

# Récit de pratique : le travailleur social dans le contexte de la réadaptation psychiatrique

Karl Turcotte, T.S., CIUSSS de la Capitale-Nationale, Institut universitaire en santé mentale de Québec

---

## RÉSUMÉ :

*La réadaptation psychiatrique est maintenant reconnue et pratiquée par différentes équipes de suivi dans la communauté au Québec, forçant un repositionnement du rôle du travail social en santé mentale. À travers l'histoire de Cathy et de Marc, ce récit de pratique explore l'importance de l'expertise du travailleur social en réadaptation psychiatrique, notamment dans l'application du modèle « choisir, obtenir, conserver » du Center for psychiatric rehabilitation et par l'intervention familiale. Grâce à ses connaissances du comportement humain et des systèmes sociaux, le travailleur social agit à la jonction entre la personne et son environnement, ce qui lui confère un rôle central dans l'identification des forces de la personne et de son environnement, ainsi que dans le développement de ses habiletés personnelles et du réseau de soutien nécessaire à l'atteinte de ses buts et à son intégration sociale. Il devient alors un agent privilégié dans la défense des droits et dans la lutte à la stigmatisation auprès d'employeurs, d'écoles et de la société en général, tout en soutenant les familles et proches des personnes atteintes.*

3

## MOTS-CLÉS :

*Santé mentale, travail social, réadaptation psychiatrique, schizophrénie, intervention familiale*

---

## INTRODUCTION

Debout devant la porte, j'entendais la musique jouer à tue-tête. Un rythme soutenu et fort. Je me demandais comment arriver à mieux la soutenir, alors que, trois mois plus tôt, elle nous disait « essayer de vivre sans ses médicaments ». Elle, c'est Cathy, 23 ans, vivant avec une schizophrénie paranoïde<sup>1</sup>. Nous l'avions vue, à l'hiver 2017, graduellement perdre le contrôle de sa vie et je me retrouvais alors devant une situation difficile : l'influencer pour qu'elle obtienne un traitement, voire entamer les procédures prévues par la loi pour l'obliger à prendre sa médication afin de la protéger. Devant sa porte écaillée, j'imaginai le chemin qui l'attendait : accepter un traitement pour stabiliser les hallucinations et les délires et apprivoiser les conséquences de la rechute, puis trouver un nouveau sens à sa vie, reprendre l'école, le travail, ou n'importe quel rôle social significatif, tout en préservant sa relation avec sa famille. Pour elle, la désorganisation de son état mental a été le point de départ du parcours de sa réadaptation. Tout au long de ce processus, j'ai mis en application diverses approches et méthodes d'intervention qui témoignent du rôle du travailleur social en réadaptation psychiatrique.

---

1 L'histoire de Cathy est inspirée d'une personne rencontrée dans le cadre de ma pratique en réadaptation psychiatrique. Afin de respecter la confidentialité, plusieurs détails ont été changés et certains faits ont été modifiés.

Également, afin d'illustrer davantage ce rôle, nous aborderons une intervention familiale auprès d'une autre personne rencontrée : Marc. Âgé de 21 ans, il vivait avec une schizophrénie et éprouvait lors de notre intervention des difficultés à s'intégrer socialement. Sa mère, Céline, ayant accepté de le reprendre à la maison, la maladie a forcé la mise en place de nouvelles règles de fonctionnement, ainsi qu'un repositionnement des rôles dans la famille afin de s'adapter à la nouvelle situation.

Dans le contexte de redéfinition du rôle des travailleurs sociaux dans le champ de la santé mentale, marqué entre autres par le développement de professions en relation d'aide, la refonte récente du code des professions et l'implantation des recommandations du plan d'action en santé mentale 2015-2020, le présent article vise, par un exercice de pratique réflexive, à contribuer au positionnement de la profession dans l'équipe de professionnels travaillant à la réadaptation psychiatrique. Également, il se propose de décrire concrètement la contribution unique du travail social par l'entremise des approches et techniques utilisées, au-delà de la gestion de cas (*case management*).

