaning derived from occupational engagement for people recovering from mental illness. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(8), 508-515. <https://doi.org/10.1177/0308022614562789>
- Héту, J.-L. (2014). *La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement* (5<sup>e</sup> éd.). Gaëtan Morin éditeur.
- Iwasaki, Y., Coyle, C. P. et Shank, J. W. (2010). Leisure as a context for active living, recovery, health and life quality for persons with mental illness in a global context. *Health Promotion International*, 25(4), 483-494. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq037>
- Kaminskiy, E., Senner, S. et Hamann, J. (2017). Attitudes towards shared decision making in mental health: a qualitative synthesis. *Mental Health Review Journal*, 22(3), 233-256. <https://doi.org/10.1108/mhrj-01-2017-0003>
- Khoury, E. (2019). Recovery attitudes and recovery practices have an impact on psychosocial outreach interventions in community mental health care. *Front Psychiatry*, 10, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00560>
- Khoury, E. et Rodriguez del Barrio, L. (2015). Recovery-oriented mental health practice: A social work perspective. *British Journal of Social Work*, 45(1), i27-i44. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv092>
- Killaspy, H., Johnson, S., Pierce, B., Bebbington, P., Pilling, S., Nolan, F. et King, M. (2009). Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(7), 532-540. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0472-4>
- King, L. A., Heintzelman, S. J. et Ward, S. J. (2016). Beyond the search for meaning. *Current Directions in Psychological Science*, 25(4), 211-216. <https://doi.org/10.1177/0963721416656354>
- Klevan, T., Jonassen, R., Topor, A. et Borg, M. (2021). Mutual learning: exploring collaboration, knowledge and roles in the development of recovery-oriented services. A hermeneutic-phenomenological study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 16(1), 2001898. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2001898>
- Krupa, T., Edgelow, M., Mieras, C., Almas, A., Perry, A., Radloff-Gabriel, D., Jackson, J. et Bransfield, M. (2010). *L'Action contre l'inertie*. CAOT.
- Krupa, T., McLean, H., Eastabrook, S., Bonham, A. et Baksh, L. (2003). Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by Assertive Community Treatment teams. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 558-565.
- Lanquetin, J.-P. (2015). La place de l'informel en psychiatrie. *Pratiques en santé mentale*, 61(1), 59-67. <https://doi.org/10.3917/psm.151.0059>

- Latimer, E., Gélinas, D. et Thomson, D. (2004). *Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté*. Association des hôpitaux du Québec.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British journal of psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lecomte, Y. (2003). Développer de meilleures pratiques. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 9-36. <https://doi.org/10.7202/006979ar>
- Leufstadius, C., Erlandsson, L.-K. et Eklund, M. (2006). Time use and daily activities in people with persistent mental illness. *OCCUPATIONAL THERAPY INTERNATIONAL*, 13(3), 123-141. <https://doi.org/10.1002/oti>
- Lindvig, G. R., Topor, A., Boe, T. D. et Larsen, I. B. (2021). "I will never forget him". A qualitative exploration of staff descriptions of helpful relationships in supportive housing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 326-334. <https://doi.org/10.1111/jpm.12673>
- Ljungberg, A., Denhov, A. et Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatr Q*, 86(4), 471-495. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5>
- Ljungberg, A., Denhov, A. et Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 25(3), 267-277. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101427>
- Ljungberg, A., Denhov, A. et Topor, A. (2017). A balancing act-how mental health professionals experience being personal in their relationships with service users. *Issues in mental health nursing*, 38(7), 578-583. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1301603>
- Mantoura, P. (2014). *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Matscheck, D., Ljungberg, A. et Topor, A. (2020). Beyond formalized plans: User involvement in support in daily living - users' and support workers' experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 156-162. <https://doi.org/10.1177/0020764019894603>
- McKnight, P. E. et Kashdan, T. B. (2009). Purpose in life as a system that creates and sustains health and well-being: An integrative, testable theory. *Review of General Psychology*, 13(3), 242-251. <https://doi.org/10.1037/a0017152>
- Moran-Sanchez, I., Bernal-Lopez, M. L. A., Salmeron, D. et Perez-Carceles, M. D. (2021). Correlates of preferring a passive role in decision-making among patients with schizophrenia or bipolar disorder. *Patient education and counseling*, 104(5), 1125-1131. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.019>
- Morandi, S. et Bonsack, C. (2011). Engager dans les soins des personnes souffrant de schizophrénie par un suivi intensif dans le milieu (SIM). *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie*, 162(7), 278-283.

- Morin, P., Bossé, P.-L., Carrier, S., Garon, S. et Lambert, A. (2015). La personnalisation des services de santé mentale : une voie d'avenir. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 135-152. <https://doi.org/10.7202/1032387ar>
- MSSS. (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. S'unir pour un mieux-être collectif*. Gouvernement du Québec.
- Mundal, I., Lara-Cabrera, M. L., Betancort, M. et De Las Cuevas, C. (2021). Exploring patterns in psychiatric outpatients' preferences for involvement in decision-making: a latent class analysis approach. *BMC Psychiatry*, 21(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03137-x>
- Nordaunet, O. M. et Sælør, K. T. (2018). How meaningful activities influence the recovery process. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(3), 114-125. <https://doi.org/10.1108/add-01-2018-0002>
- O'Brien, A., Fahmy, R. et Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services. A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(7), 558-568. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0476-0>
- O'Leary, P., Tsui, M. S. et Ruch, G. (2012). The boundaries of the social work relationship revisited: Towards a connected, inclusive and dynamic conceptualisation. *British Journal of Social Work*, 43(1), 135-153. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr181>
- Oedegaard, C. H., Davidson, L., Stige, B., Veseth, M., Blindheim, A., Garvik, L., Sorensen, J. M., Soraa, O. et Engebretsen, I. M. S. (2020). "It means so much for me to have a choice": a qualitative study providing first-person perspectives on medication-free treatment in mental health care. *BMC Psychiatry*, 20, 399. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02770-2>
- OTSTCFQ. (2019). *Normes générales de l'exercice de la profession de travailleur social*.
- [Record #538 is using a reference type undefined in this output style.]
- Persson, D. et Erlandsson, L.-K. (2010). Evaluating oval-9, an instrument for detecting experiences of value in daily occupations. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(1), 32-50. <https://doi.org/10.1080/01642120903515284>
- Persson, D., Erlandsson, L.-K., Eklund, M. et Iwarsson, S. (2001). Value dimensions, meaning, and complexity in human occupation—a tentative structure for analysis. *Scandinavian journal of occupational therapy*, (8), 7-18.
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., Havnes, I. et Landheim, A. (2014). Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *International journal of mental health systems*, 8(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-40>
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M. et Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 438-443. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.438>

- Reamer, F. G. (2003). Boundary issues in social work: Managing dual relationships. *Social Work*, 48(1), 121-133.
- Rees, E. F., Ennals, P. et Fossey, E. (2021). Implementing an action over inertia group program in community residential rehabilitation services: Group participant and facilitator perspectives. *Front Psychiatry*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624803>
- Rise, M. B., Westerlund, H., Bjorgen, D. et Steinsbekk, A. (2014). Safely cared for or empowered in mental health care? Yes, please. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 134-138. <https://doi.org/10.1177/0020764012471278>
- Rodriguez del Barrio, L. (2011). Nouveaux parametres pour l'elaboration des pratiques de soutien communautaire: contribution des organismes communautaires et alternatifs au Quebec. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 35-56. <https://doi.org/10.7202/1005813ar>
- Shevellar, L. et Barringham, N. (2015). Working in Complexity: Ethics and Boundaries in Community Work and Mental Health. *Australian Social Work*, 69(2), 181-193. <https://doi.org/10.1080/0312407x.2015.1071861>
- Simpson, A., Hannigan, B., Coffey, M., Barlow, S., Cohen, R., Jones, A., Vseteckova, J., Faulkner, A., Thornton, A. et Cartwright, M. (2016). Recovery-focused care planning and coordination in England and Wales: a cross-national mixed methods comparative case study. *BMC Psychiatry*, 16, 147. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0858-x>
- Skatvedt, A. (2017). The importance of “empty gestures” in recovery: Being human together. *Symbolic Interaction*, 40(3), 396-413. <https://doi.org/10.1002/symb.291>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental Health professionals*. Cambridge University Press.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC health services research*, 10(26), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, 16(2), 146-153. <https://doi.org/10.1002/wps.20412>
- Slade, M., Amering, M., Panther, G., Perkins, R., O'hagan, M., Farkas, M., Shepherd, G., Hamilton, B., Tse, S. et Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, (13), 12-20.
- Storm, M. et Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatr Q*, 84(3), 313-327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>
- Sutton, D. J., Hocking, C. S. et Smythe, L. A. (2012). A phenomenological study of occupational engagement in recovery from mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 142-150. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.3.3>
- Test, M. A. (1998). Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 119-147. <https://doi.org/10.7202/032456ar>

- Thimm, J. C., Antonsen, L. et Malmedal, W. (2020). Patients' perception of user involvement in psychiatric outpatient treatment: Associations with patient characteristics and satisfaction. *Health Expect*, 23(6), 1477-1484. <https://doi.org/10.1111/hex.13132>
- Topor, A., Boe, T. D. et Larsen, I. B. (2018). Small things, micro-affirmations and helpful professionals everyday recovery-orientated practices according to persons with mental health problems. *Community Mental Health Journal*, 54(8), 1212-1220. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0245-9>
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. et Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17-37. <https://doi.org/10.1080/15487760500339410>
- Topor, A. et Denhov, A. (2014). Going beyond: Users' experiences of helping professionals. *Psychosis*, 7(3), 228-236. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.956784>
- Topor, A. et Matscheck, D. (2021). Diversity, complexity and ordinality: Mental health services outside the institutions-service users' and professionals' experience-based practices and knowledges, and new public management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7075. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137075>
- Topor, A., von Greiff, N. et Skogens, L. (2019). Micro-affirmations and recovery for persons with mental health and alcohol and drug problems: User and professional experience-based practice and knowledge. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(2), 374-385. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00063-8>
- Turcotte, D. et Deslauriers, J.-P. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Presses de l'Université Laval.
- Ware, N. C., Tugenberg, T. et Dickey, B. (2004). Practitioner relationships and quality of care for low-income persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 55(5), 555-559. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.5.555>
- Webb, P., Davidson, G., Edge, R., Falls, D., Keenan, F., Kelly, B., McLaughlin, A., Montgomery, L., Mulvenna, C., Norris, B., Owens, A. et Shea Irvine, R. (2020). Service users' experiences and views of support for decision-making. *Health and social care in the community*, 28(4), 1282-1291. <https://doi.org/10.1111/hsc.12961>
- Yanos, P. T. et Robilotta, S. A. (2011). An examination of time-use among adults diagnosed with severe mental illnesses using daily interviews. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 243-247. <https://doi.org/10.2975/34.3.2011.243.247>

