

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Le partenariat entre les usagers et proches et les intervenants/intervenantes du Réseau de la santé
et des services sociaux : Approche théorique et intervention sur le terrain

Par

Didier Kaba

Essai présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Docteur en éducation (D. ÉD)

Doctorat professionnel en éducation

Octobre 2022

© Didier Kaba, octobre 2022

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Le partenariat entre les usagers et proches et les intervenants/intervenantes du Réseau de la santé
et des services sociaux : Approche théorique et intervention sur le terrain

par

Didier Kaba

a été évalué[e] par un jury composé des personnes suivantes:

Suzanne Guillemette Présidente du jury
Université de Sherbrooke

Jean-Claude Kalubi, Directeur de l'essai
Université de Sherbrooke

Claudia Tremblay, Codirectrice de l'essai
Université de Sherbrooke

Carolina Gonçalves, Membre externe du jury
Université de Sherbrooke

Céline Yon, Évaluatrice externe
Université de Sherbrooke

Essai doctoral accepté le 14 octobre 2022

SOMMAIRE

Le partenariat entre les usagers, les proches et les intervenants/intervenantes du RSSS est proposé, par les législateurs et par toutes les instances de gouvernance du Réseau de la santé et des services sociaux, comme moyen privilégié pour favoriser l'implication réelle des usagers et des proches dans leur processus de soins et des services. En effet, en misant sur la participation effective de toutes les personnes qui contribuent à répondre aux besoins des usagers et proches, et en balisant les éléments favorisant la collaboration, la coopération et les pratiques collaboratives, la réussite des interventions est garantie. Plusieurs recherches ont permis de constater le bien fondé et la pertinence clinique de l'approche partenariale. Et pourtant, les acteurs et actrices du milieu se sentent démunis et mal outillés pour mener à bien cette activité. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de grande complexité des situations, les exigences en termes d'accessibilité et de qualité, demeurent les mêmes. Les ententes de gestion et d'imputabilité auxquelles les établissements du RSSS sont soumis regorgent de clauses de reddition de comptes ce qui exerce une pression accrue sur le personnel.

Les usagers et proches sont de moins en moins satisfaits des soins et des services qu'ils reçoivent et leur expérience avec la maladie ou l'incapacité est très rarement considérée.

Dans ce contexte, le partenariat, célébré par tous, doit être bien compris et mis en œuvre pour permettre de répondre aux besoins des usagers et proches, dans une perspective de complémentarité, d'interdépendance positive, d'échange de ressources et de considérations de toutes les parties prenantes. Les intervenants et intervenantes du RSSS sont dotés de bonnes intentions et veulent bien s'investir dans cette activité rédemptrice, mais ils ou elles ne savent pas comment s'y prendre et manquent surtout de temps et de moyens. D'un autre côté, les usagers et

proches ne se sentent pas considérés, intégrés ni outillés pour interagir dans une relation partenariale qui sollicite une plus grande implication de leur part.

Les gestionnaires, quant à eux, sont préoccupés par la performance, manquent de ressources et de connaissances pour accompagner et soutenir les intervenants et intervenantes dans la réalisation d'un partenariat optimal avec les usagers et proches.

Dans le cadre de notre démarche doctorale, deux projets ont été proposés. Le projet 1 a permis d'organiser une consultation portant sur la perception du partenariat et la recherche des traces de son activation dans la pratique sur le terrain. Ce projet a mobilisé 242 personnes issues des services cliniques du CISSS de Chaudière-Appalaches. Il s'en est suivi l'organisation de 42 ateliers de sensibilisation sur l'approche usager-partenaire et ses retombées.

Le projet 2 a permis d'explorer les théories explicatives du partenariat afin de mieux comprendre ses déterminants et de déterminer les conditions favorables à son accomplissement. Un modèle théorique a été élaboré pour identifier les invariants de l'activité partenariale, en contexte d'intervention, dans le domaine de la santé et des services sociaux. Comme perspectives innovantes dans le cadre théorique proposé, l'arrimage entre la théorie de l'activité humaine (Leontiev, 1979) et la Théorie des échanges sociaux (Blau, 1964) a permis de conceptualiser et de cerner les éléments fondamentaux du partenariat (l'intéressement mutuel, la complémentarité des expertises et des cadres de référence dans une interdépendance positive entre les parties prenantes). Dans cette optique, l'échange de ressources et de retours sociaux, la mise en œuvre des actions et la négociation demeurent des éléments déterminants.

Le projet 2 a vu également la réalisation des activités de formation pour les parties prenantes au projet. Plusieurs établissements du RSSS y ont pris part. La mise en œuvre de ces

activités, accompagnée d'une démarche réflexive, a conduit au développement de savoirs professionnels et à la co-construction de savoirs permettant la gestion efficace de l'activité partenariale chez les participantes et participants. Les deux projets ont permis également de développer des connaissances et des stratégies relatives à la collaboration, à la coordination et à l'accompagnement de projets de terrain. L'appropriation de connaissances théoriques relatives au partenariat a conduit les participants et participantes à avoir une nouvelle conception de cette activité. Cela a confirmé la pertinence et l'efficacité de la stratégie d'énonciation des savoirs de gestion de l'activité partenariale coconstruite dans l'action, en regard de la définition des savoirs professionnels retenue dans le cadre du programme de doctorat professionnel.

La réalisation des deux projets a contribué au développement de savoirs professionnels d'animation et d'accompagnement d'une activité partenariale. Quelques possibilités de transferts de ces savoirs ont été explorées. Un regard réflexif sur l'ensemble des retombées du parcours doctoral, quant au développement professionnel du doctorant, complète cet essai.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIER CHAPITRE. PROBLÉMATIQUE PROFESSIONNELLE	5
1. PROBLÉMATIQUE	5
1.1 Problématique professionnelle	6
1.2 Contexte général des CISSS et des CIUSSS	10
1.3 Buts et objectifs	11
1.3.1 En contexte de soins et services.....	12
1.3.2 En contexte d'organisation de soins et services et de gouvernance.....	13
1.4 Perspectives théoriques de l'approche de partenariat	14
1.4.1 Cadre théorique.....	14
1.4.2 Les limites du modèle de référence	15
1.4.3 Cibles d'interventions	16
1.4.4 Retombées anticipées du projet	18
1.4.5 Extrants pour les usagers et leurs proches	19
1.4.6 Extrants pour les acteurs et actrices du RSSS.....	20
1.4.7 Extrants en contexte d'organisation de soins et services et de gouvernance	21
1.4.8 Extrants en lien avec le MSSS et le réseau des partenaires	22
1.5 Les projets d'intervention	23
1.5.1 Pertinence sociale et pertinence théorique	23
1.5.2 Pertinence sociale	24
1.5.3 Pertinence théorique	25
1.6 Projet 1	26
1.6.1 Pistes d'innovation sur le terrain.....	27
1.7 Projet 2	30
1.7.1 Nouvelles assises théoriques du partenariat.....	31
1.8 Modèle théorique du partenariat à la lumière de la théorie des échanges sociaux (inspiré de Nolet et al., 2017; Ross et al., 2010 et Boutin et Le Cren, 2004)	42
1.8.1 But et objectifs du projet.....	43
1.8.2 Nature de l'intervention	43
1.8.3 Description de la mise en œuvre du projet.....	47
1.8.4 Modèle multidimensionnel de l'engagement des usagers et de leurs proches.....	52
1.8.5 Évaluation de la démarche	54
DEUXIEME CHAPITRE. SAVOIRS PROFESSIONNELS	59
2. TRAITÉ DES SAVOIRS PROFESSIONNELS	59
2.1 La professionnalisation en question	60

2.1.1	De la professionnalisation dans le RSSS	62
2.1.2	Définition des concepts.....	64
2.1.3	Métier, profession, compétences et construction de savoirs professionnels.....	65
2.1.4	Le processus de professionnalisation.....	69
2.1.5	La profession et le professionnel	72
2.1.6	La professionnalité et les compétences professionnelles.....	73
2.2	La définition des savoirs professionnels.....	76
2.2.1	Distinction entre savoirs professionnels et savoirs scolaires ou académiques.....	78
2.2.2	Les trois dimensions des savoirs professionnels.....	81
2.2.3	La dimension pratique des savoirs professionnels.....	84
2.2.4	La dimension empirique des savoirs professionnels.....	85
2.2.5	Sens et rôles des savoirs professionnels dans la construction de la professionnalité des métiers	86
2.3	Validité et pertinence des savoirs professionnels émergeant de notre contexte d'intervention.....	92
2.3.1	Savoirs professionnels et familles ou classes de situations	92
2.3.2	Définition opérationnelle des savoirs professionnels	96
2.3.3	Savoirs professionnels : de quoi s'agit-il?	101
2.3.4	Savoirs professionnels identifiés ou développés.....	102
2.4	Contexte et familles de situations	104
2.4.1	Les savoirs professionnels provenant de nos activités.....	105
2.4.2	Les savoirs professionnels des personnes participant aux activités.....	109
2.4.3	Savoirs professionnels convoqués pour les intervenants et intervenantes.....	109
 TROISIEME CHAPITRE. TRANSFÉRABILITÉ DES SAVOIRS PROFESSIONNELS		
3.	TRANSFÉRABILITÉ DES SAVOIRS PROFESSIONNELS.....	113
3.1	Le modèle de transfert des savoirs professionnels.....	114
3.1.1	Défis relatifs au transfert des savoirs professionnels.....	117
3.1.2	Le référentiel de compétences en transfert de connaissances et de savoirs	122
3.1.3	Processus d'adaptation / appropriation	124
3.2	Exemples de transfert de savoirs professionnels en contexte.....	127
3.2.1	L'élaboration du modèle de développement d'une pratique de pointe.....	127
3.2.2	Les familles de situations.....	129
3.2.3	Contexte et famille de situations professionnelles.....	130
3.3	Transférabilité ou adaptabilité des savoirs.....	133
 QUATRIEME CHAPITRE. SAVOIRS PROFESSIONNELS DU DOCTORANT		
4.	MISE EN CONTEXTE	136
4.1	Prise de recul	136
4.2	Savoirs professionnels développés	138
4.2.1	La capacité de réaliser un diagnostic organisationnel.....	138
4.2.2	Recourir à des cadres interprétatifs.....	140
4.2.3	Accompagner une équipe et produire des livrables	140

