

## *L'implantation d'un programme orienté vers le rétablissement : les défis cliniques et organisationnels*

**Janik Hudon**, sexologue, **Sophie Maher**, agente de programmation, et **Luc Legris**, conseiller clinique en réadaptation, tous de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.

L'implantation d'un programme orienté vers le rétablissement suscite plusieurs changements tant au niveau clinique qu'organisationnel. Dans le présent atelier, nous allons vous présenter l'expérience que notre équipe a vécue et qu'elle vit encore actuellement, en ce qui concerne les changements de paradigmes dans l'intervention. Afin de bien mettre en contexte cette expérience, nous comptons présenter le Centre de soutien à l'intégration sociale, le développement et la structure du programme *Vivre avec les autres*, ainsi que les défis des intervenants et les défis organisationnels concernant l'implantation d'un tel programme.

### **Le Centre de soutien à l'intégration sociale**

La Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a amorcé une réflexion sur l'orientation des pratiques dans les secteurs de l'hébergement et des programmes d'intégration sociale. Au cours des dernières années, plusieurs changements ont eu cours à la DSRHC suite aux priorités d'actions ciblées dans les *Chantiers sur la réadaptation psychosociale*<sup>1</sup> de 2003 et le *Plan d'actions en santé mentale 2005-2010*. Cette évolution, relative aux pratiques et aux offres de service, a aussi été inspirée des valeurs et principes de la réadaptation psychosociale ainsi que des notions de rétablissement.

Dans le cadre de ces changements, le Centre de soutien à l'intégration sociale (CSIS) a été créé en 2005 par la DSRHC suite à une réorganisation impliquant les centres de jour et le Suivi clinique des personnes afin de mieux répondre à sa nouvelle mission soit, élaborer et actualiser une programmation spécialisée visant l'intégration sociale des personnes vivant avec un trouble grave de santé mentale. L'orientation du CSIS vise donc à accompagner les personnes dans leur processus d'intégration sociale afin qu'elles puissent exercer leur rôle de citoyen comme elles le désirent.

Par souci de mieux répondre aux besoins des personnes, les services du CSIS se sont développés en fonction de quatre profils de clientèle:

- *Vivre avec la communauté*: programme pour les personnes ayant un long parcours psychiatrique et ayant besoin de soutien individualisé pour s'insérer dans la communauté.
- *Vivre avec soi et s'intégrer*: programme pour les personnes qui exerçaient des rôles socialement valorisés dans un passé récent ou qui sont intéressées par une démarche plus avancée de développement d'habiletés psychosociales afin de favoriser leur intégration sociale.

---

<sup>1</sup> Groupes de travail sur la réadaptation psychosociale à L'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2003.

- *Vivre avec son âge* : programme pour les personnes âgées vivant avec un problème de santé mentale depuis l'âge adulte et présentant des limitations physiologiques et psychologiques inhérentes au vieillissement normal.
- *Vivre avec les autres* : programme pour les personnes dont la principale caractéristique réside dans leurs difficultés relationnelles, lesquelles engendrent des problèmes de fonctionnement ou d'adaptation.

### **Développement et structure du programme *Vivre avec les autres***

Le développement du programme *Vivre avec les autres* s'est amorcé suite à la constatation que les services offerts au CSIS ne correspondaient pas aux besoins d'une clientèle ciblée. Les caractéristiques de cette clientèle sont qu'elle vit des difficultés relationnelles importantes, a recours à des comportements autodestructeurs (p.ex. toxicomanie, prostitution, automutilation) et a tendance à avoir une implication fluctuante dans plusieurs sphères de leur vie. On remarque également que ces personnes ont une certaine difficulté à se conformer à un cadre déterminé et ont tendance à s'opposer à la norme. Nous pouvons donc constater que les personnes ne participaient pas aux activités d'intégration sociale du Centre ou, quand elles tentaient d'y participer, finissaient par abandonner ou par se faire rejeter du groupe. Notre équipe a donc eu le mandat de développer des services adaptés pour cette clientèle à partir d'un cadre d'intervention souple et des stratégies d'interventions dynamiques afin de créer une alliance thérapeutique et un sentiment d'appartenance au groupe.