## **Appendice A**

*Rapport de stage*

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

RAPPORT DE STAGE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

MARIANNE RONDEAU-TREMBLAY (RONM23629108)

RAPPORT DE STAGE -  
SENS DANS LA VIE ET ENGAGEMENT DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE  
GRAVE DE SANTÉ MENTALE DANS LEUR PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT

23 JANVIER 2022

## **Introduction**

Le suivi intensif dans le milieu (SIM) est un programme unique pour les personnes qui présentent un trouble grave de santé mentale (TGSM). Les usagers de ce programme présentent des difficultés d'engagement dans des occupations significatives. Afin de répondre à cette problématique, le projet de stage, dont il est question dans ce rapport, a proposé d'intégrer une méthode d'intervention appelée le Rétablissement par l'engagement significatif (RES) au SIM. Le RES vise à accompagner l'utilisateur dans un processus d'engagement dans des occupations significatives par la mobilisation de neuf thématiques (Tableau 2). Ainsi, le projet s'est déployé durant quinze semaines au sein du suivi intensif dans la communauté (SICOM) du CISSS de la Montérégie-Centre. Il a débuté le 7 septembre 2021 et s'est terminé le 17 décembre de la même année. Ce rapport de stage vise donc à refléter les résultats du projet dans le milieu et les changements qui ont dû s'opérer en cours de processus.

Pour se faire, il sera premièrement question des particularités du SICOM. Deuxièmement, j'analyserai les facteurs ayant contribué à l'atteinte des objectifs et les pistes pour mon développement professionnel. Troisièmement, le déploiement du RES est exposé chronologiquement et divisé en quatre phases : l'intégration, la planification, l'intervention et l'évaluation. Chaque phase débute par un rappel des activités planifiées, suivie par un exposé des activités réalisées durant le stage. Ensuite, chacun des objectifs spécifiques est analysé à la lumière des obstacles rencontrés et du niveau d'atteinte. Finalement, chaque phase se termine par un regard réflexif sur les apprentissages. Quatrièmement et à la lumière de ce qui a été discuté dans le déploiement du RES, j'évaluerai l'atteinte des objectifs généraux d'apprentissage. Ce rapport se termine par les éléments qui pourraient être pertinents d'approfondir dans l'essai.

## **Réalisation du projet de stage**

### **Description du milieu de stage**

Le SICOM tel qu'appelé au CISSS de la Montérégie-Centre est une forme de SIM. Il se nomme de cette façon, puisqu'actuellement, il ne répond pas à tous les critères exigés du SIM. Il peut s'agir de normes administratives, de critères de sélection des usagers, de l'offre de services, etc. Un aspect particulièrement important est qu'il n'y a pas de *outreach*. Les références s'effectuent exclusivement à travers les psychiatres et le système judiciaire, ce qui peut influencer le profil des usagers. En effet, ils présentent souvent des situations plus complexes, puisque les

problématiques n'ont pas pu être détectées rapidement dans le continuum de services et les usagers sont recommandés, lorsqu'ils ont accumulé de nombreux enjeux dans leur vie.

Le SICOM comprend deux équipes œuvrant auprès d'une centaine d'usagers. L'équipe deux, dans laquelle j'étais, regroupait quatre infirmières (Ana, Steve, Virginie, Sophie), quatre travailleuses sociales, dont la cheffe d'équipe (Marc, Édouard, Alexane, Charles), et deux éducateurs spécialisés (Kevin, Lysann). Aussi, deux psychiatres (Dr Scherer et Dr Benoît Deschamps) étaient associés à l'équipe, et étaient situés à la clinique externe à quelques kilomètres du SICOM.

Le service du SICOM est offert du lundi au samedi. Toutes les intervenantes<sup>15</sup> sont présentes du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, alors qu'une seule travaille le samedi (9 h à 17 h) et le soir (16 h 30 à 20 h). Les journées du lundi, mardi, mercredi et vendredi sont semblables. Elles débutent par une rencontre d'équipe entre 8 h 30 et 9 h 30. D'abord, la cheffe d'équipe identifie le répartiteur de tâches, la personne de garde, la personne de soir et les absences. Elle passe rapidement en revue les suivis de la veille. Les intervenantes partagent avec l'équipe les éléments très importants, tels que les usagers n'ayant pas été rejoints, les réussites et les fiertés des usagers, les signes de réémergence des symptômes du TGSM. Ensuite, le répartiteur de tâches identifie les hospitalisations et les suivis à effectuer. Il débute par les rendez-vous et poursuit avec les suivis réguliers. L'intervenante voulant effectuer le suivi se manifeste et son nom est inscrit à l'horaire. En moyenne, chacune procède à quatre suivis par jour. Les intervenantes composant la mini-équipe sont prioritaires. Chaque usager est associé à une mini-équipe, qui regroupe trois intervenantes, un pivot et deux assistantes. La composition diffère selon les besoins dominants de l'utilisateur. Il s'agit des intervenantes à contacter pour discuter des enjeux avec l'utilisateur et des situations complexes ou particulières.

À la suite de la rencontre d'équipe, les intervenantes effectuent les suivis entre 9 h 30 et midi. Les objectifs des suivis sont adaptés aux besoins de l'utilisateur et figurent au plan d'intervention. Il peut s'agir d'un suivi des tâches ménagères pour aider à conserver son logement, évaluer l'état mental afin de faire un suivi des variations, remettre de l'argent ou la médication, identifier les besoins, accompagner à l'épicerie, aux rendez-vous médicaux ou psychiatriques, etc.

---

<sup>15</sup> Le terme « intervenante » s'applique à tous les membres de l'équipe du SICOM, dont les infirmières, travailleuses sociales, et éducatrices spécialisées. Le féminin a été préconisé afin d'éviter d'alourdir le texte. Ainsi, ceux-ci réfèrent aux hommes, aux femmes et aux personnes ne s'identifiant à aucun genre.

En fait, les possibilités sont pratiquement infinies, puisque le programme vise à éviter l'hospitalisation et à maintenir l'utilisateur dans la communauté. Donc, le SICOM fait tout ce qu'il peut pour atteindre cette visée. Entre 12 h et 13 h, c'est l'heure du dîner. Entre 13 h et 16 h 30, les intervenantes poursuivent leurs suivis à domicile, rédigent les notes, et mettent à jour les plans d'intervention.

Le jeudi est légèrement différent. La journée débute également par une rencontre d'équipe qui peut s'étendre jusqu'à 10 h 30. Toutefois, il n'y a aucun suivi, sauf quelques exceptions. Chacun des usagers est passé en revue afin de préciser les éléments à discuter avec les psychiatres durant une rencontre multidisciplinaire hebdomadaire. Une rencontre d'une heure est prévue l'avant-midi avec Dr Benoît Deschamps entre 11 h et midi. Celle avec Dr Scherer se déroule l'après-midi entre 13 h et 14 h. Le reste de la journée offre une période de rattrapage pour la rédaction des notes évolutives.

Dans l'ensemble, une grande cohésion anime l'équipe de SICOM. Les intervenantes sont en mesure d'échanger tout en ayant des points de vue divers. Il s'opère au sein de l'équipe un équilibre entre éprouver du plaisir au travail et garder le cap sur les objectifs. Ceci est particulièrement important, considérant que le SICOM fait appel au travail d'équipe de façon constante. Aussi, l'équipe m'a permis de prendre facilement ma place, facilitant le déploiement du projet.

### **Facteurs ayant contribué à l'atteinte des objectifs de stage**

Le facteur principal ayant contribué à l'atteinte des objectifs de stage a été la flexibilité et l'ouverture de mon superviseur et de l'équipe. Rapidement, ils m'ont laissée prendre ma place et m'ont fait confiance. J'ai donc pu hâtivement mettre la main à la pâte. Il est possible que l'équipe ait perçu que j'avais des qualités compatibles avec l'intervention du SICOM. La cheffe d'équipe m'a fait part des qualités requises et je m'y suis étrangement retrouvée. Premièrement, il est essentiel d'apprécier le travail en équipe. C'est ce que j'affectionne tout particulièrement dans la formule du SICOM. Je m'alimente des échanges professionnels et je considère qu'ils enrichissent la pratique. Deuxièmement, elle s'attend à ce que les intervenantes fassent preuve de débrouillardise, d'autonomie et de créativité. Je crois que ces facteurs rendent la pratique plus stimulante, laissant place à une certaine liberté. Finalement, elle considère qu'il est favorable de posséder des traits de personnalités insolites, pour les intervenantes œuvrant auprès de personnes

vivant avec un TGSM. En effet, cette pratique nécessite de reconnaître que la normalité est un principe socialement construit et qu'il peut se transformer. Ainsi, l'appréciation de la différence se révèle utile dans l'alliance avec les usagers. Je me suis souvent fait dire que j'étais bizarre. Or, j'ai toujours considéré cela comme un compliment puisque ceci implique d'être unique, différent, et créatif.