4.2.4	Élaborer et conduire le processus de développement d'une pratique de pointe ..	141
4.2.5	Évolution des modèles mentaux et des cadres de référence	142
4.3	Développement professionnel et construction identitaire	143
4.3.1	Personne-ressource ou expert de l'intervention psychosociale	144
4.3.2	De l'expertise en DI-TSA et DP à la Recherche.....	145
4.3.3	Le partenariat comme domaine d'expertise	146
4.3.4	Et pour la suite... ..	146
CONCLUSION.....		148
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		155
ANNEXE A. GUIDE D'IMPLICATION DES MEMBRES DE L'ENTOURAGE EN SANTÉ MENTALE		170
ANNEXE B. TABLEAU DU MODÈLE LOGIQUE DE PARTENARIAT AVEC LES USAGERS ET PROCHES.....		246
ANNEXE C. SCHÉMA DE LA TRANSFÉRABILITÉ DES SAVOIRS PROFESSIONNELS		253
ANNEXE D. SCHÉMA DES RÉSULTATS.....		254
ANNEXE E. RÉSUMÉ DES ACTIONS ET DES LIVRABLES.....		255
ANNEXE F. PARTENARIAT (TABLEAU DU 19 AVRIL 2022)		257
ANNEXE G. DÉFINITION DES CONCEPTS.....		259

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Finalités de la recherche-action.....	27
Tableau 2.	Définition du partenariat selon la théorie de l'activité humaine.....	33
Tableau 3.	Modèles éducatifs définis par la pédagogie sociale de l'intervention.....	36
Tableau 4.	Apport de la pensée systémique au partenariat.....	37
Tableau 5.	Apport des autres disciplines de l'organisation apprenante au part.....	38
Tableau 6.	Processus d'action et de négociation.....	41
Tableau 7.	Processus d'organisation des ateliers de formation.....	46
Tableau 8.	Caractéristiques des approches.....	48
Tableau 9.	Cadre multidimensionnel de l'engagement des usagers et proches	53
Tableau 10.	Caractéristiques des savoirs professionnels.....	95
Tableau 11.	Savoirs professionnels identifiés ou développés.....	103
Tableau 12.	Savoirs professionnels émergents - contexte, situations professionnelles, famille de situations et actions-clés.....	108
Tableau 13.	Étapes du référentiel de transfert de connaissances et des savoirs professionnels	124
Tableau 14.	Processus d'adaptation des savoirs professionnels en vue d'un transfert	125
Tableau 15.	Référentiel de transfert de savoirs professionnels.....	126
Tableau 16.	Synthèse des savoirs professionnels.....	131

LISTE DES SCHÉMAS ET FIGURES

Figure 1.	Cadre conceptuel du partenariat, inspiré de la théorie des échanges sociaux	42
Figure 2.	Cadre de référence du partenariat	51
Figure 3.	Définition des savoirs professionnels inspirés de Gagnon (2008)	103
	Schéma de la représentation hiérarchique du contexte et des familles de situation	105

LISTES DES ABRÉVIATIONS, DES CYGLES ET DES ACRONYMES

CEPUP : Centre d'expertise en partenariat entre les usagers et proches et la population

CISSS : Centre intégré de santé et des services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux

DEP : Diplôme d'études professionnelles

DI-TSA et DP : Déficience intellectuelle – Trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

DP : Déficience physique

DQEPE : Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

DSM : Direction des services multi

LSSSS : Loi portant sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

OCCI : Outil de cheminement clinique informatisé

OPHQ : Office des personnes vivant avec un Handicap du Québec

PI : Plan d'intervention

PSI : Plan de service individualisé

RI-RTF : Résidence intermédiaire – Résidence de transition familiale

RLS : Réseau local des services

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

TES : Technicien/Technicienne en éducation spécialisée

TGN : Technique de groupe nominal

TS : Travailleur social ou travailleuse sociale

CITATION

Un anthropologue britannique proposa un jeu aux enfants d'une tribu d'Afrique du Sud, les Xhosas. Il mit un panier de fruits près d'un arbre et demanda aux enfants de faire une course et le gagnant aurait, pour récompense, le panier de fruits. Les enfants acceptèrent de faire cette course.

Au signal, tous s'élancèrent en même temps, en se donnant la main! Ils arrivèrent en même temps à la ligne d'arrivée et s'assirent tous ensemble au pied de l'arbre pour recevoir le panier de fruits et profiter de leur récompense.

L'anthropologue, étonné de cette attitude, leur demanda pourquoi ils avaient agi ainsi, alors que l'un d'entre eux aurait pu gagner la course et avoir tous les fruits.

Ils répondirent : « UBUNTU! Comment l'un de nous peut-il être heureux, si tous les autres sont tristes! »

UBUNTU, dans la culture Xhosa, signifie : « JE SUIS, PARCEQUE NOUS SOMMES »

REMERCIEMENTS

Mon cheminement doctoral n'aurait pas été possible sans l'établissement d'un partenariat optimal avec mon équipe de direction orchestré par le professeur Jean-Claude Kalubi. Toujours disponible, il a su créer les conditions nécessaires pour m'impliquer, m'intégrer dans des projets, considérer et valoriser mon expertise, et m'outiller lorsque c'était nécessaire. Dans mes moments de découragement et d'incertitude, il a toujours eu les retours sociaux et les ressources pour me redonner espoir. Merci infiniment!

La relation partenariale que j'ai nouée avec madame Claudia Tremblay, ma co-directrice, a été très rafraîchissante. Durant tout le temps où je l'ai côtoyée, j'ai pu constater qu'il y avait une complémentarité et une interdépendance positive entre nos expertises. La rapidité de réaction et la qualité des propositions d'amélioration qu'elle m'a faites m'ont permis d'avancer très rapidement dans la réalisation de mon travail. Merci Claudia pour tes encouragements, tes intuitions et pour tes éclairages. J'espère que nous aurons l'occasion de poursuivre notre collaboration dans le cadre d'autres projets.

Au cours de ce cheminement, j'ai été amené à changer de co-directeur. C'est à regret que j'ai dû me résoudre de me séparer de Germain Couture, un chercheur chevronné à l'heuristique incontesté. Je connais Germain depuis longtemps et son expertise est reconnue dans le Réseau de la santé et des services sociaux. Nos échanges ont toujours été productifs et enclins d'intelligence. Merci, Germain, pour ta contribution dans mon travail doctoral et pour ton support.

Mon partenariat a également été établi avec les professeurs qui m'ont accompagné durant toutes ces années. Merci à la Professeure Suzanne Guillemette qui a toujours été accommodante avec moi. Merci à tout le corps professoral du Programme du doctorat professionnel qui a su m'orienter vers des avenues que je n'aurai pas explorées tout seul.

Merci à mes collègues finissants au doctorat qui ont toujours été bienveillants avec leur « mouton noir ». Merci à mes collègues du Diplôme de 3^e cycle avec qui j'ai vécu des moments agréables.

Merci à toutes les personnes de mon organisation qui ont cru en moi pour la réalisation de ce projet et à celles qui ont participé aux activités que j'ai proposées.

Merci à Mark, à Alec, à David et à Laetitia. Votre amour est précieux pour moi. J'espère que ma réussite au doctorat va vous inspirer.

Merci à mes frères et sœurs, à ma famille, à mon père et à mes mamans qui m'ont donné le goût de l'effort et du travail bien fait...

Je dédie cet essai doctoral à ma femme Léa, ma partenaire de toujours qui a vécu, au jour le jour, ce cheminement avec moi. Les mots me manqueront toujours pour exprimer ma reconnaissance et ma gratitude à son égard. Merci infiniment d'être la moitié qui me manque pour être un humain parfait!

Merci au Seigneur, le Maître de l'Univers. Sans lui rien n'aurait été possible!

INTRODUCTION

Partout au Canada, les services de santé et services sociaux sont exhaustifs, complexes et peuvent parfois s'avérer peu performants. Toutefois, chaque personne vivant au Canada et au Québec mérite de recevoir des soins de santé et des services sociaux sécuritaires et de haute qualité au moment et à l'endroit de son choix. Dans l'ensemble, cela reflète l'expérience vécue par la plupart des citoyennes et des citoyens qui se rendent dans un centre de soins et de services. Mais il existe quelques ratés du système ce qui fait en sorte que des acteurs, actrices avisé-e-s ne ménagent aucun effort pour proposer des améliorations. Des personnes peuvent subir des préjudices par inadvertance, alors qu'elles utilisent des services qui sont conçus pour les aider.

Le Réseau de la santé et des services sociaux a connu plusieurs réformes et changements au Québec, et les professionnels ont fait face à plusieurs défis pour répondre aux besoins des usagers et des proches. La dernière réforme, dite Réforme Barrette, a occasionné de profonds changements qui ont donné lieu à des fusions de programmes. Comme le disait une directrice, je cite « La Réforme Barrette a forcé l'amour entre nous et à favoriser des maillages improbables » (fin de citation). Les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui ont participé à notre projet, depuis 2017, ne font pas exception à la règle et rencontrent des enjeux importants.

En avril 2015, ces établissements se sont engagés dans une démarche de réorganisation structurelle, d'intégration de services, de définition de trajectoires et de parcours de soins et de

services visant à optimiser les ressources, à améliorer l'efficacité des processus ainsi que celle des pratiques administratives et cliniques. Tous ces changements ont nécessité l'ajustement des connaissances, des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être des professionnels (intervenants cliniques, médecins, personnels de direction de services de soutien, gestionnaires). Ils ont dû adapter leurs modes d'intervention, leurs pratiques et redéfinir un nouveau partenariat avec les usagers et les proches.

