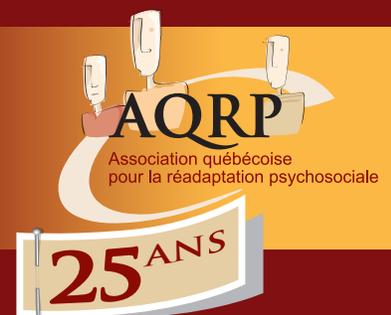


le partenaire

La seule revue de langue française spécialisée
en réadaptation psychosociale et en rétablissement
en santé mentale

Regard sur
les **stratégies**
contribuant
au **mieux-être**
des professionnels
en santé mentale



Siège social :

AQRP, 2380, avenue du Mont-Thabor,
bureau 205

Québec (Québec) G1J 3W7

Internet : aqrp-sm.org

Éditrice : Esther Samson

esamson@aqrp-sm.org

Pour abonnement :

lepartenaire@aqrp-sm.org

418 523-4190, poste 214

Comité d'édition :

Noémie Charles, M. Serv. soc., T.S.

Rosanne Émard,

Consultante formatrice en réadaptation psychosociale et rétablissement et en suivi communautaire, Outaouais

Michel Gilbert,

Coordonnateur du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)

Diane Harvey,

Directrice générale, AQRP, Québec

Paul Jacques,

Psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec, Programme clientèle des troubles anxieux et de l'humeur

Marie-Hélène Morin,

Travailleuse sociale, professeure régulière en travail social, Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Steve Paquet, Ph.D.,

professionnel de recherche au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et professeur associé au département de sociologie de l'Université Laval

Révision des textes :

Judith Tremblay

Conception et réalisation graphique :

www.fleurdeleysee.ca

Impression :

Les Copies de la Capitale, Québec

ISSN : 1188-1607

ÉDITORIAL

- 3** **L'intervenant, le point de mire de ce numéro**
Esther Samson, éditrice

CHRONIQUE DU FRANC-TIREUR

- 4** **Existe-t-il un antidote à l'épuisement professionnel?**
Annie Bossé, intervenante paire aidante, éducatrice spécialisée,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- 5** **L'Approche orientée vers les solutions : bonne pour la santé de ceux qui l'utilisent**
Brigitte Lavoie, psychologue et formatrice
Lavoiesolutions.com
- 8** **Le groupe de codéveloppement professionnel, pour être partenaires dans l'apprentissage et le développement professionnel**
Claude Champagne, CHRA
- 13** **La pertinence des communautés de pratique pour le mieux-être des intervenants**
Mario Poirier, Ph. D., psychologue, professeur, Téléq
Jean Gagné, Ph. D., sociologue, professeur, Téléq
- 16** **La supervision individuelle et de groupe selon l'approche par les forces**
François Neveu et Miriam Hayes, conseillers, Centre national d'excellence en santé mentale
- 19** **La supervision de groupe à l'équipe du soutien d'intensité variable du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke : une valeur ajoutée dans la pratique des intervenants**
Christian Dumas-Laverdière, travailleur social, assistant à la coordination professionnelle,
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CSSS-IUGS, Direction des services aux adultes – Santé mentale)
- 22** **Comme un funambule... avec pour balancier la personne, la transparence, le rire et la confiance**
René Marc Ferland, pair aidant, Équipe PACT 2, Institut universitaire en santé mentale de Montréal
- 23** **La coordination régionale : un soutien aux pairs aidants par l'accompagnement individuel et de groupe**
Le portrait du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Lise Robert, coordonnatrice régionale (pairs aidants), Équipe spécialisée régionale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Chicoutimi et Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale, Saguenay–Lac-Saint-Jean
- 24** **Approche réflexive et bouclier psychologique : des choix stratégiques pour l'intervenant**
Bruno Fortin, psychologue
- 29** **Soigner le regard que l'on porte sur soi et les autres**
Natacha Joubert, Ph. D. en psychologie; praticienne, chercheuse et experte-conseil en promotion de la santé mentale

NOUS AVONS VU POUR VOUS...

- 33** **Regarder l'arc-en-ciel : pour réinventer l'intégration**
Un documentaire à voir et à faire circuler!
Julie Nicolas, directrice générale, Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR)
- 35** **Commentaire sur l'activité d'intervention de groupe réalisée autour du documentaire**
Regarder l'arc-en-ciel
Catherine Lepage, conseillère d'orientation et agente d'intégration, Le Pavois

L'intervenant, le point de mire de ce numéro

Je ne vous apprendrai rien en vous disant que l'année 2015 aura été mouvementée dans le réseau de la santé. La réforme du ministre Gaétan Barrette a eu pour effet, parmi d'autres, de créer une période d'incertitude pour plusieurs gestionnaires et intervenants œuvrant en santé mentale. Départ des uns, changement de poste des autres, nouveaux collègues ou supérieurs dans bien des cas.

Le choix du thème de ce numéro du *partenaire* est loin d'être étranger à ce climat. Ainsi, nous avons voulu mettre l'intervenant au cœur de cette édition. Nous avons voulu savoir et comprendre comment on peut travailler (intervenir) sans s'épuiser, avec plaisir et en s'épanouissant. L'idée étant de faire ressortir certaines approches ou processus qui font que l'intervenant peut travailler autrement et retirer de la satisfaction dans son travail, maintenir une bonne santé mentale, conserver son équilibre, et ce dans le contexte actuel de mouvance du réseau de la santé.

C'est avec bonheur que nous avons constaté que de nombreux auteurs ont choisi de nous suivre dans cette voie, acceptant de contribuer à ce numéro en partageant avec nous leur expertise et leurs connaissances sur différentes stratégies ou pratiques porteuses de mieux-être pour les intervenants. Bien entendu, ces stratégies favorisent également le rétablissement des personnes qui vivent ou ont vécu avec un problème de santé mentale. Toutefois, elles sont vues ici sous l'angle de ce qu'elles peuvent apporter aux intervenants. Comme quoi, même dans une ère trouble, il existe des façons de travailler *sans s'épuiser, avec plaisir et en s'épanouissant!*

Je vous invite donc à découvrir sous les plumes respectives de Brigitte Lavoie *l'approche orientée vers les solutions*, de Claude Champagne *les groupes de codéveloppement*, de Mario Poirier et de Jean Gagné *les communautés de pratique*. François Neveu et Miriam Hayes enchaînent avec un texte portant sur *la supervision individuelle et de groupe*, cette dernière étant d'ailleurs concrètement illustrée par Christian Dumas-Laverdière qui nous décrit l'expérimentation que son équipe de travail en a faite.

René Marc Ferland, pair aidant, nous introduit à une réflexion intimiste sur l'interrogation que nous lui avons faite : *Selon votre regard de pair aidant, comment peut-on intervenir sans s'épuiser, avec plaisir, tout en s'épanouissant?* Un beau texte à parcourir sur la transparence et le rire. Lise Robert, paire aidante et coordonnatrice régionale au Saguenay-Lac-Saint-Jean, soumet une formule unique au Québec de soutien de groupe et individuel pour les pairs aidants.

Le titre du texte suivant piquera sans doute votre curiosité... Il est en effet question d'*approche réflexive* et de *bouclier psychologique*. Même pour les néophytes en la matière, on devine que l'approche réflexive renvoie à un processus d'autoréflexion, mais qu'en est-il du *bouclier psychologique*?? L'auteur, Bruno Fortin, emploie ce terme en référence aux « *stratégies d'autoprotection efficaces, portatives, temporaires, adaptées au contexte...* ». Et ces stratégies sont nombreuses, à vous de voir celles qui peuvent vous convenir!

Natacha Joubert signe le texte qui suit et nous fait prendre conscience de notre regard sur nous-mêmes, lequel teinte le regard que l'on porte sur l'autre. Ce regard sur soi est par conséquent l'une des composantes de la relation d'intervention.

Nous terminons ce numéro par notre chronique *Nous avons vu pour vous* où Julie Nicolas commente le DVD *Regarder l'arc-en-ciel*, alors que Catherine Lepage nous présente l'expérimentation de l'activité proposée par le DVD qu'elle a réalisé avec des gens du Pavois de Québec.

Je vous laisse entre les mains d'Annie Bossé, paire aidante. Elle rédige la chronique du *Franc-tireur* de ce numéro et nous communique son antidote à l'épuisement professionnel.

Bonne lecture,

Esther Samson
Éditrice



Esther Samson
Éditrice



« Je découvre le bien-être d'être soi-même dans ce monde de la créativité qui s'ouvre à moi. »

C'est ainsi que s'exprime Diane Bellefeuille par rapport à son œuvre présentée à la une, Marine. L'artiste de Québec, membre de l'Atelier de la mezzanine, de Vincent et moi et de Quand l'art s'exprime, a commencé la peinture en autodidacte en 2002. Depuis, elle explore différents styles et moyens d'expression. Elle expose en solo de même qu'en collectif en divers endroits. Diane explique que c'est habitée d'un désir d'expression de liberté qu'elle a créé sa toile, tel qu'en témoigne la spontanéité des jets de peinture, donnant cette impression de Mouvement.

Existe-t-il un antidote à l'épuisement professionnel?

Annie Bossé, intervenante paire aidante, éducatrice spécialisée, Centre hospitalier de l'Université de Montréal



Annie Bossé

Le travail de l'intervenant en relation avec des personnes en difficulté n'est pas de tout repos. Il nécessite de grandes qualités personnelles et professionnelles, puisque le risque d'épuisement y plane constamment si les ingrédients gagnants font défaut.

Pour reprendre le pouvoir sur ma vie, j'ai dû moi-même aller vers l'aide professionnelle à plusieurs reprises dès mon enfance. Par la suite, mes études pour intervenir auprès de jeunes en difficulté m'ont amenée à exercer à titre d'intervenante paire aidante en milieu hospitalier. Je peux donc confirmer que, durant les vingt dernières années, j'ai mis en place au quotidien des stratégies afin de maintenir mon épanouissement au sein de mon travail.

Je crois que l'antidote à l'épuisement réside dans le plaisir. Ce dernier provient, la plupart du temps, d'un intérêt personnel qui stimule la motivation et détermine à agir. Mon but premier reste clair : voir des personnes recouvrer le contrôle de leur vie et transmettre l'espoir pour ensuite témoigner de leur joie. J'ai toujours dit que l'intervention favorisant l'appui et l'accompagnement constitue un art, une passion qui m'habite encore après toutes ces années. Dans ma jeunesse, j'ai eu la chance de vivre un suivi marqué par l'écoute. Le choix m'appartenait. Je me sentais encouragée et simultanément, je devais affronter mes perceptions erronées. Par cette assistance, j'ai pu évoluer, trouver comment me sentir mieux et acquérir une estime de moi.

Mon intervenante me posait des questions facilitant ma réflexion pour me guider vers ce que je désirais vivre. Mes rêves les plus fous encouragés, leur réalisation s'est concrétisée. Je suis devenue une intervenante à mon tour et je transmets au suivant. Je sais que nous pouvons tous changer nos attitudes et guérir des blessures du passé grâce à un soutien axé sur nos forces. Lorsque nous intervenons, la personne en difficulté qui se présente à nous joue un grand rôle dans sa remise en forme. Nous avons souvent tendance à croire que l'individu se sent tellement dépassé que de participer lui-même à son rétablissement s'avère hors de ses aptitudes. Il m'est arrivé de croire que je détenais les connaissances et la solution pour le mieux-être de l'autre. Avec du recul, je prends conscience à nouveau qu'une partie saine existe en chacun de nous. Poser des questions ouvertes reste, d'après moi, la clef pour établir une

relation d'égal à égal qui pousse la personne à se mobiliser pour son rétablissement. Je ne possède pas et ne posséderai jamais la réponse magique qui sauvera autrui. Par contre, je suis fière lorsque je réussis à dénicher la question qui permet à quelqu'un de réfléchir pour ensuite avancer et retrouver l'espoir d'une vie satisfaisante. De cette manière, je me sens utile et mon désir de guider des gens vers la redécouverte de la joie de vivre se renouvelle. Pour l'intervenant, songer aux solutions possibles pour aider la personne avant chaque suivi apporte une lourdeur et un sentiment d'impasse. Si la personne rencontrée ne me sent pas concernée par la solution proposée, elle risque de se maintenir dans l'inertie. Pour l'intervenant qui adopte cette approche, le risque de déception augmente au point de tendre vers l'insatisfaction et l'épuisement professionnel au fil du temps. De plus, lorsque je raconte ma journée d'intervention, le soir, à la maison, si je ne me suis pas sentie à la hauteur ou si du regret se manifeste, le danger d'éprouver des troubles du sommeil, de l'appétit et d'autres symptômes croît de jour en jour. L'art d'intervenir ne signifie pas travailler *pour* des individus, mais *avec* eux, tout en respectant leurs responsabilités et leur rythme.

Le premier outil de l'intervenant réside en lui. Pour prévenir l'épuisement, je constate que je dois me ressourcer à l'extérieur du travail, faire le plus souvent possible des activités que j'aime et surtout me changer les idées pour revenir en pleine forme le lendemain. Ma principale tâche implique d'incarner un modèle de bien-être. Je me dois d'être alerte pour poser les bonnes questions à la personne que je rencontre, toujours pour la conduire plus loin dans son cheminement. Le travail d'intervention comporte ses exigences, mais aussi sa part de valorisation.

En somme, je puise mes forces dans mon travail d'intervention. Pour y arriver, je transmets de l'information, sème l'espoir, interroge de manière ouverte pour susciter la réflexion et insiste sur les forces de la personne rencontrée. De plus, je l'aide à se découvrir au fur et à mesure des démarches par l'écoute et la reformulation afin qu'elle croie en ses capacités. Ma plus grande responsabilité n'en demeure pas moins de prendre soin de moi en tout temps par la réalisation de mes propres rêves et l'actualisation de mes passions. Selon mon avis de professionnelle, cette stratégie se compare à l'approche globale axée sur le rétablissement et constitue le meilleur filet de sécurité contre l'épuisement.

L'Approche orientée vers les solutions : bonne pour la santé de ceux qui l'utilisent

Brigitte Lavoie, psychologue et formatrice
Lavoiesolutions.com

Existe-t-il des approches plus bénéfiques pour la santé des intervenants? Devrait-on considérer cette raison quand on privilégie une méthode plutôt qu'une autre?

À titre de psychologue depuis plus de vingt-cinq ans, je supervise, forme et dirige des employés, des pairs aidants et des bénévoles qui choisissent de côtoyer la souffrance. Je rencontre des êtres humains engagés, animés par la passion d'aider et le désir de faire une différence dans la vie des gens. Trop souvent, je réalise qu'eux aussi vivent de la détresse. Cette réalité me pousse à mieux faire connaître l'Approche orientée vers les solutions (AOS). Pourquoi? Je suis évidemment sensible aux résultats constructifs de cette approche auprès de la clientèle, résultats largement démontrés (Trepper et coll. 2012). Des chercheurs (Trepper et coll. 2011) rapportent aussi des effets inattendus auprès des utilisateurs de cette approche. Plusieurs d'entre eux ont tenu à témoigner des bénéfices collatéraux sur leur santé, leur enthousiasme au travail et leur compassion envers les utilisateurs de services. Les gestionnaires ont également été surpris de constater un meilleur climat de travail et une diminution des congés de maladie chez les employés formés à l'AOS.

On tente plus souvent d'attribuer la détresse des travailleurs à la gravité des symptômes de la clientèle, au manque de ressources, aux caractéristiques du milieu de travail ou à celles de l'intervenant lui-même. Il ne s'agit pas ici de nier l'influence de ces facteurs, mais d'attirer l'attention sur un autre phénomène. Et si l'approche clinique utilisée influait aussi sur le bien-être psychologique des travailleurs qui veulent aider des personnes vivant de la détresse? Voilà l'hypothèse que je vous propose de considérer dans cet article. Après avoir décrit brièvement l'AOS, je vous ferai part de certaines variables qui pourraient expliquer les avantages pour le bien-être des personnes qui l'ont choisie.

UNE APPROCHE ÉTABLIE EN OBSERVANT DES PROFESSIONNELS QUI OBTIENNENT DES RÉSULTATS SURPRENANTS

Si vous consultez un livre sur l'AOS, vous y trouverez une liste de questions qui peuvent être posées aux clients. Des descriptions détaillées des échanges entre deux personnes y figureront également. La raison est bien simple : ce modèle a été créé en observant des interactions entre des intervenants et des utilisateurs de services. Seules les questions et les affirmations ayant démontré une incidence encourageante ont été gardées.

L'approche se base sur les compétences et les ressources, ce qui minimise l'importance accordée aux échecs passés et aux problèmes (Bavelas et coll. 2013). Les questions énoncées

permettent à la personne de préciser un futur *préféré*. Puisque aucun problème ne se manifeste ni en permanence ni toujours avec la même intensité, il devient possible de recourir à des solutions provenant du client lui-même en mettant en lumière ces moments où les symptômes prennent moins de place. Quand l'intervenant change son angle d'approche, le client modifie également le sien. Les deux individus cherchent conjointement le petit changement qui pourra en amener d'autres. Sans décrire la méthode dans son ensemble, j'illustre certaines notions incontournables de l'AOS, en particulier celles qui pourraient expliquer les bienfaits chez les intervenants qui s'en servent.

DES QUESTIONS QUI INSISTENT SUR LES BUTS ET LES CAPACITÉS DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

La nature des questions posées va nécessairement influencer les échanges qui se produisent au bureau ou dans la rue. En s'intéressant davantage aux rêves des clients, à leurs réussites et à ce qui va bien malgré les épreuves qu'ils traversent, on s'aperçoit que ces éléments constituent les sujets les plus abordés par les clients eux-mêmes. De façon mesurable, le nombre de minutes d'exposition à la souffrance diminue. Cette réalité se répercute nécessairement sur la journée de travail. Le processus se déroule toutefois avec beaucoup de considération pour la personne. Si le client ne se sent pas respecté, c'est qu'on utilise l'« Approche qui Oblige aux Solutions » et non l'AOS. Il ne s'agit pas de nier la souffrance, au contraire. Les clients peuvent parler du problème, mais les questions les entraîneront doucement à raconter leur expérience d'une manière différente.

UNE ÉCOUTE AXÉE SUR LES COMPÉTENCES DE LA PERSONNE ET DES REFLETS QUI METTENT EN LUMIÈRE SES FORCES

Quand le client exprime ce qui le fait souffrir, l'AOS recommande aussi d'écouter en se concentrant sur ce qui est admirable chez lui. Lorsqu'on écoute pour trouver les forces et les solutions du client, qu'on cherche ses valeurs et ses bonnes intentions et qu'on porte attention aux efforts consentis par ce dernier, on change littéralement le centre d'attention de notre écoute. On augmente ainsi les probabilités de trouver des compétences au client. De plus, on accroît nos possibilités de conserver davantage d'énergie après une rencontre. Vous pouvez en faire l'expérience. Choisissez un utilisateur de services avec lequel vous ressentez plus d'impuissance. Pendant au moins cinq à dix minutes, écoutez-le en cherchant ce qui peut vous impressionner chez cet individu. Écoutez-le en vous demandant quelle valeur il tente de défendre, quelle intention constructive le conduit à réagir. Trouvez un compliment que vous pourriez lui faire ou un reflet que vous pourriez lui renvoyer afin de mettre en évidence les compétences



Brigitte Lavoie



que vous reconnaissez dans son discours. Cette forme d'écoute risque de vous paraître moins lourde et de vous surprendre, car elle modifie votre perception de ce que la personne raconte. Le point de mire de notre écoute peut changer ce que nous entendons et ainsi favoriser l'espoir.

