

# L'approche par les forces en santé mentale : entre confrontation et découverte sur le terrain

**Emmanuelle Khoury**, T.S., Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Montréal  
emmanuelle.khoury@umontreal.ca

**Marjolaine Chaput**, T.S., Clinique externe en santé mentale, CISSS Montérégie-Ouest,  
marjolaine.chaput.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca

---

## RÉSUMÉ :

*L'approche par les forces en santé mentale est de plus en plus utilisée par les intervenantes. Le travail social a un rôle particulier à jouer dans l'actualisation de cette approche et du modèle qui en découle, non seulement parce que plusieurs des valeurs de la profession s'y relient, mais aussi parce que le travail social est bien positionné, avec son angle social, pour la bonifier. À travers des récits de pratique relevant d'interactions quotidiennes entre intervenante et personne usagère dans une équipe de santé mentale de proximité (suivi intensif dans le milieu), cet article souhaite illustrer les défis et les enjeux liés à l'application de l'approche par les forces en santé mentale. La discussion autour de ces récits nous permettra ensuite d'exposer la philosophie d'intervention propre au travail social et de dégager des pistes d'intervention s'appuyant sur une posture critique.*

43

## MOTS-CLÉS :

*Approche par les forces, santé mentale, récits de pratique, posture critique, rapports de pouvoir*

---

## INTRODUCTION

Les deux dernières décennies ont vu se produire une évolution significative dans la manière dont les problèmes de santé mentale et leurs traitements sont conceptualisés, tant dans les politiques que dans la pratique. Traditionnellement, le domaine de la santé mentale est fortement influencé par le modèle biomédical où la maladie mentale est comprise comme un déficit chronique qui réside dans l'individu. En s'éloignant de cette conceptualisation, l'approche du rétablissement en santé mentale a pris de l'ampleur dans la pratique de réhabilitation psychiatrique aux États-Unis à partir des années 1990. Le concept du rétablissement en santé mentale est désormais le principe d'organisation dominant des services publics de santé mentale dans de nombreux pays, dont le Canada (Davidson et White, 2007; Jacobson, 2004; Khoury et Rodriguez, 2015). Concrètement, l'approche axée sur le rétablissement est orientée vers les processus. Elle est centrée sur la personne et façonne les structures de gouvernance afin qu'elles tendent vers l'inclusion sociale, la qualité de vie, la citoyenneté et la participation.

Au Québec, les principes directeurs des Plans d'action en santé mentale de 2005 et 2015 incluent l'orientation des soins et des services vers le rétablissement (MSSS, 2005, 2015). Ainsi, l'équipe de soutien et de suivi dans la communauté (suivi d'intensité variable et soutien intensif dans le milieu) « joue un rôle déterminant » dans la réalisation d'une offre de soins et de services orientés

vers le rétablissement de la personne (MSSS, 2015 : 53). Ces équipes visent la réadaptation et le rétablissement grâce à une approche de suivi de proximité intensif. Le suivi intensif dans le milieu (SIM) est un dispositif de services inspiré du modèle *Assertive Community Treatment* (ACT). Il s'agit d'un programme basé sur les données probantes, très bien documenté dans la littérature, qui s'inscrit dans une logique soignante et d'efficience (Dorvil, 2005; Drake et Burns, 1995; MSSS, 2009; Rodriguez, 2011). Son mandat consiste à éviter les hospitalisations par le maintien du logement dans la communauté, l'adhérence au traitement et la diminution des symptômes psychiatriques. Certaines caractéristiques du SIM, telles que la flexibilité, la durée illimitée des suivis, l'emplacement communautaire et l'autonomie professionnelle représentent un potentiel pour un nouveau type de pratique à la fois individuel et collectif, centré sur les forces et sur un processus de rétablissement.

Au Québec, l'actualisation d'une pratique orientée vers le rétablissement dans le SIM passe par une approche axée sur les forces de la personne. Cette approche, et le modèle des forces développé par Rapp (1998) et Rapp et Goscha (1997, 2015) qui en découle, proposent un changement radical : déplacer l'accent mis sur la maladie ou les déficits pour mettre de l'avant les forces ou la résilience comme la voie la plus efficace vers le rétablissement. Si une approche axée sur les forces implique que la travailleuse sociale cible davantage les forces plutôt que les déficits d'un individu, d'une famille, d'un groupe ou d'une communauté, le modèle par les forces développé par Rapp et Goscha (1997) offre une manière de structurer et de planifier l'intervention orientée vers le rétablissement en santé mentale. Ce modèle repose sur six principes qui sous-tendent une approche d'intervention qui mise sur la recherche de projets de vie, sur les talents et les capacités des personnes, ainsi que sur les ressources et les occasions disponibles dans leur environnement. Ces principes sont : 1) mettre l'accent sur les forces de l'individu plutôt que les déficits; 2) croire et savoir que les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale importants sont capables de transformer leur vie; 3) accepter que la personne usagère soit le maître d'œuvre de sa vie et du processus d'intervention; 4) reconnaître que le lien relationnel est primordial pour la co-construction des interventions; 5) favoriser les interventions et les interactions dans la communauté, à l'extérieur de l'institution ou de l'hôpital; 6) renforcer les forces de l'environnement de la personne et le rôle de la communauté en tant qu'oasis de ressources.

Cet article propose une réflexion sur l'approche par les forces dans le domaine de la santé mentale au Québec, spécifiquement au sein d'une équipe SIM, et rappelle la nécessité de remettre en question les relations de pouvoir dans le travail avec les individus, les familles et les communautés, puisqu'elles représentent un enjeu important dans l'actualisation de l'approche. Le récit de pratique, en tant que méthode de connaissance des logiques de pratiques locales, nous apparaît pertinent pour réfléchir aux limites et aux enjeux de l'approche axée sur les forces dans un contexte d'intervention en santé mentale. Afin d'offrir un autre regard sur les découvertes issues du terrain, cet article s'appuiera également sur la littérature scientifique portant sur les pratiques d'intervention et d'accompagnement clinique.

## 1. L'approche par les forces en santé mentale

Bien que les pratiques institutionnelles axées sur les forces n'en soient qu'à leurs balbutiements, diverses disciplines – dont le travail social – reconnaissent les capacités des personnes et de leur communauté (Nussbaum, 2011; Rapp, 1998; Rapp et Goscha, 1997, 2015; Saleebey, 1992) et considèrent que les besoins humains les plus fondamentaux en matière de dignité et de respect de soi ne peuvent être satisfaits sans saisir les occasions de développement pour chaque personne. En ce sens, le travail social en santé mentale, au Québec et ailleurs, a développé des approches et des

outils ancrés dans la perspective holistique de la discipline et basés sur les forces et le pouvoir d’agir des usagers (Rapp, 1998).

Le champ de la santé mentale, voire la psychiatrie, est dominé par des protocoles d’évaluation et d’intervention qui cherchent à déterminer ce qui est problématique ou pathologique chez la personne en souffrance. La pratique traditionnelle en santé mentale est ainsi basée sur les déficits, ce qui fait en sorte que le travail des intervenantes vise principalement l’acquisition de compétences afin de corriger ces déficits (Rapp, 1998; Rapp et Goscha, 2015). Il peut être tentant pour les travailleuses sociales d’adopter une approche médicale mettant leur expertise au profit de la détermination du problème ou du besoin de la personne afin de mobiliser une variété de services professionnels pour l’aider. Agissant avec les meilleures intentions, par exemple pour introduire rapidement certains changements, les intervenantes de toutes professions vont s’appuyer sur ce qui est évident à leurs yeux. Pourtant, dans une pratique axée sur les forces, les intervenantes ne posent pas nécessairement de diagnostic ni ne déterminent l’intervention nécessaire; cette approche vise plutôt le recours à certaines compétences professionnelles dans un objectif d’accompagnement relationnel aligné sur les forces de la personne et de son environnement.