Investis avec détermination dans ce nouveau paradigme nécessitant une collaboration interprofessionnelle, les intervenants de la santé, les acteurs du milieu qui prennent une part active dans la dispensation des soins de santé et des services sociaux ont eu des impacts positifs tangibles sur la réussite du partenariat avec les usagers et les proches. Cependant, ces changements ont également révélé certains indices traduisant un inconfort chez le personnel du milieu de la santé et des services sociaux qui s'est trouvé mal équipé et très peu à l'aise dans la mise en place des partenariats efficaces avec les usagers et les proches.

Nous avons mis en place des activités et des initiatives d'accompagnement de proximité de même que de supervision dans la construction d'outils permettant de mieux comprendre le travail à réaliser. Nous avons donc été en mesure d'apporter un soutien pédagogique aux intervenants et intervenantes dans l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques. Les professionnels et professionnelles qui ont participé à ce projet ont fait face à certains enjeux relatifs à la qualité de l'implication des usagers et proches, et à des besoins de sens, d'accomplissement, de relations harmonieuses et de collaboration au cœur de ces changements.

Soucieux de proposer des solutions pérennes à cet état de situation, les gestionnaires ont soutenu ces différentes initiatives. Ils ont été préoccupés par la prise en compte du bien-être des

intervenants et intervenantes en contexte de changement et ont apporté des ajustements dans certaines de leurs propres connaissances, savoir-faire et savoir-être relatifs à la mise en place des partenariats efficaces et rentables pour les usagers et proches.

Les projets 1 et 2 que nous avons menés ont permis de répondre à la question de savoir comment les intervenants et intervenantes psychosociaux et médicaux s'y prennent pour établir des partenariats efficaces en contexte de changement. Pour cela, nous devons voir comment ils/elles s'appuient sur des connaissances validées portant sur le leadership, la valorisation des savoirs expérientiels et la capacité d'intervenir en fonction des modes opératoires, en référence aux valeurs partagées par une communauté professionnelle. Notre essai doctoral vise, entre autres, à faire état de l'apport bénéfique des activités menées sur le terrain pour nous permettre d'élaborer un dispositif d'énonciation qui présente les savoirs professionnels développés et formalisés par les participants et participantes à nos deux projets.

Le premier chapitre de notre essai porte sur le contexte qui a favorisé l'émergence de notre problématique professionnelle et qui nous a conduits à identifier un ensemble de situations qui justifie la pertinence de notre projet. Le deuxième chapitre met l'accent sur les connaissances validées et adaptées de même que sur les savoirs professionnels émergents auxquels les intervenants psychosociaux ont recours pour orienter leurs réflexions et leurs actions dans la réalisation de la collaboration interprofessionnelle et du partenariat avec et pour les usagers et leurs proches. La validité et la pertinence de ces savoirs y sont également soulignées.

Le modèle d'accompagnement, développé pour soutenir les professionnels de la santé et des services sociaux dans l'atteinte des objectifs poursuivis dans le cadre de ce projet, est décrit

au chapitre trois. Les éléments portant sur la transférabilité et la mobilisation des savoirs professionnels sont aussi évoqués.

Au chapitre 4, nous abordons les savoirs professionnels du doctorant. Plusieurs activités menées sur le terrain avec les intervenants et intervenantes nous ont permis de dégager des savoirs professionnels propres au praticien-chercheur tenant compte de ses préoccupations, de ses préjugés et du contexte dans lequel il a évolué.

Pour terminer cet essai, une conclusion ouverte résume l'ensemble des retombées de notre projet doctoral en mettant en évidence les savoirs professionnels les plus pertinents contribuant au développement d'un partenariat efficace qui ont été créés dans le cadre de cette démarche doctorale.

PREMIER CHAPITRE. PROBLÉMATIQUE PROFESSIONNELLE

1. PROBLÉMATIQUE

Le partenariat de soins et services avec et pour les usagers et leurs proches est identifié comme étant une activité éminemment importante pour tous les acteurs et actrices du RSSS. Sa mise en œuvre contribue à la réussite du plan d'intervention ou du plan de service individualisé de la personne. Malgré cette affirmation, très peu de professionnels ou d'intervenants sont capables de dire ce qu'est un partenariat de soins et services optimal et ils ne savent pas comment le mettre en œuvre de façon efficace.

Quelques questions ont orienté la réflexion qui nous a conduits à mettre en place des interventions pour soutenir les professionnels et professionnelles. Comment faire pour aider les professionnels, professionnelles, intervenants, intervenantes et les gestionnaires à mieux comprendre ce qu'est un partenariat efficace? Comment faire pour les aider à le mettre en place et à le faire fonctionner de façon optimale? Les professionnels et professionnelles du RSSS peuvent-ils ou peuvent-elles s'inspirer de modèles théoriques pour mieux organiser le partenariat avec les usagers et proches ? Peut-on s'appuyer sur l'expérience des professionnels et professionnelles de même que sur le vécu des usagers et proches pour identifier les bonnes pratiques qui peuvent garantir d'établir un partenariat efficace?

Autant de questions qui nous ont permis d'amorcer notre réflexion avant de circonscrire notre problématique.

1.1 Problématique professionnelle

La création des CISSS et des CIUSSS émane de l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du Réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales. La réforme qui en résulte a entraîné la fusion de plusieurs établissements ayant des missions, des cultures organisationnelles et des pratiques professionnelles différentes. De notre point de vue, la réorganisation du RSSS qui en découle et la décision du Gouvernement de la Coalition Avenir Québec de ne pas y mettre un terme nous indique que cette fusion a eu pour effets, directs et observables, une certaine amélioration perceptible de l'accessibilité, de la continuité et de la fluidité des soins et des services. Plusieurs observateurs peuvent constater que le rapprochement d'anciens établissements à travers des tables de concertation et les nombreux mécanismes visant à favoriser la collaboration n'ont jamais fonctionné de manière satisfaisante que durant la mise en œuvre de cette loi. L'intégration des services a forcé la mise en place de corridors et de trajectoires de services plus opérationnels.

Toutefois, cette réorganisation a donné lieu à la mise en place de très grands établissements créant ainsi une distance marquée entre les professionnels et professionnelles prestataires de services et les usagers. Conscients de cette situation, tous les acteurs et actrices du RSSS recherchent des voies et moyens pour mettre en œuvre des approches et des stratégies pour assurer des offres de services pertinents et de mettre en place des parcours de soins plus simples et plus fluides répondant aux besoins des usagers. Dans ce contexte exigeant une reddition exempte de tout déficit, les CISSS et les CIUSSS ont l'obligation de signer des ententes de gestion et d'imputabilité avec le MSSS, ententes à partir desquelles ils s'engagent à offrir des soins et services de qualité à la population de leur territoire respectif, dans le respect de certaines normes de gestion et l'atteinte des cibles de performance spécifiques. Toutes les forces vives de

la communauté, de même que les usagers et proches, sont invités à se mobiliser autour d'une vision commune pour contribuer à la santé et au bien-être des populations.

Ce grand mouvement de transformation, orchestré par le gouvernement, a obligé les établissements à faire preuve de créativité et d'innovation pour répondre efficacement aux besoins des populations qu'ils desservent. C'est dans cette perspective que notre projet doctoral a pris corps et forme. Un des aspects ayant permis cette émergence est l'intérêt marqué des autorités à accorder une plus grande place à la collaboration interprofessionnelle de tous les acteurs et actrices du RSSS en vue d'établir un partenariat avec les usagers et leurs proches dans l'organisation, la planification et la prestation de soins et services. Par respect des orientations stratégiques qui prennent leur fondement dans la LSSSS, les établissements ont l'obligation de placer les usagers et leurs proches au cœur de leurs préoccupations et de les impliquer davantage dans l'élaboration et la prestation de soins et services.

À partir des activités que nous avons organisées, nous avons voulu voir les traces de la prise en compte effective de cette orientation sur le terrain. Nous nous sommes demandé s'il était possible de vérifier que les professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux mettaient tout en œuvre pour impliquer les usagers et les proches dans la réalisation de leur plan d'interventions ou de leur plan de services individualisés (PSI). Nous étions également intéressés à voir comment se développe la collaboration interprofessionnelle et se concrétisent les pratiques collaboratives permettant de favoriser le partenariat avec et pour les usagers et leurs proches.

Comme gestionnaires, nous avons à outiller les intervenants cliniques et psychosociaux de sorte qu'ils trouvent des voies et des moyens permettant de mieux s'adapter au changement. Dans ce contexte, la mise en œuvre de notre projet a permis de sensibiliser, d'informer et de

former les intervenants, les gestionnaires et les usagers sur la nécessité de travailler ensemble. En effet, l'approche usager-partenaire, portant sur la concertation entre cliniciens, favorise l'implication effective de l'utilisateur et des proches considérés comme membres de l'équipe clinique. De ce fait, elle contribue efficacement à favoriser l'intégration des services et doit devenir une pratique exemplaire.

Même si les orientations ministérielles qui s'appuient sur la LSSSS soulignent l'importance du partenariat et même si les données probantes relèvent qu'il y a des gains à associer l'utilisateur dans la réalisation de son plan de services et de soins, nous avons pu constater que l'actualisation de cette approche dans la pratique professionnelle est loin d'être effective ou optimale. De ce que nous avons observé sur le terrain, il ressort que la participation des usagers ou de leurs proches se limite souvent à une implication dans des rencontres de planification, d'élaboration ou de mise à jour de plan d'interventions ou de plan de services individualisés. Les professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux demeurent les principaux acteurs de la mise en œuvre de ces plans et font participer les usagers et leurs proches comme bénéficiaires et acteurs passifs ou actrices passives. L'implication des usagers et proches n'est pas souvent perçue par les professionnels et professionnelles comme une obligation légale et ils/elles ne se réfèrent pas à une approche théorique pour la mettre en place. Par conséquent, cette implication est très rarement analysée et objectivée. Aussi, la collaboration interdisciplinaire visant à planifier et à organiser des interventions qui engagent plusieurs acteurs et actrices du Réseau n'est pas nécessairement une opération courante non plus.