UN DISCOURS INTÉRIEUR PLUS FAVORABLE À LA SANTÉ

Quand on travaille avec l'AOS, les clients ne nous mettent jamais en échec et ils ne nous manipulent pas. Il n'existe pas de client passif ou résistant. Personne à qui on tente de venir en aide ne se complaît dans son malheur, ne nous teste ou refuse de s'engager. La raison pour laquelle les personnes ne manifestent pas ces comportements, c'est que ceux-ci n'en sont pas, tout simplement. Toutes les phrases que vous venez de lire représentent des interprétations. Il est toutefois courant d'entendre ce genre de discours. Il peut être utilisé par des collègues. Vous les avez probablement entendus en réunion ou même en formation. Certains diront qu'il s'agit juste d'une façon de parler. Cependant, chacune de ces phrases peut faire vivre des émotions désagréables à celui qui les pense et qui les exprime.

L'AOS propose de rester le plus près possible de ce qui s'avère observable. On s'intéresse aux actions précises accomplies par le client et à ses paroles exactes. Par exemple, si le client n'a pas fait l'exercice qu'il devait faire, on dit qu'il n'a pas fait l'exercice qu'il devait faire. C'est tout. On peut poser une hypothèse qui dirige vers l'action et qui présume que le client donne le meilleur de lui-même. Par exemple : « J'ai peut-être sous-estimé le degré de difficulté. Il faudra trouver quelque chose de plus réaliste pour la prochaine fois ». Le comportement du client constitue simplement une rétroaction. Il nous indique si

l'intervention a fonctionné ou pas. Si oui, on continue. Sinon, on arrête et on tente quelque chose d'autre. Penser ainsi engendre nécessairement moins de fatigue. Cet ingrédient de l'approche (le fait de choisir un discours intérieur qui ne génère pas de frustration ou d'impuissance) m'apparaît le plus important pour la santé. L'exemple qui suit souligne cependant qu'apporter un tel changement représente un défi.

UN DISCOURS DE COMPASSION ENVERS SOI-MÊME

Il y a quelques années, j'avais invité un groupe de participants à cesser d'utiliser le mot *résistance* à propos des clients et de rester le plus près possible des paroles échangées. En faisant le tour des jeux de rôle, je m'arrête auprès de deux jeunes intervenantes qui me confient : « Ici, on a une cliente résistante! ». Je leur demande gentiment de me décrire autrement les comportements observables (identifier les phrases employées). Celle qui joue l'intervenante déclare sur un ton un peu découragé : « J'ai observé que j'étais *incompétente!* ». J'ai ressenti un élan de compassion pour cette jeune femme qui avait pourtant effectué de très bonnes interventions. Elle a poursuivi son raisonnement en ajoutant : « Si on ne dit plus que c'est la faute du client, c'est donc celle de l'intervenant? ». Je lui ai répondu : « Et si ce n'était la faute de personne? Et si le client faisait de son mieux et nous aussi? ». Ce genre de témoignage confirme à quel point il faut favoriser un discours de compassion avec le client *et* envers soi-même. Ce qui se révèle bon pour les clients peut s'avérer bon pour nous. Plusieurs intervenants ont d'ailleurs intégré cette approche dans leur vie. Pour y parvenir, ils mettent davantage l'accent sur leurs bons coups, recourent plus souvent aux stratégies qui portent fruit et choisissent des actions réalistes pour avancer dans la direction de leur futur préféré.



PARTAGER ESPOIR ET OPTIMISME AVEC DES COLLÈGUES

On mentionne souvent aux intervenants de ne pas rester seuls avec la souffrance ou le risque. Il importe également de ne pas rester seul avec l'espoir. Briser l'isolement est aussi important quand on choisit d'adopter un discours plus optimiste envers la clientèle.

Voici un exemple qui expose comment le *bitchage* positif peut affecter les sentiments envers un utilisateur de services.

Un homme revenait à la ressource après une troisième rechute. Les intervenants qui le connaissaient ne voulaient pas le voir et ceux qui ne l'avaient jamais rencontré ne désiraient pas le connaître. Les membres de l'équipe ont été invités à prendre dix à quinze minutes afin de dresser la liste des qualités et des ressources propres à cette personne et des défis qu'elle avait relevés dans sa vie. Un animateur écrivait au tableau ce qu'énonçait l'équipe. Pour que cet exercice fonctionne, le personnel doit être volontaire. Il sait qu'il se livre à cette expérience afin de percevoir le client autrement. L'objectif est de rendre l'arrivée de la personne moins difficile pour tous.

Dans l'exemple donné, un intervenant commence en affirmant que le client est bon cuisinier. Tout le monde l'avait oublié. Quelqu'un d'autre précise qu'il est direct. Petit à petit, il devient plus facile

d'ajouter des qualités. Certains intervenants se coupent même la parole. Le vent tourne totalement quand l'un d'entre eux déclare : « Il a perdu son emploi et son logement deux fois. Il est sorti de la rue à chaque fois. Je ne sais pas si c'est quelque chose que j'aurais pu faire. Remonter d'aussi bas, deux fois plutôt qu'une ». Moment de silence. Le dernier employé arrivé s'exclame : « Wow! Est-ce que vous savez comment il a fait ça? ». Un vieux routier lui répond : « Non, mais j'ai hâte de le revoir pour le lui demander ». Calmés, les membres de l'équipe anticipaient dorénavant le séjour de l'utilisateur avec moins d'anxiété. Ce sur quoi on insiste s'amplifie....

CONCLUSION

L'orientation de vos questions, la façon d'écouter et le discours que vous choisissez pourraient donc vous permettre de préserver votre vitalité. Certains diront que cette méthode renvoie à des valeurs et à une philosophie qu'ils portent déjà en eux en tant qu'intervenant. Cela ne signifie pas pour autant que ce mode de pensée soit toujours facile à mettre en application. Travailler de cette manière peut se comparer à la maîtrise d'un instrument de musique. La mélodie réalisée par le virtuose se produit seulement après des heures de pratique, des erreurs et des recommencements. J'espère que cet article vous donnera envie d'en savoir plus sur l'AOS. De même, je souhaite qu'il vous rappelle d'être indulgent à votre égard, peu importe votre approche.

RÉFÉRENCES

Bavelas, J. et coll. (2013). « Solution focused therapy treatment manual for working with individuals: Second version ». *Solution Focused Brief Therapy Association*, [In line]. [<http://www.sfbta.org/researchDownloads.html>].

Franklin, C. et coll. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*, New York, Oxford University Press.

Trepper, T., C. Franklin et J. Jim. (2011). « Solution focused brief therapy works ». Keynote presentation, *Solution Focused Brief Therapy Association Conference*, Beakersfield, USA.

Le groupe de codéveloppement professionnel l'apprentissage et le développement profe

Claude Champagne, CHRA¹



Claude Champagne

Seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin.
Proverbe africain

Dans un contexte de mouvance, de rationalisation et de changements majeurs, tant du côté de l'environnement que de la pratique de l'intervention, il importe de se donner des moyens et des lieux de ressourcement professionnel. Une stratégie à considérer pour améliorer sa pratique et pour préserver sa santé psychologique : le groupe de codéveloppement professionnel (GCP), un moyen efficace pour réfléchir et apprendre avec ses collègues en plus d'être soutenu par ceux-ci.

QUELQUES RENSEIGNEMENTS SUR LE GCP

De quoi s'agit-il? Quatre à huit personnes, d'une origine disciplinaire unique ou variée, qui proviennent d'une organisation identique ou différente et qui croient que des pairs peuvent contribuer à leur perfectionnement professionnel. Ces personnes se donnent le temps, les moyens et les règles pour s'entraider et apprendre ensemble. Elles se rencontrent régulièrement (généralement par blocs de trois heures mensuellement pour un cycle d'une année à la fois) avec le projet commun d'améliorer leurs pratiques professionnelles et de se conseiller mutuellement afin de devenir plus efficaces. Leurs travaux, facilités par un animateur, s'articulent principalement autour d'un exercice balisé de consultation en quelques étapes qui conjugue la solution de problèmes à une démarche réflexive. Chacun se présente à tour de rôle comme client pour exposer sa préoccupation, l'aspect de sa pratique ou les interrogations que lui pose un projet pendant que ses collègues endossent la posture de consultants pour l'aider à enrichir sa compréhension (réfléchir) et sa capacité d'action (agir). Chaque cycle de consultation dure entre 60 et 90 minutes. D'une session à l'autre, des retours permettent de valider la mise en œuvre et la pertinence des actions proposées.

Le GCP est donc une forme de communauté de pratique et une approche de groupe ouverte, collaborative et appréciative, de réflexion et d'apprentissage sur et par l'action où des règles de confidentialité, d'assiduité, de participation et de rigueur facilitent le succès. On trouvera une description complète de l'approche dans l'ouvrage de Payette et Champagne publié en 1997.

En fait, depuis la fin des années quatre-vingt, la pratique du GCP, concept inspiré de divers courants de réflexion sur l'action, du questionnement réflexif et de l'entraide dans l'apprentissage,

fait son chemin au Québec, en France et dans d'autres pays francophones. Le GCP trouve ses origines à l'École nationale d'administration publique et dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il se déploie maintenant dans les secteurs public, parapublic et privé, universitaire, professionnel et communautaire ainsi que dans des bureaux de consultants. Même si l'approche a initialement vu le jour en gestion et particulièrement en ressources humaines, des groupes de professionnels² l'ont aussi utilisée avec succès. Parmi eux, des organisateurs communautaires, des intervenants sociaux, des psychologues et même des groupes de parents.

Le GCP rejoint l'esprit d'une famille de pratiques et de concepts similaires comme l'*action-learning*, la praxéologie et le *coaching* par les pairs. On y retrouve également d'autres méthodes abordées dans ce numéro du *partenaire*, dont la communauté de pratique, l'approche centrée sur les solutions, la supervision par le groupe, les approches réflexives et la reconnaissance de la valeur du savoir expérientiel. La proposition du GCP peut intégrer plusieurs de ces pratiques.

Des praticiens du GCP, enthousiasmés par l'approche et qui ont échangé depuis 2000 dans le cadre d'un réseau francophone, ont formé l'Association québécoise du codéveloppement professionnel en 2011. Structurée, l'association produit un site Web (www.aqcp.org), des documents audiovisuels (dont une vidéo illustrant une rencontre de codéveloppement), des activités de partage et de perfectionnement ainsi que deux colloques extrêmement dynamiques et féconds (les actes se retrouvent sur le site).

De quoi y traite-t-on? Tout sujet concernant la pratique professionnelle des participants peut être soumis tant qu'il est actuel et touche le client qui présente. Ce même client expose un sujet de consultation à ses collègues, sujet que nous avons simplifié par l'acronyme des 3P : une **p**réoccupation, un **p**roblème, un **p**rojet. Des exemples :

- l'efficacité d'une intervention;
- des problèmes dans la gestion d'un groupe;
- un projet qui ne démarre pas;
- la difficulté de gérer son temps et d'établir ses priorités;
- un problème relationnel avec un collègue;
- des décisions professionnelles difficiles à prendre.

¹ Claude Champagne a œuvré dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que dans celui de l'éducation en développement organisationnel et de la formation pendant 35 ans. Il a par ailleurs participé aux côtés d'Adrien Payette à la création et au déploiement de l'approche du groupe de codéveloppement professionnel. M. Champagne travaille maintenant à titre de consultant autonome et peut être joint à champagne2c@gmail.com.

² On comprendra la notion de professionnel sous un angle large ici, s'adressant à l'exercice d'une pratique d'intervention ou d'un métier, réglementé ou non.

nel, pour être partenaires dans ssionnel



Le groupe se centre sur la problématique du client telle que celui-ci la vit. Par cette problématique, la pratique du participant est approchée et, bien que la résolution de la situation génère appréciation et motivation, la démarche vise surtout ce que l'on peut dégager de la réflexion et de l'échange. Cette approche plus phénoménologique que didactique impose de s'attarder sur la façon dont le client lit, comprend et interprète sa réalité souvent très complexe. Les membres agissent auprès du demandeur pour l'aider à voir plus clair dans sa situation et pour lui offrir de nouvelles possibilités.

Trois mots-clés définissent le GCP : réflexion, action, interaction. Fondée sur l'expérience et la pratique, cette stratégie nécessite la réflexivité comme source d'apprentissage, sujet vu ailleurs dans ce numéro du *partenaire*. Basée sur des enjeux réels, cette méthode fait appel à la résolution de problèmes et invite à identifier et à valoriser les forces positives en présence. Finalement, situé dans une perspective d'aide par les pairs, le GCP offre une dimension collective d'échanges. Il existe des problèmes à résoudre, mais aussi du recul à se donner pour apprendre, ensemble.

QUELQUES PRATIQUES PARENTES

On voit facilement des similitudes entre cette communauté de pratique et l'étude de cas clinique, la supervision et le *coaching*.

Le GCP répond à la définition d'une communauté de pratique en ce sens qu'il constitue un réseau de partage et d'apprentissage formé de personnes désirant parfaire une pratique professionnelle commune par l'échange d'idées, l'entraide

mutuelle, le dialogue et la rétroaction. Les communautés de pratique sont de plus en plus répandues et peuvent regrouper plus d'une centaine de personnes, ce qui n'est pas le cas du GCP, qui se limite à la réunion d'un petit groupe. Nous avons identifié ailleurs des nuances entre les communautés de pratique du GCP (Champagne et Langelier 2008).

Le GCP s'apparente également à l'étude de cas, en ce sens qu'il se construit à partir des préoccupations professionnelles qui deviennent des sujets à traiter au sein du groupe. Par contre, le matériel de base se trouve davantage dans la pratique de l'intervenant sous la forme de volets à approfondir à titre de client. Ce travail sur l'objet de consultation représente aussi un travail sur soi, comme praticien. Ici, l'objectif réside dans l'apprentissage et la consolidation de la pratique sans pour autant nécessiter une optimisation d'une solution à court terme ou l'élaboration d'un plan d'intervention. Ajoutons que l'objet (et le sujet) du cas est d'abord le membre consultant le groupe plutôt que les personnes auprès desquelles il intervient dans sa vie professionnelle.

Bien qu'il soit une forme de supervision professionnelle et fonctionne à partir du soutien de ses membres, le GCP s'en distingue, car il ne repose pas sur une simple relation accompagné-accompagnateur ou supervisé-superviseur, mais s'inscrit dans une dynamique de groupe. La puissance du soutien par les pairs compense celle d'une aide planifiée et dirigée par un seul accompagnateur professionnel. La part d'apprentissage social est aussi très importante. On retrouve du modelage où un participant en inspire d'autres par sa pratique, ses réflexions,

TABLEAU 1. LES ÉTAPES D'UN EXERCICE DE CONSULTATION

Étape	Le client	Les consultants
<i>Préparation</i>	Le client prépare la situation qu'il compte exposer	
<i>Exposé</i>	Le client expose...	→ <i>Les consultants écoutent</i>
<i>Clarification</i>	→ <i>Le client répond et précise</i>	Les consultants posent des questions d'information...
<i>Contrat</i>	Le client définit le contrat de consultation...	→ <i>Que les consultants reformulent</i>
<i>Réactions des consultants</i>	→ <i>Le client écoute, fait préciser et note</i>	Les consultants réagissent : questions exploratoires, observations, impressions, idées, hypothèses...
<i>Assimilation</i>	Le client intègre l'information et conçoit un plan d'action...	→ <i>Les consultants l'aident et le soutiennent</i>
<i>Intégration</i>	Le client et les consultants décrivent leurs apprentissages et en prennent note	

qu'elles n'avaient jamais abordé le sujet ouvertement avec leur gestionnaire et ont donc pu lui indiquer des solutions utiles.

Comment mieux aider? – Le rôle et la position du consultant dans un GCP permettent d'apprendre beaucoup sur l'aide, dans l'action. Dans l'exemple précédent, cela ayant été identifié comme une attente des participantes, l'exercice leur a permis d'améliorer leur façon d'écouter, d'aider et de conseiller, les a amenées à partager une rétroaction à ce sujet en plus de s'inspirer des savoirs tacites des autres membres du groupe.

Lorsque des compétences à parfaire ou les forces sur lesquelles capitaliser sont identifiées formellement dans le groupe, elles deviennent des pistes et des repères que le groupe peut utiliser comme point de mire. Aussi, le GCP peut soutenir de nouvelles pratiques ou un cadre commun d'interprétation s'ils sont proposés aux participants comme références et grilles de lecture. Il peut servir de canal de communication entre les porteurs d'un changement et ses destinataires. Il profitera particulièrement aux groupes d'agents de changement qui pourront parler des difficultés et des enjeux cernés dans le projet auxquels ils contribuent. On peut en imaginer l'utilité pour l'appropriation de l'approche du rétablissement, par exemple. Cependant, le sujet de consultation devrait continuer à être sélectionné parmi les préoccupations les plus importantes que vivent les participants dans leur pratique actuelle, de telle sorte qu'ils ne s'éloignent pas de leur responsabilité et de leur pouvoir vis-à-vis de la situation.

On peut enfin penser qu'un groupe adopte comme mandat de se soucier de la santé, de l'énergie et de l'épuisement de ses membres pour s'assurer d'un soutien mutuel à cet égard. Les sujets seront choisis pour aborder ces préoccupations ou les échanges lors des réunions devront en tenir compte. Néanmoins, il ne serait pas productif que le groupe se cantonne dans le rôle d'exutoire; on souhaitera qu'il aide à identifier des compétences et des forces à travailler ainsi que des comportements induisant l'espoir chez l'intervenant, à trouver des solutions et à agir en conséquence. On pourra même envisager un projet commun à l'ensemble des membres, une manière d'enrichir la portée

habituelle d'un groupe de codéveloppement au-delà des besoins des individus (Champagne 2001).

De quoi témoignent les participants à des GCP? On observe naturellement une réserve initiale à s'exposer devant des pairs, qui sont parfois aussi des collègues, et une inquiétude à s'ouvrir sur un certain sentiment d'incompétence quant à des situations vécues. Cela s'estompe généralement assez rapidement avec le cadre proposé qui permet aux participants de se doter d'un lieu de réflexion sécuritaire, égalitaire et stimulant sur l'action et la pratique des uns et des autres. Une complicité et une réciprocité par rapport au soutien et à l'apprentissage s'installent. On se rend compte que l'on rencontre des difficultés similaires et que les solutions qui s'appliquent à une problématique donnée sont transférables. Il arrive aussi que l'on préfère ne pas toucher à certains sujets, étant donné la composition du groupe, ce dont on peut convenir, formellement ou pas. Il en va de la maturité et de l'autonomie des participants responsables de leur apprentissage.

La plupart du temps, le rôle de consultant semble facile à assumer (particulièrement pour les gens ayant une formation en relations humaines ou en consultation), compte tenu qu'il invite à adopter la posture de l'aidant. Le défi réside souvent dans l'écoute du client, la compréhension de sa situation et de ses besoins, l'art de poser les bonnes questions et de recadrer, mais il relève aussi de la réserve et de la patience quant à la suggestion de solutions. Malgré tout, et avec l'accompagnement de l'animateur, plusieurs témoignages nous indiquent que les participants ont appris à écouter davantage et à mieux aider, toutes disciplines professionnelles confondues. Là encore, l'apprentissage se fait dans l'action.