L’approche par les forces est née d’un changement de paradigme en travail social clinique : les problèmes vécus par les personnes ne sont plus conceptualisés comme des pathologies individuelles, mais comme les conséquences de ruptures dans le lien social ou les liens structurels. Les premiers travailleurs sociaux à écrire sur l’approche par les forces cherchaient à comprendre l’expérience de souffrance de la personne et à réfléchir sur la construction de l’intervention (Weick, Rapp, Sullivan et al., 1989). Saleebey (1992) soutient que chaque individu possède des forces personnelles ou environnementales qui, souvent, ne sont pas reconnues, et que ce sont ces forces qui lui procurent la motivation nécessaire au développement de son plein potentiel. Autrement dit, l’approche par les forces repose sur l’idée que chaque personne peut effectuer des changements dans sa vie et qu’elle possède une expertise sur elle-même qui lui permet de résoudre ses problèmes et d’avancer dans son projet de vie; les interventions préconisées chercheront donc à agir sur les différents facteurs pouvant empêcher la reconnaissance de ces forces et capacités. En ciblant les forces des personnes, selon Saleebey (1992), les intervenantes soutiennent une amélioration de leur résilience, soit leur capacité de faire face à l’adversité et à rebondir à la suite de situations difficiles (Glicken, 2004).

Les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale constituent un groupe hétérogène. La singularité des traumatismes vécus et des forces intérieures et extérieures rend essentielle la prise en compte de l’unicité des expériences de vie de ces personnes. Malgré les standards éthiques et les valeurs de la profession du travail social qui placent la personne au centre de l’intervention, le contexte clinique et organisationnel dans lequel œuvrent les travailleuses sociales en santé mentale fait souvent de la personne l’objet du processus plutôt que son sujet. La différence entre les deux approches repose sur les relations de pouvoir en jeu. En théorie, une posture clinique axée sur les forces (Rapp, 1993; Rapp et Goscha, 2015) a le potentiel de répondre à une perspective anti-oppressive en transformant la relation professionnelle – entre intervenantes et usagers – d’une dyade inégale à un partenariat engagé dans la résolution des problèmes. Cela s’applique particulièrement au travail social, étant donné la place centrale dans la formation et la recherche de la perspective anti-oppressive, qui cherche à mieux saisir la complexité des oppressions afin de les démanteler (Lee, MacDonald, Caron et al., 2017). Des auteurs phares en travail social tels que Mulally (2007) et Moreau (1987) ont fait ressortir l’importance de la remise en question des rapports de pouvoir pour contrer les déséquilibres dans les relations d’intervention et la distribution des ressources.

## 1.1 La distinction entre l'appropriation du pouvoir et l'approche par les forces

Il importe de distinguer l'approche par les forces du concept d'appropriation du pouvoir, concept central en travail social, car les deux sont régulièrement abordés ensemble dans la littérature (Khoury et Rodriguez, 2015). Le concept d'appropriation du pouvoir fait partie du discours en santé mentale au Québec depuis 1998. Dans le *Guide pour le développement des compétences en santé mentale*, cette notion est décrite comme étant l'appropriation « par une personne utilisatrice de services en santé mentale, du pouvoir quant à la conduite de sa vie [...] un processus continu qu'elle-même a décidé d'entreprendre et qu'elle gère en fonction de la connaissance qu'elle a d'elle-même » (MSSS, 2004 : 10). Or, selon certains auteurs (Rapp et Goscha, 2015; Rodriguez, Bourgeois, Landry et al., 2006), ce concept ne peut véritablement s'incarner que lorsque la personne concernée possède l'autorité de prendre ses propres décisions, de prendre la parole en toute liberté et de défendre ses droits, et qu'elle possède la confiance en soi nécessaire pour le faire. Kam (2002) ajoute que le processus d'appropriation du pouvoir doit aussi se centrer sur une transformation des relations de pouvoir inégales et oppressives en société, afin de soutenir le sentiment de pouvoir des personnes non seulement au sein de leur participation dans des décisions cliniques, mais aussi sur le plan politique. Une pratique axée sur l'appropriation du pouvoir inclut également un changement dans les relations de pouvoir inégales entre les travailleuses sociales et les personnes usagères. En somme, l'approche par les forces est un « modèle et une perspective qui incarne ce processus » d'appropriation du pouvoir d'agir (Rapp et Goscha, 2015 : 26, traduction libre).

En santé mentale, le regard biomédical valorisant l'expertise médicale crée une tension chez les intervenantes qui adoptent une posture axée sur les forces (Glas, 2019). On reconnaît aux travailleuses sociales en santé mentale une expertise qui légitime l'utilisation de leurs connaissances afin de favoriser l'intégration sociale des personnes usagères et de les aider à atteindre un certain bien-être, mais qu'en est-il de la légitimité des expériences et des connaissances de ces personnes? La conception des personnes usagères varie d'une intervenante à l'autre selon sa perception subjective de la folie et de la marginalisation, ainsi que sa posture en tant qu'experte. Cette conception subjective, légitimée par l'expertise professionnelle, a un impact non seulement sur la compréhension de la problématique vécue par la personne usagère, mais aussi sur la construction et le déploiement d'une intervention qui sera axée soit sur l'accompagnement et la réalisation du plein potentiel de la personne, soit sur le maintien d'un filet de sécurité (Khoury, 2019).

La question du pouvoir dans le champ de la santé mentale a été soulevée au 20<sup>e</sup> siècle par des sociologues et des historiens. Les analyses les plus reconnues émergent de Foucault (1977-1995), qui utilise le terme « pouvoir/savoir » pour signifier que le pouvoir est constitué de formes acceptées de connaissances, de compréhensions scientifiques et de vérité. Dans son œuvre séminale *Histoire de la folie à l'âge classique* (1972), il explique que les hôpitaux psychiatriques exerçaient sur les personnes admises un pouvoir médical, mais aussi administratif et légal, qui créait une hégémonie de pouvoir totale du groupe d'experts sur un autre groupe, celui des usagers. Foucault affirme aussi que les relations de pouvoir sont partout (dans nos structures, nos liens sociaux, notre vie quotidienne, etc.) et que c'est en étant conscient de cette réalité qu'on peut y résister et affirmer sa singularité (Daldal, 2014). Cette résistance peut provenir de la personne opprimée, marginalisée et assujettie, ou encore de celle qui l'accompagne, qui lui offre des soins ou qui intervient auprès d'elle. Si le pouvoir peut être mobilisé par les intervenantes sociales pour résister aux pratiques ou aux structures hégémoniques (Lee, MacDonald, Caron et al., 2017), il importe de se tourner maintenant vers la spécificité de la pratique en santé mentale afin de démontrer comment le modèle de l'approche par les forces peut soutenir les intervenantes dans ces actes de résistance et redonner aux personnes usagères un pouvoir décisionnel sur leur vie.

## 1.2 La spécificité du travail de proximité en santé mentale

Au cours des dernières décennies, les services en santé mentale au Québec ont évolué, tant sur le plan des approches adoptées que des perspectives théoriques qui les sous-tendent. Selon Farkas et Vallée (1996), l'émergence du concept du pouvoir d'agir dans le domaine de la santé mentale dans les années 1990<sup>1</sup> a été favorisée par trois facteurs : un changement de perspective quant aux problèmes de santé mentale importants, le développement d'alternatives aux longues hospitalisations et la montée du mouvement de défense des droits des usagers. Ceci a pavé la voie à un nouveau principe qui deviendra central : la notion de rétablissement. Le rétablissement en santé mentale est considéré comme un processus unique et non linéaire, ancré dans le sens personnel que la personne concernée donne à son expérience (Deegan, 1988, 1997). Winsper, Crawford-Docherty, Weich et al. (2020) ont développé un modèle pour cartographier les interventions orientées vers le rétablissement sur trois plans : le social (par ex. : les rôles sociaux et la participation citoyenne), l'existential (par ex. : l'auto-détermination et l'espoir) et le fonctionnel (par ex. : le retour à l'emploi, l'école ou d'autres champs d'activité). Les lignes directrices pour une pratique axée sur le rétablissement au Canada stipulent qu'il doit « se produire dans le contexte de la vie de la personne » (Commission santé mentale du Canada, 2015 : 38, traduction libre) et soulignent la nécessité pour les professionnels de la santé mentale de prendre en compte et d'agir sur les facteurs contextuels qui participent à l'inégalité des rapports sociaux. Au Québec, ce concept a été introduit en 2005 dans les politiques sociales et organisationnelles en santé mentale (MSSS, 2005) et reconduit en 2015 dans le Plan d'action en santé mentale (PASM). Insistant sur le statut de citoyen de la personne usagère, il se traduit par l'intégration sociale, la participation des usagers et de leur famille ainsi que le développement de liens communautaires.