## **Les travailleurs sociaux : stratégiquement positionnés pour soutenir la réadaptation psychiatrique**

Les travailleurs sociaux sont impliqués dans les services de santé mentale depuis les débuts du développement de la profession. Déjà, en 1952, Mort Teicher leur attribuait deux rôles principaux : la préparation de la personne à l'acceptation de son traitement, de la maladie et des services à recevoir, ainsi que la charge des suivis externes (Teicher, 1952, dans Regehr et Glancy, 2014). Au Québec, au départ majoritairement concentrés dans les centres hospitaliers, les services des travailleurs sociaux se sont graduellement étendus dans la communauté, jusqu'à devenir aujourd'hui l'articulation principale de leur pratique (Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2013).

4

Toutefois, l'intervention dans le domaine du social, comprise ici au sens large, a été marquée dans les dernières années par une multiplication des professions en relation d'aide, de sorte que plusieurs se partagent désormais les mêmes populations, participant au processus de redéfinition de l'identité professionnelle des travailleurs sociaux (Gusew et Berteau, 2011). Dans ce contexte, la multidisciplinarité devient la norme et les collaborations interprofessionnelles sont susceptibles, selon Oliver (2013), d'alimenter une ambiguïté associée au rôle de chacun des membres de l'équipe, menant à des frontières professionnelles imprécises.

Notre équipe multidisciplinaire ne fait pas exception et les collaborations interprofessionnelles sont nécessaires à l'atteinte de nos objectifs avec les usagers. Nos interventions s'inscrivent dans le champ de la réadaptation psychiatrique. Celle-ci est définie par Anthony et Furlong-Norman (2011) comme prônant « le rétablissement, la pleine intégration dans la communauté et l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale qui entrave leur capacité à mener une vie significative ». Pour ces auteurs, les services de réadaptation visent à aider les personnes à développer leurs habiletés et à accéder aux ressources nécessaires à la réussite de leurs projets de façon à être satisfaits de leur rôle dans les milieux de leur choix. Pour Corrigan (2016), la réadaptation est le fait d'aider « les personnes aux prises avec un handicap psychiatrique à atteindre leurs buts personnels. Elle est bidirectionnelle et cherche à agir sur les forces de la personne et sur les défis relatifs à ces buts, en plus de vouloir modifier le contexte dans lequel la personne évolue ». Ainsi, nous envisageons l'accompagnement des personnes vers leur rétablissement par différentes techniques et approches permettant la reprise du pouvoir, l'intégration des proches au suivi et l'apprentissage de nouvelles habiletés liées à des rôles et des responsabilités de leur vie. En général, nos pratiques sont de l'ordre de la concertation, selon le continuum de la collaboration interprofessionnelle (Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux, 2018), afin d'arrimer nos objectifs disciplinaires.

Cathy obtenait des services de la part de notre équipe depuis un peu plus de trois mois au moment de l'épisode de désorganisation évoqué plus haut. Demeurant dans son appartement depuis plus d'un an, elle avait des projets et des réussites, notamment en ce qui a trait à sa scolarité et dans les relations avec sa famille. Elle avait toutefois décidé de cesser sa médication, disant se sentir mieux, et acceptait que nous l'accompagnions afin d'atteindre ses objectifs. C'est avec la collaboration d'un éducateur, d'un infirmier et d'un psychiatre que nous l'avons soutenue dans cette voie.

L'équipe ainsi constituée travaillait donc au départ selon des pratiques de concertation et dans un esprit de collaboration, bien que la détérioration de la situation nous ait amenés temporairement vers une pratique de partage des décisions vers un objectif commun : la stabilisation des hallucinations de Cathy et de différents comportements, comme des vols et une incapacité à gérer son quotidien qui nous demandait d'être présents et disponibles plusieurs fois par semaine. Les professionnels impliqués auraient pu être tout autres puisque la réadaptation psychiatrique n'est pas le propre d'une seule profession. Elle est à la fois multidisciplinaire et non disciplinaire (Corrigan, 2016) : multidisciplinaire, car différentes professions peuvent y participer et parce que leurs expertises sont essentielles à l'équipe; et non disciplinaire parce que les techniques utilisées sont la responsabilité de tous les intervenants impliqués, peu importe leurs titres professionnels. Dans ce contexte où les frontières des rôles se dissipent, se différencier et travailler conjointement vers l'objectif de la personne est essentiel et, pour y arriver, il est nécessaire de reconnaître que la plupart des interventions de la réadaptation psychiatrique font partie de rôles partagés (Corrigan, 2016). Avec mes collègues, dès le début de notre implication auprès de Cathy, nous avons convenu de répartir les rôles en utilisant les forces de chacun et en respectant les rôles professionnels : le psychiatre ajustait la médication régulièrement, l'infirmier soutenait Cathy dans le suivi et la connaissance de son traitement, l'éducateur l'aidait à mieux organiser ses tâches quotidiennes et j'ai pour ma part pris un rôle de pivot et de coordination d'un plan d'intervention interdisciplinaire. Ce rôle consistait à aider Cathy à identifier ses forces et ses projets par différents exercices et à l'aider à demeurer engagée dans le suivi, en plus de m'assurer de la cohérence de chacun des plans d'intervention des différents professionnels.