Enfin, il ne faut pas sous-estimer les enjeux organisationnels d'une telle formule de perfectionnement professionnel. Les gestionnaires d'une organisation et les supérieurs immédiats des participants doivent accepter que la confidentialité constitue un des facteurs de réussite d'un GCP et, le cas échéant, ils n'auront en conséquence que de l'information générale sur

Exemple

FICHE SYNTHÈSE: BILAN DE MA CONSULTATION DE LA SEMAINE DERNIÈRE (EXTRAITS)

Le sujet de ma consultation en quelques mots : *Comment obtenir la collaboration de M. X.? J'ai tout essayé, rien ne va plus!*

LE CONTRAT

J'ai demandé l'avis de mes consultants quant à mes interventions. J'ai tout essayé et malgré des plans d'intervention bien structurés, rien ne fonctionne avec M. X. Je souhaitais faire appel à leur expertise pour voir s'ils avaient connu des situations similaires et pour découvrir de nouvelles façons d'intervenir.

LES RÉSULTATS

Le fait de préparer ma présentation m'a aidé à mettre de l'ordre dans mes interventions auprès de M. X. Même avant d'exposer ma situation, je me suis rendu compte que je n'étais pas toujours si prête que cela.

Premièrement, les échanges m'ont permis de prendre conscience que mes attentes de changement étaient peut-être démesurées et que je devrais, dans un premier temps, me satisfaire de petits changements. On m'a donné du reflet, à juste titre, sur mon degré élevé d'exigence.

Aussi, il y a des éléments de l'historique familial de M. X. que j'ai oublié de valider, ce que je vais m'assurer de faire pour mieux comprendre sa dynamique.

Alors que je voulais connaître de nouveaux modes d'intervention, les consultants m'ont amenée ailleurs et plus loin que le contrat initial, avec mon accord. Ils ont confirmé que sur le plan « technique », je posais les bons gestes. C'est dans la persévérance que je devais regarder. En effet, je note qu'avec M. X., je passe souvent d'une stratégie à l'autre sans laisser le temps faire son œuvre.

Aussi, j'ai été rassurée quant à mes interventions, qui respectaient bien l'esprit de l'approche du rétablissement que j'intègre à ma pratique. J'étais un peu craintive de parler de cela devant mes pairs. Le fait de sentir que d'autres avaient connu des situations similaires m'a fait du bien. Je ne suis pas incompétente!

MON PLAN D'ACTION

En quelques mots : m'organiser davantage, cibler de plus petits objectifs, persévérer... et me faire confiance. J'ai hâte d'expérimenter pour en reparler à notre prochaine rencontre.

ses activités. L'implantation d'une telle pratique nécessite un lâcher prise sur le plan organisationnel et, ici aussi, l'animateur constitue un gardien important des règles et du processus, lesquels rassurent les participants.

UNE PRATIQUE À S'APPROPRIER?

Le succès du groupe de codéveloppement repose sur l'apparente simplicité de la démarche, son déploiement facile avec des moyens modestes, le travail à partir de l'action, la rigueur de l'exercice de consultation avancé, la diversité des participants, la combinaison d'intimité et de complicité dans l'apprentissage créés notamment par un engagement à la confidentialité.

Les participants y gagnent de plusieurs façons. D'abord, en s'accordant un temps d'arrêt pour reprendre leur souffle, pour y voir plus clair et pour faire le point sur leur pratique, à une époque où ces moments sont rares (quelquefois parce que l'on ne se donne pas les moyens pour les créer). Puis, en profitant de degrés supérieurs d'interactions, de réflexion et d'analyse grâce à la discipline associée au cadre de réflexion et d'échange qui ajoute rigueur et méthode. Ensuite, en usant de la régularité de cet exercice qui leur permet de voir en perspective leur ressourcement et de s'inscrire dans une continuité. Pareillement, en bénéficiant du côté pratique des problèmes que les personnes exposent – et qu'elles résolvent souvent. Enfin, en ayant recours aux rencontres, comme autant d'occasions de traiter de leurs interventions et de leur métier, et qui génèrent complicité, communauté et soutien, eux-mêmes des ancrages réconfortants.

Sans que ce soit une panacée et la seule option possible, l'idée de s'offrir avec des pairs un espace privilégié de réflexion et d'échange axé sur l'action comme projet commun, un lieu et des conditions où se transposent facilement les valeurs du rétablissement et de l'approche par les forces, peut assurément soutenir le développement professionnel des intervenants et leur santé psychologique. Que faire si une telle possibilité n'est pas accessible? Comme intervenant – encore plus si l'on est un professionnel –, nous avons une responsabilité vis-à-vis de notre perfectionnement. Pourquoi ne pas proposer soi-même un tel groupe et espace de ressourcement à des collègues avec lesquels on trouverait complicité et plaisir à apprendre?

Ne doutez jamais du fait qu'un petit nombre de gens réfléchis et engagés peuvent changer le monde. En vérité, c'est la seule chose que l'on n'a jamais fait.

Margaret Mead

RÉFÉRENCES

CHAMPAGNE, C. (2001). « Trois pistes pour enrichir la pratique du groupe de codéveloppement ». *Interactions*, Université de Sherbrooke, 5(2), automne 2001.

CHAMPAGNE, C. (2014). « Le groupe de codéveloppement professionnel, une approche puissante et de plus en plus reconnue ». *Effectif de l'Ordre des conseillers en ressources humaines*, 17(1), janvier 2014.

CHAMPAGNE, C. et L. LANGELIER. (2008). « On apprend toujours seul, mais jamais sans les autres ». *Effectif*, 11(3), juin/juillet/août 2008.

CHAMPAGNE, C. et M. DESJARDINS. (2010). « Le groupe de codéveloppement professionnel, une communauté [de] pratique pour le transfert des savoirs ». *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 6(3), automne 2010.

PAYETTE, A. et C. CHAMPAGNE. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec, 211 p.

La pertinence des communautés de pratique pour le mieux-être des intervenants

Mario Poirier, Ph. D., psychologue, professeur, Télec
Jean Gagné, Ph. D., sociologue, professeur, Télec

Les personnes qui viennent chercher de l'aide vivent des situations pénibles et essaient de s'en sortir en recourant aux services disponibles. Le système d'aide est en principe axé sur leurs besoins, ce qui est tout à fait naturel. Cependant, le soutien ne provient pas de machines distributrices invulnérables à toute souffrance, mais bien de personnes, avec leurs propres limites et fragilités, tentant d'être utiles dans un cadre d'intervention qui n'est pas toujours idéal. Pour que le système fonctionne, il faut donc aussi tenir compte du mieux-être des intervenants. Parmi d'autres modalités pour y parvenir, les communautés de pratique méritent d'être considérées.

LES RISQUES ET LES DÉFIS DE L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE

L'intervention en santé mentale est un travail complexe, souvent intense et parfois risqué. La stagnation ou la réduction du financement et de l'effectif, la réorganisation constante des structures et des programmes, l'imposition de références/paradigmes d'intervention qui ne sont pas toujours bien adaptés aux réalités locales, tout cela peut contribuer à démoraliser et à démotiver les intervenants. Ils ont l'impression d'être ballottés en tous sens sans être entendus, condamnés à travailler dans l'instabilité et forcés d'aller au plus pressé. De même, l'organisation du travail peut générer beaucoup de détresse. Dans certains milieux, la haute direction s'exprime par diktats débranchés de la réalité clinique; les chefs de service se modèlent à cette image et négligent les besoins de leurs intervenants aux prises avec les réalités du terrain. En outre, même quand les gestionnaires se montrent accessibles et ouverts, chaque équipe clinique forme un microsystème dont l'équilibre peut flancher. Parfois, l'équipe est solide, accueillante pour les nouveaux travailleurs, réceptive aux différentes approches et capable d'une certaine autocritique. Dans d'autres cas, toutefois, elle est souffrante, ardue à saisir et à vivre, imprévisible et empreinte de réflexes défensifs.

Par ailleurs, il n'est pas aisé de s'ajuster aux besoins très diversifiés des personnes qui viennent chercher de l'assistance. Bien des demandes sont complexes à cerner et l'intervention se trouve alors à la croisée de problèmes multiples, combinant parfois des difficultés de santé mentale, des problèmes de toxicomanie et un contexte de vie catastrophique. Intervenir en santé mentale, c'est aussi parfois rencontrer une clientèle pour laquelle on n'a pas toujours été bien préparés, par exemple dans un contexte multiculturel ou de pauvreté. Cela requiert une adaptation et un apprentissage continus. Enfin, certains clients, par leurs tendances suicidaires, leur violence, leur instabilité,

leur risque de désorganisation, « font peur » et leur conduite peut mener à des interventions mal ciblées et à des références inadéquates.

L'intervention en santé mentale entraîne un certain degré de toxicité affective, en écho au vécu du client. L'histoire de vie de celui-ci, les crises qu'il a traversées, celles qu'il traverse, peuvent toutes avoir des correspondances douloureuses et plus ou moins conscientes chez l'intervenant. L'écho affectif est souvent inévitable. De plus : ce qui déborde peut aussi aller dans l'autre sens. L'intervenant n'est pas « javellisé », il n'est pas immunisé contre la souffrance et les problèmes personnels. Aucun diplôme ne garantit l'équilibre personnel. Selon les circonstances de sa propre vie, l'intervenant peut manquer d'attention, manquer de préparation, manquer d'écoute, manquer de compréhension, manquer de nuances.

On peut essayer d'améliorer la situation. Les gestionnaires peuvent se rapprocher du terrain et être davantage à l'écoute des intervenants. Les équipes peuvent entreprendre un examen objectif de leur dynamique afin de bonifier l'accueil, l'écoute et le soutien mutuel entre collègues. Chaque intervenant peut choisir de se former tout au long de sa carrière pour s'adapter de mieux en mieux à la complexité des problématiques côtoyées. Pour les échos affectifs, faire une démarche individuelle permet de mieux saisir les liens entre sa trajectoire de vie et les retombées émotives provoquées par le travail d'aide. La supervision clinique peut aussi jouer un rôle utile à la condition d'être souhaitée par les intervenants et bien adaptée à leurs besoins spécifiques. Enfin, on peut vouloir explorer le rôle et les avantages possibles des communautés de pratique.

LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE

Une communauté de pratique est un réseau plus ou moins étendu et plus ou moins informel de personnes exerçant un travail difficile et ayant recours à l'échange afin de rendre leur tâche plus agréable, plus efficace. Elle prend racine dans les milieux où le travail est complexe et nécessite des ajustements constants. La communauté de pratique privilégie la croissance de l'expertise par des discussions axées sur le travail (Le May 2009; Orr 1996; Poirier 2010; Wenger 1998; Wenger et coll. 2002).

La recherche a documenté depuis une vingtaine d'années nombre de ces communautés. À titre d'exemple, Étienne Wenger, le principal théoricien de ce courant de pensée, a examiné comment les techniciens qui évaluent les sinistres pour les assurances fonctionnent au jour le jour. Il a observé qu'ils se consultent sans



Mario Poirier



Jean Gagné

cesse les uns les autres, renforcent leur expertise terrain à force de discuter des situations, vont même parfois jusqu'à échanger avec des collègues d'autres entreprises (entre autres dans des séminaires de formation).

Une communauté de pratique se distingue de l'équipe de travail habituelle, même multidisciplinaire. Alors que les équipes sont réglementées, dirigées, imbriquées formellement dans les activités professionnelles, les communautés de pratique sont généralement plus souples (Soubhi et coll. 2010; Tremblay 2005). Elles sont axées sur la circulation des idées, des conseils et des connaissances plutôt que sur la gestion et l'organisation journalière des services. Les équipes de travail s'inscrivent dans les activités et les mandats de l'institution; les communautés de pratique se consacrent à la recherche d'idées et au soutien mutuel des intervenants. Il ne s'agit pas d'un simple lien entre amis ou collègues sympathiques avec qui discuter de tout et de rien. On peut certes devenir camarades dans une telle communauté, mais ce n'est pas le principal but recherché. Cette dernière est plutôt centrée sur le travail pratique, sur les problèmes rencontrés et sur la façon de s'y prendre pour améliorer les interventions (Ledeman et coll. 2005; Thompson 2005; Wenger 1998; Wenger et Snyder 2000).

Les services et les organismes œuvrant en santé mentale sont des terrains favorables à l'apparition spontanée de communautés de pratique. Celles-ci y sont parfois déjà présentes sans même que l'on s'en rende bien compte. Elles peuvent durer une saison ou s'implanter pour une décennie. Elles se construisent assez aléatoirement, au gré des interactions à l'interne et à l'externe de l'organisation, de la participation à des activités, de la supervision des groupes, des rencontres extérieures, des colloques et des congrès, bref là où peuvent se mailler les affinités personnelles, les intérêts professionnels et les besoins de soutien et de conseils pratiques. Elles peuvent aussi surgir du treillis de concertations et de recherches de références des intervenants. En santé mentale, la communauté de pratique répond aux questions que se pose tout intervenant : Que puis-je faire pour aider mon client?; Qui puis-je appeler pour demander conseil?; Qui peut me soutenir dans mon intervention?; Qui d'autre peut collaborer au suivi nécessaire?

Si une communauté peut voir le jour sans planification préalable, elle peut aussi quelquefois être intentionnelle, planifiée et structurée dès le départ. La recherche a d'abord fait état des communautés émergeant spontanément, mais elle s'intéresse également depuis quelques années aux communautés volontairement implantées. Dans ce contexte, une communauté de pratique peut très bien être exclusive à une seule institution ou à un secteur unique. En faire partie peut être obligatoire, inscrit dans la charge de travail. Ainsi, selon le modèle proposé par le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP), une communauté de pratique peut faire l'objet d'un mandat et d'objectifs précis, être organisée et régie par des cadres, qui peuvent en nommer le coordonnateur et peuvent en choisir les participants (Boisvert 2013)¹. Il s'agit alors d'une version assez différente, qui assagit en quelque sorte le côté plus

marginal, plus organique, du concept original (Cohendet et coll. 2010).

LES AVANTAGES POUR LES INTERVENANTS

La communauté de pratique favorise l'exploration et le perfectionnement graduels des pratiques. Elle permet l'acquisition de « modèles intériorisés » (*mindlines*) d'intervention et la comparaison de ces derniers entre eux. Cela donne lieu à de « meilleures pratiques » qui, au lieu de provenir du transfert vertical de théories élaborées ailleurs – le plus souvent aux États-Unis –, émanent de l'expertise terrain locale branchée sur les situations réelles issues du milieu culturel et social ambiant (Soubhi et coll. 2010).

La communauté de pratique s'inspire des traditions constructivistes et de l'approche andragogique de l'apprentissage, c'est-à-dire que le savoir y est perçu comme résultant des rapports sociaux, des discussions entre les participants, de la reconnaissance et du respect des acquis accumulés au cours des années de pratique. C'est un lieu de formation continue, de croissance professionnelle, apte en plus à favoriser de nouvelles approches interdisciplinaires d'intervention. L'apprentissage et la pratique y sont donc tout à fait indissociables (Parboosingh 2002). Du côté des organisations, ce genre de communauté facilite l'innovation, renouvelle les pratiques et allège le climat de travail (Kilbridge et coll. 2011, Le May 2009, Poirier 2010, Wenger et coll. 2002).

De plus, ces communautés soutiennent le développement de l'identité personnelle et professionnelle. Le fait d'être partie prenante d'un groupe qui aborde des enjeux et des difficultés au cœur du travail quotidien ne fait pas que faciliter la circulation cognitive des idées et des pratiques, mais mobilise en plus les capacités de lien interpersonnel, d'authenticité dans l'expression de soi et d'empathie envers les autres. Les échanges se centrent sur la narration de l'expérience professionnelle. C'est par le partage de ces récits, de ces petites vignettes du travail habituel, que la dynamique de socialisation, d'apprentissage et de soutien mutuel se construit. Si l'intervention en santé mentale peut avoir des fondements scientifiques et répondre à des normes établies, il reste que c'est aussi un art, composé de l'interaction entre le savoir théorique, le savoir-faire et le savoir-être. Il faut permettre à toutes ces dimensions de coexister. Une communauté de pratique peut aider à instaurer un certain équilibre entre le souci du bien-être de la clientèle et celui des intervenants.

On peut postuler l'existence d'un certain nombre d'ingrédients favorables pour qu'une communauté de pratique prenne pleinement son essor, soit source de satisfaction et utile à la pratique journalière en santé mentale. Ainsi, idéalement, il est sans doute préférable que l'adhésion soit volontaire et les échanges ouverts aux préoccupations des uns et des autres. Le fait que les liens soient latéraux et collégiaux plutôt que formels et hiérarchiques peut contribuer au sentiment d'appartenance et à la motivation de s'investir dans ce type de groupe. Chaque participant doit en outre apporter quelque chose aux autres afin qu'il ne soit pas seulement un récepteur passif. Pour encourager

¹ Pour un document décrivant davantage ce modèle du CLIPP : [http://www.clipp.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=428&Itemid=34&lang=fr].



Même dans le meilleur des cas – soit un soutien constructif des gestionnaires à des regroupements naturels et spontanés issus des préoccupations des intervenants –, les communautés de pratique représentent un défi pour les organisations et l'offre des services. Elles peuvent parfois contredire l'approche valorisée par l'institution, donner naissance à un savoir et à des pratiques qui n'ont pas obtenu l'aval des directions et devenir plus importantes dans le travail quotidien que certains lieux formels de coordination clinique (rendez-vous avec les responsables de service, réunions des équipes de travail). Dans certaines situations, elles peuvent aussi se révéler un nouveau lieu de tensions et de conflits potentiels entre les travailleurs, surtout si ceux-ci se sentent obligés d'y participer ou que la communauté devient trop rigide dans son fonctionnement. Les intervenants et leurs gestionnaires doivent donc chercher collégialement à en parfaire la dynamique tout en restant attentifs aux dérives possibles.

CONCLUSION

Une communauté de pratique peut constituer un puissant outil de circulation des connaissances, d'augmentation de l'expertise, de croissance professionnelle et de mieux-être personnel, surtout quand elle émerge des besoins et de la demande des

l'apparition et l'évolution naturelle de ces communautés, les intervenants auront une certaine marge de manœuvre dans l'organisation de leur horaire et disposeront du temps nécessaire pour partager leur expérience. Ils doivent pouvoir tester assez librement les nouvelles façons d'intervenir qu'ils acquièrent dans ces communautés, car il faut un peu d'espace pour faire du neuf. Il vaut donc mieux que les directions comprennent le sens de ces communautés et leur utilité pour la qualité des services et le maintien d'un climat de travail satisfaisant, qu'elles encouragent ces initiatives sans trop chercher à les encadrer ou à les formaliser systématiquement.

intervenants. Il s'agit d'un mécanisme très flexible qui s'adapte bien au travail complexe et incertain de l'intervention en santé mentale, particulièrement s'il s'inscrit en complément d'une saine gestion des équipes, d'une supervision clinique investie et des démarches personnelles des intervenants. Évidemment, la communauté de pratique n'est pas une panacée, une réponse universelle à toutes les difficultés d'intervention et à tous les maux affligant un milieu professionnel. C'est sur tous les plans qu'il faut chercher à améliorer un milieu de travail pour qu'il devienne à la fois le plus utile à la clientèle et le plus ressourçant pour les intervenants.