Enfin, le sondage que nous avons organisé auprès de 250 professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux nous a permis de constater que la connaissance de l'approche usager-partenaire est à géométrie variable dans les différents milieux

de pratique que nous avons visités. Comme nous le mentionnerons plus loin, un très grand nombre d'intervenants et intervenantes disaient avoir une connaissance « intuitive » ou vague de cette approche, dans le sens où ils /elles en ont entendu parler, mais qu'ils ou elles ne savent pas nécessairement ce qui en est. Les intervenants et intervenantes ont exprimé l'impérieux besoin de bien comprendre les éléments structurants de cette approche.

Par contre, nous avons été surpris de constater qu'il demeure un nombre assez important d'entre eux qui disaient n'avoir jamais entendu parler de l'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches. Toutefois, lorsqu'on leur a donné des exemples très concrets, ils ont reconnu qu'ils l'appliquaient intuitivement dans leur pratique. Ces constats nous ont amené à proposer des activités de formation afin de renforcer la compréhension de l'approche et de proposer nos services pour accompagner les directions cliniques dans la mise en place des activités pratiques. Les projets 1 et 2 ont permis de mobiliser des intervenants et intervenantes psychosociaux dans deux établissements (CISSS de Chaudière-Appalaches et CIUSSS de la Mauricie et du Centre du Québec), et l'intervention de terrain s'est effectuée au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Comme nous le verrons plus loin, nous avons accompagné la Direction en santé mentale et dépendance dans l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques en santé mentale permettant d'encadrer le partenariat avec les usagers et leurs proches dans le cadre d'un concours du MSSS. Tous ces éléments nous ont amené à évaluer le niveau d'implantation de l'approche de partenariat dans la pratique professionnelle de nos intervenants/intervenantes et, surtout, à faire ressortir les traces de son actualisation. Nous avons également porté une attention particulière pour identifier des pistes d'innovation qui ont été proposées sur le terrain.

En réalisant cet essai doctoral, nous avons l'intention de présenter les démarches entreprises pour retracer les actions permettant de faire ressortir le professionnalisme avec lequel le personnel de la santé et des services sociaux agit pour établir le partenariat avec les usagers et leurs proches dans sa pratique quotidienne. C'est dans cette perspective que nous avons été amenés à définir le concept de savoirs professionnels et à déterminer ceux qui ont été développés et formalisés dans le cadre de notre intervention. Avant de parvenir à ces aspects déterminants de notre démarche, précisons-les et délimitons notre milieu d'intervention.

1.2 Contexte général des CISSS et des CIUSSS

Plusieurs facteurs issus du contexte organisationnel général des CISSS et des CIUSSS peuvent influencer l'appropriation et l'intégration de l'approche du partenariat avec les usagers et proches de même que la formation visant le développement des compétences des intervenants et intervenantes. Soulignons quelques éléments transversaux de ce macro contexte que nous venons de présenter : (1) la LSSS et les orientations stratégiques qui en découlent; (2) le cadre de référence du partenariat avec l'utilisateur et ses proches et les directives ministérielles; (3) les critères d'Agrément qui font référence à l'implication de l'utilisateur et de ses proches dans le processus de soins et des services; (4) le référentiel de compétences des professionnels et professionnelles en santé et services sociaux; (5) la formation des intervenants et intervenantes du RSSS relative à l'approche du partenariat avec les usagers et leurs proches. De ce contexte général découlent des éléments plus spécifiques.

En regard de notre projet, nous relevons la capacité de mobilisation et de transfert de connaissances des professionnels, professionnelles déterminée par les conditions d'exercice, les éléments spécifiques à leur programme-service et à leur pratique professionnelle. Comme

déterminants ou éléments centraux en lien avec la problématique de la formation à l'approche de partenariat avec les usagers et proches, notons : (1) la connaissance de l'approche, des cadres de références théoriques, des pratiques collaboratives; (2) les stratégies, les moyens et les outils utilisés pour mobiliser et transférer les connaissances relatives à l'approche de partenariat de soins et des services; (3) le programme de formation sous forme d'ateliers et d'autres approches en vigueur dans le Réseau de la santé et des services sociaux (Entreprise en santé et Planetree) visant à faciliter l'intégration de l'approche de partenariat avec les usagers et leurs proches dans la pratique.

1.3 Buts et objectifs

Face à l'absence d'alternatives permettant d'aider efficacement les intervenants et intervenantes à trouver des voies et moyens nécessaires pour répondre à leurs besoins, nous avons proposé un projet de recherche-action visant à fournir des ressources aux acteurs et actrices engagé-e-s dans le partenariat pour offrir des soins et des services de qualité aux usagers et à leurs proches.

Pour le personnel du RSSS, il s'agissait de :

- (1) Renforcer la compréhension du modèle de partenariat et de développer des savoirs professionnels qui y sont relatifs;
- (2) Former les intervenants et intervenantes à mieux comprendre et à intégrer l'approche de partenariat dans leurs pratiques et de permettre aux usagers et à leurs proches d'exercer une plus grande influence sur leur santé et leur bien-être;

- (3) Renforcer et/ou de développer les savoirs professionnels des intervenants et intervenantes relatifs à la mise en place et à la conduite de partenariats efficaces avec les usagers et proches.

Pour les usagers et proches, il s'agissait :

- (4) D'identifier les conditions et caractéristiques permettant de construire un partenariat efficace et de favoriser leur participation;
- (5) De faire en sorte que les usagers et proches soient considérés comme membres des équipes cliniques et qu'ils participent aux décisions qui les concernent ;
- (6) De participer à la planification et à l'organisation des soins et services et à la gouvernance des établissements en mettant leurs savoirs expérientiels à profit.

Comme objectifs spécifiques, nous avons choisi les plus pertinents formulés selon les différents contextes d'intervention.

1.3.1 En contexte de soins et services

- Améliorer la qualité, la pertinence, la sécurité et l'expérience des soins et services des usagers et de leurs proches;
- Améliorer l'expérience au travail pour les intervenants/intervenantes et les autres acteurs/actrices du RSSS;
- Développer les compétences et les attitudes facilitant le recours à l'approche de partenariat;

- Développer une relation partenariale de qualité entre les usagers, leurs proches et les intervenants/intervenantes où l'utilisateur et ses proches sont considérés comme partenaires et leurs savoirs respectifs sont reconnus et valorisés;
- Favoriser l'implication des usagers et de leurs proches dans la prise de décision en tenant compte de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs valeurs.

1.3.2 En contexte d'organisation de soins et services et de gouvernance

- Développer une culture de partenariat basée sur l'intégration dans la pratique des éléments provenant des cadres théoriques de l'approche de partenariat permettant de mobiliser tous les acteurs et actrices;
- Améliorer la qualité de l'expérience au travail et les relations interpersonnelles avec les parties prenantes au partenariat;
- Soutenir le développement des compétences et des attitudes des acteurs et actrices pouvant faciliter la mise en œuvre de l'approche de partenariat avec les usagers et leurs proches en tenant compte de différents contextes.

Pour atteindre nos buts et objectifs, nous nous sommes inspirés de modèles théoriques pour gouverner nos actions et orienter des cibles d'intervention spécifiques.

1.4 Perspectives théoriques de l'approche de partenariat

L'approche usager-partenaire trouve sa raison d'être dans la nécessité de mettre l'utilisateur et ses proches au centre des préoccupations de tous les intervenants et intervenantes¹, et de les considérer comme membres, à part entière, de l'équipe clinique. Les orientations ministérielles qui s'inspirent de la LSSSS font mention de l'obligation de tenir compte de la participation de l'utilisateur et de ses proches dans la mise en œuvre du plan de soins et services. Cette approche s'appuie sur des fondements théoriques suffisamment documentés. Les travaux que nous avons menés dans le cadre de notre recherche-action se sont inspirés de plusieurs cadres théoriques. Le projet 1, qui portait sur l'évaluation du niveau d'implantation de l'approche usager-partenaire sur le terrain, a puisé ses fondements en s'appuyant sur le cadre de référence sur le partenariat avec les usagers proposé par le MSSS selon le cadre de référence du partenariat avec les usagers et proches, inspiré du Modèle de Montréal (Pomey et al., 2018 et 2021; de Karazivan et al., 2015). Ce modèle théorique est axé sur les approches dites paternalistes, approches centrées sur la personne et le partenariat.

1.4.1 *Cadre théorique*

L'approche usager-partenaire axée sur le partenariat de soins et des services stipule qu'il faut développer des compétences-clés qui sont (1) le travail d'équipe, (2) l'éducation à la santé, (3) l'éthique clinique, (4) la capacité de définir le rôle et les responsabilités, (5) la capacité à prévenir et à résoudre les conflits, (6) la capacité de communication, (7) les compétences en leadership collectif. À partir de cette approche, nous avons également identifié trois déterminants essentiels relatifs à cette approche : (1) collaboration/coopération; (2) collaboration

¹ Dans le cadre de notre travail, nous avons fait usage des termes intervenant et professionnel de façon substitutive. Pour nous, nous qualifions de « professionnels » toutes les personnes qui interviennent dans la réalisation du plan d'intervention ou du plan de service individualisé.

interprofessionnelle; (3) pratiques collaboratives. Enfin, par rapport à cette approche, nous avons également ciblé sept résultats ou retombées : (1) autodétermination; (2) autonomie; (3) auto régularisation; (4) compétences; (5) acceptation; (6) co-construction; (7) habilitation.

Le sondage que nous avons réalisé nous a donné l'occasion de constater comment le développement de compétences-clés, l'identification des déterminants et la mise en place des activités et des actions visant l'actualisation du partenariat nous permettront de mesurer le niveau d'implantation de l'approche.

Dans le cadre de nos travaux, nous avons élaboré un cadre théorique de l'approche usager-partenaire propre à notre projet.