Le rôle de pivot permet de mettre de l'avant les forces et les spécificités du travail social. En effet, grâce à des connaissances sur le comportement humain et sur les systèmes sociaux, le travailleur social intervient à la jonction entre la personne et son environnement, l'être humain et la société dans laquelle il évolue (Association canadienne du travail social, 2001). Pour Cameron et McGowan (2013), les travailleurs sociaux détiennent une position stratégique, un rôle pivot, entre la personne et son environnement, lui permettant d'accompagner la personne dans le cheminement vers le rétablissement. Cette action permet de favoriser l'établissement et le maintien d'une collaboration entre les professionnels, mais aussi avec les différents environnements dans lesquels la personne évolue, que ce soit sa famille, ses amis, son milieu de travail ou son logement.

Ainsi, le travailleur social considère que l'environnement dans lequel le trouble mental s'inscrit, s'installe et persiste (Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2013) influence la situation vécue. Il va au-delà du diagnostic et des symptômes et agit sur les facteurs pouvant influencer la maladie, d'où la concertation et la collaboration nécessaires entre les différents environnements impliqués. Cette façon de voir l'intervention est essentielle dans la situation de Cathy : l'implication de ses proches, les plaintes du propriétaire de son appartement et les difficultés à obtenir des services en raison de différents comportements perturbateurs (crier, insister, menacer) nous ont amenés à intervenir auprès de différentes personnes par l'entremise de la sensibilisation à la maladie, à ses conséquences et aux possibilités de rétablissement.

## Les interventions du travailleur social en réadaptation psychiatrique

Mes interventions professionnelles dans la situation de Cathy visaient tant la personne que son environnement, ce qui rejoint à la fois l'aspect bidirectionnel de la réadaptation psychiatrique et la spécificité du travail social dans son rôle auprès de l'environnement. De plus, l'*empowerment* et le rétablissement, deux principes clés dans la réadaptation psychiatrique, servent de guide analytique, pratique et méthodologique de l'intervention sociale en santé mentale (Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2013). C'est ainsi que les travailleurs sociaux peuvent devenir des agents privilégiés dans l'accompagnement au rétablissement et dans la réadaptation des personnes présentant un trouble de santé mentale. D'abord, parce que les éléments constitutifs de l'évaluation du fonctionnement social permettent de recueillir et d'analyser des informations essentielles à la conduite de la réadaptation, notamment le sens donné au diagnostic, les forces de la personne et de son environnement ainsi que son fonctionnement individuel et social, y compris les rôles sociaux occupés et souhaités. Ensuite, parce que la perspective du rétablissement capte les valeurs et l'éthique du travail social par l'adoption d'attentes positives par l'intervenant sur l'amélioration du fonctionnement de la personne et par le renforcement de l'implication active de celle-ci et de sa famille afin d'y arriver (Regher et Glancy, 2014).