### **Pistes pour son développement professionnel**

Je me suis questionnée durant mon stage sur la façon dont les intervenantes et moi alimentons notre reconnaissance professionnelle. Œuvrer auprès de personnes souffrant de TGSM implique d'accompagner des personnes qui n'ont pas nécessairement demandé d'aide. Ce faisant, ces usagers peuvent se montrer peu reconnaissants du soutien apporté. Également, il est parfois difficile de délimiter les frontières entre les interventions bénéfiques et ceux freinant le développement des usagers. Ce point relève également l'importance comme intervenante sociale de demeurer vigilant et critique quant aux demandes organisationnelles, comme la supervision de la médication. Le défi vise à trouver un équilibre entre les besoins des usagers, les demandes organisationnelles et l'intégrité quant aux valeurs de la profession cherchant la justice sociale.

J'ai constaté que j'adoptais parfois une attitude trop craintive avec les usagers. J'appréhendais de les heurter et de briser l'alliance, ce qui a réduit mes tentatives d'interventions. À certaines reprises, j'ai tenté d'explorer des éléments auxquels je n'attendais aucune réaction de leur part. Or, ceux-ci m'ont surpris, constatant que je minimisais parfois la capacité des usagers. Ceci m'a fait me questionner sur mon appréhension à pousser mon intervention. Je dois trouver un équilibre entre le développement d'un lien, le respect de ce lien, et la confrontation empathique des usagers. Ces éléments se sont révélés à travers les différentes phases de l'intervention.

### **Déploiement du rétablissement par l'engagement significatif**

À titre de rappel, le projet prévoyait quatre phases de déploiement de l'intervention, dont les phases d'intégration, de planification, d'intervention, et d'évaluation. Durant chacune d'elle, des objectifs spécifiques étaient ciblés afin d'atteindre les trois objectifs généraux d'apprentissages, à savoir développer une méthode d'intervention soutenant le rétablissement personnel, développer des habiletés d'adaptation, et développer une pratique réflexive. Rappelons que la section suivante exposera dans chaque phase : les activités de stage planifiées, celles réalisées, les obstacles aux objectifs, l'évaluation de leur atteinte et le regard réflexif sur la phase.

**Phase d'intégration.** Le stage débutait par la phase d'intégration d'une durée de deux semaines. Elle avait initialement pour objectifs spécifiques de sélectionner les usagers participants au projet de stage parmi la charge de cas d'Édouard, de leur expliquer le projet, tout en s'assurant de leur compréhension. Cette sélection devait s'effectuer avec le consentement libre et éclairé des usagers. L'adoption d'une pratique réflexive devait imprégner ces semaines.

*Activités de la phase d'intégration.* Réellement durant ces deux premières semaines, j'ai principalement adopté une posture d'observation. Concrètement, j'ai accompagné mon superviseur et les autres intervenantes durant leurs suivis respectifs, ce qui m'a permis d'initier des relations professionnelles avec les usagers. J'ai également assisté aux rencontres d'équipe quotidiennes et aux rencontres multidisciplinaires avec les psychiatres. Durant les suivis, j'ai tenté d'expliquer le RES à trois usagers. J'ai expliqué que le projet vise à les aider à optimiser leur routine de vie et à faciliter la sélection des activités qui font sens pour eux. La réaction des trois usagers a été semblable. Ils ont expliqué trouver le projet intéressant, mais ont estimé ne pas avoir besoin d'aide pour améliorer leur quotidien. Ils ont de plus eu une forte réaction de refus en réponse au terme « activité ». Édouard et moi sommes rapidement venus à la conclusion qu'une adaptation du RES serait nécessaire. L'adaptation sera discutée dans la section suivante (adopter une pratique réflexive, évaluer l'atteinte).

*Objectifs spécifiques de la phase d'intégration.* Adopter une pratique réflexive, évaluer l'atteinte. Durant les séances de supervision, nous avons discuté de la fermeture des usagers à participer volontairement au RES, et de ses causes. En premier lieu, j'ai constaté que les usagers dont Édouard est l'intervenant pivot présentent une réticence vis-à-vis de l'intervention du SICOM. En second lieu, le RES vise à aider des personnes présentant un profil de désengagement dans leurs occupations quotidiennes. Donc, cette fermeture peut être liée à la réticence à s'investir dans une intervention, au même titre que toute autre occupation. Ceci permet également d'expliquer leur forte réaction quant au terme « activité ». Le terme a d'ailleurs été retiré de la documentation et du langage utilisé auprès des usagers. Ces deux obstacles (réticence à l'intervention et réticence à s'investir dans le projet) seront discutés dans les sections suivantes.

Dans ces conditions, j'ai remis en question la programmation du projet, faisant appel à des habiletés de pratique réflexive. Constatant cette difficulté, j'ai pris la décision, avec le soutien d'Édouard durant les supervisions, de réorganiser le déploiement du RES. Nous avons conclu qu'il

serait moins imposant pour les usagers d'intégrer l'intervention de façon informelle dans les suivis réguliers. Cette modification a engendré de nombreuses conséquences sur les phases subséquentes du projet. En effet, il devient impossible d'obtenir le consentement des usagers pour participer au projet. Également, la réalisation de la cartographie des occupations ne pourra pas s'effectuer à l'aide du journal des occupations, et, donc, impacte la planification de l'intervention et l'identification des cibles prioritaires. De plus, les feuilles de travail développé dans le manuel du participant ne pourront être utilisées afin de soutenir l'intervention, ce qui complexifie l'analyse, la sensibilisation et la mise en place d'occupations. Finalement, l'évaluation du RES sera infaisable auprès de l'utilisateur. Ceux-ci seront discutés dans leur phase respective.

*Sélectionner les usagers-participants, les obstacles.* Par extension, la sélection des participants a été freinée par la méthode d'attribution des usagers aux interventions par le chef d'équipe. Dans la pratique, il identifie les besoins des usagers et associe l'intervenante ayant les forces pouvant le mieux y répondre. Toutefois, il s'avère que la force d'Édouard est de comprendre et respecter que le rétablissement prend du temps. Il évite d'alimenter sa reconnaissance professionnelle par l'évolution de l'état de l'utilisateur. Il se dit respectueux de leur rythme, s'attache à la construction d'une forte alliance avec les usagers, et attend que les demandes émanent d'eux. En fonction de cette force, les usagers dont Édouard est l'intervenant pivot présentent une alliance fragile. Les interventions sont plus difficiles et pauvres en opportunités d'interventions. Ils sont majoritairement autorisation judiciaire de soins d'hébergement ou de traitement. J'ai donc dû élargir l'échantillon aux usagers inclus dans la charge de cas d'autres intervenantes de l'équipe.

Parallèlement, cet obstacle a permis de réaliser que le RES n'est possiblement pas applicable systématiquement à l'ensemble des usagers du SICOM. Certains facteurs empêchent de le déployer. Premièrement, quatre raisons limitent le nombre de suivis effectués et les opportunités d'interventions. D'abord, le service pour les usagers qui sont hébergés dans une ressource intermédiaire est majoritairement effectué par les intervenantes de la ressource et l'équipe transfère progressivement la responsabilité à cette dernière. Ensuite, certains usagers sont pris en charge temporairement par un secteur institutionnel différent, notamment les hôpitaux, le système carcéral, ou les centres de thérapie en dépendance. Aussi, des usagers sont en processus de fermeture de dossier avec le SICOM ayant démontré une plus grande autonomie. Finalement, l'équipe limite le nombre de suivis avec quelques usagers en raison de leur grande sollicitation aux intervenantes. Deuxièmement, l'un des facteurs se présente comme le faible contact avec la réalité

de certains usagers. Autrement dit, ils expérimentent de nombreuses idées délirantes, limitant l'alliance que les intervenantes peuvent développer avec eux. Troisièmement, certains usagers refusent tout simplement les services du SICOM. Il s'agit du facteur le plus présent chez les usagers d'Édouard. Ces refus peuvent être liés au fait qu'ils soient soumis à une ordonnance de traitement ou d'hébergement les obligeant à participer au service. Ces refus peuvent également être expliqués par un sentiment de culpabilité de consommer, la toxicomanie étant socialement désapprouvée.

*Sélectionner les usagers-participants, évaluer l'atteinte.* De ce qui précède, la sélection des usagers-participants n'a pas été possible seulement parmi la charge de cas d'Édouard. Constatant que plusieurs éléments personnels et contextuels freinent la disponibilité de l'utilisateur à l'intervention, des critères d'exclusion ont été déterminés. Ceci a réduit la liste de 89 usagers potentiels à 32. Le nombre d'utilisateurs présentant le critère est identifié et les critères sont indiqués dans le Tableau 3

Tableau 3  
*Distribution des usagers selon le critère d'exclusion*

Critères d'exclusion	Nombre d'utilisateurs
Être hébergés dans une ressource intermédiaire	10
Être hospitalisé, incarcéré ou en thérapie pour la consommation	9
Refuser l'intervention du SICOM	12
Présenter une perte de contact avec la réalité	10
En processus de fermeture de dossier avec le SICOM	11
Avoir une limite du nombre suivi	5
Total	57

Édouard, mon superviseur, était intervenant pivot de 11 usagers et faisait partie de la mini-équipe de 16 usagers. Parmi ces 27, 11 usagers n'avaient aucun critère d'exclusion. Nous avons également interpellé les autres intervenantes. Elles m'ont proposé de m'intégrer à l'équipe de 3 usagers. Ainsi, des suivis ont été effectués auprès de 14 usagers. Ce nombre peut paraître élevé, mais plusieurs facteurs pouvaient restreindre les opportunités d'intervention (rendez-vous, changement de l'état, hospitalisation soudaine, instabilité résidentielle, surprotection par les intervenantes pivots, difficulté d'alliance avec l'utilisateur, etc.). Il s'est avéré favorable de prévenir de telles situations puisqu'un suivi plus intensif a été possible auprès de seulement cinq usagers. Aussi étonnamment, l'équipe 2 était constituée temporairement de plus d'intervenantes. Ce faisant, tous avaient une responsabilité moins grande qu'à l'habitude, incluant moi. J'estime donc avoir été

en mesure d'adapter la méthode de sélection afin de poursuivre le projet et multiplié mes chances de succès.