RÉFÉRENCES

- Boisvert, J. (2013). *Une communauté de pratique : comment ça fonctionne?*, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP), octobre 2013. Pour un document qui décrit le modèle proposé par le CLIPP : [http://www.clipp.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=428&Itemid=34&lang=fr].
- Cohendet, P., J. Roberts et L. Simon. (2010). « Créer, implanter et gérer des communautés de pratique ». *Revue Gestion (Cairn)*, 35, 31-35.
- Kilbridge, C. et coll. (2011). « Developing theory and practice: Creation of a community of practice through action research produced excellence in stroke care ». *Journal of Interprofessional Care*, 25, 91-97.
- Ledeman, R., S. Meyerkort et L. White. (2005). « Emergent modes of work and communities of practice ». *Health Services Management Research*, 18(1), 13-24.
- Le May, A. (2009). « Introducing communities of practice ». Dans A. Le May (édit.), *Communities of Practice in Health and Social Care*, chap. 1 (3-16). UK, Wiley-Blackwell.
- Orr, J. (1996). *Talking about machines. An ethnography of a modern job*, Cornell University Press.
- Parboosingh, J. T. (2002). « Physician communities of practice: Where learning and practice are inseparable ». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 230-236.
- Poirier, M. (2010). « Les communautés de pratiques en santé mentale ». *Revue du CREMIS*, 3(1), 33-37.
- Soubhi, H. et coll. (2010). « Learning and caring in communities of practice: Using relationships and collective learning to improve primary care for patients with multimorbidity ». *Annals of Family Medicine*, 8(2), 170-177.
- Thompson, M. (2005). « Structural and epistemic parameters in communities of practice ». *Organization Science*, 16(2), 151-164.
- Tremblay, D.-G. (2005). « Les communautés de pratique : quels sont les facteurs de succès? ». *Revue internationale sur le travail et la société*, octobre 2005, 692-727.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice. Learning, meaning and identity*. Cambridge University Press.
- Wenger, E. et W. Snyder. (2000). « Communities of practice: The organizational frontier ». *Harvard Business Review*, janvier-février 2000, 139-145.
- Wenger, E., R. McDermott et W. Snyder. (2002). *Cultivating communities of practice. A guide to managing knowledge*. Harvard Business School Press.

La supervision individuelle et de groupe selon l'approche par les forces

François Neveu et Miriam Hayes, conseillers, Centre national d'excellence en santé mentale



François Neveu



Miriam Hayes

1. INTRODUCTION

Ce texte a pour but de présenter comment le processus de supervision individuelle et de groupe s'actualise pour une équipe de soutien dans la communauté qui travaille selon l'approche par les forces. Cette approche est de plus en plus utilisée par les équipes de soutien d'intensité variable (SIV) au Québec. D'ailleurs, Latimer et Rabouin (2011) soulignent qu'elle semble prometteuse pour l'implantation d'un programme SIV et qu'elle est très compatible avec les méthodes soutenant le rétablissement des personnes en suivi. Selon cette approche, le processus de supervision – individuel ou en groupe – est d'une importance capitale. Le texte qui suit décrit ces deux modalités et les ingrédients actifs nécessaires pour les enraciner efficacement.

2. LES BÉNÉFICES DE LA SUPERVISION CLINIQUE DE GROUPE

Plusieurs recherches ont démontré les effets bénéfiques de la supervision clinique pour les intervenants, que ce soit une plus grande satisfaction au travail (Barth et coll. 2008, Bernard et Goodyear 2004) ou un sentiment de compétence accru (Chen et Scannapieco 2010). Toutefois, pour obtenir ces résultats, les supervisions doivent être régulières (Bogo et coll. 2011) et d'une durée minimale de deux heures par semaine (Barth et coll. 2008). Ce temps devant être alloué à la supervision est presque impossible à atteindre pour une organisation qui mise seulement sur des rencontres individuelles ponctuelles entre l'intervenant et son superviseur.

Cette difficulté à offrir 120 minutes par semaine de supervision individuelle aux intervenants est à l'origine de la mise en place de la supervision de groupe selon l'approche par les forces. Rapp et Goscha (2012) ont constaté qu'une supervision hebdomadaire de deux heures proposée à l'ensemble des membres de l'équipe (habituellement de 4 à 7 intervenants) soutenait bien les intervenants lorsque leurs suivis dans la communauté entraînent des défis. La rencontre permet d'aborder des situations cliniques dans lesquelles l'intervenant sent que le suivi ne progresse pas, que la relation est malaisée à créer ou que des ressources dans la communauté sont ardues à cibler. Bref, l'objectif est que les intervenants puissent parler des situations qu'ils rencontrent lors de leurs suivis avec des collègues ayant les mêmes défis et la même clientèle.

Les deux mêmes auteurs, Rapp et Goscha (2012), identifient trois avantages à recourir à la supervision de groupe dans le cadre d'une pratique de soutien offerte dans la communauté.

Le premier est le **soutien apporté**. Contrairement aux intervenants des équipes de suivi intensif, ceux travaillant au SIV suivent la personne de façon individuelle, ce qui peut provoquer un sentiment d'isolement. Aussi, les rencontres d'équipe

permettent de recevoir de l'aide de la part des collègues et de créer un climat positif et optimiste. Que ce soit en partageant des bons coups, de nouvelles options ou en proposant des solutions différentes, l'objectif est de permettre à l'intervenant d'enrichir ses interventions et de surmonter l'impuissance engendrée devant des situations cliniques complexes.

Le deuxième avantage est de **se servir du groupe pour faire éclore des idées créatives**. L'approche par les forces encourage la recherche de solutions novatrices adaptées à chaque personne. Ainsi, le groupe, par sa diversité (profession, expérience, loisirs, savoir), permet d'explorer un nombre élevé de celles-ci. Il est intéressant de noter que la supervision de groupe vise à recueillir le maximum d'idées et non à essayer de découvrir la « meilleure ». Souvent, celle qui fonctionne n'est pas celle qui semblait la plus évidente au départ. Parfois, lorsqu'une personne en suivi éprouve de l'ambivalence vis-à-vis des objectifs ciblés, il peut être tentant de remettre en question la motivation de celle-ci. La supervision de groupe privilégie plutôt les stratégies que l'intervenant peut adopter pour permettre à la personne de continuer à cheminer malgré ses hésitations.

Le troisième avantage est l'**apprentissage collectif généré par la supervision de groupe**. En exposant une situation clinique détaillée, tous les intervenants peuvent apprendre ce qui peut être fait dans des cas similaires. Les suggestions ou les conseils du coordonnateur clinique et des autres membres de l'équipe sont entendus par tous et peuvent ainsi être employés dans d'autres situations. Lors des discussions, les intervenants apprennent également à parfaire leurs connaissances des personnes suivies et des services offerts par les partenaires et par la communauté.

3. COMMENT STRUCTURER LA SUPERVISION DE GROUPE?

Afin de maximiser les bienfaits de la supervision de groupe, le processus doit être structuré. L'approche par les forces recommande un canevas en six étapes :

1. La distribution de l'outil d'évaluation par les forces. Permet aux membres d'obtenir un portrait global et écrit qui présente les forces de la personne dans chaque sphère de sa vie;
2. Quel est le but de la personne suivie et en quoi le groupe peut-il l'aider à atteindre celui-ci? Cible formellement l'objectif de la personne en suivi. L'intervenant exprime ses attentes envers le groupe;
3. Quelle est la situation actuelle et ce qui a été essayé? L'intervenant explique les différentes avenues tentées et leurs résultats;

4. Période de clarification. Les membres du groupe posent des questions de clarification pour approfondir leur connaissance de la personne suivie ou de la situation. Aucune suggestion n'est faite; l'objectif est de mieux connaître la personne;
5. Le brassage d'idées (*brainstorming*). Les membres de l'équipe font le plus de suggestions possible pour mettre sur la table des pistes de solution. Les propositions ne sont ni débattues, ni commentées. L'intervenant se contente de les noter afin de ne pas briser l'élan créatif par des « oui, mais... »;
6. Quel plan adopter après avoir reçu les idées? L'intervenant passe en revue les suggestions et dit clairement ce qu'il souhaite essayer.

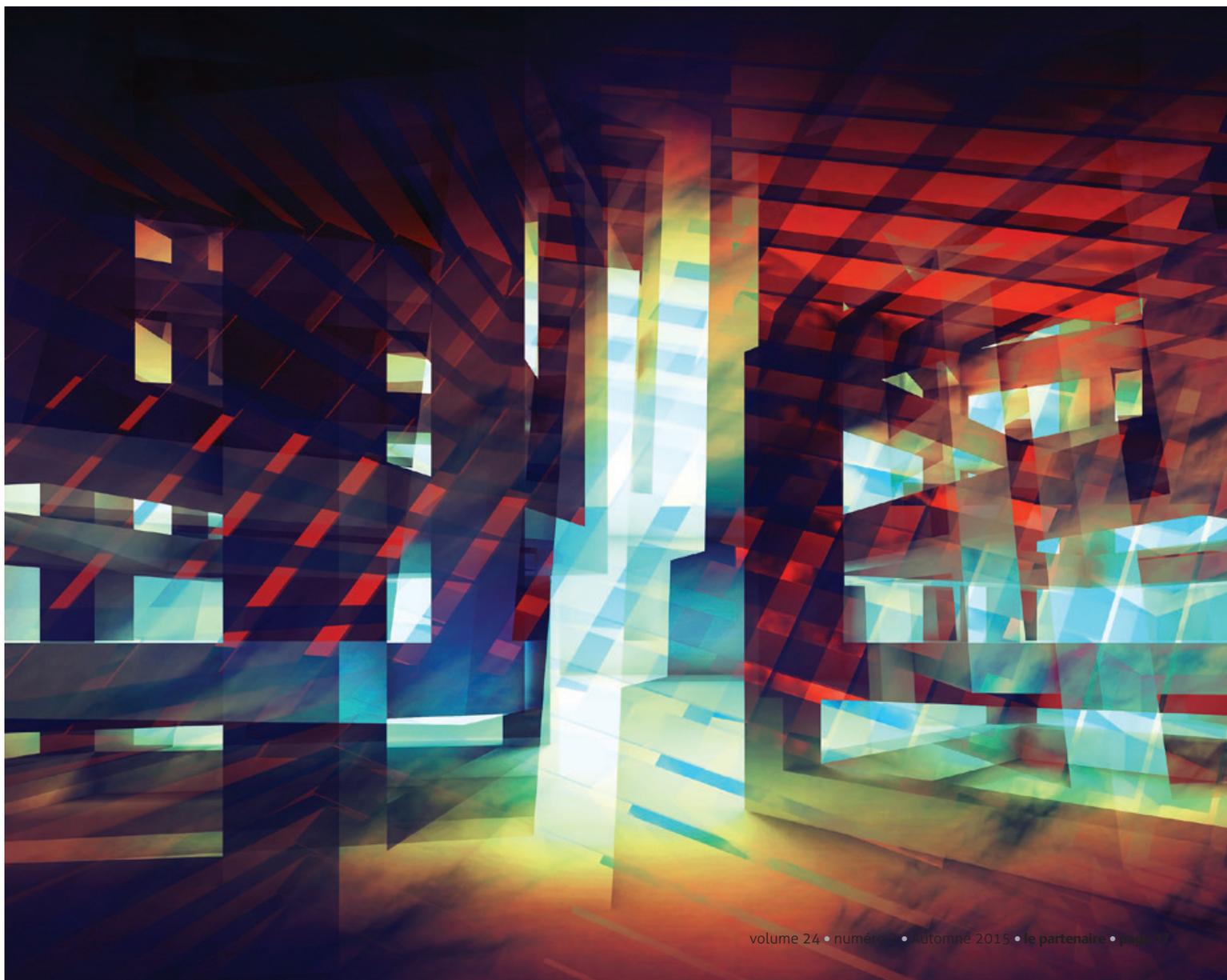
Notons que ce processus ressemble beaucoup à celui utilisé par plusieurs équipes au Québec ayant instauré le codéveloppement. Il faut toutefois mentionner deux distinctions entre ces deux approches. Tout d'abord, le codéveloppement situe les actions de l'intervenant au cœur des discussions, alors que la supervision de

groupe se concentre sur les besoins et les désirs de la personne suivie. De plus, la participation est basée sur le volontariat des intervenants pour le codéveloppement, tandis que pour la supervision de groupe, chacun est tenu d'y participer. D'ailleurs, c'est par l'entremise de ces rencontres que l'équipe pourra cultiver une identité forte et assurer une cohésion dans l'intervention.

4. LA SUPERVISION INDIVIDUELLE

Si la supervision de groupe apporte beaucoup aux membres de l'équipe, la supervision individuelle vient compléter le soutien aux intervenants. En effet, les séances de groupe approfondissent des situations cliniques, alors que la supervision individuelle vise l'amélioration des compétences des intervenants. Lemire (2011) relève cinq objectifs de cette supervision :

1. Encourager le cheminement professionnel sur le plan du savoir (problématiques, clientèle, approches...), du savoir-faire (méthodes), du savoir-être (attitudes, comportements...) et du savoir-dire;
2. Soutenir le renouvellement des pratiques;



3. Se donner un lieu de réflexion sur le sens de sa pratique et de son travail;
4. Consolider son identité professionnelle;
5. Maintenir des standards de qualité dans la prestation des services.

Il est important de planifier des moments de rencontre formelle entre l'intervenant et le coordonnateur clinique. Trop souvent, les rendez-vous sont ponctuels et servent à résoudre un problème clinique sans aborder un plan de perfectionnement des compétences pour l'intervenant. L'approche par les forces introduit des rencontres individuelles selon une fréquence de deux heures toutes les huit semaines. Le plan est alors construit conjointement par le coordonnateur clinique et l'intervenant. Pour bien maîtriser l'approche par les forces, les intervenants doivent acquérir plusieurs compétences pour maximiser les résultats sur les personnes suivies. À cet effet, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) a rédigé un questionnaire d'autoévaluation des compétences requises pour le SIV en s'inspirant largement de celui produit par Rapp et Goscha (2012) : [<http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/cnesm/CNESM-MAJ2013/Competences-attendues-intervenants-SIV.pdf>].

de l'outil d'évaluation par les forces et sur l'instauration d'un plan d'action clair et détaillé. Toutefois, il est fréquent de constater que personne n'est désigné et libéré pour réviser la façon dont les intervenants ont recours aux outils. Leur usage n'est donc pas toujours optimal. En incitant le coordonnateur clinique à porter systématiquement un regard sur les outils cliniques servant aux membres de l'équipe, il peut mieux préparer les rencontres individuelles. Il établira certaines rétroactions avec les intervenants et leur permettra d'utiliser à meilleur escient l'approche clinique adoptée et les outils jugés essentiels par l'organisation.

L'accompagnement sur la route : Rapp et Goscha (2012) font remarquer la nécessité de soutenir l'intervenant « in vivo » pour qu'il puisse mieux assimiler certains outils ou techniques d'intervention. D'ailleurs, cette forme de soutien est usitée dans divers domaines, que ce soit la médecine (internat) ou l'éducation (stage d'enseignement en classe). En outre, une méta-analyse de Joyce et Showers (2002) effectuée en éducation a prouvé que les discussions cliniques ou les présentations théoriques occasionnent seulement 5 % de changements dans la pratique régulière des professeurs, alors que du soutien dans le milieu peut en entraîner jusqu'à 95 %. Selon l'approche par les forces, l'accompagnement sur la route est un excellent moyen pour que les intervenants perfectionnent leurs habiletés cliniques. Le but de cette modalité n'est pas de « surveiller » ou de « contrôler » l'intervenant. L'accompagnement n'est pas imposé, mais survient lorsqu'une compétence clinique est ciblée comme étant à parfaire lors des séances individuelles. L'accompagnement sur la route devient alors une forme de soutien. L'intervenant et le coordonnateur clinique conviennent préalablement de l'apprentissage recherché, du contexte (le coordonnateur observe-t-il ou exécute-t-il l'intervention?) et de la personne utilisatrice pouvant bénéficier pour son suivi de l'apport du coordonnateur. Il s'agit donc d'une rencontre de suivi bien planifiée qui s'inscrit dans le souhait de soutenir l'accroissement des compétences de l'intervenant.

Il ne fait aucun doute que le fait d'offrir des mesures de soutien aux intervenants suscite une plus grande satisfaction au travail et des services de meilleure qualité.

5. L'ENSEMBLE DES RESPONSABILITÉS DU COORDONNATEUR CLINIQUE

Le coordonnateur clinique a la responsabilité d'aider les intervenants dans leur cheminement professionnel. Aussi, l'approche par les forces exige du temps pour réviser l'emploi des outils cliniques et pour offrir de l'accompagnement sur la route, si cela s'avère nécessaire.

La révision de l'utilisation des outils cliniques : Chaque organisation a élaboré des outils cliniques pour soutenir l'intervention. L'approche par les forces insiste sur l'importance

EN CONCLUSION

Il ne fait aucun doute que le fait d'offrir des mesures de soutien aux intervenants suscite une plus grande satisfaction au travail et des services de meilleure qualité. Afin que les intervenants reçoivent au minimum deux heures de supervision par semaine, les organisations au Québec devraient miser sur un processus continu d'amélioration des compétences qui inclut la supervision de groupe et des temps formels de rencontre individuelle avec le coordonnateur clinique.

RÉFÉRENCES

- Barth, R. P. et coll. (2008). « Child welfare worker characteristics and job satisfaction: A national study ». *Social Work*, 53(3), 199-209.
- Bernard, J. M. et B. Goodyear. (2004). *Fundamentals of Clinical Supervision*, Boston, Pearson.
- Bogo, M. et coll. (2011). « Supporting front-line practitioner's professional development and job satisfaction in mental health and addiction ». *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 209-214.
- Chen, S.-Y. et M. Scannapieco. (2010). « The influence of job satisfaction on child welfare worker's desire to stay: An examination of the interaction effect of self-efficacy and supportive supervision ». *Children and Youth Services Review*, 32(4), 482-486.
- Joyce, B. et B. Showers. (2002). *Student Achievement Through Staff Development* (3rd ed.), Alexandria, VA, Association for supervision and curriculum development.
- Latimer, E. et D. Rabouin. (2011). « Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement : que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales? ». *Santé mentale au Québec*, 36(1), 13-34.
- Lemire, F. (2011). *La planification de l'intervention*, Montréal, Les Éditions Québecor.
- Rapp, C. A. et R. J. Goscha. (2012). *The Strengths Model-A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*, New York, Oxford University Press.

LA SUPERVISION DE GROUPE À L'ÉQUIPE DU SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE

du Centre de santé
et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke :

une valeur ajoutée dans la pratique des intervenants

Christian Dumas-Laverdière, travailleur social, assistant à la coordination professionnelle,
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CSSS-IUGS, Direction des services aux adultes – Santé mentale)



Christian Dumas-Laverdière

Depuis plus d'un an, j'assume la fonction d'assistant à la coordination professionnelle dans l'équipe du soutien d'intensité variable (SIV) au CSSS-IUGS. Ce texte vous fait part du vécu et des effets positifs d'une modalité de supervision de groupe que mon équipe a expérimentée au cours de cette dernière année. Mais auparavant, voici une description du contexte dans lequel notre expérience s'est déroulée.

REMÉDIER AUX INSATISFACTIONS

D'octobre 2013 à mars 2015 s'est déroulé un projet régional d'organisation du travail pour les équipes du SIV en Estrie qui avait pour objectif de favoriser la mise en place et le déploiement de pratiques prometteuses dans le domaine de la réadaptation psychosociale en santé mentale. Un comité local dont le mandat était de documenter les enjeux relatifs à la sécurité et au sentiment de compétence des intervenants a soutenu cette démarche. Le comité devait suggérer des pistes pour améliorer la santé psychologique de ceux-ci et le climat de travail.

Au début de son mandat, le comité a effectué un sondage auprès de l'équipe, ce qui a mis en lumière des insatisfactions et des enjeux exprimés par les intervenants. Par exemple : plusieurs parmi eux éprouvaient de l'isolement dans leur pratique; très peu jugeaient que leur établissement avait établi une structure de soutien clinique adéquate ou accessible en temps opportun; les rencontres d'équipe comblaient très faiblement le besoin d'obtenir des conseils cliniques en cas d'impasse dans leurs interventions auprès des personnes qu'elles suivaient dans la communauté.