1.4.2 Les limites du modèle de référence

Les approches proposées par ce modèle ont l'avantage de définir les caractéristiques d'une relation qui met en lumière la posture d'intervention (prise en charge, vision systémique et approche collaborative), mais ne donne pas suffisamment d'éléments pour mieux comprendre le partenariat et l'optimiser. C'est pourquoi, dans l'optique du projet 2, nous avons entrepris d'explorer davantage cette dimension. Nous avons pour objectifs de questionner les approches existantes et de proposer des avenues théoriques pour nous permettre de réaliser des ateliers de formation. Ces ateliers étaient destinés aux intervenants et intervenantes, aux usagers et aux proches, et portaient sur la compréhension et l'intégration pratique de l'approche de partenariat avec les usagers et proches, en respect des balises proposées par des approches théoriques plus fécondes pour compléter le cadre théorique de référence. Nous avons retenu : (1) la pédagogie sociale de l'intervention (Bouchard et Kalubi, 2006); (2) la théorie des échanges sociaux (Nolet,

Cousineau, Maheu et Gervais, 2017, Ross, Loup, Nelson, Botkin, Kost, Smith et Gehlert, 2010; Cropanzano et Mitchell, 2005; Blau, 1964); (3) l'approche dite systémique de l'organisation apprenante (Senge, 2016).

Comme nous allons le spécifier plus loin, ces différents cadres théoriques proposent de considérer le partenariat avec l'utilisateur comme :

- (1) Une relation de qualité établie entre l'utilisateur, ses proches et les divers acteurs et actrices du RSSS;
- (2) Une dynamique relationnelle qui mise sur la reconnaissance de la valeur des ressources et de la complémentarité, de l'interdépendance des savoirs respectifs des utilisateurs, des proches et des différents acteurs/actrices engagé-e-s dans le partenariat;
- (3) Une relation axée sur le partage équitable de ces savoirs et sur la façon dont les partenaires travaillent ensemble (le processus de co-construction), en tenant compte des besoins et des attentes des utilisateurs et de leurs proches.

1.4.3 Cibles d'interventions

Notre recherche-action consistait à mener deux projets dans différents milieux de pratiques et à extirper de nos interventions des savoirs professionnels aussi bien des participants/participantes que du clinicien-chercheur.

Nous avons proposé :

- un questionnaire portant sur la connaissance de l'approche usager-partenaire;

- une activité d'analyse des données issues du questionnaire présentées aux participants/participantantes avec une animation pour répondre aux préoccupations des intervenants, des intervenantes, des usagers et de leurs proches;
- une activité d'identification des traces justifiant l'application de l'approche de partenariat avec les usagers et leurs proches au moyen d'un Focus group;
- l'exploration des théories et la proposition de modélisation de l'approche de partenariat;
- la conception et l'organisation d'ateliers de formation pour offrir aux acteurs et actrices du RSSS, ainsi qu'à leurs partenaires, la possibilité de découvrir les fondements théoriques de l'approche de partenariat, de les comprendre et de les intégrer dans leur pratique afin d'établir des partenariats efficaces;
- le développement des savoirs professionnels des intervenants et intervenantes pivots en matière de gestion et de suivi de partenariat efficace;
- le développement de savoirs pratiques et de savoirs expérientiels des usagers et de leurs proches engagés dans des activités de partenariat afin d'optimiser leur participation;
- le soutien, de la part de l'établissement, d'une relation partenariale de qualité et efficace entre les usagers, les proches et les intervenants et intervenantes dans laquelle tous les acteurs et actrices sont considéré-e-s comme des partenaires égaux et où leurs ressources et leurs savoirs sont reconnus et valorisés.

Comme Intrants, nous avons les éléments suivants :

- (1) Les savoirs professionnels et les pratiques collaboratives de base des intervenants et intervenantes;
- (2) Les savoirs expérientiels des usagers et des proches en lien avec la connaissance de leur vie avec l'incapacité ou la maladie, les impacts des interventions et des traitements sur leur vie et les difficultés relatives à leur condition ou à leur situation psychosociale;
- (3) Les savoirs cliniques et scientifiques des intervenants et intervenantes;
- (4) Les informations portant sur l'incapacité ou la maladie détenues par l'utilisateur ou les proches;
- (5) Les connaissances théoriques et les habiletés relatives à l'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches;
- (6) Les questionnements de l'utilisateur et des proches en quête d'informations pour mieux comprendre l'incapacité ou la maladie.

1.4.4 Retombées anticipées du projet

Dans le modèle logique que nous avons conçu dans le cadre de notre travail (document en annexe), nous avons anticipé des retombées. Nous en faisons mention à cette étape, mais nous reviendrons sur ces aspects au chapitre portant sur les savoirs professionnels et les familles de situations. Toutefois, certains de ces éléments d'anticipation, présentés comme extrants dans

notre modèle logique, seront traduits sous forme de savoirs professionnels développés après les avoir identifiés comme tels lors de notre analyse.

1.4.5 Extrants pour les usagers et leurs proches

Au terme de nos interventions, nous croyons que les usagers et leurs proches auront acquis/développé les savoirs/compétences suivants :

- La capacité à identifier les ressources et à échanger avec les intervenants, intervenantes et autres partenaires;
- La capacité à valoriser leurs ressources² et à reconnaître comment les faire valoir auprès des partenaires;
- La capacité de questionner et d'exprimer leurs besoins;
- La capacité de s'exprimer pour faire valoir leurs points de vue, leurs connaissances et leurs savoirs expérientiels et de participer à la prise de décisions;
- La capacité de contribuer à la création d'un lien de confiance et à l'instauration d'une dynamique d'échange et d'apprentissage;
- La capacité de contribuer à la mise en place d'un parcours de soins et services en cohérence avec les besoins et les valeurs partagées;
- La capacité de NÉGOCIATION et d'entreprendre des ACTIONS.

² Quand nous parlons de ressources, nous faisons allusion aux bagages expérientiels des usagers et proches à mettre à contribution dans la mise en place du partenariat.

1.4.6 *Extrants pour les acteurs et actrices du RSSS*

Les acteurs et actrices qui assument le leadership de premier niveau que sont les intervenants, intervenantes du RSSS doivent apprendre à partager le pouvoir et à accorder de l'importance aux autres partenaires qui contribuent à la réalisation du plan d'intervention ou du plan de service individualisé. Les premiers artisans de cette entreprise sont les usagers et leurs proches. Aussi, nous croyons qu'au terme de notre projet, ils auront développé les savoirs ou les compétences en lien avec :

- La capacité de comprendre et d'intégrer les principes de l'approche de partenariat dans la prestation de soins et de services;
- La capacité de prendre en compte le point de vue des usagers et des proches, et de les CONSIDÉRER comme partenaires dans leurs soins et services;
- La capacité de valoriser les ressources et les savoirs expérientiels des usagers et des proches et de les INTÉGRER dans l'équipe clinique;
- La capacité d'établir des partenariats efficaces avec les usagers et leurs proches dans une perspective de leadership partagé;
- La capacité de concevoir et de partager les ressources pour OUTILLER les usagers et leurs proches, et de déterminer les rôles, responsabilités et tâches des partenaires;
- La capacité de mettre en place des communautés de pratique « experte » en pratiques collaboratives, en leadership collaboratif ou en partenariat avec les usagers et leurs proches.

L'ensemble de ces extraits que nous venons d'identifier représente les savoirs ou les compétences à développer en contexte de soins et de services.

Nous présentons maintenant ceux qui doivent être pris en compte en contexte d'organisation de soins et services et de gouvernance.

1.4.7 Extraits en contexte d'organisation de soins et services et de gouvernance

En contexte de soins et services et de gouvernance, les usagers doivent être impliqués pour qu'ils participent aux instances décisionnelles. Nous avons identifié quelques éléments qui peuvent justifier la pertinence de leur implication. Pour les usagers et proches, nous croyons qu'il y a des gains considérables à les impliquer. En prenant part à différents instances stratégiques, tactiques ou opérationnelles, les usagers et leurs proches peuvent développer :

- La capacité de s'impliquer comme partenaires dans la gouvernance et l'organisation des soins et services;
- La capacité de participer dans différents projets structurants, comités stratégiques, tactiques et opérationnels;
- La capacité de prendre leur place comme membres des comités d'évaluation de la qualité des services;
- La capacité de prendre part au sondage sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle et dans les équipes d'amélioration continue de services et de soins.

1.4.8 *Extrants en lien avec le MSSS et le réseau des partenaires*

Les MSSS et le réseau des partenaires³ seront également les grands gagnants de cette implication. Nous identifions les retombées potentielles de notre projet de recherche-action.

En soutenant les établissements du RSSS à mener des projets d'envergure permettant de favoriser la participation des usagers et proches de même que celle de tous les acteurs et de toutes les actrices faisant partie des solutions aux besoins des usagers, nous croyons que l'on peut obtenir plusieurs retombées. De notre point de vue, les plus pertinentes sont les suivantes :

L'intégration des valeurs de l'approche de partenariat dans les mécanismes d'assurance qualité (normes, pratiques organisationnelles, guide de pratiques) et dans l'évaluation de la qualité de l'expérience de soins et de services des usagers et des proches (sondage et agrément);

- L'identification des cadres de référence théoriques de l'approche de partenariat.
- La production et la diffusion des connaissances sur les retombées de l'approche de partenariat.
- La reconnaissance des usagers et proches impliqués dans le processus d'agrément des établissements du RSSS et tout autre processus d'évaluation de la qualité des soins et services.

À la lecture de tous les éléments qui ont meublé notre réflexion de départ, nous nous sommes mis en action pour consolider nos intuitions et valider, ou invalider, nos hypothèses de départ. Nos deux projets nous ont permis de vivre une véritable immersion dans l'univers de

³ Lorsque nous parlons de partenaires, nous faisons allusion à différents acteurs et actrices de l'intersectoriel qui contribuent à la réalisation du partenariat de soins et services.

l'intervention et de prendre la mesure des défis auxquels sont confrontés tous ceux et celles qui veulent favoriser le partenariat avec les usagers et leurs proches et qui se retrouvent limités, faute de ressources et de connaissances.