*Permettre aux usagers de prendre des décisions libres et éclairées, les obstacles.* Un facteur important à considérer dans ce projet est qu'il se déploie auprès de personnes affichant un profil de désengagement. Or, j'ai négligé de considérer cet aspect, qui s'est révélé rapidement être un obstacle à l'ensemble du projet, notamment à l'objectif « permettre aux usagers de prendre des décisions libres et éclairées ». Comme mentionné ci-haut, les usagers se sont montrés réticents à participer, disant n'avoir aucune problématique à ce propos. Le désengagement occupationnel est accompagné d'inaction et d'anxiété ou de nervosité à l'idée de s'investir dans une occupation. En conséquence, l'adhésion volontaire pour participer au RES est plus difficile à obtenir. L'application informelle du modèle du RES ne permet pas d'informer l'utilisateur et de lui faire consentir à participer volontairement à l'intervention. Ceci constitue un obstacle pour la prise de décision libre et éclairée.

*Permettre aux usagers de prendre des décisions libres et éclairées, évaluer l'atteinte.* La réticence des usagers à s'engager dans le projet a compliqué l'application de l'objectif visant à leur permettre de prendre des décisions libres et éclairées. En effet, ils n'ont pas été informés du projet, n'y ont pas consenti et n'ont signé aucun formulaire de consentement. J'ai pris des suivis dans l'horaire régulier et je me suis présentée à eux comme une intervenante stagiaire du SICOM. Toutefois, le consentement des usagers a été recherché en leur expliquant mon implication dans un cheminement scolaire et en s'assurant de leur accord à ce que j'effectue des suivis.

***Regard réflexif sur la phase d'intégration.*** Cette phase a mis de l'avant la difficulté de développer une méthode d'intervention pour les personnes vivant des difficultés à l'engagement, tout en les impliquant pleinement. Ceci fait émerger des questions fondamentales. Comment est-il possible d'impliquer l'utilisateur dans l'intervention dans un contexte où les personnes sont désengagées ? Comment soutenir l'évolution de l'engagement des usagers, alors qu'ils craignent de s'engager ? Doit-on respecter leur refus ou tenter d'intervenir de façon informelle ? Quoiqu'il en soit, l'intégration du RES de façon informelle a été la méthode préconisée dans ce projet.

Je souhaite également faire un retour sur les deux conditions qui expliquent les refus de certains usagers (consommation et autorisation judiciaire de soins).<sup>16</sup> D'abord, on constate dans la pratique des enjeux quant à la consommation des usagers. Or, elle a des répercussions sur leur qualité de vie, s'ajoutant aux défis vécus par les personnes souffrant d'un TGSM. L'argent investi à cette fin ne peut, mathématiquement, pas servir à répondre à ses besoins de base (payer un loyer convenable, s'acheter de la nourriture et des vêtements). Également, la consommation de drogues de rue interfère avec l'efficacité de la médication traitant les troubles. Malgré que les psychiatres considèrent l'utilisation de substances lors de la prescription de la médication licite, la fréquence et le dosage varient considérablement. Ceci rend presque impossible la stabilisation de l'état. L'efficacité est également entravée par les effets des amphétamines qui s'opposent à ceux recherchés par la médication psychiatrique. Cependant, on peut se questionner sur les effets réellement recherchés par cette médication, agissant parfois davantage comme contention chimique, sans avoir de réels impacts sur la diminution des symptômes. Il est possible de comprendre les usagers qui cherchent à diminuer les effets sédatifs occasionnés par leur médication.

En second lieu, les usagers du SICOM ne sont pas tous volontaires. Certains peuvent être contraints à participer au service par le système judiciaire. La contrainte en psychiatrie constitue un débat majeur dans le domaine. J'ai constaté que les psychiatres et l'équipe utilisent l'autorisation judiciaire de soins comme une option parmi d'autres. Bien qu'elle reste la dernière des options utilisées, il existe peu d'alternatives afin de soutenir les personnes souffrant de TGSM. Il reste qu'en tant qu'intervenante, nous pouvons déceler les conséquences à long terme que peuvent avoir les actions des usagers refusant toute aide. Je souhaite exposer une expérience qui s'est produite durant le stage. Rogers [nom fictif] vit dans une maison de chambre et n'a aucune ordonnance de traitement. Dès la première semaine, Édouard, la propriétaire du logement et Sophie l'infirmière m'ont fait part de leurs inquiétudes quant au changement de comportement de Rogers depuis le dernier mois. Il présentait une importante perte pondérale, une apparence négligée et s'isolait de plus en plus. Il soutenait que plusieurs hommes étaient des pédophiles et avait des échanges tendus avec son entourage et les intervenantes. Toutes ont émis les mêmes propos : « On doit attendre

---

<sup>16</sup> Je souhaite porter à l'attention du lecteur que ces deux réflexions sont sommaires puisqu'elles concernent une population exclue du projet. Or, j'ai cru pertinent de l'intégrer, tout en étant consciente qu'elles ne constituent pas un débat complet.

qu'il se passe quelque chose de grave pour pouvoir intervenir ». À la sixième semaine, Rogers a frappé un chauffeur d'autobus, un autre résident à la maison de chambre et un préposé durant son hospitalisation. Bien que la situation fût prévisible, il n'a pas été possible de l'aider avant qu'il soit trop tard. Ainsi, trouver un équilibre entre le respect de la liberté, et le respect de la dignité humaine est difficile, puisque l'utilisateur doit aujourd'hui vivre avec les conséquences, malgré que cela aurait pu être évité. Il a perdu son logement, et devra faire face à la justice. Est-ce que cette situation aurait pu être évitée ? Si oui, comment ? Et comment cela aurait-il été réalisable sans contraindre l'utilisateur refusant toute aide ?

Dans le contexte du stage et sur une courte période, l'intervention auprès des personnes refusant les services était peu envisageable puisque l'alliance est plus difficile à établir. Dans ces conditions, l'intervention se centre essentiellement sur la médication et les symptômes du trouble de santé mentale. Toutefois, il n'est pas exclu que le RES puisse être bénéfique aux usagers contraints à recevoir les services du SICOM. En effet, le RES pourrait orienter l'intervention sur des aspects plus positifs et permettre un meilleur contact.

Sommairement, durant la phase d'intégration le projet s'est réorganisé, faisant appel à des habiletés d'adaptation. Cette réorganisation a été effectuée à la suite d'une réflexion sur ce qui avait été planifié et leur discordance avec la réalité. Les changements en intégrant l'intervention dans les suivis réguliers ont été favorables pour éviter aux usagers de ressentir de la pression à s'engager.

**Phase d'implantation-planification.** La phase de planification du RES devait se dérouler durant les semaines trois et quatre. Le premier objectif spécifique consistait à planifier l'intervention. Pour ce faire, il fallait d'abord cartographier l'expérience de vie de l'utilisateur. À la suite, il était possible de déterminer des priorités et des cibles d'intervention avec eux et alors planifier les actions qui pouvaient être réalisées pour les atteindre. Le second objectif spécifique planifiait l'adoption d'une pratique réflexive.

*Activités de la phase de planification.* Véritablement durant ces deux semaines, je me suis intégrée à l'équipe comme intervenante qui effectue des suivis dans le milieu de vie des usagers. J'ai participé aux rencontres d'équipe tous les matins. Également, j'ai pris part aux discussions des mini-équipes, et aux rencontres multidisciplinaires avec les psychiatres. J'ai accompagné des usagers à leur rendez-vous psychiatrique me donnant accès à leur dynamique avec leur psychiatre. J'ai effectué quelques lectures de dossiers des usagers, bonifiant ma compréhension de leur profil

d'occupations. J'ai participé à compléter l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance pour un usager.

Durant les suivis, j'ai questionné les usagers sur leurs occupations quotidiennes en demandant à quoi ressemblaient leurs journées. Les réponses ont été pauvres. Également, j'ai observé une certaine réticence des usagers à échanger avec moi. J'ai alors pris conscience que j'avais sous-estimé le développement d'une alliance entre les usagers et moi. En conséquence, j'ai adopté une posture prudente en évitant d'être trop intrusive. Donc, les premiers suivis ont davantage servi à apprendre à connaître les usagers, et inversement.

***Objectifs spécifiques de la phase de planification. Planifier l'intervention, les obstacles.*** Habituellement, afin de planifier une intervention, il faut d'abord évaluer la situation. Dans la pratique, les usagers ont rencontré des difficultés à faire état de leurs occupations quotidiennes. Lorsque questionnés directement à ce sujet, ils ont rapporté faire peu de choses ou ne rien faire. Cette réponse était parfois mêlée de culpabilité d'être peu actif, complexifiant encore plus l'exploration.

Cet aspect a freiné la progression de la cartographie des occupations, mais il a entraîné un second obstacle non négligeable. Étant dans l'impossibilité de cartographier le quotidien des usagers, j'ai rapidement cherché des façons d'augmenter leur niveau d'activation. Ceci s'explique par le fait que les phases suivantes étaient impossibles sans être en mesure de répertorier leurs activités. Je me suis donc adaptée, maladroitement, à la situation en cherchant des façons d'activer les usagers. Or, c'est seulement à la huitième semaine que j'ai pris conscience de la tangente problématique dans laquelle je m'étais engagée. J'ai réalisé que cartographier le quotidien des usagers en tant qu'étape initiale n'est pas nécessairement profitable à l'intervention. En amorçant impérativement le RES avec cette étape, on risque d'empêcher de poursuivre l'intervention, lorsqu'il n'y a pas d'occupation dans la routine de l'utilisateur. En effet, comment cartographier ce qui n'existe pas selon les usagers ? Elle place l'intervenante dans une position d'impuissance, par rapport à la poursuite de l'intervention. Tel qu'il était initialement planifié, le RES limite l'avancement, et est peu flexible.

À ce moment, je me suis réajustée afin de me recentrer sur l'essentiel du RES, c'est-à-dire la recherche de sens dans le quotidien des usagers. J'ai pu ainsi profiter pleinement des bénéfices qu'a apportés le suivi informel. En effet, les suivis des semaines suivantes ont révélé que la routine

des usagers est plus complète qu'ils ne le rapportent, sans en avoir réellement conscience. Par exemple, j'ai questionné Madeleine [nom fictif] sur ses activités. Elle m'a répondu ne rien faire. Finalement, j'ai appris progressivement qu'elle jouait aux dames à l'ordinateur, qu'elle écoute le hockey, et qu'elle fait des recettes.