Concrètement, lorsqu'est venu le temps d'aider Cathy à reprendre le contrôle de sa vie après l'épisode de désorganisation, la mobilisation des différents partenaires a été essentielle. Avant cette crise, Cathy avait entrepris une formation en pâtisserie, qu'elle a cessé par manque d'intérêt. Elle croyait que sa vie s'améliorerait, mais elle a plutôt accumulé des dettes en ne payant pas ses droits de scolarité et en augmentant de manière importante sa consommation de cannabis. Elle risquait de perdre son logement et de ne pas pouvoir reprendre sa formation. J'ai donc mis en place un soutien alimentaire avec les proches, lui permettant de manger à sa faim tout en évitant la spirale de l'endettement. Ensuite, avec son autorisation et afin de cesser les effets négatifs de sa psychose, j'ai pris entente avec le propriétaire, lui expliquant le processus de traitement en place ainsi que le soutien apporté tout en négociant un délai pour le paiement du loyer. Avec l'école, j'ai pu faire enregistrer un abandon pour des motifs médicaux, évitant ainsi un échec scolaire qui aurait pu fermer plusieurs portes pour l'avenir. Cette intervention a un double impact : le premier sur le respect des droits de Cathy et son intégration sociale, et l'autre sur la stigmatisation envers les personnes vivant avec un trouble de santé mentale par la sensibilisation de certains acteurs de la société aux réalités de la maladie et du rétablissement.

6

### Agir avec la personne : le rôle partagé

Ce n'est qu'après cette stabilisation de la situation financière et médicale que l'équipe et moi avons mis en place les interventions de réadaptation. Cathy a alors accepté de prendre une nouvelle médication, qui a favorisé son implication et la prise de conscience des difficultés qui s'accumulaient. Pour avancer, Cathy a dû trouver un nouveau sens à sa vie, un nouveau projet. Elle avait besoin du soutien de personnes engagées croyant en la possibilité de sa réadaptation, un rôle qu'a joué l'équipe. L'accompagnement de la personne vers son rétablissement, par la réadaptation, est un engagement personnel et humain de la part de l'intervenant. L'espoir en est un ingrédient central (Cormier, 2009) et le fait que l'intervenant le porte contribue à mobiliser l'énergie de la personne vers un processus de changement et de rétablissement.

Le modèle d'intervention privilégié par l'équipe, basé sur le modèle « choisir, obtenir, conserver » (*Choose, get, keep*) du Center for psychiatric rehabilitation (Farkas et Anthony, 2010), vise l'intégration de la personne dans des rôles sociaux dits normaux et non stigmatisants. L'intervention

priorise l'intégration dans des emplois réguliers ou des milieux de loisirs ouverts à tous. Il consiste, comme son nom l'indique, à prendre le temps de choisir un rôle désiré, à s'efforcer de l'acquérir rapidement et à développer simultanément les habiletés pour l'exercer et le conserver.

En agissant à la fois sur la capacité de la personne à reprendre sa vie en main et sur la stigmatisation, ce modèle est compatible avec les valeurs du travail social. L'*empowerment*, la croyance en la capacité d'évoluer ainsi que le respect des droits et de l'autonomie sont des valeurs communes à la profession et à la réadaptation psychiatrique. Pour l'OTSTCFQ, un modèle qui favorise l'*empowerment* se traduit par :

« la mise en place d'un dispositif d'intervention qui encourage et reconnaît l'implication de la personne à toutes les étapes du processus d'intervention et qui permet d'établir un rapport de complémentarité entre les compétences issues des expériences de la personne et les compétences professionnelles du travailleur social » (2010 : 18).

La réadaptation psychiatrique favorise cette complémentarité et positionne la personne et ses choix au centre des interventions. Pour des personnes présentant des troubles de santé mentale graves, et parfois des troubles d'utilisation de substances en concomitance, l'*empowerment* peut nécessiter d'abord de comprendre, ou de découvrir, ses capacités. Si la personne n'a pas la croyance intrinsèque qu'il lui est possible d'avancer et de s'autodéterminer, les actions seront vaines. Après une crise comme celle vécue par Cathy, cette connaissance des possibilités est souvent faible. Ses nombreuses épreuves, dont les interventions policières et les décisions prises à sa place par l'équipe et sa famille, lui ont laissé une impression d'impuissance et un sentiment d'inutilité. Après cette période, la personne peut être incapable de voir au-delà de la maladie, et elle doit choisir entre lutter contre cet envahissement ou se laisser emporter dans cette impuissance. C'est là un long processus, fait d'allers-retours entre l'espoir et le profond désespoir, que Luc Vigneault et Marie-Luce Quintal décrivent dans « Je suis une personne, pas une maladie » (Vigneault et Quintal, 2013).