Parallèlement à ce projet, nos gestionnaires avaient fait appel au Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour l'implantation des bonnes pratiques au sein du programme du SIV au CSSS-IUGS. Le point de départ a été de suivre deux journées de formation pour mettre à jour les critères définissant l'essence de ce qu'est le SIV. Toutefois, il fallait se douter que cette formation ne pouvait à elle seule assurer les changements espérés et surtout avoir une portée bénéfique sur les résultats du premier sondage. Le CNESM a donc poursuivi son assistance auprès de notre équipe grâce à un de ses conseillers, François Neveu. Au cours de l'année, celui-ci est venu à quelques reprises

à notre rencontre pour nous prêter main-forte, notamment dans l'instauration d'une modalité de supervision de groupe selon l'approche par les forces.

ENTHOUSIASME ET RÉSISTANCE

Je me souviens des bienfaits « thérapeutiques » sur le moral de l'équipe lorsque M. Neveu est venu en septembre 2014 nous donner une journée de formation sur ce modèle de supervision. Il nous a présenté la philosophie de l'approche par les forces et une méthode d'évaluation et d'analyse basée sur les différents secteurs de la vie d'une personne (vie quotidienne, santé physique, travail, réseau social, etc.). Je voyais en cet outil une invitation concrète à un changement de paradigme pour l'intervenant, lequel, disons-le, est plutôt conditionné par le modèle d'évaluation traditionnelle établi uniquement sur les problèmes et les faiblesses de la personne. Toutefois, l'appropriation de cette nouvelle approche par les intervenants est limitée sans la mise en place d'un processus de supervision clinique rigoureux et régulier.

L'autre partie de la formation exposait un déroulement de supervision de groupe en six étapes¹. Je dois avouer qu'au cours de ma pratique, je n'ai jamais senti autant d'enthousiasme après une journée d'apprentissage!

Sans tarder, nous avons convenu avec notre chef de programme d'intégrer à l'horaire une rencontre d'équipe hebdomadaire d'une durée d'une heure et demie. L'équipe et moi avons décidé d'utiliser la première demi-heure pour un ordre du jour de type clinico-administratif et l'heure restante pour de la supervision de groupe durant laquelle je participerais à la fois comme animateur et participant. Les intervenants préféraient aussi que les présentations cliniques se fassent sur une base volontaire, car ils sentaient un inconfort à l'idée d'être obligés de communiquer une situation durant ces rencontres.

Au fil des semaines, ce que j'anticipais s'est produit : personne n'avait préparé quoi que ce soit pour la supervision d'équipe. C'est lors d'une des réunions que j'ai invité mes collègues à discuter de ce problème pour démystifier ce phénomène d'inertie ou de résistance. À tour de rôle, chacun a traduit ses

1 NDLR : Pour une description des six étapes, voir le texte de François Neveu, aux pages 16-17.



attentes, son but et ses objectifs en lien avec les rencontres. Le moment crucial a été celui de dévoiler ses craintes et les difficultés ressenties devant cette activité de supervision. Cette procédure nous a permis de cerner une partie du problème : les intervenants partageaient une peur commune, celle d'être jugé par leurs collègues et donc de faire surgir leur appréhension d'incompétence. Cela a été une occasion de nous rappeler le cadre de fonctionnement et d'animation des rencontres : empêcher les commentaires alimentant l'impression d'être jugé, tant chez celui qui avance une situation clinique que chez celui qui participe à l'étape du brassage d'idées. Je suis convaincu que cette rencontre a établi les bases favorables pour l'implantation de la supervision d'un groupe, soit de créer un climat de confiance et de faciliter l'émergence d'une dynamique d'aide mutuelle (Lindsay et Turcotte 2000).

ÉMERGENCE DE L'AIDE MUTUELLE

Les rencontres de supervision suivantes ont été marquées par un changement assez étonnant sur le plan de la qualité de la participation de mes collègues. L'enthousiasme était à nouveau au rendez-vous. J'ai été impressionné de voir l'assiduité et l'engagement des intervenants à venir présenter aux collègues leurs petits ou grands défis cliniques. Dans une réunion

d'équipe traditionnelle, j'observe généralement une dynamique pouvant ressembler à de la supervision individuelle entourée de spectateurs : les échanges se font (et les conseils se donnent) presque exclusivement entre le superviseur et celui qui transmet le cas clinique. Les autres membres de l'équipe demeurent dans le groupe parce qu'ils se sentent « prisonniers », sinon ils s'absentent en prétextant un autre rendez-vous. Je crois que cette désertion physique ou psychologique s'explique en partie par la méthode d'animation qui entretient le culte du superviseur clinique omniscient. Avec la supervision de groupe selon l'approche par les forces, tous les membres participent au processus, même le chef de programme. Comme cela a été évoqué plus haut, l'intervenant du SIV éprouve la plupart du temps de l'isolement dans sa pratique, ce qui le fait se percevoir comme le seul porteur du fardeau de la réussite de ses interventions auprès de la personne en suivi. J'ai pu observer un renversement de cette tendance au courant de cette dernière année à partir d'une dynamique d'aide mutuelle générée par nos rencontres.

Les intervenants en SIV se retrouvent parfois dépassés et impuissants vis-à-vis de certains suivis. Par exemple, la communauté, les psychiatres, la famille et les proches exercent parfois sur eux une pression en les incitant par tous les moyens

à se charger de la personne, à prévenir son hospitalisation, son expulsion du logement, sa rechute, les problèmes judiciaires, etc. Ces exigences ne sont pas toujours cohérentes avec le modèle par les forces et le rétablissement, et les intervenants se voient souvent aux prises avec un rapport d'ambivalence devenant vite inconfortable. Ces enjeux ont plusieurs fois été discutés en groupe, lequel est devenu un véritable espace d'aide tant professionnelle que personnelle. C'est en faisant un retour sur l'expérience de supervision que nous avons pu constater que ce n'est pas seulement une occasion de soutien clinique pour la personne en demande, mais également pour ceux qui jouent un rôle d'aidant : il arrive que certains vivent des difficultés similaires et que la supervision en équipe leur permet de repartir avec de nouvelles stratégies d'intervention.

Dans une perspective de normalisation, un des défis que nous tentons de relever en SIV est d'accompagner la personne dans une démarche de réinsertion sociale qui ne se limite pas seulement à l'emploi des ressources appartenant au réseau de la santé mentale. À maintes reprises, les supervisions de groupe nous ont fait sortir des sentiers battus en découvrant que ces ressources pouvaient être un voisin, le concierge de l'immeuble, le gars du dépanneur, etc. Le partage de renseignements constituait une dynamique d'aide mutuelle encore plus significative pour les intervenantes en début de carrière qui composaient une partie de notre équipe. En participant activement à ces mécanismes d'aide à la résolution de problèmes, elles augmentaient leur sentiment de compétence et d'estime de soi tant sur le plan professionnel que personnel. Quant aux intervenants plus expérimentés, ils se retrouvaient valorisés en devenant des personnes ressources auprès de leurs plus jeunes collègues. Bref, en aidant les autres, on réalise qu'on s'aide soi-même.

Avant d'écrire cet article, j'ai interrogé quelques membres de l'équipe sur ce qu'ils retiennent de ces rencontres hebdomadaires. Une intervenante m'a expliqué que pour elle, c'était une « pause » pour réfléchir, un moyen d'être moins isolée et de renforcer son appartenance à une équipe. Une autre m'a dit qu'elle aimait se trouver dans un espace respectueux où les divergences d'opinion – voire l'affrontement – sont autorisées et comptées comme des occasions d'apprentissage et de plus grande ouverture d'esprit. Une troisième m'a fait comprendre que c'était un lieu de rencontre « sacré », sécurisant : « [J]y vais pour aller me chercher une tape dans le dos ».

À travers ces quelques propos, il est possible de comprendre que ces rencontres ont pu encourager l'éclosion d'une dynamique d'aide mutuelle dans notre équipe (Lindsay et Turcotte 2000). Le déroulement des supervisions de groupe a amené les intervenants à prendre conscience qu'ils n'étaient pas les seuls à avoir des réactions ou à éprouver du désarroi lors de leurs interventions. Voir qu'ils vivaient des situations semblables a créé une cohésion d'équipe. Par exemple, il y avait davantage d'appui entre les intervenants en dehors des rencontres, que ce soit sur le plan clinique ou émotionnel. Ces dernières leur ont aussi donné la chance de mieux connaître les personnes suivies par les autres

collègues, ce qui a fait naître la conscience de responsabilités partagées. Pour des raisons de sécurité, des intervenants ont eu le réflexe d'offrir leur soutien à un collègue en lui proposant de l'accompagner à domicile dans un contexte d'intervention en situation de crise. À d'autres moments, certains sont venus me parler de leur inquiétude quant au moral d'un membre de l'équipe. Les supervisions hebdomadaires ont aussi donné lieu à des prises de décisions en équipe, comme celle de mettre fin à un suivi. Une telle orientation est parfois difficile à assumer seul, surtout si des partenaires ou la famille s'y opposent. L'intervenant pouvait alors terminer la rencontre avec le sentiment qu'il était appuyé par la « force du nombre » (Turcotte et Lindsay 2000) dans la poursuite ou non de ses interventions.

[Les membres de l'équipe] ont évalué de façon presque unanime que grâce aux rencontres d'équipe, ils recevaient des conseils utiles et avaient de meilleures conditions pour élargir leurs connaissances dans le cadre de leur travail.

SECOND SONDAGE: DES RÉSULTATS RÉVÉLATEURS

Au cours de l'hiver dernier, en ce qui a trait toujours au projet de réunions pour l'organisation du travail, un second sondage a été mené auprès des intervenants de l'équipe du SIV. Les résultats montrent une nette diminution de la sensation d'isolement parmi les membres de l'équipe. Selon eux, ils ont davantage de soutien clinique dans le contexte de leurs interventions, leur établissement ayant mis en place une structure leur convenant mieux. Ils ont évalué de façon presque unanime que grâce aux rencontres d'équipe, ils recevaient des conseils utiles et avaient de meilleures conditions pour élargir leurs connaissances dans le cadre de leur travail. Le sondage indique aussi qu'une majorité d'entre eux admettent que les critères de pratique en SIV sont mieux définis et qu'ils possèdent maintenant une appropriation et un savoir plus approfondis de l'approche par les forces.

Selon moi, il est difficile de ne pas faire une corrélation entre l'implantation du modèle de supervision d'un groupe proposé par le CNESM et l'amélioration de la satisfaction au travail et du sentiment de compétence des intervenants de l'équipe du SIV du CSSS-IUGS. Ce constat, fortement partagé par les membres de mon équipe, nous encourage donc à poursuivre ce rituel clinique hebdomadaire à chaque jeudi matin. Enfin, force est de constater que l'approche par les forces qui en constitue le fil conducteur vise non seulement une vie plus satisfaisante pour les personnes en suivi, mais aussi pour les professionnels qui les accompagnent dans leur route vers le rétablissement.

RÉFÉRENCE

Turcotte, D. et J. Lindsay. (2000). *L'intervention sociale auprès des groupes*, 2^e éd., Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

Comme un funambule...

avec pour balancier la personne, la transparence, le rire et la confiance

René Marc Ferland, pair aidant, Équipe PACT 2, Institut universitaire en santé mentale de Montréal



René Marc Ferland

SELON VOTRE REGARD DE PAIR AIDANT, COMMENT PEUT-ON INTERVENIR SANS S'ÉPUISER, AVEC PLAISIR, TOUT EN S'ÉPANOUISSANT?

Cette question, je me la posais déjà depuis un bon moment avant qu'on ne me sollicite pour cet article. J'ai voulu décliner l'invitation. Trop lourd, voire troublant! Puis, j'y ai vu une parfaite occasion d'aller au bout de cette réflexion, de me dire les vraies choses, de les partager, de me faire du bien et, idéalement, d'en faire aux autres aussi...

Lorsqu'en avril dernier, j'ai décroché mon emploi de pair aidant à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (Jean de Dieu que c'est long!), j'ai reçu une multitude de témoignages de gens heureux pour moi. Parmi ceux-ci, Nathalie Lagueux, une de mes formatrices, m'écrivait : « C'est à partir de maintenant, René Marc, que tu vas comprendre pourquoi tu as voulu devenir pair aidant ».

Elle avait tellement raison!

Au fil des semaines, au-delà de la découverte de ce qu'est un suivi intensif PACT (*Programme d'accompagnement communautaire tenace!*), une structure impressionnante, parfois même déstabilisante pour moi, au-delà d'une intégration où j'ai cherché ma place, au-delà de tout cela, il y a la **personne**.

Et c'est lorsque je suis avec cette personne que je sais pourquoi je suis devenu pair aidant. C'est quand je partage un moment avec elle, malgré la souffrance et les symptômes qui m'atteignent parfois violemment et me ramènent inévitablement à mes propres fantômes, que je trouve l'équilibre pour intervenir sans m'épuiser, avec plaisir, en m'épanouissant. Rencontrer l'autre me repose de moi.

Vous me direz : « Comme tout ceci est beau... ». Je vous répondrai : « NON, ce n'est pas toujours beau! ». J'éprouve souvent des vertiges, certes devant les personnes, mais aussi avec mon équipe de travail. Mon intégration a été extraordinaire. On ne doute plus de la pertinence d'avoir un pair aidant dans une équipe de suivi intensif et c'est un immense progrès. Cependant, je dois avouer que l'euphorie des premières semaines a fait place à des remises en question, à de l'angoisse et à de l'anxiété. Le spectre du syndrome de l'imposteur rôde aussi parfois autour de moi. Qui a dit qu'être pair aidant, c'est être immunisé?

Comme mes collègues, je dois faire ma place. Mes principaux outils sont mon vécu et l'histoire de mon rétablissement. Le reste – les grandes théories, les questionnaires, les exercices – m'est d'une utilité relative pour accompagner ces personnes, les soutenir dans un quotidien difficile et tenter de les garder dans la communauté en les y faisant participer. Tout cela sans parler des efforts déployés pour leur éviter une nouvelle hospitalisation.

De plus, au-delà de la passion qui me permet d'établir la relation qui me nourrit, il y a la **transparence**.

Un jour, après une réunion d'équipe, une collègue m'a dit : « T'es tellement transparent! ». Je lui ai répondu que la fois où je cesserai de l'être, je ne serai plus un intervenant pair aidant...

Plutôt que de me cacher derrière mes peurs et mes doutes, je les expose, j'en parle et je m'en libère..., du moins autant que je peux! Une des choses qui me font le plus souffrir, c'est de me replier sur moi-même et je ne crois pas être le seul. Ce qui me reconforte, c'est l'ouverture. J'adore le terme « garde-fou ». Quoi de plus approprié pour un bipolaire!

Mes garde-fous, ce sont ces gens autour de moi qui connaissent ma vulnérabilité et m'apprécient assez pour prendre du temps pour m'écouter. Pour moi, c'est thérapeutique. J'ai un frère garde-fou, des amis aussi. Au travail, ce sont mes supérieurs. C'est effectivement fou de penser qu'on puisse s'épancher devant ses patrons!, mais la transparence, pour moi, dans la mesure du possible, c'est une règle. En fait, elle m'est essentielle pour établir et maintenir une relation significative avec les personnes que j'accompagne.

Je veux aussi vous parler du **rire**. Le rire est un instrument de vie qui m'aide à être bien. En saisissant au vol une occasion de rire, et surtout de faire rire, la magie s'opère en moi et m'aide à avancer. Ajoutez à cela ma transparence, et nul ne peut prédire ce que je vais dire; mais l'important, c'est de rire!

En terminant, savoir qu'on a **confiance** en moi est également primordial et contribue à mon équilibre. Noémie Charles, elle aussi ma formatrice, m'a écrit pour ce nouvel emploi : « Ils sont chanceux de t'avoir... ». Aussi, dans les moments où je doute de ce que je peux apporter aux autres, dans ceux où je me sens démuné – car les résultats tardent parfois à venir – et dans bien d'autres, je dis « merci » pour la confiance!

La coordination régionale : un soutien aux pairs aidants par l'accompagnement individuel et de groupe

Le portrait du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Lise Robert, coordonnatrice régionale (pairs aidants), Équipe spécialisée régionale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Chicoutimi et Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale, Saguenay–Lac-Saint-Jean

Avec ses 95 893 km², le Saguenay–Lac-Saint-Jean est un large territoire qui compte six pairs aidants répartis dans chacun des secteurs et une coordonnatrice régionale paire aidante leur offrant du soutien clinique.

Une coordination. Portrait idéal, me direz-vous? Tout à fait, car la région est vaste et les pairs aidants peuvent se sentir isolés.

Non seulement la coordination procure un accompagnement individuel à la semaine et à la demande, mais les pairs aidants en bénéficient en groupe à raison d'une fois aux deux mois. Moments importants – voire primordiaux – pour ces travailleurs. Le pair aidant a besoin de se retrouver avec ses collègues, qui ont le même vécu, le même savoir, le même bagage, la même vision : reprendre son souffle, voilà ce qu'il recherche dans ces rencontres.

Cette entraide de groupe a pour but de partager les bons et les mauvais coups, de se doter d'outils afin d'améliorer son efficacité, de parfaire certaines connaissances, de discuter de problèmes communs et d'y trouver des solutions. Elle permet de communiquer ses idées et de recevoir de la formation continue sur, par exemple, la relation d'aide (spécificité pair aidant), l'épuisement professionnel, la schizophrénie, l'animation de groupe, l'employabilité, la compréhension du réseau et le suivi périodique, la toxicomanie, le Tribunal administratif du Québec, un rafraîchissement de la formation Pairs Aidants Réseau, et j'en passe. Depuis plus de deux ans maintenant, ce modèle d'accompagnement est devenu un incontournable pour les pairs aidants. Les échanges témoignent d'expériences toutes plus enrichissantes les unes que les autres. C'est LE moment pour eux de parler de leur spécificité, de ce qu'ils sont par rapport aux autres intervenants, de ce qu'ils veulent. Ils peuvent ainsi dire ce qu'ils vivent et réfléchir aux besoins de la clientèle des différents secteurs du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Au tout début, les rencontres avaient lieu quatre fois par année. Or, le besoin ayant été créé, les pairs aidants ont exprimé le désir de se voir plus fréquemment. L'intérêt est grand, la participation très active de leur part et les discussions plus qu'intéressantes. Ils y voient un plus pour leur vie professionnelle. Ils forment une équipe, car ils travaillent ensemble, se consultent et tiennent le même discours. Je crois sincèrement que ces entretiens sont une autre preuve qu'ils restent vigilants quant à leur titre d'emploi et à leur spécificité.

Grâce à cela, ils demeurent dans le chemin du rétablissement, chemin qui les a conduits à devenir pairs aidants.

Chaque rencontre s'avère donc un moment unique de ressourcement. Les pairs aidants repartent outillés autant sur le plan moral que professionnel.

Plus d'un dans le milieu des pairs aidants au Québec, notamment à l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, a vu dans ce mode de fonctionnement une occasion en or de créer un modèle pour d'autres régions desservies par ce type d'intervenant. Le réseau de la santé au Saguenay–Lac-Saint-Jean y a cru dès le début, et à voir comment ce modèle progresse, il est voué à un avenir prometteur s'il est exporté. En effet, comme le pair aidant évolue généralement dans plusieurs secteurs (communautaire, réseau de la santé, ressources d'hébergement, etc.), il ne peut faire cavalier seul à long terme. Ainsi, une coordination telle qu'elle est exercée actuellement dans notre région laisse entrevoir les percées les plus fructueuses pour le futur.