Le concept du rétablissement en santé mentale était à l'origine un courant social issu d'individus ayant un vécu personnel de problèmes de santé mentale<sup>2</sup> et qui ont revendiqué leur rôle de citoyens participants (Khoury et Rodriguez, 2015). Dans une perspective de rétablissement, une intégration sociale réussie peut avoir un impact déterminant sur la personne, entre autres sur son estime de soi, sa confiance en son pouvoir d'agir et son sentiment d'espoir et d'appartenance (Rapp et Goscha, 2015). Depuis, la littérature scientifique a validé l'idée qu'une intervention professionnelle peut faciliter le processus de rétablissement d'une personne (Anthony, 1993; Davidson, O'Connell, Tondora et al., 2006; Rodriguez, Corin et Guay, 2000; Rodriguez, Bourgeois, Landry et al., 2006).

Au Québec, depuis l'adoption du PASM de 2005, les équipes de proximité en santé mentale communautaire ont connu une croissance exponentielle. Les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) sont considérées comme une ressource phare pour l'organisation de services et de soins axés sur le rétablissement, notamment par l'utilisation de l'approche par les forces (Goscha, Rapp, Bond et al., 2012). Elles s'inscrivent dans des programmes spécialisés de santé mentale communautaire dont l'objectif principal est la diminution, voire l'évitement des hospitalisations et qui préconisent la gestion des symptômes grâce à un traitement psychiatrique pharmacologique et

1 La notion de pouvoir d'agir (*empowerment*) trouve ses origines dans des domaines variés, tels que le féminisme et les mouvements sociaux des années 1960 aux États-Unis (Calvès, 2009). En relation d'aide, l'approche du pouvoir d'agir était définie par le psychologue Julian Rappaport (1981, 1985) comme une manière de reconcevoir le lien entre la personne concernée et le professionnel, afin de redonner des ressources et de l'autorité à la personne concernée pour créer un changement positif dans sa vie et sa communauté (Rapp et Goscha, 2015).

2 Pour les besoins de cet article, nous utilisons le terme « problèmes de santé mentale » pour des raisons épistémologiques. La plupart des discussions sur la détresse continuent d'être formulées en termes biomédicaux comme « maladie mentale » / « trouble » (Beresford, 2020). Le choix des mots dans le domaine de la santé mentale est important et peut être stigmatisant. Dans une optique de rétablissement axée sur les forces, nous reconnaissons que les personnes vivant avec un problème de santé mentale de longue durée peuvent avoir du mal à se réapproprier leur identité personnelle (en tant que parent, conjoint, collègue, bénévole, étudiant, etc.). Notre posture critique et axée sur les forces nous amène à vouloir faire des choix terminologiques susceptibles de favoriser une vision plus globale et plus inclusive des expériences de vie variées.

à un suivi psychosocial intensif mené par des intervenantes. Le gouvernement du Québec décrit le programme SIM contemporain comme :

« [...] un service spécialisé, généralement offert par les hôpitaux psychiatriques ou par les départements de psychiatrie des hôpitaux de soins généraux. Ce service est l'ultime recours pour maintenir les personnes atteintes de troubles mentaux graves dans leur milieu de vie. Par le biais de contacts soutenus et d'un encadrement rigoureux, il permet d'éviter les hospitalisations prolongées et de diminuer le fardeau des aidants naturels. » (MSSS, 2009 : 7)

Les modèles de soutien communautaire mis en œuvre sont associés à une variété de pratiques allant du fonctionnement de base au développement personnel (Bond, 1991; Bond et Drake, 2015; Phillips, Burns, Edgar et al., 2001) et ont recours à différents moyens allant de l'approche pharmacologique à une approche basée sur les forces (Rodriguez, 2011). La particularité de ces services spécialisés est d'offrir des interventions dans le milieu de vie de la personne : chez elle, dans un espace public ou dans la rue. Pour intervenir en proximité, l'intervenante doit bâtir un lien de confiance avec la personne usagère et comprendre son vécu et la complexité de son environnement (Morin, Allaire, et Bossé, 2015). Le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) indique que, pour travailler dans une optique de rétablissement, le lien d'intervention créé doit aider la personne à préciser ses objectifs personnels, à établir ses priorités et à faire ses propres choix.

La compréhension du vécu des personnes peut cependant être compromise par des biais implicites (Desai, Paranamana, Restrepo-Toro et al., 2020), des écarts de pouvoir social et institutionnel (Healy, 2005; Lee, Tsang, Bogo et al., 2019; Vidal-Naquet, 2019) ou une conception de la personne usagère qui ne tient pas compte de son contexte de vie (Khoury, 2019). Trop fréquemment, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale importants vivent de l'exclusion sociale sous toutes ses formes ainsi que de l'oppression économique, car elles disposent souvent d'une capacité limitée de participation à la vie citoyenne et publique. Les diverses interactions entre les acteurs (intervenante/personne usagère et intervenantes entre elles) sont un élément central du processus d'accompagnement de proximité pour permettre le développement d'une intervention co-construite et partagée ayant un sens pour chacun. Or, la promotion d'une pratique basée sur les forces dans les services de santé mentale communautaires spécialisés crée souvent des tensions inattendues. Intuitivement, l'idée de se concentrer sur les forces des personnes est chaleureusement accueillie et considérée comme un point de départ respectueux pour soutenir un changement positif et créer un lien significatif qui favorise le rétablissement. Cependant, la pratique réelle consistant à nommer, à reconnaître et à utiliser les forces comme point de départ du changement positif n'est pas nécessairement vécue de cette manière par ceux qui reçoivent les services (Khoury, 2019).

Que se produit-il lorsque les intervenantes et les personnes usagères en santé mentale se rencontrent au domicile de ces dernières ou dans un espace public? Quelles sont les interventions innovantes, efficaces et prometteuses qui sont construites entre la personne usagère et l'intervenante, et sous quelles conditions? Comment les intervenantes sociales abordent-elles avec les personnes usagères des sujets tels que le bien-être, le rétablissement et la participation?

En guise de réponse à ces questions, nous proposons deux récits de pratique d'une travailleuse sociale œuvrant dans une équipe SIM au Québec. Ces récits ont été choisis pour répondre aux objectifs de cet article, soit d'illustrer l'importance de la prise en compte des forces et de l'expérience des personnes qui vivent avec une problématique de santé mentale. Ils serviront ensuite de base pour élaborer une réflexion sur les rapports de pouvoir qui existent dans la relation entre intervenante et personne usagère.

## 2. Récits de pratique

Un récit de pratique fait référence à une description d'expériences de travail concrètes qui apporte des pistes d'apprentissage et qui suscite une réflexion sur les enjeux fondamentaux d'une pratique (Desgagné, 2015). Plus spécifiquement, le récit de pratique prend la forme d'une situation professionnelle à résoudre et témoigne de la démarche de résolution qui guide l'intervenante dans sa manière de composer avec les situations rencontrées. Décrite par Grimaud (2003) comme une « méthode de connaissance des logiques locales » ( : 8), le recours au récit de pratique nous a semblé pertinent pour partager des savoirs expérientiels d'intervention. À travers deux histoires d'intervention qui mettent en lumière les interactions entre les personnes usagères et une équipe de santé mentale de proximité (SIM), nous pouvons illustrer les réalités, les facilitateurs et les barrières d'une approche axée sur les forces. Pour les travailleuses et travailleurs sociaux, le partage du savoir, par l'entremise de récits de pratique décrivant les approches terrain des intervenantes, offre un ancrage dans la pratique pour développer une réflexion autour des enjeux de l'intervention (Schon, 1987).