7

Choisir un rôle social significatif a représenté un effort important pour Cathy. Avant de penser à un rôle, je l'ai accompagnée dans le processus consistant à trouver une raison de changer, au cœur de la motivation. La désorganisation lui avait fait vivre plusieurs échecs, et elle ne croyait plus en sa capacité de réaliser ses rêves, qui lui apparaissaient désormais futiles et dénués de sens. Le découragement, l'abandon devant la maladie et le désespoir rendaient son quotidien difficile. J'ai moi-même eu parfois de la difficulté à croire en son potentiel de rétablissement, mais le souvenir de la jeune femme connue au début du suivi et décrite par son entourage nous permettait de rester confiants.

En raison de ce découragement, elle avait peu de raisons de s'impliquer dans un suivi et avait tendance à reporter les rencontres prévues. Son attention était diminuée et elle souhaitait parler de beaucoup de choses, sauf de sa vie. Nous avons donc d'abord mis en place un suivi accompagné de peu de conditions : être présente à mon arrivée et consacrer au moins 20 minutes à la rencontre. Les premières rencontres furent courtes et centrées sur la discussion autour de sujets d'intérêt pour elle : pâtisserie, musique, amies. Dans le processus visant à développer la motivation et à préparer la personne au changement, le respect de son rythme est essentiel. De plus, la créativité et l'engagement de l'intervenant sont cruciaux à ce stade (Gamble, Abate et Seibold, 2011).

Je souhaitais rallumer une flamme en regardant des livres et en écoutant des groupes de musique qu'elle aimait. Au départ, je choisissais les sujets. Petit à petit, elle s'est mise à parler de la musique qu'elle écoutait et des recettes qu'elle aurait aimé essayer. Avec le temps, j'ai pu introduire des exercices de connaissances de soi, comme l'identification de ses valeurs, un exercice tiré de la pratique en entretien motivationnel et traduit en 2010 de l'anglais (Moyer et Martino, 2006) par

Liette Desjardins, infirmière à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Après environ deux mois de ces rencontres hebdomadaires, Cathy a commencé à penser à apporter quelques changements dans sa vie : être plus assidue sur son ménage pour inviter des gens à la maison et cuisiner pour manger ce qu'elle aime plutôt que ce que sa mère lui préparait. Elle a recommencé à penser au futur. En discutant de ses valeurs et de ses forces, elle a pu retrouver une partie d'elle-même, un socle sur lequel se reconstruire. Elle a redécouvert ce qu'elle aimait. Que ce soit la cuisine ou les discussions animées entre amies, elle percevait qu'elle pouvait peut-être reprendre une vie dite normale.

C'est ainsi qu'elle a abordé la question du travail, d'abord pour des raisons financières, mais surtout pour se sentir utile et fière, ce qui l'a incitée à vouloir changer sa vie. Dès ce moment et avec son accord, les interventions de l'équipe ont été dirigées vers l'apprentissage des habiletés nécessaires à la réussite de son retour à l'emploi : se lever à l'heure, se laver, donner suite aux messages téléphoniques. Elle a choisi de se trouver un emploi et de laisser passer un peu de temps avant de reprendre l'école. Elle a diminué sa consommation de cannabis, la décrivant comme un obstacle à ses projets. Cette amélioration s'est étendue sur près de huit mois, avec des périodes plus difficiles où je devais reprendre avec elle la liste des raisons qu'elle avait trouvées pour se motiver à changer. Elle gardait en elle l'impression d'avoir échoué, mais dès qu'elle a obtenu un emploi dans un café, elle a repris confiance en ses ressources et possibilités, donnant l'impression d'être une nouvelle personne. Je me souviens de cette journée, de ce grand sourire contagieux lorsqu'elle m'a annoncé fièrement la nouvelle!

Dès ce moment, l'accent a été mis sur le développement et le maintien des habiletés pour exercer son emploi. Au premier jour de travail, j'ai appréhendé une désorganisation, une difficulté à se lever, à se rendre au bon endroit. Pour moi autant que pour elle, cette étape représentait un pas de géant. Ces sentiments partagés vis-à-vis l'importance de ce qu'elle vivait sont liés à la relation significative que nous avons développée avec le temps. L'accompagnement au rétablissement demeure un investissement humain marqué par l'espoir et guidé par le lien et l'engagement (Cormier, 2009; Turcotte, 2016), d'où l'implication affective.