Notre désir était de développer un programme orienté vers le rétablissement, en considérant les caractéristiques spécifiques de la clientèle et ses besoins. Nous avons donc amorcé une démarche de travail comprenant une revue de la littérature ainsi qu'une consultation auprès des utilisateurs de services et d'intervenants dans le but de mieux connaître les besoins et les intérêts de la clientèle ciblée. Cette démarche a été guidée par la volonté de placer la clientèle au centre de leur processus d'intégration sociale en favorisant leur implication dans la conception même de la programmation. Ainsi, nous avons consulté 95 personnes utilisatrices de services provenant de 12 milieux de vie différents, soit les ressources d'hébergement de la DSRHC.

Suite à des lectures au sujet du rétablissement, notamment les articles de Mme Hélène Provencher, nous avons amorcé une réflexion sur le sens que cette notion signifiait pour nous. Nous en sommes arrivés au résumé suivant:

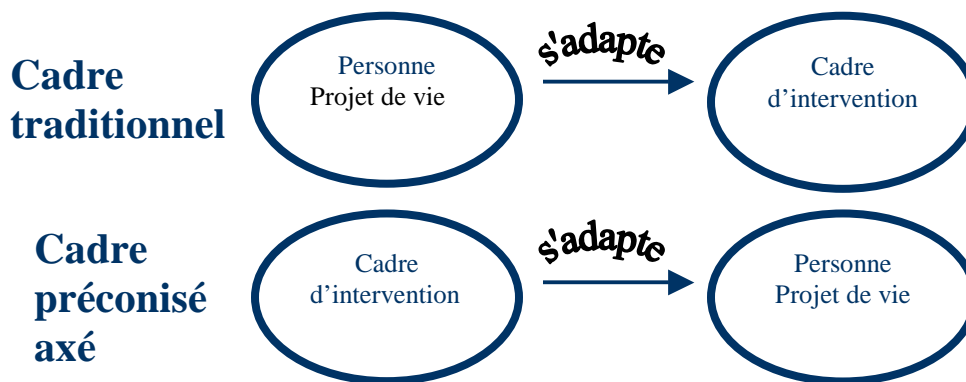
« Le rétablissement est une expérience personnelle de changement et de travail sur soi à travers un processus non-linéaire amenant la personne à vivre une vie satisfaisante à ses yeux et à se sentir comme un membre à part entière de la communauté dans laquelle elle vit. »

Conjointement à cette démarche de travail, nous avons invité une personne utilisatrice de services qui est en processus de rétablissement à nous faire part de son expérience et de ses commentaires à l'égard du programme. Cette personne nous a partagé son expérience de rétablissement et par le fait même, nous a guidés sur l'organisation du programme et sur l'élaboration de son contenu.

Le bilan de cette démarche nous a donc permis de déterminer le profil et les besoins spécifiques de la clientèle, les stratégies facilitant l'intervention ainsi que l'organisation du programme. Ce qui ressortait davantage, c'était le besoin des

personnes à travailler certaines habiletés par l'entremise d'éléments de plaisir et d'intérêts divers. Le fait d'avoir des activités centrées sur la résolution de problèmes ou sur des apprentissages dirigés ne semblait pas leur convenir. Il fallait donc penser à un moyen de créer un contexte d'apprentissage stimulant, dynamique, tout en évitant de leur imposer une structure d'activité trop lourde. Il faut noter que cette clientèle s'est fait trop souvent fermer les portes de centres de jour en santé mentale car ce sont des personnes qui dérangent le groupe, ne suivaient pas les règlements, parlaient trop fort, etc. Ces personnes ont besoin de développer leurs compétences relationnelles et sociales mais dans un cadre où elles peuvent les expérimenter concrètement.