### 2.1 Processus méthodologique

Nos réflexions cliniques et nos discussions théoriques autour de la complexité et de la spécificité de l'intervention en travail social en santé mentale nous ont amenées à vouloir apprendre de nos expériences d'intervention. Nous avons donc formulé les questions réflexives suivantes : Comment avons-nous pu réellement intervenir en adoptant une approche axée sur les forces des personnes en tant que travailleuses sociales? Quels sont les apprentissages qui en ont découlé? Que changerions-nous? Les deux récits présentés ici sont construits autour d'expériences singulières tout en étant liés par la thématique plus large des enjeux d'intervention auprès de personnes suivies par une équipe de proximité en santé mentale. Ainsi, diverses situations d'intervention sont proposées, illustrant des enjeux présents dans les parcours d'une majorité de personnes qui sont accompagnées par des travailleuses sociales en équipe SIM.

49

Nous avons tout d'abord ciblé quelques enjeux centraux afin de partager des expériences terrain qui pourront inspirer des pistes de réflexion sur les enjeux d'intervention en santé mentale. Nous avons constaté, de nos propres expériences d'intervention et de recherche, que l'instabilité et la précarité du logement, la consommation et les effets iatrogéniques des médicaments (notamment la prise de poids) sont des problématiques fréquentes auxquelles les personnes usagères suivies par une équipe SIM sont confrontées. Trois raisons principales expliquent le choix des deux récits présentés : 1) des interactions mémorables; 2) des expériences porteuses d'enseignements qui confrontent nos conceptions d'une intervention axée sur les forces et 3) des situations représentatives des problématiques vécues par les personnes usagères au sein d'une équipe SIM.

### 2.2 Récit 1 : l'histoire de Marie<sup>3</sup>

Je me rappelle ma première rencontre avec Marie. Cette dame d'une soixantaine d'années, a priori peu loquace, m'avait dit se contenter de peu. Au fil des mois, dans une relation où la méfiance a tapissé chacune de nos interactions, Marie m'a dévoilé au compte-gouttes des bribes de son histoire, qui laissent entrevoir des blessures parfois encore vives. En raison de son diagnostic (la schizophrénie paranoïde), elle a subi le rejet de sa famille et de ses pairs. Ces événements m'ont

3 Les noms ainsi que certains détails permettant l'identification des personnes ont été changés pour assurer l'anonymat et la confidentialité.

aidée à saisir les raisons de la difficulté à établir un réel lien de confiance avec Marie et à comprendre pourquoi elle adoptait une position de retrait lorsque nous étions en présence d'autres personnes : elle cherchait à se protéger d'une future déception ou d'un possible abandon.

La constance de nos rencontres, qui se déroulaient souvent sur un ton informel autour d'un café ou lors de transports utilitaires, par exemple, a toutefois permis l'établissement d'une alliance<sup>4</sup> thérapeutique, d'un lien relationnel qui m'a permis de découvrir que sous la carapace de Marie se trouvait une femme dotée d'une capacité relationnelle indéniable. Au fil du temps, Marie était devenue plus souriante lors des rencontres, elle parlait plus spontanément, faisait des blagues.

Marie résidait dans une maison de chambres où elle subissait régulièrement des agressions verbales, de la stigmatisation et du dénigrement, en plus d'être inlassablement confrontée à ses difficultés. Elle était aussi victime à l'occasion du vol de ses biens ou de sa nourriture. Malgré cela, Marie ne voulait pas déménager : elle avait peur de l'inconnu et refusait les propositions de relocalisation dans des ressources d'hébergement en santé mentale, ne voulant pas être rattachée à cette « étiquette ». Elle m'a bien fait comprendre son inquiétude de devenir « invisible », de disparaître derrière un diagnostic. Elle souhaitait ardemment rester autonome et se sentir « chez elle », la maison de chambres étant le compromis qui, selon elle, s'en rapprochait le plus.

Par contre, en tant que travailleuse sociale, j'avais le devoir de rédiger des notes d'intervention dans son dossier. Bien que relevant les forces et les particularités de Marie, ces notes faisaient aussi état de ses difficultés en matière d'entretien de sa chambre et des aires communes, et du fait qu'elle ne cuisinait pas vraiment. En raison de ses tremblements, Marie faisait fréquemment des dégâts, qu'elle peinait ensuite à bien nettoyer. Son hygiène personnelle était en outre critiquée par les autres résidents, ce qui l'a finalement menée à être mise à la porte de sa maison de chambres.

50

À la suite de cet événement, Marie a vécu une période d'instabilité résidentielle pendant laquelle elle a fréquenté quatre milieux différents, dont des maisons de chambres (où elle a souffert de punaises de lit), des maisons privées offrant des services de base et des organismes de dépannage. Marie désirait plus que tout rester dans sa région et vivre de façon autonome. Mentionnons toutefois qu'elle disposait d'un faible revenu, ce qui rendait difficile l'accès à un logement autonome non subventionné. Le manque de ressources et la crise du logement étant bien réels, cela aura pris un an pour trouver le milieu de vie qui répondait aux volontés de Marie, soit un logement autonome dans sa région et financièrement accessible, moyennant quelques compromis. C'est ainsi que Marie a emménagé dans un petit appartement situé dans une tour d'habitation occupée majoritairement par des personnes âgées. Quelques mois plus tard, elle m'a confié que c'était la première fois depuis longtemps qu'elle se sentait chez elle et qu'elle ne craignait pas de se faire mettre à la porte du jour au lendemain. Ce qu'elle me révélait, à ce moment-là, c'est qu'elle avait enfin du pouvoir sur cet aspect de sa vie : son chez-soi.

Son nouvel environnement lui amène l'impression que, à l'instar de la majorité des autres locataires, elle est finalement arrivée à la retraite et qu'elle peut se gâter. Dans ce contexte, Marie décide une fois de plus d'arrêter de fumer pour pouvoir s'offrir d'autres confort. Ayant appris à bien la connaître et à savoir ce qui est important pour elle, j'ai pu l'accompagner dans l'organisation d'un budget lui permettant de s'offrir des soins de coiffure et d'esthétique, que Marie apprécie particulièrement, car elle se sent moins étiquetée et marginalisée lorsqu'elle reçoit des soins « comme tout le monde ». En plus d'être une manifestation de sa compassion et de sa bienveillance envers elle-même, ces

---

4 L'alliance thérapeutique, soit la relation collaborative entre la travailleuse sociale et la personne usagère, est considérée comme le meilleur moteur de changement positif dans l'intervention sociale, surtout lorsqu'il y a un partage d'espoir et de pouvoir (Borg et Kristiansen, 2004; Kidd, Davidson et McKenzie, 2017).



soins ont augmenté son niveau de confiance et d'estime de soi et ont eu un impact majeur sur sa motivation à maintenir une bonne hygiène globale. Pour tenir compte des choix de Marie, ces services ont été priorisés par rapport à ceux concernant l'entretien de son logement ou son alimentation. Actuellement, son logement présente un niveau de salubrité faible, mais suffisant pour assurer sa sécurité, et son alimentation est acceptable. Dans les faits, cela importe peu pour Marie, qui fait passer l'acceptation sociale avant la salubrité de son logement, elle qui a connu toute sa vie le poids du regard des inconnus. Cette dame fière, pour qui l'apparence physique et les bonnes manières sont importantes, affirme avoir désormais des contacts avec les autres locataires – des contacts brefs mais qu'elle juge positifs et satisfaisants – et, surtout, elle n'est plus associée à la « santé mentale ».

Ces interactions positives, le rehaussement de son estime de soi et l'atteinte d'une sécurité résidentielle ont insufflé à Marie un sentiment de contrôle sur sa vie. Son engagement dans la recherche de son bien-être lui a aussi procuré la motivation nécessaire pour faire les changements qui lui permettraient de satisfaire ses aspirations. Elle souffre encore de solitude, mais qui sait où sa résilience et sa reconnaissance de ses forces la mèneront dans son nouveau contexte de vie?

### 2.3 Récit 2 : l'histoire de Morgane

C'est le regard déterminé, fier et soutenu de Morgane qui m'a frappée lors de ma première rencontre avec cette femme dans la fin de la trentaine, qui ne voulait surtout pas être aperçue avec une intervenante. Morgane affichait un goût de vivre insatiable et une forte envie de contribuer et d'aider les autres. Le passé de Morgane avait forgé cette puissante personnalité, qui lui avait permis d'être ce pilier de famille imparfait et marqué par les tempêtes, mais qui ne s'était jamais complètement effondré. Derrière une colère bien contrôlée et des opinions fermes se cachait une femme déterminée, agréable et magnifique, un être humain qui, comme les autres, désirait être écouté, entendu et encouragé.