## **Agir avec l'environnement pour soutenir la personne : illustration d'une intervention familiale**

Les travailleurs sociaux pratiquant dans le contexte de la réadaptation psychiatrique trouvent un rôle spécifique quand vient le temps d'intervenir sur les conditions de vie de la personne et auprès de son environnement social, par exemple l'employeur ou la famille. Le travailleur social devient ainsi agent facilitateur dans l'implication de la personne dans son traitement, mais aussi dans les relations entre la personne, sa famille et le milieu dans lequel elle vit. L'intervention auprès du propriétaire de l'appartement de Cathy et de son milieu scolaire en sont une illustration.

Il arrive toutefois que les situations des personnes nécessitent une intervention familiale. C'était le cas de Marc. D'un tempérament artistique, Marc cherchait depuis plusieurs années son rôle dans la société lorsque les hallucinations se sont présentées. Il croyait vivre un satori, et sa mère, Céline, ne voyait plus comment le soutenir. Lorsque Marc n'a pas renouvelé son bail sans chercher de nouvel appartement, elle a accepté de l'héberger chez elle, lui laissant le sous-sol de sa maison. Il n'en est presque plus sorti et ne participait pas aux tâches de la maison. Céline ne savait presque rien de la schizophrénie, encore moins de ce que sont les symptômes négatifs et positifs. Elle tentait de mobiliser Marc par diverses interventions punitives, rendant l'atmosphère à la maison invivable en augmentant la fréquence des conflits. Céline vivait alors un grand sentiment d'impuissance.

Le cadre d'analyse systémique des travailleurs sociaux permet de prendre en compte les différentes influences de l'environnement sur le fonctionnement social, notamment la situation dans la famille immédiate. Au-delà de la sensibilisation et de l'information, l'intervention familiale devient un champ d'exercice où le travailleur social a un rôle significatif. Pour Regher et Glancy (2014), l'intervention familiale est l'un des champs d'intervention spécifiques des travailleurs sociaux dans le champ de la réadaptation psychiatrique. Pour ces auteurs, les travailleurs sociaux aident les proches à conjuguer avec le deuil et la perte liés à la condition de santé mentale de la personne. Ils les accompagnent également dans le processus consistant à trouver des solutions adaptées et créatives pour se créer une distance confortable de façon à pouvoir reconstruire leur vie en composant avec la maladie de leur proche. Dans la situation de Marc, l'influence de la situation dans la famille avait un impact très important sur l'évolution du suivi de réadaptation. Il a alors accepté que je rencontre sa mère, en sa présence et parfois sans lui, afin de l'outiller et de l'aider à mettre en place les bonnes actions pour le soutenir dans le changement. Cette intervention va au-delà de la psychoéducation et de l'information, et vise entre autres à revoir les rôles et les règles dans la famille.

Depuis plus de 40 ans, la perception par les intervenants du rôle des familles de personnes présentant un trouble de santé mentale a grandement évolué, passant de la famille causant la maladie mentale à la reconnaissance de l'impact de la maladie sur le fonctionnement de la famille (Corrigan, 2016). Lorsque conjuguée au traitement pharmacologique et à une intervention de gestion de cas, la psychoéducation offerte à la famille est associée à une diminution du taux de rechute de la personne atteinte, les gains pouvant se maintenir jusqu'à deux ans (Corrigan, 2016). Pour Smith, Gregory et Higgs (2007), il est maintenant reconnu que l'environnement où vit la personne utilisatrice de services peut avoir un effet sur l'évolution de la maladie. Ainsi, l'intervention familiale peut contribuer, selon ces auteurs, à diminuer le fardeau créé par le soutien envers le proche, à réduire le sentiment de culpabilité et à aborder les enjeux reliés à la stigmatisation et à l'exclusion sociale dans la famille. Ce questionnement était essentiel dans la vie de Céline. En raison de l'impact déjà négatif de la maladie sur la vie de son fils, elle hésitait à prendre des ententes avec lui pour l'amener à participer davantage à la vie familiale, de peur de le confronter à de nouveaux échecs, tant dans les relations sociales que dans l'exercice de ses rôles sociaux. Comme bien des parents, elle ne souhaitait surtout pas son départ de la maison, par crainte de le laisser sans ressources.