*Planifier l'intervention, évaluer l'atteinte.* Compte tenu des modifications quant à l'application informelle du RES, l'identification des priorités et des cibles d'action, ainsi que la planification de l'intervention a été irréalisable en faisant appel à l'implication active de l'utilisateur. Plutôt que d'utiliser le journal des occupations pour recenser les activités quotidiennes, j'ai cartographié de façon verbale, au fur et à mesure des semaines. Durant les suivis, j'ai exploré avec eux leur routine de sommeil, et d'éveil, leurs différentes occupations et leurs intérêts. Il est important de préciser que cette étape a été effectuée durant les semaines trois à douze.

*Regard réflexif sur la phase de planification.* Durant cette phase, il a été nécessaire d'ajuster mes attentes quant à la vitesse de cartographie des occupations. En effet, j'ai constaté deux difficultés. J'avais peu d'information sur l'expérience des usagers par des questions directes et l'alliance devait être forgée avant d'explorer leur quotidien. Ce faisant, je me suis concentrée sur les occasions d'intervention se présentant durant les suivis. Bref, il est possible de conclure que la cartographie ne devrait pas constituer une étape indéniable, obligatoire, et prescrite dans le temps, risquant de limiter l'avancement du RES.

**Phase d'implantation-intervention.** La phase d'intervention, durant les semaines cinq à douze, prévoyait d'effectuer l'intervention du RES par la rédaction d'un manuel du participant, la mise en place des interventions en fonction des objectifs du RES, et par l'utilisation des outils développés dans le manuel. Ces interventions devaient être ajustées et adaptées selon les rétroactions provenant des usagers. Cette phase planifiait également de conserver une pratique réflexive par les séances de supervision, et la rédaction d'un journal de bord.

*Activités de la phase d'intervention.* Concrètement avant le début du stage, j'ai rédigé le manuel du participant qu'il est possible de feuilleter dans le document annexé à l'essai. Ensuite durant ces huit semaines, j'ai participé activement aux rencontres d'équipe tous les matins, prenant la responsabilité de suivis. Durant les quinze semaines, j'ai effectué au total 98 suivis, auprès de 14 usagers. Mon investissement a été plus important auprès de cinq d'entre eux, en raison des rendez-vous, des changements de l'état, d'hospitalisations soudaines, d'instabilité résidentielle, de

surprotection par les intervenantes pivots, et de difficulté d'alliance. Dans ce rapport, ils seront identifiés comme Marie, Madeleine, Paul, Luc et Jean [noms fictifs]. Durant les suivis, j'ai saisi les opportunités qui se sont présentées pour sensibiliser, informer, et renforcer l'utilisateur sur son engagement. Compte tenu des changements dans la réalisation du projet, la documentation développée préalablement au stage a été utilisée comme référence. Les paragraphes suivants discutent de différentes opportunités qui se sont présentées durant les suivis en lien avec les concepts du RES. Toutefois, ces exemples ne constituent pas une liste exhaustive.

*Cartographeur, vivre avec l'imprévu pour connaître les intérêts.* Il est impossible de prévoir dans quel état l'utilisateur sera lors des suivis. Par exemple, Madeleine présentait des symptômes négatifs. La majorité du temps, elle s'étendait peu, et répondait par oui ou par non aux questions. Ses suivis duraient en moyenne moins de dix minutes. De façon impromptue, à la semaine onze, Madeleine m'a questionnée sur la météo, a confié aimer l'hiver surtout à cause des sports, et a partagé avoir choisi la couleur jaune jonquille de ses armoires, il y a quelques années. Plusieurs sujets ont émergé de ce suivi, prolongeant la rencontre à plus de trente minutes. Ce changement de posture ne pouvait se prévoir.

*Cartographeur et signification, question directe vs indirecte.* Dans la phase précédente, il a été expliqué que les questions directes aux usagers quant au contenu de leurs journées étaient peu productives. À l'inverse, questionner l'utilisateur indirectement sur son expérience a permis un accès imprévu aux intérêts, aux occupations, et aux engagements. Par exemple, en questionnant Marie sur son expérience passée dans une ressource d'hébergement, elle m'a expliqué qu'elle appréciait certaines activités comme la préparation des repas, le jeu de quilles, le bingo, et le poker. Ceci m'a permis de la questionner concernant sa participation à ces activités aujourd'hui. Elle a donc expliqué apprécier la cuisine avec sa mère, la musique et la relaxation.

*Subjectivité et répartition des types d'occupations.* Également, Marie a raconté mépriser les tâches obligatoires. À ce moment, je lui ai demandé de clarifier ce qu'elle entendait par « tâches ». Elle a nommé faire le ménage, la vaisselle et l'artisanat. Bien que l'artisanat soit souvent identifié comme un loisir, Marie l'a qualifié comme une tâche. Ceci met en évidence sa perception de l'activité comme étant une obligation déplaisante.

*Objectifs, cibler des objectifs par l'informel.* Durant ce même échange, Marie a divulgué vouloir habiter seule en appartement pour ne plus être un fardeau pour sa mère. Elle a expliqué se

représenter la vie en appartement comme étant une façon d'être libre, où elle peut se lever aussi tôt que désiré. Sans, vraiment, le nommer directement, Marie a identifié un objectif.

*Cohérence, relever des expériences cohérentes.* Durant un suivi, j'ai reflété à Jean, avoir observé une belle cohésion au sein de sa maison de chambres. De ce reflet, l'utilisateur a raconté des expériences passées, où il entretenait des relations avec des personnes qui profitaient de lui et de sa gentillesse. Cet échange a permis de relever sa représentation d'une relation adéquate. Pour lui, une relation doit être réciproque et bidirectionnelle, où il reçoit autant qu'il donne.

*Répartition de la routine, un critère subjectif.* Marie peut présenter de l'extérieur une routine de vie pauvre. Elle se lève tôt tous les jours, se lave et soigne son apparence. Ensuite, elle passe une grande partie de sa journée à écouter de la musique, marcher et faire des incantations. Or, j'ai questionné Marie sur son niveau d'ennui. Elle a répondu ne pas s'ennuyer, et se sentir occuper toute la journée. Ainsi, sa routine la satisfait. De ce fait, il semble important de s'intéresser aux perceptions de la personne sur sa propre expérience. Le jugement extérieur n'a aucun impact sur l'engagement de la personne.

S'intéresser au niveau d'ennui offre une façon d'explorer l'appréciation de la personne quant à son quotidien. Or, la définition de l'ennui peut varier d'une personne à l'autre. On peut donc se pencher sur la définition attribuée par l'utilisateur. Pour certains, l'ennui a été compris comme s'ennuyer de quelqu'un. Pour d'autres, comme Jean, l'ennui a évoqué des sentiments de déprime. Pour Madeleine, l'ennui a signifié de n'avoir rien à faire et se sentir seule.

*Identifier les changements dans la répartition des occupations par l'anamnèse.* À la lecture de dossiers, on peut comprendre que certains usagers n'ont jamais eu la possibilité de s'investir dans une occupation faisant sens pour eux. Par exemple, Jean a développé des problèmes de santé mentale durant le primaire. Il vivait des problématiques relationnelles avec ses collègues de classe. Étant un enfant adopté et connaissant l'historique de sa famille biologique (schizophrénie connue de la mère, problème de santé mentale non spécifié du père), Jean a rapidement été aidé par la protection de la jeunesse, où il a été retiré de l'école régulière. Mettant au premier plan les TGSM très tôt dans leur parcours de vie, certains usagers n'ont jamais eu d'opportunités de développer leurs intérêts et de vivre différentes expériences de découvertes.

À l'inverse, l'historique figurant au dossier de Madeleine révèle qu'elle a travaillé la majeure partie de sa vie. Elle a développé une passion pour les sports d'équipe, surtout le hockey

durant l'enfance. Ce n'est que vers l'âge de 50 ans qu'elle a développé des problématiques de santé mentale. Ses idées délirantes l'ont lentement restreint jusqu'à ne plus sortir durant plusieurs mois.

*Renforcer (équilibre entre la demande et les forces personnelles).* Le renforcement du comportement d'engagement s'est montré fructueux. En effet, Luc a rapporté s'être investi dans un jeu d'échecs en ligne, où il devait passer différents tableaux. À la semaine dix, il a expliqué être resté réveillé tard le soir pour réussir l'avant-dernier tableau, qu'il n'a finalement pas réussi. Durant cet échange, il a été en mesure d'identifier ses difficultés dans le jeu, à savoir d'anticiper les mouvements de l'adversaire. Lorsqu'il s'est ouvert à ce sujet, j'ai renforcé son dévouement, et son investissement. Je l'ai encouragé à persévérer afin de relever le défi. Je lui ai expliqué que confronter à un défi à notre hauteur, l'humain se sent animé et stimulé. À la semaine treize, Luc me dit : « Marianne, je dois te dire quelque chose. » Je lui réponds : « Je t'écoute. » Il me regarde tout sourire en me disant : « J'ai réussi à passer le tableau ». Luc se dit fier de lui et de son accomplissement. Il était impatient de m'annoncer qu'il avait réussi à relever le défi, témoignant de l'impact possible que l'intervention a pu avoir. Cette dernière intervention a été très gratifiante pour moi pouvant constater le fruit de mes interventions. Bref, différentes opportunités d'interventions simples se sont présentées durant les huit semaines. Elles peuvent paraître élémentaires, mais il reste qu'elles ont été possibles.