Même si plusieurs problématiques auraient pu être priorisées, notamment la sphère socioprofessionnelle, la dépendance et la compliance au traitement – ces trois grands axes que privilégient habituellement les équipes SIM –, ce n'était pas ce que souhaitait Morgane : elle voulait cesser sa médication et éventuellement son suivi afin de perdre du poids et vivre une vie « normale ». Comment la blâmer dans cette ère où l'individualisme, la performance, l'accomplissement personnel et l'obligation de réussir sont placardés sur tous les réseaux sociaux?

Les interventions de sensibilisation aux risques de l'arrêt de sa médication précédemment menées auprès de Morgane lui avaient donné l'impression que l'intervenante ne voyait en elle que le pilier imparfait. Plusieurs rencontres furent nécessaires pour bâtir un lien de confiance significatif. Grâce à leur constance et à leur caractère non confrontant, ces rencontres ont fini par créer l'ouverture nécessaire pour aborder le sujet de la médication. Une discussion axée sur les volontés de Morgane et empreinte de considération et de respect a ainsi permis d'évoquer les enjeux de l'arrêt de la médication, non pas dans le but de la convaincre de poursuivre le traitement, mais dans une optique préparatoire, où le désir de perdre du poids a pu être explicité. En prenant appui sur son expérience de vie, il a été possible de lui refléter qu'un retour à une situation antérieure n'était pas possible et qu'elle ne s'y sentirait plus comme avant, de toute manière, compte tenu du chemin qu'elle avait parcouru. Cette expérience de vie, Morgane la voyait comme « des années perdues », mais c'est à travers celles-ci qu'elle avait appris à s'affirmer et à se respecter, à ne pas chercher à cacher ses difficultés et à vaincre le sentiment de honte qui l'empêchait même, à une certaine époque, de quitter son domicile. La reconnaissance de ses forces a permis l'établissement d'une alliance thérapeutique, marquée de part et d'autre par le respect, et mis fin au bras de fer au sujet de

la compliance au traitement. C'était la première fois depuis le début des rencontres que je parvenais à avoir avec Morgane une discussion sur l'estime de soi, c'était la première fois qu'il y avait une réelle ouverture quant à l'utilisation d'une approche globale de la santé, et c'était lors de cette même rencontre que Morgane a reconnu l'impact de sa consommation d'alcool et de cannabis sur tous les pôles de sa santé. Je n'ai pas fixé d'objectif de réduction de la consommation : c'est Morgane qui l'a fait puisqu'elle désirait vraiment agir sur son poids.

### **3. Discussion : l'approche par les forces et ses limites sur le terrain pour les intervenantes œuvrant en santé mentale**

Les récits de pratique précédents rejoignent plusieurs des six principes directeurs du modèle des forces en santé mentale développé par Rapp et Goscha (1997, 2015). Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces principes se basent sur la posture clinique selon laquelle les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ont droit à une vie de qualité à tous les égards<sup>5</sup>. Ils se déclinent ainsi : 1) être centré sur les intérêts et les aspirations de l'individu, et non sur la pathologie; 2) croire en la capacité des personnes; 3) ne pas oublier que la personne est au centre de la relation d'aide et qu'elle est maîtresse d'œuvre de sa vie; 4) reconnaître que le lien relationnel est primordial pour une co-construction des interventions; 5) favoriser les interventions et les interactions dans la communauté, à l'extérieur de l'institution ou de l'hôpital; 6) renforcer le rôle de la communauté et du lien social, essentiels au bien-être des individus.

Les récits de pratique rapportés dans cet article présentent trois similitudes. Premièrement, Marie et Morgane souhaitaient s'éloigner d'une perspective pathologisante de leurs difficultés et elles rejetaient les étiquettes psychiatriques propices à la stigmatisation. Deuxièmement, afin de créer une relation de confiance – le quatrième principe de l'approche par les forces –, il a fallu prendre en compte leurs désirs singuliers d'intégration, c'est-à-dire la recherche d'un chez-soi sécuritaire et autonome pour Marie et le choix personnel d'agir sur sa santé globale pour Morgane. De plus, ces récits démontrent l'importance du temps, une ressource dont les intervenantes ne disposent pas toujours. Certes, l'organisation des services du SIM, qui accorde une grande importance à l'aspect temporel, comporte moins de contraintes en ce qui concerne la durée des suivis. Les personnes usagères vont souvent bénéficier d'un suivi et d'un lien avec l'intervenant-pivot pendant plusieurs années. Des personnes usagères et des intervenantes considèrent cet aspect comme étant un point positif de ce dispositif de service (Khoury, 2019). Chose certaine, le temps est un facteur essentiel pour créer des liens et pour accompagner des personnes dans le processus de reconnaissance des forces et le développement de la résilience et du pouvoir d'agir. Troisièmement, ces deux récits démontrent la philosophie au centre de toute approche centrée sur la personne : les intervenantes ne sont pas à la source d'une reprise du pouvoir d'agir. Autrement dit, ce ne sont pas les travailleuses sociales qui donnent du pouvoir aux personnes ou aux communautés, mais plutôt les personnes qui reconnaissent qu'elles ont la capacité de reprendre leur pouvoir.

Le champ de la santé mentale et les pratiques des travailleuses sociales ont évolué au cours des dernières décennies, et l'approche par les forces a certes contribué à cette évolution. Lors de leurs interactions auprès des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale, les intervenantes sociales privilégient de plus en plus la prise en compte de leur détresse selon une perspective globale. Depuis la Politique de santé mentale lancée au Québec en 1989, on préconise une étymologie biopsychosociale (« santé mentale et bien-être») plutôt que médicalisante (« maladie mentale»)

5 Elles ont droit à une vie de qualité, à la reconnaissance de leurs droits et ultimement à l'accès à la pleine citoyenneté comme tous les autres citoyens, et ce, sans avoir constamment à revendiquer cette légitimité (Rodriguez, Bourgeois, Landry et al., 2006).

et on reconnaît le rôle des déterminants sociaux, c'est-à-dire les conditions de vie (sociales et économiques) ayant une incidence sur la santé mentale de la population (Mikonnen et Raphael, 2011), en tant que facteurs clés dans l'évolution des problèmes de santé mentale. Parent et Bourque (2016) constatent l'importance pour les travailleuses sociales d'inscrire dans leur offre de services des actions en faveur de l'équité en matière de santé ainsi que des réflexions sur la redistribution du pouvoir et des ressources dans la société. De plus, des pratiques novatrices développées au sein des organisations communautaires québécoises en santé mentale soulignent l'importance de considérer les rapports de pouvoir en jeu dans les interventions ainsi que l'expertise des personnes usagères. Dans ce contexte, les récits de pratique présentés ici démontrent que la prise en compte d'une diversité d'expériences et l'impact des conditions de vie influencent non seulement la réalité des personnes usagères, mais également celle des intervenantes. Dans la situation de Marie, le processus de construction d'une intervention personnalisée axée sur les forces a été plus long. Marie devait faire face à des enjeux systémiques et des conditions de vie inévitables – notamment le manque de logement abordable et sécuritaire ainsi qu'un faible revenu. Ces deux déterminants sociaux de la santé sont souvent évoqués comme ayant l'impact le plus élevé sur la santé mentale (Forchuk, Dickins et Corring, 2016). De son côté, la travailleuse sociale se heurtait également au manque de ressources disponibles. Afin de pouvoir répondre à ces iniquités et aussi de prendre en compte le désir de Marie de maintenir son autonomie résidentielle et de ne pas être étiquetée, il a fallu faire ressortir la dimension communautaire de la « santé mentale communautaire », comme le recommandent Rapp et Goscha (2015). Ces auteurs nomment le système de santé mentale comme une barrière à l'acquisition des ressources environnementales auxquelles des personnes usagères aspirent pour accomplir leurs projets de vie et assurer la reconnaissance de leurs droits. Une piste de solution à court terme consiste à redéfinir les possibilités d'intervention et à porter un regard différent sur les ressources existantes. Dans le cas de Marie, il s'agissait de reconnaître que les ressources habituelles en santé mentale ne répondaient pas à ses désirs, et qu'il fallait donc envisager autrement les possibilités de logement. Cet aspect est directement lié au cinquième et au sixième principe de l'approche : travailler avec une modalité de proximité et prioriser les ressources dans la communauté. La théorie des forces de Rapp et Goscha (2015) nous aide à comprendre que la qualité de vie d'une personne est déterminée, en partie, par la qualité de son environnement ou de son milieu de vie. Agir pour améliorer la qualité des milieux de vie par une fine analyse des ressources disponibles se trouve donc au cœur du modèle par les forces.