Mueser et Gingerich (2006) rapportent que le fait de soutenir un proche présentant une schizophrénie a un impact important sur ce dernier, mais demande un grand investissement de temps, d'énergie et d'argent. L'adaptation à cette situation exige un travail constant et les interventions visant l'acquisition de compétences et d'outils pratiques, telles que certaines techniques d'intervention et de résolution de problèmes, peuvent aider à maximiser la résilience de la famille et le rétablissement du proche atteint. Pourtant, lorsque je l'ai rencontrée pour la première fois de façon individuelle, Céline m'a dit n'avoir jamais pu bénéficier d'un tel suivi pour mieux aider son fils. Elle blâmait son fils pour son manque de projets. La majorité des conflits portaient sur son indécision envers l'avenir et le manque d'implication dans la maison. Smith, Gregory et Higgs (2007) décrivent bien le fait que certains membres de l'entourage peuvent reprocher à la personne atteinte ses comportements bizarres et son manque de motivation. Dans ce contexte, les auteurs soulignent l'importance d'amener la famille à voir la maladie comme la principale responsable des difficultés, plutôt que la personne. L'enseignement sur les symptômes négatifs a permis à Céline de procéder à cette distinction. Je l'ai également accompagnée dans l'identification de ses attentes envers la participation de son fils, et j'ai pu la convaincre de l'importance de les exprimer et de mettre en place des actions pouvant guider Marc vers le changement.

Le jeu d'équilibriste entre le soutien et la responsabilisation s'est avéré complexe pour Céline, mais elle en est venue à percevoir que Marc gagnerait à prendre le pouvoir sur sa propre vie, malgré la

maladie. La perception de son fils et de ses capacités a changé : d'un enfant dépendant des autres, et surtout d'elle, Marc est devenu, pour elle, un adulte responsable capable de décider de ce qui est bon pour lui. Devant le choix de sa mère de lui laisser la responsabilité de sa vie, Marc a dû prendre des décisions pour lui-même, surtout lorsque sa mère lui a laissé six mois pour se trouver une occupation, sans quoi il devait aller vivre dans un lieu de ressources en réadaptation.

## CONCLUSION

La description de mes interventions auprès de Cathy et de Marc brosse un portrait de la spécificité et de l'apport unique des travailleurs sociaux dans le champ de la réadaptation psychiatrique. L'accompagnement vers le rétablissement et la reprise du pouvoir sur sa vie, en plus des actions ciblant les environnements autour de la personne, la famille, l'école ou l'emploi, sont des gestes à travers lesquels les travailleurs sociaux se retrouvent facilement.

Les prémisses de la réadaptation psychiatrique, par son engagement envers la mobilisation des forces de la personne et la pleine intégration dans la société, rejoignent les valeurs et les connaissances particulières des travailleurs sociaux, notamment l'accent mis sur les questions d'oppression et de stigmatisation des personnes présentant un trouble grave de santé mentale. Dans un contexte où l'intégration des personnes atteintes d'un trouble mental dans des rôles normalisants au sein de la société s'impose comme la voie à suivre, la capacité des travailleurs sociaux à cibler, à analyser et à influencer les enjeux des différents systèmes sociaux devient un atout important.

Ainsi, l'implantation à travers le Québec de modèles d'intervention tels que le soutien d'intensité variable sur la base du *case management*, axé sur les forces, constitue une occasion pour les travailleurs sociaux de se positionner comme des acteurs clés dans les équipes de suivi en santé mentale et d'influencer positivement les résultats des interventions vers une plus grande intégration sociale et une diminution de la stigmatisation.