***Objectifs spécifiques de la phase d'intervention.*** *Adapter l'intervention, évaluer l'atteinte.* L'application du modèle du RES a dû être complètement remaniée, et ce, dès la première semaine de stage. Pour ce faire, j'ai dû faire appel à des compétences d'adaptation, d'ajustement, et de flexibilité. Or, ces adaptations n'ont pas été réalisées en faisant valoir les rétroactions des usagers, puisque la structure informelle de l'intervention ne le permettait pas. Néanmoins, je suis restée à l'affût dès le début du stage des messages sous-entendu dont les usagers me faisaient part. Premièrement, ils m'ont signifié que de s'engager formellement dans un projet était trop imposant pour eux. J'ai respecté leurs craintes en proposant une méthode moins imposante du RES, le suivi informel. Deuxièmement, il s'agit d'une méthode d'intervention qui peut être ressentie comme intrusive. J'ai détecté rapidement ce facteur, mettant de l'avant l'importance de respecter le développement d'une alliance avec les usagers avant de poursuivre. J'ai ainsi été flexible dans mon calendrier de réalisation. Troisièmement, j'ai été attentive aux difficultés que vivaient les usagers durant les suivis, comme les variations de leur état de santé mentale. Je me suis ainsi adaptée à leur niveau de disponibilité. Bref, ces signes témoignent autrement de leurs rétroactions. En restant à

l'affut de ces signes, il a été possible d'impliquer la participation des usagers. Ce faisant, je crois avoir été en mesure d'adapter l'intervention en fonction des besoins des usagers, sans, toutefois, faire appel à leur rétroaction directe.

*Effectuer l'intervention, les obstacles.* À titre de rappel, la mise en place des interventions en fonction des objectifs du RES a été confrontée à des difficultés préalablement exposées, dont l'absence de planification, et la difficulté qu'ont les usagers à discuter de leur expérience. En outre, le RES appliqué de façon informelle sollicite une importante charge mentale à l'intervenante durant les suivis. En effet, le RES ainsi appliqué nécessite de mémoriser les neuf thématiques de l'engagement et les éléments pouvant être utiles durant l'intervention. Aussi, cette façon de faire exige de rester constamment attentive afin de détecter rapidement les opportunités qui se présentent.

*Effectuer l'intervention, évaluer l'atteinte.* Comme attendu, un manuel du participant a été développé durant les deux semaines précédant le stage. Celui-ci contient pour les usagers des documents d'information, d'analyse de leur situation et de travail pour chacune des sphères de l'engagement. Ce dernier devait être utilisé auprès de l'utilisateur afin de maintenir des traces des analyses et offrir un support visuel des constats et réflexions effectués. Bien que le manuel n'a pas pu être utilisé avec l'utilisateur, il a été réinvesti à titre de guide de référence pour l'intervenante. En effet, j'ai utilisé à plusieurs reprises le manuel hors des suivis afin de cibler des interventions, me rafraîchir la mémoire, réfléchir sur les avenues, et cibler des priorités d'intervention. Ceci a diminué la charge mentale exigée par le suivi informel.

Dans l'ensemble, la mise en place d'interventions selon les objectifs du RES a été possible par le suivi informel dans le cadre des suivis - discussion spontanée. Telles que décrites dans la section « Activités de la phase d'intervention », plusieurs opportunités d'explorations, d'échanges, de discussions, de sensibilisation, d'éducatives et d'analyses se sont concrétisées à travers les suivis. Cette façon de faire a respecté davantage les difficultés des usagers quant à l'engagement.

*Adopter une pratique réflexive, les obstacles.* Habituellement, les séances de supervision sont intéressantes afin de planifier les suivis à venir. Or, la planification a été difficilement réalisable en raison de trois conditions. Premièrement, la structure du programme du SICOM est construite pour répondre aux besoins spontanés et s'adapter facilement aux imprévus. Ainsi, les suivis sont distribués le matin même, faisant en sorte qu'il est difficile de les planifier.

Deuxièmement, l'état fluctuant des usagers rend difficile la planification, telle que représentée dans l'exemple « Cartographier, vivre avec l'imprévu pour connaître les intérêts ». Bien que je prévoyais d'aborder certains sujets avec les usagers, ces derniers n'étaient pas toujours dans les meilleures dispositions pour échanger. Par exemple, la personne peut être plus disponible une seule fois sur une dizaine de suivis. Les facteurs limitant l'échange sont nombreux, notamment l'utilisateur peut être plus fatigué, être moins à l'écoute, présenter une attitude de fermeture, avoir des priorités différentes, etc.

Troisièmement, la planification a été difficile à réaliser puisqu'en se concentrant uniquement sur notre propre planification, on risque de perdre la chance de saisir des opportunités qui se présentent spontanément et émergent de l'utilisateur. Il est possible de conserver en tête une certaine planification du suivi, mais celle-ci doit rester flexible. Afin de le rendre optimal, le plan devrait s'accommoder à la spontanéité des suivis.

*Adopter une pratique réflexive, évaluer l'atteinte.* Ceci étant dit, les séances de supervision se sont davantage concentrées sur des analyses rétroactives sur la pratique, en faisant un retour sur les interventions qui ont été possibles durant les suivis. Ceci a permis de faire ressortir des éléments que je n'avais pas détecté préalablement ou accordés d'importance.

***Regard réflexif sur la phase d'intervention.*** La phase d'intervention a révélé que les interventions informelles sont plus faciles à intégrer auprès de personnes présentant un TGSM et qui expérimentent un faible niveau d'engagement personnel. Elle évite d'effrayer les usagers et constitue une méthode moins intrusive et exigeante. Toutefois, il est intéressant de se questionner à savoir comment l'exploration des thématiques du RES agit sur l'utilisateur. Est-il réellement favorable pour lui d'aborder ces sujets ? Favorise-t-il son engagement ? L'utilisateur prend-il conscience des échanges en ce sens ? Il est possible que le fait d'aborder le sens, la répartition et l'équilibre dans ses occupations durant les suivis ait permis de réactiver les processus cognitifs liés à l'engagement parfois inactif depuis plusieurs mois, voire plusieurs années. Or, le projet ne prévoyait pas d'évaluer les changements observés. Ainsi, des hypothèses peuvent être formulées sans, toutefois, être en mesure de démontrer un réel changement. En conséquence, certaines questions demeurent quant à l'effet du RES sur les usagers.

Ceci étant dit comme intervenante, j'estime que de conserver les objectifs du RES dans son intervention contribue à réorienter l'attention de l'accompagnement sur des facteurs positifs. Il

permet de centrer sur la recherche de solutions et l'acquisition d'outils (les intérêts, le sens, les forces), et de s'éloigner d'une intervention centrée sur les problèmes (maladie et difficultés).

**Phase d'évaluation du RES.** La phase d'évaluation constituait la dernière phase de déploiement. Elle visait à évaluer l'implantation du RES auprès des usagers. Pour ce faire durant les semaines treize à quinze, je devais effectuer des entrevues avec les usagers afin d'évaluer les effets, les changements, leur appréciation et leur désapprobation qu'ils ont perçue à l'aide de l'intervention, tout en adoptant une pratique réflexive.

*Activités de la phase d'évaluation.* En réalité durant ces trois dernières semaines, j'ai continué de participer activement aux rencontres d'équipes matinales, et aux réunions multidisciplinaires. Bien que j'aie effectué que quelques suivis, ces trois semaines ont principalement servi à produire un sommaire des interventions. Les séances de supervision avec Édouard ont concerné le contenu de mes analyses et les conclusions que j'ai pu en tirer. De plus, j'ai informé les usagers de mon départ et j'ai partagé certains de mes constats avec eux. J'ai présenté mon projet aux autres intervenantes en utilisant l'étude de cas de Marie.

Concrètement, l'évaluation s'est révélée être particulièrement riche. Étant impossible de questionner directement l'utilisateur sur leur appréciation du RES, j'ai analysé les treize semaines d'interventions accomplies auprès des cinq usagers principaux. Pour ce faire, j'ai recherché parmi les notes évolutives les interventions ayant fait appel aux thématiques du RES. Ainsi, j'ai pu analyser professionnellement l'engagement des usagers. Cette analyse m'a permis de cibler des éléments saillants de Marie, Madeleine, Paul, Luc et Jean. Vous trouverez à l'Appendice C un résumé des évaluations de ces cinq usagers.

*Objectifs spécifiques de la phase d'évaluation.* *Évaluer l'intervention, les obstacles.* Le facteur principal freinant l'évaluation de l'intervention a été l'absence d'adhésion volontaire des usagers au RES. Malgré tout, lorsque les usagers ont été questionnés sur leur appréciation de l'intervention effectuée par la stagiaire, ils ont rapporté en être satisfaits. Finalement, le stage étant d'une durée de quinze semaines, il n'a pas révélé de changements observables sur l'engagement des usagers.

*Évaluer l'intervention, évaluer l'atteinte.* La rétroaction des usagers n'a pas été utilisée pour effectuer l'évaluation. J'ai pu la réaliser en regroupant les opportunités d'intervention et en

analysant ceux-ci. Le résultat a pris davantage la forme d'une évaluation quant à l'engagement de l'utilisateur, plutôt que d'une analyse de la méthode, et des répercussions sur son fonctionnement.

***Regard réflexif sur la phase d'évaluation.*** La phase d'évaluation n'a pas permis d'estimer les forces et les faiblesses de l'intervention. Ceci étant dit, elle a permis d'en arriver à une certaine planification de l'intervention auprès de cinq usagers. Ainsi, il est possible que quinze semaines soient nécessaires afin d'effectuer l'étape de la planification. Or, on peut comprendre que la planification et les différentes thématiques du RES peuvent être interchangeables et s'alimenter l'une, l'autre.

### **Évaluer l'atteinte des objectifs généraux d'apprentissage**

À la lumière de cette analyse, il est intéressant d'explorer l'atteinte des objectifs généraux d'apprentissages. Ces trois objectifs sont étroitement liés. En effet, afin de développer une méthode d'intervention permettant de soutenir le rétablissement personnel, il est important de se questionner sur les difficultés qui se présentent et de se remettre en question. Ainsi, le développement d'une pratique réflexive s'avère utile dans le déploiement d'un tel projet. Or, sans solution à ces problèmes, il n'y a pas d'avancement. Ainsi, développer des habiletés d'adaptations se trouve essentiel pour mettre en place des stratégies de modification.