L'importance de l'alliance thérapeutique a pu être démontrée grâce à l'adoption d'une posture centrée sur les intérêts et aspirations de la personne usagère, par exemple un déménagement dans un logement autonome pour Marie et la diminution de la consommation et la perte de poids pour Morgane. Être centré sur les intérêts et désirs de Marie et de Morgane, comme le stipulent le premier et le deuxième principe d'une approche axée sur les forces, se reflète dans une perspective non pathologisante de la travailleuse sociale. L'évaluation du fonctionnement social, la planification des interventions et le suivi de l'intervention étaient ancrés dans une posture empathique amplifiant les bons coups, les forces et l'humanité de Marie et de Morgane. Marie est une femme dotée d'une grande capacité relationnelle et qui désire rester autonome; Morgane est une femme forte qui a besoin d'être écoutée et entendue comme tout le monde. La construction d'une bonne alliance thérapeutique a également été possible, en partie grâce à la capacité de la travailleuse sociale de favoriser des interventions dans la communauté par des rencontres constantes et informelles, se déroulant dans des lieux choisis par la personne. Dans l'exemple de Marie, plusieurs rencontres ont été effectuées dans des cafés ou dans les transports. La flexibilité organisationnelle du SIM offre aux intervenantes la capacité de se déplacer pour effectuer des interventions mobiles, ce qui répond au cinquième principe de l'approche par les forces, soit de favoriser des interactions à l'extérieur de l'institution ou de l'hôpital. Les interventions rapportées dans les récits de pratique respectent les principes énumérés par Rapp

et Goscha (1997, 2015), mais nous approfondirons ici la discussion afin de cerner la capacité de l'approche par les forces en santé mentale à considérer en particulier les principes trois et six, soit l'expertise de la personne concernée et de sa communauté.

### 3.1 Qui est l'expert?

Il existe un lien entre le jugement professionnel et la conception que les intervenantes ont du rôle des personnes usagères dans la production de connaissances (Khoury, 2019). À ce titre, nous observons souvent dans la pratique et la recherche en santé mentale des tensions qui découlent de la dimension sociale du savoir, c'est-à-dire de la façon dont les intervenantes obtiennent des informations et créent des connaissances à travers les témoignages des personnes usagères. Plus précisément, ces tensions renvoient aux dilemmes moraux auxquels sont confrontées les intervenantes lorsqu'elles remettent en question leurs conceptions normatives de la folie, du bien-être et de leur légitimité en tant qu'experts-connaisseurs. Ces tensions ont des répercussions sur la relation d'aide et sur la décision de baser les interventions sur les forces des personnes accompagnées.

La pratique basée sur les forces implique bien plus qu'une approche positive de l'expérience des personnes usagères et le désir de les aider; elle doit donner lieu à des conversations stimulantes qui les encouragent à repenser leurs comportements habituels ou leurs croyances de longue date, mais de manière à ne pas dévaloriser leur expérience. Une étude récente (Khoury, 2019), menée auprès des intervenantes et personnes usagères d'une équipe SIM à Montréal, dévoile une structure organisationnelle qui ouvre la voie à des interventions potentiellement créatives et participatives, c'est-à-dire des interventions qui recherchent la participation et la collaboration des personnes usagères dans leur suivi et leur traitement. Par contre, cette étude a aussi démontré un faible recours, par les intervenantes, aux organisations communautaires ou partenaires sur le territoire desservi, ce qui indique que les intervenantes ont besoin de développer des habitudes de mobilisation des ressources naturelles et communautaires.

De plus, ces interventions ne doivent pas reposer sur un rapport de pouvoir, la coercition et le contrôle. Saleebey fait la mise en garde suivante par rapport à la posture de l'expert :

« Le rôle d'expert peut ne pas fournir le meilleur point de vue ou les meilleurs outils avec lesquels apprécier les points forts des clients et les utiliser [...] Subjuguer la sagesse et les connaissances des clients aux opinions d'experts ou à nos points de vue est une erreur puisqu'il y a quelque chose de libérateur, pour toutes les parties impliquées, dans le fait de créer une association dynamique avec les histoires et les récits des clients. » (Saleebey, 1992 : 19, traduction libre)

Le déplacement de la notion d'expert vers celle d'expert de sa vie est central dans une approche axée sur les forces en santé mentale : l'expert détient le pouvoir d'agir et il a les connaissances et la confiance nécessaires pour prendre les décisions qui le concernent. Comment opérer ce changement de paradigme lors de l'intervention? Les récits de pratique ont mis de l'avant l'importance de l'écoute, de l'ouverture d'esprit et du développement progressif d'un lien relationnel et affectif signifiant. Par exemple, la notion du temps est soulignée dans les deux récits comme étant nécessaire pour bâtir un lien relationnel significatif et pour véritablement connaître la personne et s'assurer que son expertise expérientielle soit amplifiée. Le temps, ainsi que la constance des rencontres, a permis à la travailleuse sociale de co-construire des interventions autour du budget, et donc de favoriser une priorisation des activités de soins esthétiques pour Marie et des interventions autour d'une réduction de la consommation et d'une perte de poids pour Morgane.

En somme, la pratique basée sur les forces propose une approche qui permet de puiser dans les espoirs et les aspirations des gens, et qui peut aider les individus, les familles et les communautés à développer de nouvelles perspectives. Par contre, Foucault (1969) laisse entendre que la connaissance crée et maintient le pouvoir et que le pouvoir crée et maintient la connaissance. Par conséquent, l'approche par les forces exige aussi des intervenantes de rester critiques par rapport aux dynamiques de pouvoir qui peuvent s'installer au cours de leurs interventions.

### 3.2 Miser sur la communauté?

Le rôle de la communauté, que ce soit par l'intermédiaire d'organisations communautaires, de la qualité du lien social entre la personne aidée et son entourage ou d'autres déterminants sociaux comme les conditions de logement, constitue pour nous un élément incontournable pour bien cerner les défis de l'actualisation de l'approche axée sur les forces en santé mentale. Les approches communautaires sont la pierre angulaire des efforts d'intégration et d'inclusion (Rodriguez, 2011), et l'action communautaire est particulièrement précieuse pour axer le soutien sur les forces de la personne et de son environnement.

Dans un programme SIM, les intervenantes effectuent parfois jusqu'à deux visites par jour pour surveiller la prise de médication, l'administration du budget et le maintien de l'hygiène personnelle et sociale; dans certains cas, elles effectuent aussi des suivis en lien avec l'emploi et l'école. Ces visites ont lieu chez les personnes ou dans un espace public, tel un restaurant ou un café. La construction des interventions se fait par l'équipe au cours de réunions quotidiennes et sous la supervision de la chef d'équipe. Dans le cadre d'une étude sur les pratiques orientées vers le rétablissement en santé mentale dans les équipes SIM, des intervenantes ont décrit le SIM comme un programme chevauchant les secteurs communautaire et institutionnel avec un mandat de mobilisation communautaire, mais dont la mise en œuvre néglige actuellement l'importance des liens communautaires (Khoury, 2019). Le modèle traditionnel de gestion de cas et de suivi individuel ne semble pas offrir un contexte propice au déploiement d'interventions agissant sur le développement des liens communautaires, les déterminants sociaux et la participation sociale. Les travailleuses sociales disposent d'une grande marge de manœuvre en matière d'autonomie professionnelle, mais pas nécessairement dans le choix du type d'interventions, qui reste axé sur l'approche biopsychosociale individuelle avec des partenaires institutionnels.