Lise Robert

Approche réflexive et bouclier psychologique : des choix stratégiques pour

Bruno Fortin, psychologue



Bruno Fortin

INTRODUCTION

Le regard que l'on tourne vers soi peut être source de mirages ou de renseignements précieux. Celui que l'on porte sur les événements peut susciter réconfort ou grande souffrance. Nous avons donc intérêt à cultiver un regard nuancé, honnête et réfléchi pour que le sens que nous donnons aux événements enrichisse notre vie ainsi que nos choix d'interventions et de formation continue. Voilà ce dont traite la première partie de ce texte qui présente l'*approche réflexive*. Par ailleurs, plusieurs stratégies peuvent rehausser la qualité de notre observation et nous permettre une certaine autorégulation. Celle-ci s'appuie sur la recherche guidée de données pertinentes auprès des personnes que l'on aide, de nos collègues et de nos superviseurs. Ces stratégies représentent les constituants du *bouclier psychologique*, sujet de la seconde partie de ce texte. Cette section propose des choix stratégiques allant au-delà des saines habitudes de vie, de la gestion traditionnelle du stress et de la pensée positive. Elle met en lumière des outils que l'intervenant peut adopter vis-à-vis des coups durs.

L'APPROCHE RÉFLEXIVE

Le « Connais-toi toi-même » socratique est un bel adage. On ne peut s'opposer à ce principe général, mais trop souvent le regard que l'on dirige vers soi fournit de décevantes indications, imprécises et générales. Il demeure bien humain d'avoir parfois recours à des automatismes, à des habitudes, à des opinions naïves et à des préjugés. La répétition d'habitudes confortables mais inefficaces amène éventuellement un sentiment d'improductivité et un appauvrissement des relations. Pour son propre bien comme pour celui des personnes qu'il accompagne, l'intervenant gagne à apprendre de sa tristesse, de sa colère et de ses inquiétudes, afin d'éviter de s'épuiser et de tourner en rond.

Le regard que l'on porte sur nos pratiques, pendant et après l'entrevue, peut favoriser la formation continue de l'intervenant et le conduire sur le chemin de l'expertise (Schön 1983, 1994). La curiosité constitue une belle ressource. La conscience de la situation actuelle peut nous permettre de réagir positivement et d'orienter notre intervention. Ce processus continu accroit le sentiment d'efficacité personnelle et enrichit la pratique. Par exemple, l'intervenant peut se demander :

- Qu'est-ce qui justifie cette intervention? Qu'est-ce qui l'a déclenchée (paroles, images intérieures, sensations)?
- Quelle est mon intention?
- Quel effet a-t-elle?
- Est-elle efficace? Conduit-elle au résultat désiré?
- Et si c'était à refaire, que ferais-je?

C'est ainsi que Jean s'aperçoit qu'il a la mauvaise habitude d'interrompre les personnes au moment où elles abordent un sujet chargé émotionnellement et qui le met mal à l'aise. Pierrette, quant à elle, se rend compte qu'elle ne tolère pas les silences, même s'ils dénotent que le client réfléchit intensément. Jacqueline constate qu'elle cherche constamment l'expression des émotions, alors qu'il serait parfois indiqué de favoriser le raisonnement et la résolution du problème. André, au contraire, se concentre invariablement sur la logique, au détriment du côté émotionnel.

La réflexion dans l'action peut être complétée par une réflexion après l'action, que ce soit en s'octroyant un espace de recueillement, en écrivant ses pensées après coup ou en partageant ses impressions avec un collègue ou un superviseur.

En effet, la simple autoévaluation non guidée demeure une modalité d'examen peu fiable. La corrélation entre le regard que l'on porte sur soi et la réalité s'avère médiocre (Dory et coll. 2009; Eva et coll. 2013). Certains biais sont bien connus. Les meilleurs sujets sous-estiment leurs capacités, alors que les personnes les moins performantes surestiment les leurs (Hodges et coll. 2001). La réflexion doit s'enrichir de plusieurs sources de renseignements (Hodges 2015, p. 263; Dory et coll. 2009; Eva et coll. 2013).

Un mécanisme de protection narcissique condamnerait l'individu à faire preuve d'une certaine indulgence vis-à-vis de lui (Dory et coll. 2009). Eva et coll. (2013) décrivent cette protection automatique comme un système immunitaire psychologique. Le désir de préserver son estime de soi, d'obtenir une évaluation positive et d'éviter les commentaires négatifs fait obstacle à la justesse du regard dirigé sur soi. De plus, la plupart de nos processus mentaux se situent en dehors de notre champ de conscience et se révèlent donc difficilement accessibles (Lievin et coll. 2008).

LeBlanc et coll. (2015) suggèrent d'augmenter progressivement sa capacité à tourner son attention vers le monde intérieur, en reconnaissant l'importance de ce dernier et en créant un climat sécuritaire pour y parvenir. Ils proposent également de formuler le vocabulaire propre à cet univers et d'en encourager l'expression précise. Lievin et coll. (2008) soulignent l'intérêt d'y consacrer le temps nécessaire. LeBlanc et coll. (2015) rappellent la valeur de modèles crédibles invitant à l'adoption d'une stratégie d'apprentissage appropriée et à l'obtention de résultats attendus. Dobkin et Laliberté (2014) recommandent au superviseur d'utiliser la réflexion à voix haute pour rendre explicite le cheminement intérieur. Eva et coll. (2013) signalent le bénéfice des répétitions et des rétroactions. Lievin et coll. (2008)



appuient l'ajout d'un matériel d'enregistrement numérique et Dory et coll. (2009) conseillent le recours à un journal de bord. L'autoévaluation ne constitue pas une finalité, mais un moyen. C'est l'autorégulation qui est la finalité (Tardif 2006, p. 252; Saint-Arnaud 2009). Devenir maître de son propre apprentissage continu est un attribut essentiel de tout professionnel de la santé.

L'accès à l'information intime s'associe étroitement à l'autorégulation des états émotionnels. L'état émotionnel influe en effet sur l'anticipation, la planification, la perception, l'attention, la concentration, la mémoire, le raisonnement et la prise de décision (Dory et coll. 2009). Comment influencer la gestion des émotions?

La rétroaction des personnes que l'on soutient représente une source précieuse, peu dispendieuse et toujours disponible de renseignements lors du processus de formation continue. Selon Reese et coll. (2009), les stagiaires en formation ayant reçu une rétroaction régulière des gens qu'ils aidaient se montraient environ deux fois plus efficaces que ceux n'en ayant reçu aucune au cours de la psychothérapie.

L'intervenant peut se poser les questions suivantes :

- Est-ce que ce commentaire (intervention, interprétation) était utile pour la personne que j'aide? Comment puis-je le savoir?
- Quelle a été sa réaction verbale et non verbale?
- Quel sens dois-je donner à cette réaction?
- Que va-t-elle retenir de cette séance de psychothérapie?

- Quelle différence cette séance a-t-elle fait pour elle?
- Y a-t-il quelque chose que la personne trouve difficile dans notre relation? Celle-ci est-elle conforme à ses attentes? Souhaiterait-elle certains changements?

En plus d'énoncer des hypothèses personnelles, l'intervenant peut choisir de toucher à ces sujets directement pendant l'entrevue ou à la fin, de façon orale ou en remettant à son interlocuteur un questionnaire à remplir.

Philippe est surpris : la personne qu'il souhaite épauler lui apprend qu'il regarde le mur au moment d'exprimer ses suggestions et que ce bris de contact l'irrite. Marie découvre que son vis-à-vis apprécie ses efforts et la laisse explorer son histoire personnelle, mais qu'il n'a pas l'impression d'aborder la question lui tenant vraiment à cœur : comment améliorer concrètement sa vie de couple actuelle. Joseph prend conscience que la femme qui vient chercher du soutien dans son bureau interprète son rapprochement physique comme une tentative de séduction.

Les intervenants expérimentés devenus experts nouent des liens profonds et durables avec quantité de clients différents. Leurs propos sont souvent d'une grande clarté et ils n'abandonnent pas facilement. Ils interrogent les énigmes jusqu'à ce qu'ils les comprennent et s'engagent dans un processus d'apprentissage constant. Ils accordent beaucoup d'importance à la qualité de la relation thérapeutique et au caractère unique de chaque relation (Kuenzli-Monard 2006).

L'enrichissement du regard que l'on dirige sur soi octroie plus de choix à l'intervenant. Il pourra clarifier la situation pour lui-même et pour les gens qu'il assiste. Cela lui évitera de gaspiller de l'énergie dans des habitudes confortables mais infructueuses. Il deviendra ainsi un meilleur intervenant et une meilleure personne.

LE BOUCLIER PSYCHOLOGIQUE

La souffrance ou l'incompréhension peuvent conduire certains clients à se comporter de façon culpabilisante, agressive ou blessante. Comment réagir sans rendre coup sur coup et sans tendre l'autre joue? Sans s'enfuir et sans nuire? D'autres situations peuvent bouleverser l'intervenant. Apprendre la perte d'un client ou s'apercevoir que l'on est séduit par l'un d'eux peut nous déstabiliser. Se réfugier dans une forteresse inaccessible rend le travail thérapeutique impossible. Se cacher derrière une barricade insurmontable isole, en plus de priver l'intervention de la mobilité et de la possibilité de rapprochement nécessaires pour toucher le cœur et l'esprit d'autrui. La résilience fait partie des protections *de base* de l'individu en cas d'adversité.

Nous vous proposons ici une réflexion sur les stratégies d'autoprotection efficaces *portatives, temporaires, adaptées au contexte*, à travers le concept de bouclier psychologique ou émotionnel. Nous vous invitons à construire, à gérer avec souplesse et à réparer au besoin votre bouclier psychologique portatif personnel. Vous constaterez sans doute que vous utilisez déjà vos propres mécanismes de défense, sans quoi vous n'auriez pas survécu jusqu'au moment présent. Mais certains mécanismes sont plus rigides, énergivores et primitifs que d'autres. Demandons-nous s'il y a place à l'amélioration.

Voici donc plusieurs stratégies pertinentes de survie ou de croissance. La plupart sont axées sur les ressources ou l'approche de l'intervenant, d'autres le sont plutôt sur la gestion de l'entretien avec le client.

Les stratégies axées sur les ressources ou l'approche de l'intervenant

L'humble reconnaissance de ses limites d'être humain :

Je prends ma place, toute ma place, mais rien que ma place et j'abandonne mon désir de toute-puissance et d'omniscience. Je lâche prise par rapport à ce que je ne peux changer. J'identifie ma marge de manœuvre et ma zone de pouvoir. Je renonce à l'impossible. Pour ne pas m'épuiser, je suis sélectif dans l'aide que je promets et que je donne. Je fais de mon mieux avec les ressources, les connaissances et l'énergie à ma disposition dans le contexte actuel. J'organise ma pratique (horaire réaliste, exercice de groupe et collaboration professionnelle).

Le lien avec ses appartenances : Je ressens mon lien avec tous ceux qui m'apprécient (Andreas 2002). J'interviens au sein d'une école de pensée et plusieurs intervenants, collègues et amis partagent mon point de vue. Ils me soutiennent dans ma façon d'agir. Je ressens aussi ma connexion à tous ceux qui m'aiment et me protègent (White 2000).

La pleine conscience : La théorie de la pleine conscience (Hayes et coll. 2004; Siegel 2010) conseille de s'entraîner à la méditation, de vivre l'instant présent sans juger, sans le combattre et sans tenter de le modifier. Être présent, conscient, observateur, nous permettra un plus grand contrôle émotionnel, nous évitera de nous agiter et d'amplifier la blessure en y ajoutant nos propres agressions.

L'ancrage dans le présent à travers mes sens : J'écoute avec mes oreilles et regarde avec mes yeux (plutôt qu'avec mes souvenirs ou mon imagination). Je demeure au présent ou j'y reviens. J'échappe ainsi à l'anticipation craintive et aux ruminations stériles.

La relaxation : Je prends une grande respiration abdominale et je détends les différentes parties de mon corps. J'évite ainsi de réagir par la tension musculaire et par l'agitation. Je conserve mon énergie. Je la dirige de façon positive.

L'imagerie mentale : Je peux, temporairement, me réfugier mentalement dans un endroit sécurisant et réconfortant (Bandler et Macdonald 1989). Je peux aussi visualiser un solide mur de verre transparent entre le client et moi. Je peux choisir de reconnaître l'émotion qui m'habite, l'accueillir, visualiser une action en rapport avec ce sujet. Par exemple, en m'imaginant brièvement en train de donner deux ou trois baffes à l'impoli, puis de le mettre à la porte à coups de pied dans le derrière pour ensuite revenir au présent et redevenir disponible. Ces images remplacent les passages à l'acte.

L'expression des émotions pertinentes : J'accueille les émotions puis les remets à leur place. L'expression émotive vise à clarifier la situation et à diriger cette énergie de manière positive. Il s'avère parfois difficile d'écouter parce que l'on a trop de choses à dire. Mettre quelques mots sur notre étonnement ou notre confusion peut faciliter les échanges ultérieurs.

La différenciation : Je demeure distinct. Je me différencie de ce qu'exprime mon interlocuteur. Je peux comprendre son point de vue tout en reconnaissant l'existence du mien, différent et légitime. Je le laisse être lui-même et je me permets d'être moi-même. Je peux

refuser de prendre les responsabilités qui ne m'appartiennent pas. Je dissocie aussi les demandes et les besoins d'autrui de mon mandat et de mes responsabilités. Laissez les gens être eux-mêmes, soyez vous-mêmes et renoncez à contrôler les autres.

La perspective temporelle : Je dédramatise l'événement. C'est une personne souffrante, c'est une entrevue, c'est un moment désagréable à passer. C'est une étape. Tout cela va m'apparaître plus nettement plus tard. C'est vraiment pour ces instants difficiles que je me suis formé et que je suis payé. C'est ce qui me démarque du commun des mortels. Je gagne un salaire bien mérité et je serai fier du travail bien fait.

La distraction : Je dirige mon attention ailleurs pour un certain temps. Je laisse la poussière retomber et je retrouve mon énergie. J'évite les paroles et les gestes impulsifs. J'observe la couleur de la peau du client. J'écoute le bruit de l'horloge.

La gestion de l'exposition : Au même titre qu'on reporte les rencontres difficiles lorsqu'on a le choix, on peut se donner du temps pour réagir de façon optimale. J'explore ma zone de tolérance, ma marge de manœuvre, mes choix. Je peux reconnaître mon état émotionnel et suggérer qu'on reprenne la conversation à un moment plus propice. On peut exprimer ses souhaits. Il vaut mieux sortir de la pièce que de poser des gestes violents ou de tenir des propos incriminants ou destructeurs que l'on regrettera plus tard.

L'anticipation positive du futur : Je mets en contexte. Je vois une image plus complète de la situation dans le temps et dans l'espace. Je me représente comment je verrai cela dans un an. Je me rends compte qu'il s'agit d'une étape parmi d'autres. D'un pas dans la bonne direction. Visualiser les complications qui risquent de se produire pour le client, pour nous et pour nos partenaires si nous ne maintenons pas les interventions pertinentes, puis faire pour le mieux. J'améliore ce que je peux dans le contexte présent, à moyen et à long terme. Je dirige mon énergie de manière positive (Lang et Laser 2011).

Adopter le point de vue de l'oiseau : Je regarde tout cela de plus loin. Je me représente une image globale, « *the big picture* », comprenant d'où le coup dur provient et comment cela peut se terminer.

L'anticipation positive d'une réflexion partagée : Je sais que je vais pouvoir en parler et finir par y voir plus clair. Une fois que j'aurai exprimé ce que je pense aux personnes en qui j'ai confiance, je serai dans un meilleur état pour prendre des décisions importantes (Mehl-Madrona 2007).

Conserver à l'esprit ses objectifs positifs : Je m'assure de satisfaire mes besoins personnels. Je choisis de maintenir l'espoir et un optimisme réaliste. Je reconnais les petits gains (modèles positifs, attentes réalistes, expériences émotionnelles, apprentissage positif). Je fais preuve de pensée réflexive. Je travaille à améliorer ce qui peut l'être dans le fonctionnement actuel à moyen et à long terme.

Les stratégies axées sur la gestion de l'entretien

Communiquer sur la façon de communiquer :

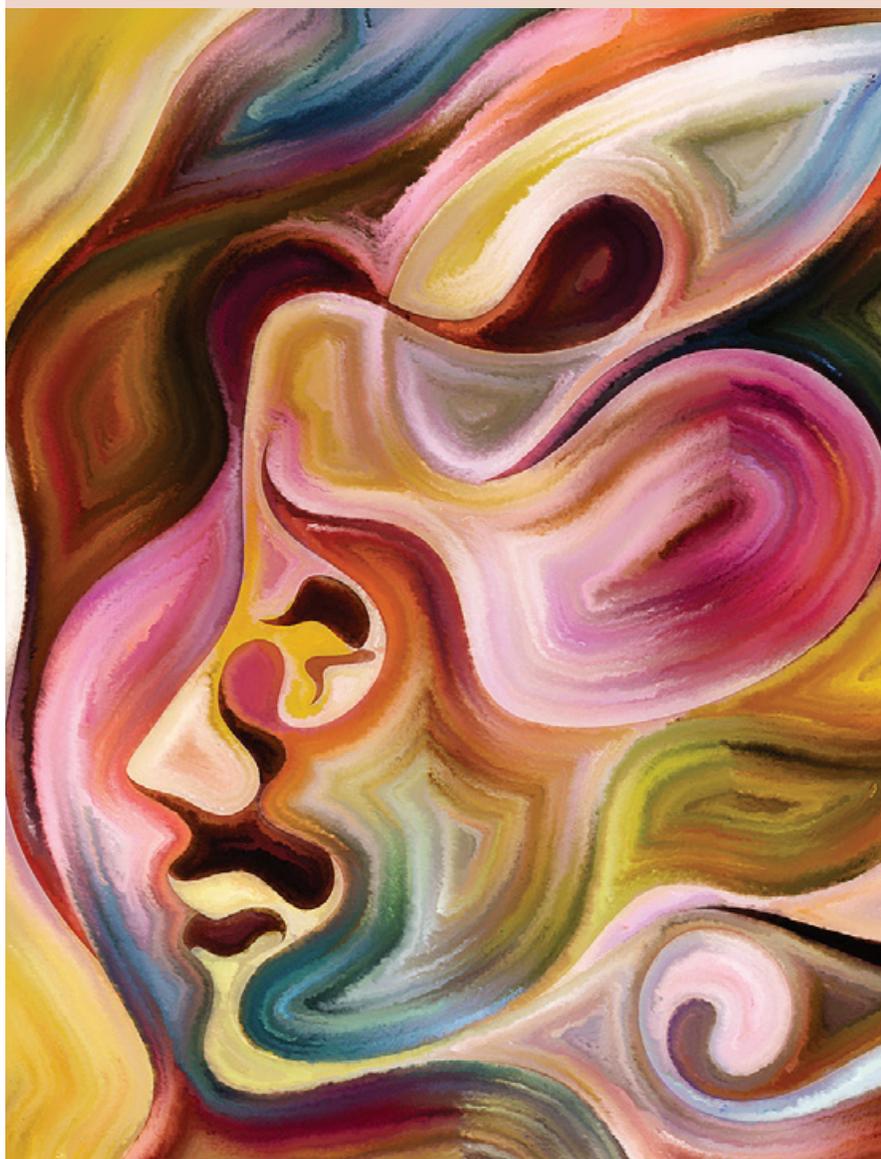
Je métacommunique en décrivant l'interaction : « Cela fait dix minutes que l'on monte la voix ».