**Adopter une pratique réflexive.** L'adoption d'une pratique réflexive implique de questionner constamment notre pratique. Ainsi, l'exercice d'un stage, en soi, les échanges avec le superviseur, le rapport de stage et l'essai sont par définition des exercices réflexifs. De ce fait, il est moins pertinent de s'attarder à ces obligations, qu'à son intégration de façon permanente dans sa pratique. Ma posture de stagiaire m'a permis de comprendre une de mes forces que j'avais sous-estimée, à savoir « de questionner ». Je questionne les autres, les méthodes, et les pratiques. Je me questionne sur mes actions, et mes réflexions initiales.

D'abord, j'ai pris conscience que le questionnement permet d'adopter une posture d'ouverture, laissant place à la possibilité. Dans le travail d'équipe, les positions peuvent être diverses et aucune n'est nécessairement meilleure que l'autre. En questionnant l'autre sur ses idées, il est possible de comprendre son positionnement et d'être plus équilibrés dans ses réflexions. Nous ne sommes pas obligées d'adhérer à l'idéologie de l'autre, mais la comprendre, c'est de faire un pas vers l'ouverture.

Ensuite, j'ai réalisé que le questionnement me permet de vivre confortablement avec l'incertitude. En effet, rien n'est noir ou blanc et il n'y a pas toujours de réponses au questionnement. Œuvrant auprès de personnes vivant avec un TGSM, il faut accepter de vivre dans l'incertitude, et de demeurer balancés dans ses réflexions. Par exemple, on peut se questionner sur la contrainte en psychiatrie, sans jamais être en mesure de se positionner fixement dans le débat. Les facteurs à considérer sont nombreux et le positionnement est presque impossible à faire. Je crois qu'il est important de conserver une telle posture en comprenant les différents enjeux et d'éviter de glisser dans un extrême ou un autre.

Finalement, le questionnement ou la remise en question permet d'identifier les enjeux se présentant, et de reconnaître que des changements sont nécessaires. En effet, il faut d'abord être en mesure de reconnaître que quelque chose ne fonctionne pas. Ainsi, une pratique réflexive a été nécessaire dans le déploiement du RES. De ce fait, j'estime avoir adopté une pratique relativement réflexive tout au long du stage. Mais n'aurait-elle pas pu l'être davantage ?

**Développer des habiletés d'adaptation.** Alors que la pratique réflexive permet d'identifier les enjeux et de se remettre en question, l'adaptation vise à identifier les modifications nécessaires pouvant répondre à ces enjeux. En elle-même, l'adaptation évoque un facteur d'inconnu, rendant impossible de la prévoir. Ainsi, l'atteinte de cet objectif ne peut se faire uniquement à la lumière des objectifs spécifiques planifiés. Des habiletés d'adaptation ont été employées tout au long du stage, teintant l'expérience globale. D'abord, elles ont été nécessaires afin de modifier l'intervention au contexte du SICOM. Également, elles ont été essentielles afin de rester flexible aux besoins des usagers par l'observation, l'écoute et le respect.

**Développer des méthodes d'intervention permettant de soutenir le rétablissement personnel.** Le dernier objectif général d'apprentissage visait au déploiement du RES au sein du SICOM. Le RES ne s'est vraisemblablement pas déployé comme prévu. Or, le rétablissement personnel implique que les changements, l'évolution, et les progrès sont différents pour tous les usagers. Il est important de respecter leur rythme et leur stade d'avancement. Les modifications effectuées au projet n'ont fait que contribuer au respect de leur rythme.

La culture organisationnelle, le désengagement quant au processus formel d'intervention des usagers, le sentiment d'impuissance des intervenantes, et la prédominance des symptômes un TGSM contribue à centrer les interventions sur des sphères du rétablissement clinique. Rappelons

que le rétablissement clinique se centre sur le problème, et vise essentiellement à diminuer, gérer ou faire disparaître les symptômes liés au TGSM (Khoury & Rodriguez del Barrio, 2015 ; Slade, 2010). En effet, ces derniers sont considérables chez les usagers du SICOM et prennent une place importante dans l'intervention. L'organisation du SICOM et les difficultés des usagers orientent hâtivement l'intervention sur les problématiques comme l'adhérence à la médication, les lacunes quant à l'hygiène corporelle, la salubrité du logement, etc. De plus, les intervenantes cherchent démesurément à atteindre des résultats, poussés par les pressions organisationnelles du système des services sociaux, et le besoin de reconnaissance professionnelle. Devant l'inactivation des usagers perçus par les intervenantes, elles peuvent se sentir impuissantes. Ce sentiment risque d'amener les intervenantes à presser les usagers sans se soucier de leur rythme, leurs besoins et leur progression, tout en les responsabilisant pour leur inaction.

Bref tel qu'adapté, je considère que le RES propose des outils aux intervenantes pour réaffecter les interventions vers le rétablissement personnel. Il permet de respecter le rythme de l'utilisateur et de réactiver les processus cognitifs de l'engagement. Le RES offre des thématiques inusitées à explorer avec les usagers au-delà des sphères habituellement privilégiées, telles que le sens des activités quotidiennes, leurs aspirations, et la recherche d'équilibre dans le quotidien. De ce fait, le RES a permis de mettre davantage de l'avant le rétablissement personnel durant les suivis. Cependant, il est important de rester vigilant devant les risques de basculer vers des interventions visant à activer l'utilisateur et à l'engager dans des occupations insignifiantes pour lui ou encore sans lui permettre de lui offrir de réelles possibilités d'action.

### **Conclusion**

Le déploiement du RES a été confronté à de nombreux obstacles. Certaines erreurs ont enrichi le projet afin de le rendre plus flexible, et moins imposant pour les usagers. L'essai permettra d'approfondir comment le RES peut mieux correspondre au rétablissement personnel à travers l'analyse de quatre défis.

Les modifications se sont amorcées en réponse à la réticence des usagers à s'engager dans le RES. L'essai traitera d'abord de ce sujet. Ainsi, l'engagement serait affecté dans d'autres sphères de vie que l'occupationnel, comme l'investissement dans des sphères de soutien social.

En conséquence, le RES a muté afin de s'intégrer au suivi régulier des usagers et s'opérer de façon informelle. Le déploiement du RES par l'approche informelle suggère un modèle

d'intervention qui porte à la discussion et qui commence à émerger. L'essai traitera donc du suivi informel.

Ceci étant dit, cette façon d'intervenir a des impacts sur l'implication des usagers dans leur processus d'intervention. Ceci implique qu'ils ne peuvent pas consentir volontairement à l'intervention, s'impliquer dans la planification, et faire usage de fiches d'analyse. Ce choix opérationnel a restreint les occasions permettant de faire appel à la rétroaction des usagers. Malgré tout, l'observation de leurs comportements et réactions a permis d'avoir recours à leur implication. Ainsi, l'essai traitera de l'implication des usagers dans ce contexte.

L'expérimentation du RES révèle également l'importance de demeurer une formule flexible, adaptative, et personnalisable. Ainsi, la flexibilité implique de s'adapter en fonction des difficultés rencontrées par les usagers, mais également de leurs besoins spontanés. D'abord, la flexibilité et l'adaptation ont été essentielles en réponse à l'état fluctuant des usagers. En second lieu, les usagers ont démontré des difficultés à identifier leurs occupations quotidiennes. Ils dévalorisent les efforts qu'ils déploient dans des occupations qu'ils considèrent comme insignifiantes. Il est possible que la flexibilité permette à l'intervenante de dépasser la perception de l'utilisateur quant à son quotidien et de redonner une valeur à leurs actions. Pour ce faire, le RES ne devrait pas figer une séquence d'étapes précise dans l'intervention. Définir la cartographie du quotidien des usagers comme étape initiale a entravé la progression du RES, lorsque confrontée à la perception de dévalorisation des usagers. Ainsi, la flexibilité, l'adaptation et la personnalisation seront discutées dans l'essai, tout en remettant en question la nécessité de la planification.

Ces quatre éléments, le désengagement, l'approche informelle, l'implication des usagers, et la flexibilité suggèrent que l'intervention devrait être reconstruite à la lumière d'une culture plus ancrée dans le rétablissement personnel. Il sera donc question de les analyser et d'en extraire des pistes de solutions.

### **Références**

Khoury, E., & Rodriguez del Barrio, L. (2015). Recovery-oriented mental health practice: A social work perspective. *British Journal of Social Work*, 45(1), i27-i44. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcv092>

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC health services research*, *10*(26), 1-14.  
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>

## Appendice B

Calendrier, les objectifs d'opérationnalisation, les moyens, et les indicateurs

### *Objectifs d'opérationnalisation, échéancier*

Objectifs d'opérationnalisation (phase de déploiement de l'intervention)	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs
Semaines 1-2 - Intégration	Sélectionner les usagers-participants (OA 1)	Sélection des usagers. Expliquer le projet. Vérifier la compréhension des usagers.	4-5 suivis
<i>Intérêts spécifiques à la phase d'intégration :</i>			
- <i>Forces et lacunes de l'intégration.</i>	Permettre aux usagers de prendre des décisions libres et éclairées (OA 2-3)	Rédiger les formulaires de consentement. Détailler l'utilisation des résultats. Expliquer le respect de la confidentialité. Expliquer que tous les commentaires serviront à adapter l'intervention.	Formulaires de consentement signés.
- <i>Habiletés : Vulgarisation</i>			
- <i>Habiletés : Respect du pouvoir des usagers de prendre des décisions libres et éclairées.</i>	Adopter une pratique réflexive (OA 3)	Préparer, cibler des enjeux et participer aux rencontres hebdomadaires de supervision. Rédiger quotidiennement un journal de bord.	Compte-rendu des quatre heures de supervision et journal de bord complété. Analyse dans l'essai.
- <i>Clarté des explications.</i>			
- <i>Compréhension des usagers, et adaptations nécessaires.</i>			

*Objectifs d'opérationnalisation, échéancier (suite)*

Objectifs d'opérationnalisation (phase de déploiement de l'intervention)	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs
Semaines 3-4 – Implantation – planification	Planifier l'intervention (OA 1)	Cartographier l'expérience de vie. Déterminer les priorités et une cible d'action avec les usagers. Planifier les actions qui seront effectuées pour atteindre les priorités.	Plan d'action pour les semaines 5-13
<p><i>Intérêts spécifiques à la phase de planification :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>L'organisation de la planification de l'intervention (forces/lacunes).</i></li> <li>- <i>Habilités : Respect du pouvoir des usagers à participer à l'élaboration de leur plan d'action.</i></li> <li>- <i>Habilités : Encourager l'expression des adaptations nécessaires.</i></li> <li>- <i>Autres habiletés nécessaires.</i></li> <li>- <i>Enjeux liés aux difficultés et besoins des usagers, et adaptations.</i></li> <li>- <i>Utilité des outils de planification.</i></li> <li>- <i>Utilité des interventions de planification.</i></li> </ul>	Adopter une pratique réflexive (OA 3)	Préparer, cibler des enjeux et participer aux rencontres hebdomadaires de supervision. Rédiger quotidiennement un journal de bord.	Compte-rendu des quatre heures de supervision et journal de bord complété. Analyse dans l'essai.