1.5 Les projets d'intervention

Dans le cadre du doctorat professionnel, nous avons mené plusieurs projets qui ont permis de mettre en évidence la pertinence sociale et la pertinence théorique de l'approche de partenariat avec l'utilisateur et proches.

1.5.1 Pertinence sociale et pertinence théorique

Les projets que nous avons mis en place, après avoir objectivé la problématique auprès des représentants des différents milieux de pratique, nous ont permis d'identifier des éléments permettant de justifier la pertinence sociale et la pertinence théorique de l'approche de partenariat avec et pour l'utilisateur et ses proches. La LSSSS et les orientations ministérielles se retrouvent dans le cadre de référence de l'approche de partenariat avec les usagers et les directives, politiques et procédures des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ces différentes orientations traduisent la nécessité de mettre en place des mesures pour actualiser le partenariat avec et pour les usagers et leurs proches. Il s'agit d'autant d'éléments qui nous ont confortés dans notre choix de travailler pour apporter des solutions pratiques à cette problématique.

Explorons les éléments qui fondent la raison d'être de notre projet.

1.5.2 Pertinence sociale

Comme nous l'avons déjà signifié, établir une alliance thérapeutique sous forme de partenariat est une nécessité pour les intervenants et non une simple option, car cela relève de la LSSSS de même que des orientations du ministère de la Santé et des Services Sociaux. En effet, toutes les réformes structurantes mises en œuvre au Québec mentionnent qu'il est important de mettre l'utilisateur et ses proches au cœur des préoccupations des acteurs du Réseau et de les considérer comme des partenaires à part entière. Avec la mise en œuvre des deux projets d'intervention dans le milieu, nous avons pu constater que la plupart des acteurs du Réseau et leurs partenaires ignoraient que la participation de l'utilisateur relève de dispositions légales. Les ateliers d'information, de sensibilisation et de formation ont permis de combler efficacement cette lacune.

Nous avons pu constater également qu'il est difficile pour les intervenants et intervenantes de mettre en place des partenariats efficaces avec et pour les usagers et leurs proches. Les raisons de cette incapacité sont multiples. Dans plusieurs situations, la relation thérapeutique entre les intervenants, les intervenantes et certains usagers était fragile, car les intervenants ont l'impression qu'il leur est demandé de combler tous les désirs des proches, au lieu de répondre aux besoins des usagers. Notre expérience comme membres du comité d'éthique clinique et organisationnelle est des plus éloquentes. En une année, nous avons été interpellés pour aider les équipes cliniques dans la recherche d'options permettant de régler une quarantaine de dilemmes éthiques. Ces situations étaient si importantes que les usagers et proches se faisaient accompagner par l'OPHQ et par les représentants des comités des usagers pour s'assurer de ne pas être traités injustement. Le climat acrimonieux dans lequel se déroulait ce genre de rencontres ne permet pas de travailler dans la perspective constructive, tel que le propose l'approche usager-partenaire.

Plutôt que de se concerter sur l'identification des réels besoins des usagers avec les membres de l'équipe clinique, certains parents ou proches préfèrent adopter une posture de confrontation faisant même intervenir des organisations de défense de droit ou sollicitant l'intervention des députés. Plusieurs situations de quérulence ont été relevées. D'autre part, les intervenants et intervenantes sont aussi très peu à l'écoute de l'utilisateur, car ils ou elles sont souvent préoccupé-e-s par des obligations de reddition de compte et de performance imposées par l'établissement.

C'est pour cette raison que les gouvernants mettent en place des mesures permettant de remettre la personne qui reçoit des soins et services au cœur des préoccupations des soignants. Ainsi, la participation des intervenants/intervenantes et des membres des comités des usagers aux ateliers d'information, de sensibilisation et de formation a eu comme retombées effectives l'émergence de l'expertise de l'utilisateur, la prise en compte de son expérience et la connaissance des aspects de la loi légiférant la participation de la personne qui reçoit les soins et services et de ses proches.

1.5.3 Pertinence théorique

Plusieurs recherches et expériences vécues sur le terrain corroborent le fait que s'engager auprès de l'utilisateur et de ses proches, l'accueillir comme membre de l'équipe clinique et appuyer les professionnels/professionnelles de la santé et des services sociaux dans un partenariat établi la base pour des résultats supérieurs et un taux élevé de satisfaction de l'utilisateur et de sa famille. Il existe de nombreuses recherches pour faire progresser l'adoption d'un modèle de soins et de services centré sur le partenariat avec l'utilisateur et des leviers qui permettent de promouvoir cette pratique.

Au début de notre démarche, nous avons opté pour l'approche usager-partenaire telle que proposée par Karazivan et al. (2015) qui met l'accent sur le partenariat de soins et services axé sur une pratique collaborative optimale entre intervenants/intervenantes avec et pour l'utilisateur. Même si cette approche est proposée dans les milieux de pratiques, on a pu constater que les intervenants et intervenantes qui y ont recours ne connaissent pas les tenants et les aboutissants de la théorie et l'appliquent souvent de manière très implicite. Ils ne sont pas capables de nommer ce qu'ils font en ayant recours à des concepts théoriques précis ou d'en parler avec les usagers et proches. Or, dans le contexte actuel, plusieurs éléments peuvent venir transformer et complexifier la dynamique relationnelle de soins et services. Il s'agit de la démocratisation de l'accès à l'information, de la chronicisation des maladies, de l'augmentation du taux d'inobservance des prescriptions et de l'automédication, de l'augmentation du niveau d'alphabétisation et du vieillissement de la population. La connaissance de l'approche usager-partenaire s'avère très importante.

Dans cette perspective, le projet 1 que nous avons mis en place a permis d'élucider plusieurs aspects fondamentaux de l'expérience usager-partenaire et d'identifier les bases de son activation sur le terrain.

1.6 Projet 1

Le projet 1 portant sur l'expérience usager-partenaire de soins et des services présente la description des différentes réalisations qui ont permis d'identifier les traces de son activation et des pistes d'innovation sur le terrain. La démarche méthodologique choisie a porté sur trois finalités qui sont (1) la recherche, (2) l'éducation et l'action (Guay, Prud'homme et Dolbec,

2011). Dans le tableau qui suit, nous présentons sommairement les différentes activités organisées selon les trois pôles.

Tableau 1 : Finalités de la recherche-action (inspiré de Guay, Prud'homme et Dolbec, 2011)

L'expérience usager-partenaire dans le partenariat de soins et services		
Pôle recherche	Pôle éducation /formation	Pôle action
Collecte de données :	Atelier sous forme de capsule clinique visant l'information, la sensibilisation ou la formation.	Création de documents par le comité usager-partenaire
Recension des écrits et analyse documentaire	Sessions de formation adressées aux communautés de pratiques, aux gestionnaires et aux comités des usagers	Activité adressée à tous : Organisation des ateliers
Élaboration et production d'un questionnaire de satisfaction relatif à la participation à l'atelier	Partage de pratiques dans les réunions des équipes (Études de cas, documents de Kariane Veilleux)	Participation au sondage
Élaboration d'un questionnaire de sondage	Co-formation par les pairs	Activité d'animation à partir des résultats du sondage
Préparation au focus group	Accompagnement individualisé offert par les superviseurs cliniques (CC et SAC).	Recension des meilleures pratiques et des pratiques innovantes (focus group)
Rapport d'activités du comité usager-partenaire		Rédaction et présentation du rapport du projet 1

1.6.1 Pistes d'innovation sur le terrain

Partant de ce qui ressort de nos analyses, les participants et participantes aux différentes activités (questionnaires, ateliers de sensibilisation, focus group) ont fait des propositions concernant les actions et les projets permettant l'actualisation de l'approche usager-partenaire. Les échanges et partages ont permis de mettre en évidence des pistes d'innovation sur le terrain identifiées en ordre de priorité selon trois grandes catégories décrites de façon très détaillée :

Priorité 1 : la mise en place des activités, des actions et des projets de formation;

Priorité 2 : l'identification des moyens concrets permettant d'actualiser l'approche de partenariat avec les usagers et proches;

Priorité 3 : l'identification des enjeux et des défis (forces, faiblesses, opportunités et menaces) relatives à l'actualisation de l'approche.

Nous avons interpellé les participants et participantes au projet pour qu'ils ou qu'elles proposent des actions permettant de déterminer les détails relatifs à différentes priorités. La réalisation du projet 2 et de l'intervention sur le terrain sont ressortis de cette analyse. Les différentes actions proposées sont contenues dans le document « Projet 1 » en annexe. Cela a donné lieu à l'actualisation du modèle initiale proposé.