*Dans son application, le cadre d'intervention préconisé<sup>2</sup> pour ce programme est établi en fonction des besoins et intérêts de la personne, ce qui se traduit par un cadre souple basé sur les aspirations de la clientèle.*



*Nous avons donc pensé développer une programmation à partir de quatre médiums, soient l'éducation physique, les arts et la créativité, les loisirs et les activités culturelles, ainsi que les ateliers thématiques. En fonction des intérêts des personnes, nous développons actuellement une programmation qui correspond à leurs choix. La motivation de la clientèle sera ainsi stimulée par leurs intérêts et l'activité deviendra un lieu propice au développement de ses compétences. À travers l'activité, la personne aura l'occasion de vivre une expérience personnelle, laquelle prendra un sens significatif à ses yeux. En fonction de ses besoins et de son cheminement, chaque personne pourra utiliser cette expérience pour consolider ses apprentissages; exemple : en ce qui concerne les ateliers thématiques, la sexologue planifie d'animer un café rencontre sur la sexualité et les relations amoureuses. La clientèle ciblée adopte des comportements sexuels à risque et vit des difficultés au niveau de leur vie affective et amoureuse. Ces personnes veulent savoir comment entrer en relation, comment se faire un « chum », une « blonde » et désirent souvent établir une relation durable. Ce sont des personnes qui ont appris à avoir des relations utilitaires pour obtenir quelque chose; elles n'ont pas toujours conscience de leurs émotions, de leurs désirs profonds et se cachent parfois derrière une « façade ». Souvent, ces personnes ne se connaissent pas ou peu. Un atelier à ce sujet, selon leurs intérêts et besoins, pourrait leur être offert.*

<sup>2</sup> Cadre traditionnel vs cadre orienté vers le rétablissement, Yale Program for Recovery and Community Health, 2006.

### **Défis des intervenants**

Dès le début de l'élaboration du programme, un certain clivage s'est instauré au sein de l'équipe; il y avait lesdits « théoriciens » et les intervenants « d'action et d'expérience ». D'un côté, certains cherchaient à définir toutes les assises théoriques du programme et à l'opposé, les autres se sentaient en attente de contacts avec la clientèle et questionnaient la pertinence des étapes de développement de même que les aspects théoriques. Le défi était donc de trouver un sens commun à la démarche tout en tentant de consolider nos compétences en vue d'un travail d'équipe.

Au-delà de l'adhésion de l'équipe aux fondements du rétablissement, l'intégration et l'application de cette notion nous apparaissent parfois difficiles. Le cadre d'intervention étant modifié, certains intervenants ressentent une insécurité face à leur nouveau rôle de facilitateur et d'accompagnateur. Par le fait même, une tendance à prendre une attitude paternaliste ou une position hiérarchique peut paraître sécurisante. Par contre, nous sommes conscients que nous devrions tendre vers une relation de coopération axée sur le partage des connaissances et fondée sur les besoins et intérêts des personnes. Ce type de relation invoque un engagement plus marqué dans la relation donc, que l'intervenant connaisse davantage ses limites et clarifie ses valeurs personnelles.

Considérant la dynamique, les besoins et les caractéristiques spécifiques de la clientèle, la nécessité d'impliquer au sein de l'équipe des intervenants provenant de diverses disciplines s'est avérée essentielle. Notre équipe est donc composée de deux éducateurs spécialisés, un éducateur physique, un technicien en loisirs, un sexologue, un psychoéducateur ainsi qu'un agent de programmation. Un des défis actuels de l'équipe est d'apprendre à travailler ensemble. Bien que le travail interdisciplinaire nous semble une richesse par le partage des expertises, l'actualisation de ce modèle, soit l'interdisciplinarité, crée certainement des tensions qui nuisent à la cohésion de l'équipe. Certains intervenants expriment une difficulté à remettre – ou faire remettre – en question leurs interventions devant leurs pairs, tandis que d'autres perçoivent qu'ils ne peuvent plus prendre aucune décision au plan clinique sans un préalable consensus de l'équipe.