Résoudre les problèmes :

C'est normal d'avoir des problèmes. Je me concentre sur ce qui est positif, utile et efficace (Qu'est-ce qui se passe? Qu'est-ce que je veux? Qu'est-ce que je peux faire?). Cela peut nous amener à comprendre que l'explosion émotionnelle actuelle n'est que la première étape d'une discussion importante dont nous désirons la venue.

Rappeler le cadre de la rencontre : Je ne crains pas d'exprimer mes limites et mes frontières. Je rappelle le cadre, mon rôle, les règles et le contexte de nos rencontres. Nous partageons la responsabilité de conserver un climat de collaboration positive.

Rappeler sa zone de pouvoir : Je clarifie ma zone de pouvoir. Je spécifie ou je rappelle à la personne ce que je peux faire pour elle.



DES EXEMPLES

Maxim est terrorisé par l'attitude colérique de son client qui hurle dans le bureau, debout, agitant les mains en rageant parce qu'il a patienté une heure dans la salle d'attente. Après avoir pris une respiration profonde et s'être réorienté vers le présent, Maxim met de côté les fantaisies catastrophiques qui meublent son esprit. Il regarde le client tel qu'il est, pour entendre ce qu'il dit et décoder ce qu'il peut y avoir comme demande légitime derrière cette colère. Adoptant un point de vue anthropologique rationnel et distancié, Maxim s'étonne du comportement du client dans le contexte actuel. Après avoir exprimé sa compréhension de la situation avec empathie, il manifeste son désir d'aider malgré tout et à cette fin demande au client sa collaboration. Il est sécurisé par la présence d'un bouton panique sous le rebord de son bureau et par la conviction qu'il obtiendra du secours s'il en a besoin.

Francesca est émue par son client. Jeune et beau, il est également sensible, délicat et attentionné, et elle le sait. Elle est troublée par son regard, par son souffle sur sa peau, par l'intonation de sa voix. Envahie par un film intérieur où elle s'imagine en train de le toucher, de le caresser, de l'embrasser,

elle est surprise par l'intensité de son émotion. Mettant de côté ses fantasmes sensuels, elle tourne plutôt son esprit vers la solidité de son propre couple, sur l'énergie nécessaire pour construire cette relation satisfaisante et sur l'attrait des projets communs et des moments intimes partagés. Elle se rappelle également les problèmes associés aux relations impulsives temporaires, qui se révèlent décevantes après coup. Portant des gants lors des contacts avec la peau de son client, conservant une distance convenable pour éviter les touchers accidentels, elle choisit d'être le médecin de ce client et de préserver ce lien.

CONCLUSION

Par la pensée réflexive, encourageons les professionnels à reconnaître leurs limites et à se donner la protection dont ils ont besoin. La promotion d'une pratique et d'une vie équilibrées fera de nos professionnels de meilleurs intervenants et de meilleures personnes. Aidons-les à accroître leur tolérance (à l'incertitude, à l'inconfort et à la frustration), leurs habiletés émotionnelles et leurs capacités relationnelles. Le dévoilement de soi et l'enrichissement des stratégies spontanées seront plus efficaces que le mépris, la punition et l'exclusion.

BIBLIOGRAPHIE

- Andreas, S. (2002). *Transforming Your Self: Becoming Who You Want to Be*, Boulder, Colorado, Real People Press, 273 pages.
- Bandler, R. et W. Macdonald. (1989). *An Insiders Guide to Sub Modalities*, Capitala, CA, Meta Publications, 116 pages.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*, Paris, Éditions Odile-Jacob, 288 pages, ISBN 2.7381.0944.6.
- Cyrulnik, B. (2002). *Un merveilleux malheur*, Paris, Éditions Odile-Jacob, 218 pages.
- Cyrulnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*, Paris, Éditions Odile-Jacob, 253 pages.
- Dobkin, P. L. et V. Laliberté. (2014). « Being a mindful clinical teacher: Can mindfulness enhance education in a clinical setting? ». *Medical Teacher*, 36, 347-352.
- Dory, V., T. De Foy et J. Degryse. (2009). « L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale ». *Pédagogie médicale*, 10(1), 41-53.
- Erogul, M. et coll. (2014). « Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students ». *Teaching and Learning in Medicine*, 26(4), 350-356.
- Eva, K. W., G. Regehr et L. D. Gruppen. (2013). « Blinded by "insight": Self-assessment and its role in performance improvement ». Dans B. D. Hodges et L. Lingard (édit.), *The Question of Competence: Reconsidering Medical Education in the Twenty-first Century*. New York, Cornell University Press, 131-154.
- Hayes, S. et coll. (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*, New York, The Guilford Press, 322 pages.
- Hodges, B. D. (2015). « Sea monsters & whirlpools: Navigating between examination and reflection in medical education ». *Med Teach*, 37(3), 261-266.
- Hodges, B. D., G. Regehr et D. Martin. (2001). « Difficulties in recognizing one's own incompetence: Novice physicians who are unskilled and unaware of it ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(10 suppl.), S87-S89.
- Jensen, P. M. et coll. (2008). « Building physician resilience ». *Canadian Family Physician*, 54, 722-729.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Méditer : 108 leçons de pleine conscience*, Paris, Les arènes.
- Kuenzli-Monard, F. (2006). « Comment inviter la réflexivité en thérapie : la pensée pratique du psychothérapeute ». *Thérapie familiale*, 27, 181-191.
- Lang, E. et E. Laser. (2011). *Patient Sedation Without Medication*, New York, CreateSpace Independent Publishing Platform, 238 pages.
- Lawley, J. et P. Tompkins. (2000). *Des métaphores dans la tête : transformation par la modélisation symbolique et le clean language*, Paris, InterEditions-Dunod, 396 pages.
- LeBlanc, V. R. et coll. (2015). « Predictable chaos: A review of the effects of emotions on attention, memory and decision making ». *Advances in Health Sciences Education*, 20(1), 265-282.
- Lievin, T. et coll. (2008). « L'entretien d'explicitation : une approche potentiellement féconde pour faciliter la supervision clinique des résidents ». *Pédagogie médicale*, 9(4), 221-233.
- Mehl-Madrona, L. (2007). *Narrative Medicine: The Use of History and Story in the Healing Process*, Rochester, Vermont, Bear & Compagny, 324 pages.
- Reese, R. J. et coll. (2009). « Using client feedback in psychotherapy training: An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy ». *Training and Education in Professional Psychology*, 3(3), 157-158.
- Saint-Arnaud, Y. (2009). *L'autorégulation pour un dialogue efficace*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 374 pages.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Les Éditions Logiques.
- Siegel, R. D. (2010). *The Mindfulness Solution*, New York, The Guilford Press, 356 pages.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*, Montréal, Chenelière Éducation.
- Vermersch, P. (2011). *L'entretien d'explicitation*, Issy-les-Moulineaux, France, ESF Éditeur, 224 pages.
- White, M. (2000). *Reflections on Narrative Practice*, Adelaide, South Australia, Dulwich Centre Publications, 176 pages.
- Zwack, J. et J. Schweitzer. (2013). « If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians ». *Academic Medicine*, 88(3), 382-389.

SOIGNER LE REGARD QUE L'ON PORTE SUR SOI ET LES AUTRES

Natacha Joubert¹, Ph. D. en psychologie; praticienne, chercheuse et experte-conseil en promotion de la santé mentale

Comment offrir le meilleur de soi sans s'épuiser? Ça fait déjà un bon moment que l'on s'interroge sur la question de l'épuisement professionnel au sein des professions liées à la relation d'aide et que l'on cherche des moyens de le prévenir. Le sujet revient périodiquement car il continue de préoccuper. Quand les intervenants de la santé ne vont pas bien, c'est toute la communauté qui souffre. Ce numéro thématique de la revue *le partenaire* est consacré au bien-être et à l'épanouissement professionnel des intervenants en santé mentale. Il présente

plusieurs articles qui témoignent des bienfaits des approches et des pratiques, ou « manières de faire », centrées sur les forces, les solutions, les alliances et l'entraide professionnelle, autant de sources de soutien et de croissance pour les intervenants.

Pour ma part, je propose d'examiner notre « manière de voir » les choses, notamment dans notre rapport à soi et aux autres, afin de réaliser comme intervenants que le regard que l'on porte sur soi et les autres est soit porteur de santé et de mieux-être, soit



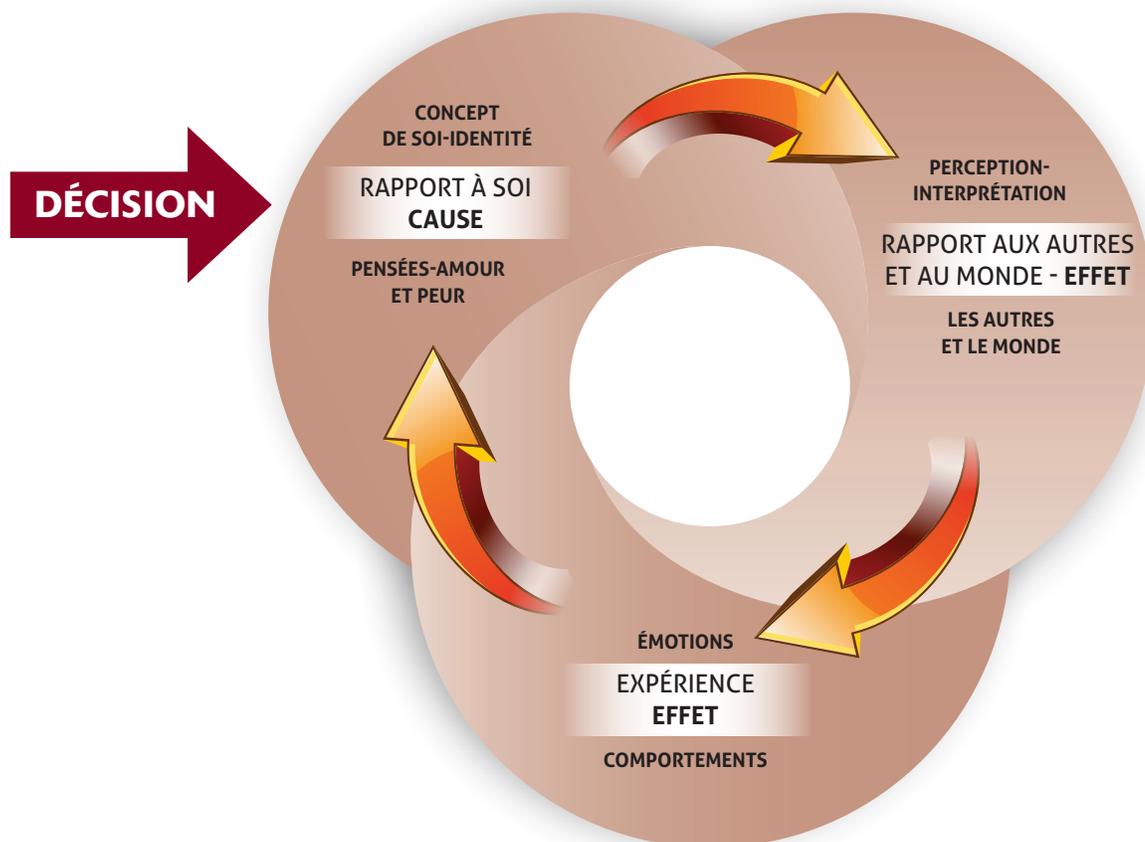
Natacha Joubert



¹ dr.natachajoubert@gmail.com,
www.drnatachajoubert.com.

Figure 1

LE CYCLE DE CAUSALITÉ DANS NOTRE RAPPORT À SOI, AUX AUTRES ET AU MONDE



ON FAIT TOUJOURS L'EXPÉRIENCE DE CE QUE L'ON PENSE ET CE QUE L'ON PENSE EST TOUJOURS UNE DÉCISION.

N. Joubert 2015.

pas. Et celui que l'on porte sur les autres reflète toujours celui que l'on a à son propre égard. Il est donc important de prêter attention aux pensées que l'on entretient sur soi, si l'on souhaite favoriser et soutenir notre santé mentale et celle des autres. C'est là un fondement de la relation d'aide, quelle que soit la façon dont on la pratique par ailleurs. La première responsabilité de l'intervenant est de se soigner lui-même. Le principe en cause est simple : on ne peut pas offrir aux autres ce que l'on se refuse à soi-même. Autrement dit, on ne peut pas soutenir la santé mentale des autres si l'on ne soutient pas également la sienne et cela nécessite non seulement d'améliorer nos méthodes, mais aussi d'approfondir notre perspective et notre rapport à nous-mêmes et son incidence sur notre rapport aux autres. Il faut se voir autrement pour faire les choses autrement (Joubert 2013).

Quand la souffrance des autres « nous rentre dedans »

Ce n'est pas faute de protection si la souffrance des autres nous rentre dedans et nous épuise. Que l'on soit intervenants ou pas, elle nous atteint parce qu'elle est déjà à l'intérieur de nous. Elle nous renvoie à notre propre souffrance. Cette souffrance

se trouve en soi parce qu'elle résulte en grande partie des pensées et des croyances que nous entretenons sur nous-mêmes, les autres et le monde. Ces pensées, nous les assimilons depuis l'enfance. Elles nous viennent de la famille, du milieu socioculturel et de notre histoire humaine. Bien qu'elles varient à l'infini, nos pensées peuvent être regroupées en deux grandes catégories : celles basées sur l'unité ou la solidarité, la confiance et l'amour et celles établies sur la séparation ou l'opposition, le jugement et la peur. Les unes sont porteuses de paix, de joie et de santé, les autres de conflits, de souffrance et de maladie.

C'est avec ces pensées positives et négatives que nous construisons notre concept de soi et notre rapport à soi (cause) et interprétons notre rapport aux autres et au monde (effet). Et c'est de ces interprétations que découle notre expérience (effet), qui englobe nos émotions et nos comportements et qui renforce les pensées que nous entretenons sur soi et notre rapport à soi (cause), complétant ainsi le cycle de causalité (voir figure 1). C'est dire que nous faisons d'abord et avant tout l'expérience de ce que nous pensons de soi et des autres dans les diverses

situations de notre vie, plutôt que des situations elles-mêmes. Par exemple, si nous entretenons toutes sortes de pensées qui mettent en doute notre valeur personnelle (cause), nous aurons tendance à nous sentir jugés, dévalorisés et rejetés par les autres (effet), quelles que soient les situations. La bonne nouvelle, c'est que nous pouvons décider de nous voir autrement, en nous libérant de nos pensées blessantes et souffrantes, d'où l'importance de prêter plus attention au regard que l'on porte sur soi et les autres.

Soigner le regard que l'on porte sur soi

Nous vivons dans un monde où les pensées négatives de séparation, de jugement (blâme, attaque, accusation, condamnation) et de peur sont omniprésentes. Pas étonnant qu'il y ait tant de colère, de haine et de souffrance. Au-delà des raisons pour lesquelles nous accordons individuellement et collectivement autant de prix et d'attention à ces pensées, nous n'y sommes pas condamnés. Nous pouvons décider de leur retirer progressivement la valeur et la place qu'on leur octroie. Ce faisant, nous faisons plus d'espace aux pensées d'unité, d'amour et de bien-être présentes en chacun de nous.

Il n'est pas facile de se défaire des jugements dans un monde qui s'en nourrit. Il n'empêche que c'est ainsi que l'on parvient à soigner le regard que l'on porte sur soi et qu'il devient porteur de santé pour les autres. Il ne s'agit pas ici de déni mais, bien au contraire, d'une décision et d'une démarche conscientes et délibérées pour favoriser le mieux-être et la santé. Il est d'autant plus capital pour les intervenants en santé mentale de bien comprendre les fondements et la portée de cette démarche qu'elle peut avoir des effets profonds et salutaires sur leur propre santé mentale et leur pratique professionnelle.

Soigner le regard que l'on porte sur soi implique qu'il faille reconnaître que nous sommes les seuls responsables des pensées que nous entretenons sur nous-mêmes, les autres et le monde et donc les seuls à pouvoir les changer. Enfants, nous nous sommes identifiés aux pensées des autres et du monde – les positives comme les négatives –, sans même nous en rendre compte. Par contre, une fois parvenus à l'âge adulte, nous avons la maturité et les ressources nécessaires pour assumer consciemment cette responsabilité et choisir de nous défaire des pensées négatives sur soi et les autres qui nous font du mal et dont nous ne voulons plus. C'est parce que nous sommes la cause et non l'effet de ces pensées que nous pouvons décider de les laisser aller. C'est aussi parce que nous nous sommes assimilés à elles inconsciemment qu'elles semblent faire partie de nous et être parfois si invasives. Pourtant, en réalité, nos pensées négatives ne sont que des pensées. Elles ne définissent pas qui nous sommes réellement et n'exercent aucun contrôle sur nous, sauf celui que nous leur accordons. Il n'en tient qu'à nous donc de leur retirer progressivement le pouvoir de nous atteindre et de retrouver peu à peu la paix et la santé d'esprit.

Soigner le regard que l'on porte sur les autres

On comprend mieux l'importance de soigner le regard que l'on porte sur les autres quand on réalise notamment à quel point les jugements que l'on émet sur eux nous blessent tout autant

puisqu'ils ne sont que de vaines tentatives pour nous libérer des jugements que l'on porte sur soi. Autrement dit, les jugements que l'on porte sur les autres sont toujours des jugements que l'on a d'abord portés sur soi. Reconnaître qu'il s'agit là de projections sur les autres de nos propres pensées et jugements sur soi est une autre étape essentielle de la démarche pour nous soigner et faire cesser ce cycle conflictuel, malsain et sans issue. De toute évidence, le non jugement n'est pas seulement un principe à suivre dans la relation d'aide et dans nos interventions auprès des autres, mais aussi et avant tout dans la relation ou le rapport à soi.

Soigner le regard que l'on porte sur les autres, c'est donc apprendre à les voir autrement, non pas comme séparés de soi mais semblables à soi. Les différences que l'on voit n'existent que dans la forme. Elles recouvrent une multitude d'expressions de la même humanité. Dans le fond, nous sommes tous les mêmes. Nous sommes tous tiraillés entre l'amour et la peur. Nous aspirons tous à être bien avec soi et les autres et à offrir le meilleur de nous-mêmes. Nous avons donc tous intérêt à soigner le regard que l'on porte sur soi et les autres car, finalement, ce n'est pas « soi ou l'autre » mais bien « soi et l'autre » ou ensemble que nous parviendrons à nous libérer des pensées qui nous séparent et nous rendent malades.

Il est donc important de prêter attention aux pensées que l'on entretient sur soi, si l'on souhaite favoriser et soutenir notre santé mentale et celle des autres.

Parce qu'ils nous renvoient à nous-mêmes, les autres sont en fait indispensables à notre santé mentale et à notre bien-être. Et nous sommes tous « l'autre » de quelqu'un! Sans eux, nous n'arriverions pas à voir les jugements que l'on porte constamment sur soi et qui sont plus apparents dans nos projections et notre rapport aux autres. Nous leur devons nos prises de conscience et nos plus belles transformations. Notre manière de voir les autres et d'être avec eux est une source de rétroaction continue qui nous aide à soigner le regard que l'on porte sur soi et à renforcer notre santé mentale.

La véritable empathie

Pour soigner le regard que l'on porte sur soi et les autres et soutenir notre santé mentale, il nous faut comme intervenants éprouver autant d'empathie pour soi que pour les autres. Nous ne parlons pas ici de l'empathie qui nous attache à la souffrance, mais bien de celle nous permettant de la dépasser, c'est-à-dire d'arriver progressivement à nous voir et à voir les autres comme des êtres capables de décision, de transformation, de santé et de paix.