L'actualisation du cadre théorique

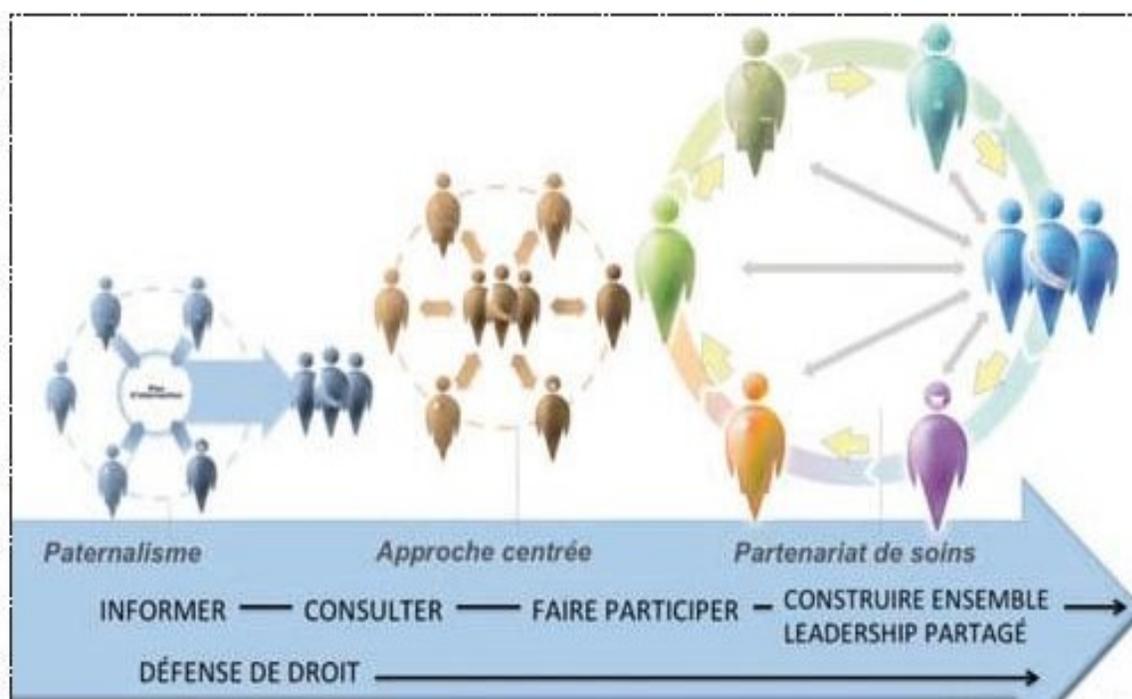
L'approche usager-partenaire axée sur le partenariat de soins et des services met l'accent sur le développement des compétences-clés qui sont (1) le travail d'équipe, (2) l'éducation à la santé, (3) l'éthique clinique, (4) la capacité de définir le rôle et la responsabilité, (5) la capacité de prévention et la résolution de conflits, (6) la capacité de communication, (7) le leadership collectif. À partir des travaux que nous avons entrepris, nous avons également identifié trois déterminants essentiels relatifs à cette approche : (1) travail collaboratif et coopératif; (2) collaboration interprofessionnelle; (3) pratiques collaboratives. Enfin, nous avons également ciblé sept résultats ou retombées : (1) autodétermination, (2) autonomie, (3) auto-régularisation, (4) compétences, (5) acceptation, (6) co-construction, (7) habilitation.

La consultation réalisée nous a donné l'occasion de constater comment le développement de compétences-clés, l'identification des déterminants et la mise en place des activités et des

actions visant l'actualisation du partenariat nous permettront de mesurer le niveau d'implantation de l'approche.

Dans le cadre du projet 1, nous avons adopté le cadre théorique de l'approche usager-partenaire propre proposé par le Modèle de Montréal⁴ (document en annexe A). Il s'agit d'une stratégie de participation des usagers et proches qui rassemble leurs connaissances complémentaires à celles des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux dans l'organisation des soins de santé et des services sociaux. Ce modèle décrit, à sa façon, les fondements théoriques et sa mise en œuvre au niveau clinique, organisationnel et systémique. Les éléments facilitants et les obstacles y sont décrits.

Schéma 1 : Modèle de Montréal (Faculté de médecine de l'Université de Montréal)



⁴ Référence : Pomey Marie-Pascale et al., « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », Santé Publique, 2015/HS S1, p. 41-50.

Au terme de notre intervention sur le terrain, l'implantation de l'approche usager-partenaire a été vérifiée. Les compétences-clés, les déterminants et les retombées de cette approche ont été retracés. Les intervenants ont procédé à l'actualisation de connaissance et ont identifié des pistes d'innovation sur le terrain. Des recommandations constituant des pistes d'action pour le futur ont été formulées et présentées à la direction générale du CISSS de Chaudière-Appalaches. Plusieurs initiatives ont été mises en place.

Enfin, ce projet a permis de mobiliser plusieurs intervenants/intervenantes lors de la réalisation de plusieurs activités et des personnes se sont manifestées pour poursuivre la réalisation du projet 2.

1.7 Projet 2

Le projet 2 a été axé sur la formation des professionnels et professionnelles des services cliniques du CISSS de chaudière-Appalaches portant sur le partenariat entre les usagers et proches et le personnel du RSSS.

Lors des activités initiées dans le cadre du projet 1, nous nous sommes limités à nous inscrire dans l'approche promue auprès des établissements de santé et des services sociaux du Québec incarnée par le « Modèle de Montréal ». Les approches issues de ce modèle (approche paternaliste, approche centrée sur la personne et approche de partenariat) sont unanimement reconnues dans les milieux de pratique qui mettent en place des mesures pour les appliquer dans le cadre de l'implication des usagers et des proches. Ce modèle théorique a le mérite de faire mention des éléments structurant qui permettent de retracer l'évolution des différents paradigmes d'intervention sur lesquels se basent les professionnels et professionnelles pour adopter une posture. Toutefois, il présente une limite qui réside dans le fait qu'il ne permet pas d'identifier

clairement les assises théoriques du partenariat perçu comme activité humaine à part entière. C'est pourquoi le cadre de référence du MSSS qui s'en inspire reconnaît aux établissements la responsabilité de choisir les méthodes et les actions les mieux adaptées à leur clientèle, à leur secteur d'activité, à leur communauté et à leur région.

Pour combler cette lacune, la première activité organisée dans le cadre du projet 2 était d'explorer certaines théories qui pouvaient servir de fondements théoriques à l'approche de partenariat pour proposer des éclairages conceptuels aux intervenants et intervenantes. Il s'agissait pour nous de trouver les voies et moyens permettant de renforcer leur compréhension pour qu'ils soient en mesure de planifier et d'organiser efficacement le partenariat avec les usagers et proches. La seconde activité majeure était de proposer aux intervenants et intervenantes un programme de formation, sous forme d'ateliers, destiné aux nouveaux employés et aux stagiaires des différents CISSS et CIUSSS du Québec. La dernière activité était une activité réflexive qui nous a permis d'identifier les retombées de notre projet 2 et les avenues à explorer pour des améliorations possibles.

Ce travail s'est réalisé grâce à l'élaboration d'une démarche de mobilisation de connaissances et de savoirs expérientiels qui nous aura amené à clarifier notre compréhension des fondements théoriques de l'approche de partenariat de même que d'élaborer et d'organiser des activités de formation.

1.7.1 Nouvelles assises théoriques du partenariat

Le partenariat, considéré comme activité humaine à part entière, est abordé dans plusieurs domaines et champs d'activité, mais très peu de personnes qui y font recours prennent le temps

d'expliciter les fondements théoriques sur lesquels elles se basent pour soutenir leur définition de ce concept qui est polysémique. Quand on parle de partenariat, à quoi fait-on référence ? Pour mieux appréhender l'aspect pluridimensionnel de ce concept, nous avons identifié quelques cadres théoriques qui ont nourri notre réflexion et permis de proposer quelques fondements théoriques.

Partenariat : activité humaine à part entière

La première perspective théorique qui gouverne notre perception relève de la Théorie de l'activité humaine (Vygotsky, 1985 ; Leontiev, 1979 ; Steiner, Engeström, Barma, 2008). Pour ces auteurs, l'activité humaine est définie comme « une activité qui permet d'aborder des problèmes sociaux complexes et de rechercher des réponses qui donnent du sens à leurs actions et qui peuvent solliciter des acteurs de nouvelles façons de faire ».

Selon la perception de ces auteurs, l'activité humaine se stratifie à partir d'une vision taxonomique qui a comme premier niveau l'activité qui nécessite une prise en charge collective et qui renvoie à un objet commun. Au deuxième niveau, il y a l'action qui concerne le but pris en charge par le groupe ou l'individu et qui nécessite de la médiation. Au troisième et dernier niveau, il y a les opérations orientées vers les conditions de réalisation et qui concernent les individus ou qui interpellent le recours aux outils ou aux machines pour l'atteinte des objectifs.

Le tableau ci-dessous traduit de manière plus explicite comment le partenaire peut permettre de mieux appréhender le processus de réalisation d'un partenariat et présentant au premier niveau le concept d'activité qui permet de mobiliser la prise en charge collective, la mise en place d'actions spécifiques pour actualiser le partenariat et la mise en œuvre des opérations qui peuvent être améliorées par les acteurs et actrices en présence.

Tableau 2 : Définition du partenariat selon la théorie de l'activité humaine (inspiré de Leontiev, 1979)

Théorie de l'activité humaine		
Partenariat : activité humaine qui s'accomplit par la réalisation des actions et la mise en œuvre des opérations orientées vers les conditions permettant l'atteinte des résultats optimaux.		
Niveau 1	ACTIVITÉ	Prise en charge collective et renvoie à un objectif commun
Niveau 2	ACTIONS	Implication effective du groupe ou des individus responsables de la prise en charge des actions Réussite conditionnée par la qualité relationnelle des personnes en projet et la médiation
Niveau 3	OPÉRATIONS	Mise en œuvre des opérations orientées vers les conditions de réalisations visant l'atteinte d'un but ou d'une finalité.

Nous avons poursuivi notre recherche de modèle explicatif du partenariat en nous orientant vers la théorie de la Pédagogie sociale de l'intervention (Bouchard et Kalubi, 2006) et la théorie de l'organisation apprenante (Senge, P., Arnaud, B. et Gauthier, A., 2016). La réalisation du projet 2 nous a également permis de voir comment ces deux théories contribuaient à éclairer le concept de partenariat.

La pédagogie sociale de l'intervention

La pédagogie sociale de l'intervention, telle que définie par Bouchard (1991) et Bouchard et Kalubi (2006), identifie trois modèles explicatifs qui encadrent l'intervention psychosociale. Il s'agit du modèle rationnel, du modèle humaniste et du modèle symbio-synergique. Nous avons analysé ces trois modèles pour voir s'ils pouvaient offrir des assises théoriques à conférer au partenariat à partir de leurs caractéristiques.

Le modèle rationnel se caractérise par la présence d'un acteur principal qui peut être l'intervenant, l'utilisateur ou son proche, qui dispose d'une expertise et, par ce fait même, qui gère un pouvoir qui lui est reconnu par les autres. Comme ce pouvoir provient d'un domaine de formation, d'un ordre professionnel, de ses exigences de soumission ou d'une autorité qui lui est conférée, il s'agit d'une gestion hiérarchique caractérisée par des décisions imposées et par une communication de nature pyramidale et asymétrique.