*Objectifs d'opérationnalisation, échéancier (suite)*

Objectifs d'opérationnalisation (phase de déploiement de l'intervention)	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs
Semaines 5-12 – Implantation – intervention  <i>Intérêts spécifiques à la phase d'intervention :</i> - <i>Thèmes d'intervention utilisés</i> - <i>Forces et faiblesses de l'implantation des interventions.</i> - <i>Habilités : Encourager l'expression des adaptations nécessaires.</i> - <i>Habilités : Respect du pouvoir des usagers à participer à l'élaboration de leur plan d'action.</i> - <i>Enjeux liés aux difficultés et besoins des usagers, et adaptations.</i> - <i>Changements perçus chez l'utilisateur.</i> - <i>Utilité des outils du RES.</i> - <i>Utilité des interventions du RES.</i> - <i>Effets/changements sur l'engagement.</i> - <i>Effets/changements sur les processus du rétablissement.</i> - <i>Effets/changements sur le sens dans sa vie</i>	Effectuer l'intervention (OA 1)	Mettre en place des interventions en fonction des objectifs du <i>Rétablissement par l'engagement significatif.</i> (voir Tableau 2)	Guide d'intervention complété. Les outils sont utiles aux prises de conscience pour l'utilisateur et aux analyses.
	Adapter l'intervention (OA 2-3)	Développer le manuel d'intervention Utiliser les outils. Vérifier l'utilité des interventions auprès des usagers. Inviter les usagers à partager les difficultés, les forces, leurs besoins et ce qu'ils modifieraient. Adapter l'intervention en fonction des commentaires des usagers. Adapter les outils.	Les interventions répondent aux besoins des usagers ou sont adaptées en fonction des demandes.
	Adopter une pratique réflexive (OA 3)	Préparer, cibler des enjeux et participer aux rencontres hebdomadaires de supervision. Rédiger quotidiennement un journal de bord.	Compte-rendu des heures de supervision et journal de bord complété. Analyse dans l'essai.

*Objectifs d'opérationnalisation, échéancier (suite)*

Objectifs d'opérationnalisation (phase de déploiement de l'intervention)	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs
Semaine 13-15 – Évaluation	Évaluer l'intervention (OA 2)	Préparer/adapter l'entrevue finale. Effectuer l'entrevue finale avec les usagers	Production de l'essai.
<i>Intérêts spécifiques à la phase d'évaluation :</i>		Évaluer les effets et les changements permis par l'intervention, tels que perçus par l'utilisateur.	Présenter les résultats préliminaires à l'équipe du SIM.
- <i>Forces et faiblesses de l'évaluation</i>	Adopter une pratique réflexive (OA 3)	Préparer, cibler des enjeux et participer aux rencontres hebdomadaires de supervision.	Compte-rendu des quatre heures de supervision et journal de bord complété.
- <i>Habiletés : Conclure l'intervention.</i>		Rédiger quotidiennement un journal de bord.	Analyse dans l'essai.
- <i>Habiletés : Relever les progrès des usagers.</i>			
- <i>Effets/changements sur l'engagement.</i>			
- <i>Effets/changements sur les processus du rétablissement.</i>			
- <i>Effets/changements sur le sens dans sa vie</i>			

*Note. OA. Objectifs d'apprentissage*

*OA 1. Développement de méthodes d'intervention permettant de soutenir le rétablissement personnel*

*OA 2. Développement des habiletés d'adaptation*

*OA 3. Développement d'une pratique réflexive*

## Appendice C

### Résumés des évaluations

#### **Marie**

Marie comprend peu les règles sociales, elle soliloque en public, et elle interprète les regards des gens sur elle comme une méchanceté de leur part. Le suivi pourrait servir à la sensibiliser aux enjeux sociaux de stigmatisation, et à apprendre à vivre avec la symptomatologie. Considérant sa perception négative des contacts sociaux, il pourrait être néfaste pour Marie de forcer des contacts sociaux non désirés. À l'inverse, l'intervention pourrait aider Marie à vivre des expériences sociales positives. D'ailleurs, une grande force de Marie est d'aimer prendre soin des autres. Ainsi, ses occupations pourraient faire appel à cette force.

Considérant son expérience négative avec les ressources intermédiaires et sa conception de l'autonomie en appartement ne permettant pas de répondre à ses besoins de base, Marie pourrait bénéficier éventuellement d'un appartement supervisé.

#### **Madeleine**

Madeleine maintient une routine de vie stable. Elle se lève tous les jours environ vers 6 h, déjeune, prend sa médication et retourne se coucher jusqu'à 10 h. Elle occupe ses journées en jouant aux dames, en préparant des repas, et en écoutant le hockey.

Madeleine rapporte de l'ennui durant ses journées et dit se sentir seule parfois. Bien qu'elle détienne les moyens (voitures, ressources financières), et les capacités pour se mobiliser, qu'elle dit expérimenter peu de somnolence due à la médication (clozapine), elle se met peu en action pour pallier cet ennui. L'équipe du SICOM pourrait s'intéresser aux éléments qui freinent son activation. Madeleine pourrait bénéficier d'une sensibilisation à son engagement et un soutien à la réflexion entre ses choix, ses priorités (importance) et l'impact de ses craintes sur son activation (changement). Également, les impacts du problème de santé mentale sur son quotidien pourraient être analysés avec elle, afin qu'elle comprenne mieux cette relation.

#### **Luc**

Luc aimerait s'investir dans des activités diverses, mais il anticipe les situations sociales, et celles où il devra développer de nouvelles compétences. Considérant que Luc démontre des

capacités d'apprendre (laver sa toilette, faire sa vaisselle, faire sa lessive avec le SICOM) et un désir d'apprendre, considérant qu'il dit vouloir s'intégrer dans un milieu de travail, Luc pourrait bénéficier d'un accompagnement progressif à l'intégration dans des tâches d'emploi.

Or, le développement de compétences en résolution de problème serait à considérer préalablement à l'intégration en emploi. Également, la méfiance de Luc envers les autres et son historique de relations interpersonnelles imprégnées de reproches risquent de le conduire à l'échec dans des situations où l'employeur tentera de rectifier les erreurs, oublis ou difficultés de l'usager. Ainsi, afin d'optimiser les chances de réussites de Luc, il serait préférable de le sensibiliser délicatement à cet enjeu, et de le soutenir dans le développement d'habiletés de communication et d'ouverture. Il pourrait ainsi distinguer les situations, où il est adéquat de communiquer ses inconforts et les situations où il doit faire preuve d'une ouverture afin de s'améliorer, et apprendre.

### **Jean**

La sphère sociale pour Jean semble prédominante dans sa routine de vie. Ses occupations sont teintées par des interactions sociales : consommation, rencontre familiale, discussions entre résidents, sorties chez son ami, etc.

Considérant que Jean est une personne loyale, indulgente, et amène une cohésion au sein d'un groupe, il est possible que son réseau social contribue fortement au maintien d'un état de santé mentale stable. Encourager Jean dans des occupations riches en interactions sociales pourrait contribuer favorablement à son rétablissement. Or, Jean a toujours maintenu un rythme de sommeil inversé, ce qui limite les opportunités occupationnelles.

### **Paul**

D'abord, considérant que Paul n'a jamais maintenu un rythme de vie stable par lui-même, il est possible qu'il soit plus difficile pour lui de développer une stabilité de vie. Il pourrait ainsi profiter éventuellement d'accompagnement afin d'équilibrer son quotidien.

Paul accorde une grande importance au respect. À l'inverse, les reproches représentent un facteur prédominant dans son quotidien. Paul dit vivre les reproches de son père, de ses voix, de lui-même (concernant le fait qu'il ne travaille pas, son apparence physique et celui de son appartement). Il pourrait être intéressant d'intégrer la famille de Paul dans l'intervention afin de la sensibiliser aux impacts des problèmes de santé mentale et les difficultés qui y sont associées.

Également, elle pourrait bénéficier d'un accompagnement à la façon de soutenir Paul de façon bienveillante, et ainsi diminuer l'usage des reproches.

Paul se représente le ménage comme étant une prolongation de son état mental, il valorise le fait de voir son logement propre. Or, si le logement est trop désordonné, Paul explique qu'il perçoit le défi comme étant trop important, et se décourage de faire le ménage, le laissant se détériorer.

Considérant les reproches que Paul se fait concernant son inactivité, considérant qu'il a peu conscience du niveau de défi qu'il s'impose, Paul pourrait profiter de sensibilisation quant à l'équilibre entre ses forces, ses capacités et les défis auxquels il se confronte. Également, il serait pertinent de relever les forces de l'usager dans les suivis réguliers. Il pourrait être davantage en mesure de percevoir ses habiletés, compétences, forces, et capacités.

Paul conserve une perception positive de la danse dans les bars, et il reste ouvert à l'idée de retourner danser dans les bars un jour. Ainsi, il serait favorable d'intégrer dans l'intervention un rappel de cette occupation lui procurant un sentiment de *flow*.