Considérant que la programmation est élaborée en fonction des besoins et des intérêts des personnes, chaque membre de l'équipe aura à développer une bonne capacité d'adaptation, de flexibilité ainsi qu'une connaissance des ressources dans la communauté. Cette réorganisation implique des changements importants au niveau de la pratique; l'intervenant ne détermine plus préalablement la programmation mais la développe en fonction des intérêts des participants. Il en est de même pour les lieux physiques; l'intervenant aura à trouver des lieux dans des ressources de la communauté afin de mieux répondre aux besoins d'intégration sociale des participants. Ces stratégies d'intervention demandent un plus grand investissement de la part de l'intervenant.

### **Défis organisationnels**

Le programme présenté, «Vivre avec les autres», illustre bien les enjeux cliniques et organisationnels qui sont associés à l'implantation de la notion du rétablissement au sein d'un service en santé mentale et sont représentatifs de ce qui se vit pour l'ensemble de la DSRHC.

Dans ces changements, la DSRHC s'est inspirée d'un modèle de gestion qui définit l'organisation comme une structure apprenante. Ce type de modèle est basé sur l'idée que la connaissance et l'expertise sont partagées et doivent circuler au sein de l'organisation auprès de tous les acteurs incluant la clientèle. Pour soutenir pareil principe, certains mécanismes ont été mis en place dont la création de postes de conseillers cliniques, d'un comité de programmation, de postes d'agents de programmation et de responsables d'unité de vie ainsi que la rédaction d'un cadre de référence qui fait état des connaissances pour l'ensemble de la direction.

La notion de rétablissement est complémentaire à ces principes de gestion où des valeurs comme la reprise du pouvoir des utilisateurs est au cœur des préoccupations. Une organisation est apprenante dans la mesure où les expertises en place sont mises en collaboration avec ce qui émerge de l'expérience des utilisateurs de services et des intervenants. Certains projets concrets favorisent la reprise de pouvoir des utilisateurs de services comme par exemple; l'implantation d'un programme d'auto-administration de la médication. D'autres projets impliquent plus directement les utilisateurs comme la création d'un poste de pair-aidant et l'implication d'utilisateurs de services au sein du comité de programmation de la DSRHC.

Enfin, tel que mentionné précédemment, l'implantation de services orientés vers le rétablissement implique des défis importants pour les équipes d'intervenants. Pour l'ensemble de la DSRHC, les intervenants ont exprimé des besoins de soutien et de «coaching» clinique au quotidien. Différentes formes de soutien ont été mises en place pour répondre à ce besoin comme la création de groupes de co-développement, la formation à des approches d'intervention adaptées aux clientèles, la formation des responsables cliniques à la supervision, etc.

### **Stratégies pour faciliter le changement**

L'équipe du programme Vivre avec les autres ne prétend pas avoir développé un programme unique et strictement orienté vers le rétablissement. Nous sommes conscients que plusieurs autres dimensions devraient être modifiées au niveau des cadres clinique, structurel et organisationnel. Cependant, notre désir de soutenir et d'accompagner la personne dans son processus de rétablissement demeure une assise essentielle à notre démarche.

Tel que nous le constatons, l'implantation d'un programme orienté vers le rétablissement suscite plusieurs changements quant aux pratiques d'intervention et à l'organisation des services. Afin de faciliter ces changements, nous avons soulevé trois stratégies à des niveaux différents :

- Favoriser la participation active de la clientèle dans l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de la programmation;
- Soutenir l'actualisation professionnelle des intervenants (formation, consultation et supervisions continues).
- Inciter un changement dans le rôle des intervenants: changer le modèle d'expert pour un modèle de coopération.