Comme les récits de pratique auprès de Marie et de Morgane le laissent entrevoir, les interventions déployées témoignent souvent d'une préoccupation pour l'hygiène sociale et personnelle, ce qui s'observe plus particulièrement lors des visites à domicile. Ceci ne remet toutefois pas en question le rôle du domicile comme espace de soins; bien au contraire, les récits ont mis en évidence les liens intimes qui ont pu se développer grâce à ces visites<sup>6</sup>. Comme le signale Vidal-Naquet (2013), les intervenantes de proximité en santé mentale ont pour mandat d'accompagner les personnes dans leur quotidien et sont investies d'une double mission, de protection d'une part et d'émancipation de l'autre. Or, c'est par des interventions menées dans le milieu de vie qu'elles peuvent prendre la mesure de ces autres réalités – étroitement liées aux enjeux de santé mentale – que sont la précarité, la marginalisation et l'exclusion sociale. Dans les deux cas présentés, les interventions se déroulaient parfois chez la personne, parfois dans la communauté, et le premier récit a mis en lumière le fait que

6 Les interventions à domicile peuvent être perçues comme une extension délocalisée des pratiques d'intervention (organisation, normes et procédures), mais constituent en elles-mêmes une sphère d'intervention et d'expérience. L'institutionnalisation du domicile représente cependant un enjeu de ce type d'intervention : lorsqu'une succession d'étrangers (des intervenants, par exemple) entrent et sortent quotidiennement du domicile, le rapport de l'individu à l'intimité de son chez-soi peut être chamboulé. Le caractère potentiellement intrusif de l'intervention à domicile, notamment dans le domaine de la santé mentale (Khoury, 2019; Magnusson, Lützén et Severinsson, 2002), peut susciter chez l'usager un sentiment de méfiance envers les services offerts à domicile.

la communauté pouvait avoir un impact autant négatif (manque criant de logements sociaux) que positif (milieu de vie sécurisant et normalisant).

Certes, il s'effectue beaucoup de travail de sensibilisation auprès des propriétaires d'immeubles à logement, des cafés et des pharmacies, par exemple, mais le travail de déstigmatisation ou de changement social ne fait pas explicitement partie du mandat d'une équipe de santé mentale de proximité, malgré l'adoption d'une posture clinique axée sur les forces. Pourtant, puisque l'un des principes de cette approche stipule de renforcer le rôle de la communauté et reconnaît l'oasis de ressources qu'elle représente, la sphère professionnelle des intervenantes en santé mentale devrait aussi englober ces acteurs. Or, les notions de flexibilité et d'adaptabilité demeurent ancrées dans la logique du milieu hospitalier, et la continuité des services reste souvent liée au fonctionnement des urgences et des unités d'admission. Les objectifs de réduction du nombre d'hospitalisations et de maintien du logement sont souvent subordonnés aux exigences clinico-administratives du système de soins de santé, exacerbant le sentiment d'impuissance des personnes à l'égard de leurs conditions de vie.

## CONCLUSION

L'approche axée sur les forces n'est pas à l'abri des critiques, notamment en ce qui a trait au risque de déformation auquel elle s'expose dans le contexte actuel. De fait, Gray (2011) affirme que ce modèle est ancré dans le néolibéralisme par sa mise en valeur de notions comme la responsabilité individuelle et familiale, qui peuvent masquer des problèmes attribuables aux inégalités structurelles.

56

Parmi les limites de l'approche, notons également que les systèmes de soins de santé reposent sur des structures complexes de normes et d'attentes épistémiques – implicites et explicites – qui créent des asymétries de connaissances, privilégiant les connaissances issues de la formation et de la théorie médicales à celles ancrées dans l'expérience des personnes usagères. Ce faisant, l'autorité épistémique se trouve attribuée aux praticiens de la santé (Macdonald, Fortin et Houde, 2021), d'où l'importance de revenir sur la question des relations de pouvoir dans la pratique du travail social. Lorsque nous valorisons davantage nos connaissances expertes et spécialisées au détriment des connaissances locales des personnes avec lesquelles nous travaillons, nous perpétons la posture du « pouvoir sur » (traduction libre de « *power over* », VeneKlasen et Miller, 2007). En n'attribuant pas la même crédibilité aux expériences, idées et valeurs de l'autre, nous renforçons notre position d'autorité, de contrôle et même de coercition. Nous disons essentiellement : « Nous savons ce qui est le mieux pour vous. »

Une approche axée sur les forces en santé mentale sera difficile à développer si les rapports de pouvoir ne sont pas reconnus et activement rééquilibrés pour renforcer le pouvoir d'agir de la personne concernée, mais aussi de sa communauté. Toutefois, il est difficile pour les travailleuses sociales de concilier les demandes concurrentes que sont celles de l'approche axée sur les forces, d'un côté, et de la focalisation technocratique axée sur les résultats, de l'autre (Gray et McDonald, 2006; Khoury et Rodriguez, 2015; Kirkpatrick, Ackroyd et Walker, 2005). Le travail social a toujours été confronté à cette réalité dans son objectif de changement social, qui inclut la transformation des institutions publiques dans un but d'émancipation, d'inclusion et de bien-être de personnes et de groupes différents. Pour le formuler autrement, la posture privilégiée est ancrée dans des questions d'égalité et de justice et reconnaît l'influence exercée par l'environnement social, politique et économique sur les possibilités offertes aux citoyens.

Bien que les transformations qui ont eu lieu dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des deux dernières décennies puissent avoir poussé les intervenantes à utiliser des approches individualisantes, les travailleuses sociales peuvent continuer à proposer des interventions qui valident et reconnaissent l'unicité des expériences de vie des personnes usagères. Ce faisant, elles les aident à faire le pont entre leur souffrance et leur situation sociale ou psychosociale et à développer une compréhension structurelle du système de santé et de services sociaux. Ces intervenantes sont bien placées pour protester contre les chaînons faibles d'un système qui n'est plus ancré dans le social – un système qui évacue les déterminants sociaux de la santé mentale et qui tarde à assurer la convergence des politiques publiques en santé mentale. Cette position critique est essentielle pour rester aligné sur les valeurs et les engagements de la profession – et par extension de l'approche par les forces –, soit la création d'un dialogue avec les personnes usagères, la prise en compte de leurs projets et de leurs souhaits, la défense de leurs droits et la revendication de communautés et de politiques plus inclusives.

Cette perspective critique doit également être encouragée dans les milieux universitaires et tout au long de la formation pratique. Les travailleuses sociales doivent, à un stade précoce, être soutenues et formées en tant que professionnelles réflexives capables d'examiner leur propre rôle au sein du système de santé mentale ainsi que les affirmations empiriques promulguées en vertu de celui-ci.

---

### **ABSTRACT:**

*The strength approach in mental health is increasingly used by social workers. Given its distinctive psychosocial perspective and the fact that many of the profession's values are in line with those of this approach, social work is particularly well positioned to contribute to the approach as well as the strength-based practice model. Through relevant practice narratives of daily interactions between a social worker and mental health service users in a community mental health team (Assertive Community Treatment), this article seeks to illustrate the challenges and opportunities related to practice from a strength-based approach to mental health. The practice narratives open up a critical discussion around the real-world application of strength-based intervention in mental health social work.*

57

### **KEYWORDS:**

*Strength-based approach, mental health, practice narratives, critical perspective, power relations*

---

### **RÉFÉRENCES**

- Anthony, W. A. (1993). « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, n° 4, 11-23.
- Beresford, P. (2020). « “Mad”, Mad studies and advancing inclusive resistance », *Disability & society*, vol. 35, n° 8, 1337-1342.
- Bond, G. R. (1991). « Variations in an assertive outreach model », *New Directions in Mental Health Services*, vol. 52, 65-80.
- Bond, G. R. et R. E. Drake (2015). « The critical ingredients of assertive community treatment », *World Psychiatry*, vol. 14, n° 2, 240-242.
- Borg, M. et K. Kristiansen (2004). « Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services », *Journal of Mental Health*, vol. 13, 493-505.
- Calvès, A.-E. (2009). « Empowerment: The History of a Key Concept in Contemporary Development Discourse », *Revue Tiers Monde*, vol. 200, n° 4, 735-749.
- Commission santé mentale du Canada (2015). *Guidelines for recovery-oriented practice: Hope. Dignity. Inclusion*, National Library of Canada : Mental Health Commission of Canada.