---

## ABSTRACT:

*Psychiatric rehabilitation became a central model for intervention in the field of mental health services. Community mental health services in the province of Quebec integrate the practice as an important part of their everyday intervention, leading to a redefinition of the role of mental health social workers. Based on the experience of Cathy and Marc, this narrative explores the importance of a social worker's expertise in psychiatric rehabilitation, especially in the application of the "Choose, Get, Keep" model from the Boston Center for Psychiatric Rehabilitation and in family work. Because of their knowledge of human behaviour and social system operations, the social workers work in the gap between the person and his environment, giving them a key role in identifying personal strengths and opportunities, and using them in the development of personal skills and environmental support to achieve identified goals and, also, in the quest for a significant social role. They then become privileged agents of advocacy and stigma reduction for employers, school systems and society, while supporting families and relatives.*

## KEYWORDS:

*Social work, psychiatric rehabilitation, mental health social work, schizophrenia, family work, severe mental illness*

---



## RÉFÉRENCES

- Association canadienne des travailleurs sociaux (2001). *Le rôle du service social dans le champ de la santé mentale*. En ligne : <http://www.casw-acts.ca/fr/le-r%C3%B4le-du-service-social-dans-lechamp-de-la-sant%C3%A9-mentale>.
- Anthony, W. A. et M. Farkas (2009). *A primer on the psychiatric rehabilitation process*, Boston : Boston University center for psychiatric rehabilitation.
- Anthony, W. A. et K. Furlong-Norman (2011). « Readings in psychiatric rehabilitation and recovery », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 35, n° 1, 20.
- Cameron, D. et P. McGowan (2013). « The mental health social worker as a transitional participant : actively listening to 'voices' and getting into the recovery position », *Journal of social work practice*, vol. 27, n° 1, 21-32.
- Consortium pancanadien sur l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référenciel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. En ligne : [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf).
- Cormier, C. (2009). *L'espoir d'un mieux-être malgré la schizophrénie : témoignages de personnes utilisatrices de services vivant dans la communauté*, Mémoire de Maîtrise, Québec : Université Laval.
- Corrigan, P. W. (2016). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation : An empirical approach*, 2<sup>e</sup> édition, Guilford Press.
- Farkas, M. et W. A. Anthony (2010). « Psychiatric rehabilitation interventions : a review », *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, vol. 22, n° 2, 114-129.
- Gamble, K., Abate, S., Seibold, M., Wenzel, K. et J. Ducharme (2011). « Promoting Readiness for Discharge for Long-Term State Hospital Residents », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 35, n° 2, 133-136.
- Gusew, A. et G. Berteau (2011). *Le développement professionnel d'intervenants sociaux assignés à des services d'accueil ou de court terme en contexte d'urgence ou de crise*, Rapport de recherche, École de travail social, Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Moyer, T. et S. Martino (2006). « "What's Important in My Life": The Personal Goals and Values Card Sorting Task for Individuals with Schizophrenia ». En ligne : <https://casaa.unm.edu/inst/Values%20Card%20Sorting%20Task%20for%20Individuals%20with%20Schizophrenia.pdf>.
- Mueser, K. T. et S. Gingerich (2006). *The complete family guide to schizophrenia. Helping your loved one get the most out of life*, Guilford Press.
- Oliver, C. (2013). « Social Workers as Boundary Spanners : Reframing our Professional Identity for Interprofessional Practice », *Social Work Education*, vol. 32, n° 6, 773-784.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle, énoncé de position*, Montréal, 25 p.
- RCPI (2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et service sociaux. Guide explicatif*. En ligne : [http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils\\_2015/Guide\\_explicatif-Continuum\\_vFR\\_\\_18-07-31.pdf](http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils_2015/Guide_explicatif-Continuum_vFR__18-07-31.pdf).
- Regehr, C. et G. Glancy (2014). *Mental health social work practice in Canada*, 2<sup>e</sup> édition, Don Mills, Ontario : Oxford University Press.
- Smith, G., Gregory, K. et A. Higgs (2007). *An integrated approach to family work for psychosis. A manual for family workers*, Jessica Kingsley Publisher.
- Turcotte, K. (2016). *L'expérience des intervenants dans l'accompagnement vers le rétablissement des personnes vivant dans les milieux de soins de longue durée en psychiatrie*, Mémoire de Maîtrise, Québec : Université Laval.
- Vigneault, L. et M-L. Quintal (2013). *Je suis une personne, pas une maladie!*, Longueuil : Performance Édition.