Les intervenants doivent se souvenir que la véritable empathie n'exclut personne. Elle est pour tous, sans exception. Elle nous montre que, vus de l'intérieur, nous nous ressemblons beaucoup. Nos attaques et nos jugements contre soi ou les autres, les plus petits comme les plus terribles, découlent toujours du fait que nous avons peur, que nous doutons de notre valeur personnelle et que nous nous sentons vulnérables ou menacés. Il ne s'agit pas bien sûr de justifier ces attaques ou d'accepter l'inacceptable, mais plutôt de réaliser que la façon que nous avons le plus souvent de nous juger ou de nous condamner mutuellement pour ces attaques a pour seuls résultats de nous blesser davantage, de légitimer de nouveau nos différences et nos conflits et de nous séparer toujours plus. La séparation ne produit que de la peur, du jugement et de la souffrance.

La véritable empathie nous rappelle que quand on ne voit plus ou que l'on n'entend plus la détresse et l'appel à l'aide dans les paroles et les gestes des autres, qu'ils soient répréhensibles ou non, c'est que l'on s'est durement jugé soi-même et que l'on a besoin de soigner le regard que l'on porte sur soi. D'autre part, il n'y a pas de plus grande empathie pour un intervenant que de montrer aux autres, par son propre exemple, qu'eux aussi peuvent se voir autrement et se défaire peu à peu des jugements sur soi et les autres. L'objectif n'est pas de s'abstenir d'énoncer des jugements, mais plus simplement de s'engager à réduire le nombre de ceux-ci afin de profiter de l'apaisement et du mieux-être que cela apporte pour poursuivre dans cette voie, une journée à la fois.

Cette démarche demande du temps, de la détermination, mais aussi beaucoup de gentillesse et d'indulgence envers soi. Intervenants ou pas, on est tellement habitués à chercher et à voir à l'extérieur de soi – chez les autres et dans le monde – la cause de nos problèmes et de notre souffrance qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître, sans se culpabiliser ou se juger, que nous sommes les seuls à exercer notre contrôle sur les pensées que nous entretenons sur nous-mêmes et que nous projetons sur autrui. Notre réel pouvoir de nous libérer des jugements sur soi et les autres et de vivre en paix dépend de cette prise de conscience.

La véritable empathie consiste à reconnaître et à assumer ce qui est à soi et en son pouvoir (ses propres pensées) et à laisser aux autres ce qui leur appartient et est en leur pouvoir (leurs propres pensées). Là encore, on est tous égaux. Chacun doit décider pour lui-même et faire l'expérience de se voir autrement afin de

se réapproprier son pouvoir personnel. Ce n'est pas soutenir la santé mentale des personnes que l'on accompagne, ni la nôtre d'ailleurs, que de se sacrifier pour eux ou de les protéger outre mesure. Au contraire, c'est nier leur libre arbitre. C'est plutôt en reconnaissant et en soutenant leur faculté de penser, de choisir et donc d'agir autrement qu'on les aide à retrouver la santé, peu importe le temps qu'ils mettent avant d'y parvenir. Et cela implique bien sûr qu'il faille d'abord le reconnaître en soi. On fait tous les mêmes erreurs plusieurs fois avant d'être prêts à envisager d'autres options. Mais une chose est sûre : les avancées des uns font progresser les autres.

Conclusion

Pour s'épanouir, tant sur le plan personnel que professionnel, et offrir le meilleur d'eux-mêmes, les intervenants en santé mentale doivent être pleinement conscients qu'il n'y a rien de plus souffrant et d'épuisant que de tourner en rond dans la peur et les jugements sur soi et les autres, de même que de tenter de contrôler ce qui n'est pas en son contrôle. Cela contamine le regard que l'on porte sur l'ensemble de notre vie et réduit à l'impuissance l'expérience que l'on en fait. Nous devons nous rappeler que la plupart de nos souffrances découlent non pas de causes extérieures – chez les autres et dans le monde –, mais émergent de l'intérieur de soi – dans le regard que l'on porte sur soi et les autres et les interprétations qui en résultent. C'est donc en revenant vers soi et en optant pour l'abandon des pensées qui nous jugent et nous blessent que nous retrouvons progressivement la paix et la santé d'esprit avec soi et les autres.

Comme intervenants, nous n'avons pas l'obligation d'être guéris de toute peur ou de tout jugement. Par contre, nous avons la responsabilité de continuer à soigner le regard que l'on porte sur soi, afin que nos interventions auprès des autres, quelles qu'elles soient, inspirent la santé et le mieux-être. On fait toujours ce qu'il y a de mieux pour les autres quand on est bienveillant et en paix avec soi.

Personne n'a le pouvoir de changer les autres. Mais nous avons tous celui de nous changer et de nous soigner nous-mêmes. Les réels changements s'opèrent toujours de l'intérieur, là où les décisions se prennent. Il est là l'espoir de transformer notre expérience avec soi et les autres, afin qu'elle comporte moins de peur et de jugement et plus d'amour, de paix et de bien-être. Mieux que personne, les intervenants en santé mentale sont bien placés pour comprendre cet espoir, montrer sa force et l'offrir aux autres.

RÉFÉRENCE

Joubert, N. (2013). *Il faut "se voir autrement" pour faire autrement*, Journées annuelles de santé mentale du Québec 2013 – S'adapter ou adapter les services en santé mentale, Québec, Direction nationale de la santé mentale, Ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne]. [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=662815769001026946296b1a5bfa86f].

NOUS AVONS VU POUR VOUS...

REGARDER L'ARC-EN-CIEL : POUR RÉINVENTER L'INTÉGRATION

Notre chronique *Nous avons lu pour vous* devient ici *Nous avons VU pour vous*. Les auteures, Julie Nicolas et Catherine Lepage, commentent au fil des pages qui suivent le DVD *Regarder l'arc-en-ciel* sous deux angles différents. La première présente le contenu du DVD et nous livre ses impressions sur celui-ci alors que la seconde nous partage l'expérimentation qui en a découlé au sein du Pavois de Québec.

UN DOCUMENTAIRE À VOIR ET À FAIRE CIRCULER!

Julie Nicolas, directrice générale, Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR)

« Que faites-vous dans la vie? »

Question banale... Et, pourtant, quand vient le temps de répondre, la peur du jugement et du rejet est bien présente. En effet, définir son rôle et sa contribution sociale peut se révéler une source d'angoisse pour les gens qui se retrouvent éloignés, temporairement ou chroniquement, du marché régulier de l'emploi.

Marie-Laurence Poirer et les membres de son équipe de recherche de l'Université de Montréal se sont penchés sur le sens donné individuellement et collectivement à l'intégration sociale des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale. Dans un documentaire d'une quarantaine de minutes, *Regarder l'arc-en-ciel : pour réinventer l'intégration*, ils vous proposent une réflexion en profondeur avec des témoignages à la fois pertinents et émouvants.

La forme n'a pas été sacrifiée à l'objectif de transfert des connaissances. La poésie et l'émotion sont au rendez-vous. Ce documentaire, gagnant du prix du jury au Ciné-Mental du Colloque de l'AQRP 2014, se démarque par ses qualités esthétiques et humaines qui viennent amplifier la puissance du contenu. Si le message n'est pas simpliste, la conception, elle, demeure simple et le film accessible à tout le monde.

Tout au long du documentaire, vous entendrez les commentaires d'experts. Vous trouverez des résultats de recherche présentés sous forme de fables récitées lors du forum d'échanges *Repenser l'intégration* et des témoignages de personnes au cheminement différent qui illustrent ces résultats.

Pas de simplification dans le propos, qui souligne trois interprétations fort différentes de l'intégration sociale et de la vie en société. Des visions pouvant sembler ►►►



Julie Nicolas

DOCUMENTAIRE

DURÉE : 41 minutes
© Marie-Laurence Poirer
2014

Recherche et scénarisation :
Marie-Laurence Poirer

En collaboration avec les membres du comité de suivi de la recherche *Repenser l'intégration dans la collectivité des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale importants. Pour une démarche citoyenne de réflexion et d'action.*

Réalisation et montage :
Merdad Hage

Pour information : marie-laurence.poirer@umontreal.ca

NOUS AVONS VU POUR VOUS...

REGARDER L'ARC-EN-CIEL : POUR RÉINVENTER L'INTÉGRATION



REGARDER L'ARC-EN-CIEL Pour réinventer l'intégration

La vidéo de *Regarder l'arc-en-ciel : Pour réinventer l'intégration* est disponible sur YouTube :

https://www.youtube.com/watch?v=7HY3Wx_pwCc

https://www.youtube.com/watch?v=VCM_IMe2YHo

Il est également possible de se procurer le DVD *Regarder l'arc-en-ciel : Pour réinventer l'intégration* et le guide d'animation en écrivant à l'adresse suivante : marie-laurence.poirel@umontreal.ca

►►► contradictoires – puisque le phénomène est complexe –, mais également complémentaires. Évidemment, chaque personne pourra s'identifier à l'une ou à l'autre, le pouvoir de ce documentaire étant de nous faire réfléchir sur ces interprétations à travers l'expérience de personnes qui nous confient généreusement un pan de leur histoire. Dans notre société où le « faire » s'est taillé une place prépondérante sur l'« être », chaque spectateur est amené à penser à son propre parcours d'employabilité et de citoyenneté.

En outre, *Regarder l'arc-en-ciel* met en lumière l'importance du soutien apporté par les organismes communautaires qui œuvrent pour l'intégration des personnes vivant avec des difficultés de santé mentale. Les commentaires témoignent de l'approche basée sur les forces de la personne, le rythme individualisé, l'ouverture sur la communauté, la valorisation de la différence et la diversité des possibilités d'engagement social que les organismes doivent pouvoir offrir encore grâce à des programmes d'insertion adaptés aux besoins des personnes et à leur réalité.

Le film identifie également les multiples obstacles qui entraînent des échecs à répétition. Car, en 2015, les différents chemins de l'intégration sociale ne sont pas égaux. Alors que l'accès au marché régulier de l'emploi reposant sur la productivité constitue la voie « royale », les autres expériences (emploi atypique, bénévolat, expression artistique, militantisme) sont clairement marginalisées par rapport à la société de consommation néolibérale. Or, pour plusieurs personnes ayant des problèmes de santé mentale, l'exclusion sociale n'est pas seulement synonyme d'isolement, elle s'avère également un contrat à long terme avec la pauvreté et ses conséquences négatives sur la santé, la dignité, le bien-être. Large débat...

En tant qu'outil d'éducation populaire, *Regarder l'arc-en-ciel : pour réinventer l'intégration* se révèle tout à fait pertinent en cette période d'austérité où le gouvernement du Québec remet actuellement en question les programmes d'insertion sociale. Un visionnement en groupe peut être l'occasion de susciter une discussion avec vos membres, de sensibiliser la communauté et même les élus. Vous pouvez vous procurer le DVD et le guide d'animation auprès de l'équipe de recherche afin d'organiser des projections privées et publiques.

Vous l'aurez compris, j'ai beaucoup aimé ce documentaire et je vous invite à en faire l'expérience individuellement et en groupe. Félicitations aux personnes y ayant participé et un immense merci à Julie, à Sally et à Gilles pour votre « contribution à la beauté du monde ». Bon visionnement!

ERRATUM : Dans la dernière édition de la revue *le partenaire, Déterminants sociaux en santé mentale: regard sur l'organisation des services et leur accessibilité (volume 24 no 1, Été 2015)*, nous avons omis de mentionner la contribution de **Danielle Lefebvre** à la traduction du texte *Arguments en faveur de la prévention et de l'intervention précoce : l'effet d'une enfance marquée par l'adversité sur l'apparition de la maladie mentale*. Nous regrettons cette omission et profitons de l'occasion pour souligner notre appréciation de la qualité du travail de traduction de Mme Lefebvre.

Esther Samson, éditrice

NOUS AVONS VU POUR VOUS...

REGARDER L'ARC-EN-CIEL : POUR RÉINVENTER L'INTÉGRATION

COMMENTAIRE SUR L'ACTIVITÉ D'INTERVENTION DE GROUPE RÉALISÉE AUTOUR DU DOCUMENTAIRE

Catherine Lepage, conseillère d'orientation et agente d'intégration, Le Pavois

Dans notre travail d'intervention auprès des personnes en rétablissement, nous sommes appelés à diversifier notre approche et à user de créativité afin de faire évoluer notre pratique. Ne serait-ce que pour faire progresser la cause du point de vue social ou permettre un meilleur essor personnel et professionnel, les intervenants de même que les personnes utilisatrices doivent se détacher des méthodes galvaudées afin de se tourner vers des pratiques innovantes.

Dans cette perspective, nous avons visionné le documentaire *Regarder l'arc-en-ciel* et mis en application l'activité proposée. Des huit participants, six étaient des personnes utilisatrices de nos services et deux des intervenantes de notre organisme. Nous avons d'abord introduit l'activité et demandé aux participants de compléter l'une des phrases proposées : « Être intégréE ou être inclusE dans la société aujourd'hui, ça signifie... » ou « Pour être intégréE ou inclusE aujourd'hui dans la société, ça prend... ». Le documentaire une fois regardé, les personnes ont répondu à quelques questions en sous-groupes : « En un mot, quelle image ou quelle émotion décrirait bien ce que vous ressentez à la suite du visionnement? »; « Selon vous, quelle est l'intention principale du documentaire? »; « Est-ce que le documentaire donne des pistes pour "réinventer" l'intégration? »; « Si oui, lesquelles? »; « Quelles barrières et quels défis sont mis en évidence dans ce documentaire? »; « Quelles forces ressortent du documentaire? ». Les réponses recueillies ont été présentées en grand groupe, ce qui a suscité les échanges. Enfin, des pistes d'action en réflexion individuelle ont été avancées : « Que pouvons-nous faire, chacune, chacun, au Pavois, pour contribuer à un élargissement de la reconnaissance sociale en vue d'une société plus inclusive? »; « Avez-vous des idées, des réflexions à partager, des pistes d'action? ». En tout, l'activité a duré deux heures et demie.

L'un des premiers constats des participants a été d'observer à quel point les enjeux soulevés dans le documentaire ressemblaient à leur expérience personnelle. Pour la plupart, ils se sont sentis compris et soutenus par le discours du documentaire. Ils se sont rendu compte qu'ils n'étaient pas seuls à vivre ces difficultés et que, de plus en plus, ils avaient une voix pour se faire entendre. Ils ont perçu davantage d'ouverture vis-à-vis de la santé mentale et ont compris qu'il était possible de trouver sa place et de mener une vie satisfaisante, malgré

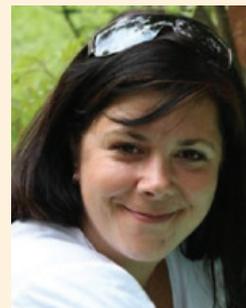
la différence, la marginalité ou l'incapacité de « rentrer dans le moule » d'une société conformiste. Cela donne un véritable message d'espoir.

Parmi les principaux enjeux mentionnés, l'idéologie d'une société gravitant autour du rêve américain. En réalité, les participants ont souligné que cet idéal se transforme en outil d'exclusion sociale au détriment des personnes vivant en marge de ce modèle. Cet idéal, tous ne l'atteignent pas. Parfois par choix, parfois par non-choix et ce non-choix se nomme ici incapacité, marginalité, invalidité, exclusion sociale et maladie mentale. C'est endosser un rôle que personne ne souhaite. C'est un emprisonnement, un cercle vicieux qui amène l'individu à se rejeter et à s'invalider lui-même...

Cette activité d'intervention a conduit les participants à créer un ancrage, à s'orienter vers des solutions et à croire en eux. De plus, elle a permis de prendre conscience qu'il faut que les préjugés tombent et que les personnes utilisatrices sortent du rôle de la victime. Mais que faire concrètement dans notre milieu? À cela, les participants répondent que nous pouvons aider à transmettre une image positive au public. Aussi, les différents organismes œuvrant dans le domaine peuvent s'associer pour éduquer la population par les médias. Le gouvernement pourrait mettre en place des programmes plus flexibles, ce qui permettrait aux personnes en rétablissement d'échapper plus facilement à la pauvreté et à l'exclusion.

En pratique, sur une base individuelle, les participants suggèrent la rencontre, le partage, la mise en commun des forces dans des projets de société comme moyens d'élargissement de la reconnaissance sociale en vue d'une communauté plus inclusive. S'ajoute à ces ressources l'écoute de témoignages de personnes et d'employeurs sortis des sentiers battus et qui prouvent qu'il est possible de s'intégrer et de réussir différemment.

En somme, le documentaire, les activités et les échanges ont été très appréciés. Ils aident à employer les bons mots sur la réalité vécue, à réfléchir aux obstacles, à mettre sur table des solutions concrètes et à les appliquer. *Regarder l'arc-en-ciel* a éveillé l'intérêt et l'engagement pendant l'activité. Dans notre organisation, nous l'avons proposé comme formation pour le personnel.



Catherine Lepage

Découvrez les plus récentes réalisations de l'AQRP dans son rapport annuel 2014-2015

Versions complète et résumée disponibles au <http://aqrp-sm.org/rapport-annuel-2014-2015/>

Quelques faits saillants de l'AQRP en 2014-2015

- Lancement du **Carrefour de formation, de recherche et de référence**, s'appuyant sur la fusion de trois savoirs (expérientiel, scientifique et des milieux de soins et d'intervention).
- Transformation du *fil jeunesse* en revue d'information et d'échanges en santé mentale pour les jeunes de 15 à 30 ans.
- **17^e Colloque** : près de **600 participants**, dont 46 provenant de l'international et 123 vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale et sans emploi; **60 ateliers, 9 activités de formation et 5 symposiums** offerts par près de **220 présentateurs** du Québec et de l'étranger.
- Formation sur le **rétablissement et la pleine citoyenneté** : **31 activités de formation et 10 activités de soutien** offertes pendant l'année.
- **Lutte contre la stigmatisation** : groupes d'arrimage mobilisés dans 10 régions pour participer au projet de **formation/ mobilisation** sur les **meilleures stratégies de lutte contre la stigmatisation**; participation au Hallway Group de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC).
- **RevQ** : Organisation de la **2^e Journée provinciale** de mise en réseau des **groupes d'entendeurs de voix**.
- **Intégration au travail** : rédaction d'un **cadre de référence et d'un cadre d'application** pour des services de réadaptation psychosociale par le travail (RPST) axés sur le rétablissement.
- **Pairs Aidants Réseau** : 71 pairs aidants certifiés en emploi en 2014-2015; développement d'une **formation en intervention par les pairs aidants** pour les **membres de l'entourage**.
- **Entrevues** avec la journaliste Thaïs Martel pour la publication du **Dossier Santé mentale (5 articles)** dans les hebdomadaires de TC Media.
- Participation à plus d'une **dizaine de capsules vidéo** sur <http://www.ottiti.net/>



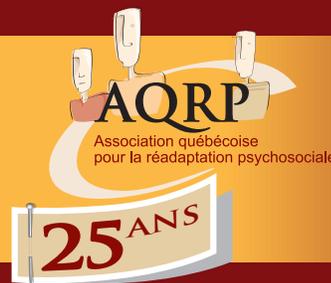
Photo : Planétarium de Montréal, XVII^e Colloque de l'AQRP

Ne manquez pas le prochain numéro **le partenaire**

vol. 24, no 3, hiver 2016

Sur la thématique

Le savoir expérientiel : une plus-value



Adhésion :
<http://aqrp-sm.org/membre>

Abonnement :
<http://aqrp-sm.org/lepartenaire>

Joignez-vous sur  et  **AQRP_SM!**