- Daldal, A. (2014). « Power and ideology in Michel Foucault and Antonio Gramsci: a comparative analysis », *Review of History and Political Science*, vol. 2, n° 2, 149-167.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T. et K. Kangas (2006). « The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation », *Psychiatric Services*, vol. 57, n° 5, 640-645.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. et D. Sells (2005). « Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study », *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 8, n° 3, 177-202.
- Davidson, L. et W. White (2007). « The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 34, 109-120.
- Deegan, P. (1988). « Recovery: The lived experience of rehabilitation », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 6, n° 4, 11-19.
- Deegan, P. (1997). « Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities », *Social Work in Health Care*, vol. 25, n° 3, 11-24.
- Desai, M. U., Paranamana, N., Restrepo-Toro, M., O'Connell, M., Davidson, L. et V. Stanhope (2020). « Implicit organizational bias: Mental health treatment culture and norms as barriers to engaging with diversity », *American Psychologist*. En ligne : <https://doi.org/10.1037/amp0000621>
- Desgagné, S. (2015). « Reconstruction et analyse de récits exemplaires de pratique enseignante ». En ligne : <http://www.recitdepratique.fse.ulaval.ca/>
- Dorvil, H. (2005). « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques et sociologiques de la désinstitutionnalisation » : 209-234, dans M. Otero (sous la dir.), *Nouveau malaise dans la civilisation. Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation*, Cahiers de recherche sociologiques.
- Drake, R. E. et B. J. Burns (1995). « Special section on assertive community treatment: an introduction », *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 7, 667-668.
- Farkas, M. et C. Vallée (1996). « De la réappropriation au pouvoir d'agir : la dimension discrète d'une réelle réadaptation », *Santé mentale au Québec*, vol. 33, n° 2, 19-34.
- Forchuk, C., Dickins, K. et D. J. Corring (2006). « Social Determinants of Health: Housing and Income », *Healthcare Quarterly*, vol. 18, 27-31.
- Foucault, M. (1977/1995). *Discipline and punish: The birth of the prison*, London : Penguin.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, France : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1969/2002). *Archaeology of knowledge*, New York : Routledge.
- Glas, G. (2019). « Psychiatry as normative practice », *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, vol. 26, n° 1, 33-48.
- Glickin, M. D. (2004). *Using Strengths Perspective in Social Work Practice: A Positive Approach for the Helping Professions*, London : Pearson.
- Goscha, R. J., Rapp, C., Bond, G. R. et R. E. Drake (2012). « Case management and assertive community treatment » : 293-308, dans H. L. McQuiston et al. (sous la dir.), *Handbook of community psychiatry*, New York : Springer.
- Gray, M. et C. McDonald (2006). « Pursuing good practice? The limits of evidence-based practice », *Journal of Social Work*, vol. 6, n° 1, 7-20.
- Grimaud, L. (2003). « Le récit de pratique, un outil clinique en institution? », *VST – Vie sociale et traitements*, vol. 3, n° 3, 8-11.
- Healy, K. (2005). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice*, Basingstoke : Palgrave Macmillan.
- Jacobson, N. (2004). *In Recovery: the making of mental health policy*, Nashville : Vanderbilt University Press.
- Kam, P. K. (2002). « From disempowering to empowering: Changing the practice of social service professionals with older people », *Hallym International Journal of Aging*, vol. 4, n° 2, 161-183.
- Khoury, E. (2019). « Recovery attitudes and recovery practices have an impact on psychosocial outreach interventions in community mental health care », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, 560. En ligne : <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00560>
- Khoury, E. et L. Rodriguez del Barrio (2015). « Social work's contribution to mental health recovery practice », *British Journal of Social Work*, vol. 45 (suppl. 1), i27-i44.



- Khoury, E. et I. Ruelland (2020). « Accessing and utilizing one's city space: The role of specialized community mental health teams in Brazil and Canada », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 39, n° 1, 85-100.
- Kidd, S. A., Davidson, L. et K. McKenzie (2017). « Common Factors in Community Mental Health Intervention: A Scoping Review », *Community Mental Health Journal*, vol. 53, 627-637.
- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S. et R. Walker (2005). *The new managerialism and public service professions*, New York : Palgrave Macmillan.
- Lee, E., MacDonald, S.-A., Caron, R. et A. Fontaine (2017). « Promouvoir une perspective anti-oppressive dans la formation en travail social », *Intervention*, n° 145, 7-19.
- Lee, E., Tsang, A. K. T., Bogo, M., Johnstone, M., Herschman, J. et M. Ryan (2019). « Honoring the voice of the client in clinical social work practice: Negotiating with epistemic injustice », *Social Work*, vol. 64, n° 1, 29-40.
- MacDonald, S.-A., Fortin, V. et S. Houde (2021). « Therapeutic justice or epistemic injustice: The case of mental health courts », dans K. Fritsch, J. Monaghan et E. van der Meulen, (sous la dir.), *Disability (In)Justice: Examining Criminalization in Canada*, UBC Press (sous presse).
- Magnusson, A., Lützén, K. et E. Severinsson (2002). « The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden », *Journal of Nursing Management*, vol. 10, 37-45.
- Mikkonen, J. et D. Raphael (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
- Moreau, M. (1987). « L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle », *Service social*, vol. 36, n° 2-3, 227-247.
- Morin, P., Allaire, J.-F. et P.-L. Bossé (2015). « Intervention de proximité en CSSS : une pratique de pointe du CSSS-IUGS », Direction du centre affilié universitaire, CSSS-IUGS.
- Mullaly, B. (2007). *The new structural social work*, Ontario : Oxford University Press.
- MSSS (2004). *Guide pour le développement des compétences en santé mentale*, Québec : Québec.
- MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS (2009). *Les services de soutien intensif variable et de soutien intensif dans la communauté : trousse d'information*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities*, Cambridge : Harvard University Press.
- Parent, A.-A. et D. Bourque (2016). « La contribution des travailleurs sociaux à la réduction des inégalités sociales de santé », *Intervention*, n° 143, 5-14.
- Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A. et E. C. McDonel (2001). « Moving assertive community treatment into standard practice », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 6, 771-779.
- Rapp, C. A. (1993). « Theory, principle, and methods of the strengths model case management » : 143-164, dans M. H. H. Bergman (sous la dir.), *Case management: Theory and practice*, Washington, D. C. : American Psychiatric Association Press.
- Rapp, C. A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*, New York : Oxford University Press.
- Rapp, C. A. et R. J. Goscha (1997, 2015). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities*, Oxford : Oxford University Press.
- Rappaport, J. (1981). « In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention », *American Journal of Community Psychology*, vol. 9, n° 1, 1-25.
- Rappaport, J. (1985). « The power of empowerment language », *Social Policy*, vol. 16, 15-21.
- Rodriguez, L. (2011). « Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire : contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 36, n° 1, 35.
- Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L. et J.-L. Picard (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : changer de perspective*, Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Rodriguez, L., Corin, E. et L. Guay (2000). « La thérapie alternative : se (re)mettre en mouvement » : 49-94, dans Y. Lecomte et J. Gagné (sous la dir.), *Les ressources alternatives de traitement*, Montréal : Santé mentale au Québec/RRASMQ.
- Saleebey, D. (1992). *The strengths perspective in social work practice*, New York : Longman.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*, California : Jossey-Bass.
- VeneKlasen, L. et V. Miller (2007). *A new weave of power, people & politics: The action guide for advocacy and citizen participation*, Warwickshire : Practical Action Publishing.
- Vidal-Naquet, P. A. (2019). « Les usages de la contrainte dans l'accompagnement à domicile des personnes vulnérables », *Raison présente*, vol. 209, 43-54.
- Vidal-Naquet, P. A. (2013). « Ethnographie de la prise de médicament à domicile : à l'interface du sanitaire et du social », *Le sociographe*, vol. 2, n° 42, 11-20.
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W. P. et W. Kisthardt (1989). « A strengths perspective for social work practice », *Social Work*, vol. 34, n° 4, 350-352.
- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.-J. et S. P. Singh (2020). « How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model », *Clinical Psychology Review*, vol. 76, 101-115.