Le modèle humaniste amène à considérer l'intervenant ou le professionnel, l'utilisateur et le proche de même que tout autre acteur comme un guide qui conseille et partage son expertise, ses savoirs professionnels ou ses savoirs expérientiels. Les choix sont faits de façon concertée et les décisions sont prises de manière collégiale. Ce modèle se rapproche davantage de l'autogestion du pouvoir et mise sur le développement de la personne de même que sur la qualité de l'intervention professionnelle.

Le modèle dit « symbio-synergique » met l'accent sur la cogestion du pouvoir où l'intervenant, l'utilisateur et les proches de même que toutes les parties prenantes sont partenaires dans les activités qui les concernent. Il implique donc que toutes les ressources, tous les savoirs et savoir-faire des deux parties soient mis en commun pour répondre aux besoins de la personne. Il s'agit de favoriser le développement de chacun des participants au partenariat, en interdépendance avec les autres et de développer un mieux-vivre ensemble pour le bien-être de tous. Selon les contextes et les objectifs d'intervention, l'intervenant est appelé à considérer l'utilisateur et le proche comme un partenaire, comme son égal et comme un acteur important dans le processus de décision. Par le fait même, il reconnaît que le contact avec l'utilisateur ou le proche est rentable, productif et enrichissant du point de vue des savoirs, de la qualité et de la sécurité de l'intervention.

Si le modèle « symbio-synergique » qui promeut le partenariat semble être le cadre de référence idéale pour favoriser une plus grande autonomie de l'utilisateur et du proche, les auteurs relèvent tout de même que ce modèle n'est pas la panacée (Bouchard et Kalubi, 2006). Toutefois, pour que son intervention soit optimale, le professionnel doit être capable d'avoir recours à l'un ou l'autre des modèles pour répondre le mieux aux situations critiques, marquées par l'attente de solutions de la part des usagers et des proches. L'intervenant doit d'abord démontrer qu'il possède les compétences et l'expertise nécessaire pour faire face à ces attentes. Cet aspect est très important pour lui permettre d'établir un lien de confiance et amorcer un apprentissage réciproque vers des pratiques de partenariat en valorisant les savoirs expérientiels et les compétences des usagers et des proches et en les impliquant dans la prise de décision et dans le partage des tâches et des responsabilités. Par la suite, l'intervenant peut assumer le rôle de guide en laissant les usagers et proches prendre leurs propres décisions dans un contexte de plus grande autonomie.

Si l'on peut retrouver des connivences avec les approches paternaliste, centrée sur la personne et partenariale définies dans le modèle de Montréal, force est de constater que ce modèle de référence présente ces différentes approches dans un continuum linéaire. La différence avec le modèle de référence réside dans le fait que, sous l'angle de la pédagogie sociale de l'intervention, les trois modèles (modèle rationnel, modèle humaniste et modèle symbio-synergique) s'avèrent complémentaires. Bouchard et Kalubi (2006) soulignent que c'est le contexte d'usage qui définit leur pertinence dans les relations entre professionnels et usagers et proches, en tenant compte des attentes et des besoins exprimés par les usagers.

Tableau 3 : Modèles éducatifs définis par la Pédagogie sociale de l'intervention (inspiré de Bouchard et Kalubi, 2006)

	Modèles éducatifs	Description
1	Modèle rationnel	Présence d'un agent principal (intervenant/intervenante) disposant d'une expertise reconnue et détenteur d'un pouvoir conféré par une formation, un ordre professionnel, des exigences de soumission et une autorité Gestion hiérarchique – décisions imposées – communication pyramidale
2	Modèle humaniste	Intervenant/intervenante perçu comme guide ou comme conseiller Laisse la personne faire ses choix et prendre des décisions Vise le développement de la personne et de l'intervenant/intervenante
3	Modèle symbio-synergique	Perspective de cogestion du pouvoir ou usager/proche et intervenant/intervenante sont partenaires dans la réalisation des activités Se base sur la mise en commun des ressources et des savoirs et savoir-faire des parties prenantes Favorise le développement de chacun en interdépendance et le développement du mieux-être ensemble – Partage de pouvoir

Théorie du partenariat et organisation apprenante

La théorie de l'organisation apprenante (Senge et al., 2005) peut également proposer des pistes très intéressantes pour affermir la compréhension du partenariat comme processus de co-construction. L'idée au cœur de cette approche stipule que l'individu peut développer des connaissances, construire des savoirs et développer des compétences afin de réaliser des prestations de qualité au sein de l'organisation à laquelle il appartient (Senge et al., 2016).

Très longtemps utilisée dans plusieurs disciplines, la pensée systémique, qui est au cœur de l'organisation apprenante, s'emploie à révéler les caractéristiques et les relations sous-jacentes des systèmes. Nous considérons que le partenariat, tel que conçu en santé et en services sociaux, impose une dynamique de système. À ce titre, il doit faire recours à la pensée systémique comme outil pour permettre aux acteurs d'analyser les enjeux, de localiser quelques-uns des principaux blocages et problèmes, de mettre au point et d'évaluer les interventions destinées à le renforcer. Nous avons donc eu recours à la pensée systémique (qui fonde l'approche systémique) pour mieux comprendre et mettre à profit les effets positifs, les synergies vécues entre les intervenants/intervenantes, les usagers et toutes les parties prenantes au partenariat. Enfin, nous

croyons que la pensée systémique permet de favoriser une meilleure évolution des interventions initiées dans le cadre d'un partenariat spécifique. À cet effet, nous avons proposé une synthèse des éléments d'un partenariat vécu dans une perspective systémique. Il est donc ressorti le tableau qui suit.

Tableau 4 : Apport de la pensée systémique au partenariat (inspiré de Senge, 2016)

Théories		Apport	Description
Partenariat Pensée systémique	1	Autorégulation	La dynamique relationnelle vécue dans un partenariat résulte systématiquement de sa structure interne
	2	Constante évolution – adaptation	La relation partenariale s'ajuste et se réajuste à de nombreuses échelles de temps interactives
	3	Participants étroitement liés	Il existe un grand degré de connectivité entre les acteurs. Cela signifie qu'un changement d'acteur ou de comportement chez un acteur peut affecter les autres
	4	Régi par des rétroactions	Une réponse positive ou négative peut altérer l'intervention ou ses effets escomptés
	5	Non-linéarité	Les relations dans le partenariat peuvent être complexes
	6	Dépendance à l'histoire des acteurs et au temps	Les effets à court terme d'une intervention peuvent être différents des effets à long terme
	7	Aspects paradoxaux des relations	La cause et les effets sont souvent éloignés dans le temps et dans l'espace, défiant les solutions qui rapprochent les causes des effets sur lesquels elles s'efforcent d'agir
	8	Résistance au changement	Dans un partenariat, des solutions qui paraissent évidentes et simples peuvent échouer ou aggraver les situations

Outre la pensée systémique, les autres disciplines de l'organisation apprenante que sont (1) la maîtrise personnelle ; (2) la vision partagée ; (3) les modèles mentaux ; (4) l'apprentissage d'équipe offrent aussi des éclairages tout aussi évidents qu'avec la pensée systémique. Nous avons fait une synthèse de ces différents éléments contributifs dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Apport des autres disciplines de l'organisation apprenante au partenariat (inspiré de Senge, 2016)

Pensée systémique : Méthodes ou outils			
Maîtrise personnelle	Modèles mentaux	Vision partagée	Apprentissage d'équipe
Engagement personnel ou professionnel	Perceptions	Construction de la compréhension partagée	Apprentissage collectif
Formation individuelle	Schémes		Apprendre à apprendre, à travailler ensemble
	Mécanismes de régulation interne	Orientation commune	Interactivité du lien individu-organisation
Motivation individuelle	Valeurs	Objectifs à atteindre ensemble	
Valorisation de connaissances	Raisonnements		Acceptation de la faiblesse des membres de l'équipe
Arrimage des savoirs théoriques – savoirs pratiques ou professionnels – savoirs expérientiels	Présupposés	Cohésion d'ensemble recherchée	Posture réflexive
	Multiplicité des points de vue		Mettre des mots sur des problèmes
	Acceptation		Trouver des solutions

Nonobstant la richesse et la fécondité de l'approche théorique de l'organisation apprenante dans le partenariat, nous n'avons pas été en mesure de trouver des définitions très opérationnelles du partenariat pouvant émaner de celle-ci. C'est pourquoi nous avons poursuivi notre exploration et, dans nos recherches, nous avons trouvé des avenues théoriques plus intéressantes dans la théorie des échanges sociaux (Mauss, 1950 ; Blau, 1964 ; Nolet, A.-M., Cousineau, M.-M., Maheu, J. et Gervais, L., 2017).

La théorie des échanges sociaux : cadre de référence pour comprendre la dynamique partenariale

La complémentarité des expertises et des cadres de référence des personnes en relation d'affaires constitue la principale richesse du partenariat (Boutin et Le Cren, 2004). Aussi, la mise en évidence de ce modèle exige, cependant, d'avoir un contexte de travail qui requiert que certains principes soient respectés pour que toutes les parties prenantes impliquées aient le sentiment de contribuer effectivement et d'être respectées (Boutin et Le Cren, 2004 ; Clément et

al., 1995 ; Clément et al., 1999 ; Ross et al., 2010). La théorie dite des échanges sociaux, développée par Blau (1964) et revisitée par Nolet et al., (2017), permet de tenir compte de la complémentarité, de la contribution et du respect partagé et de les arrimer sous le concept d'interdépendance. Nous avons exploité le présent cadre théorique en poursuivant quelques objectifs spécifiques, à savoir : (1) documenter le développement du partenariat dans un contexte de soins et services ; (2) analyser les échanges entre les partenaires à partir du concept d'interdépendance conçu à la lumière de la théorie des échanges sociaux (Nolet et al., 2017, qui cite Blau, 1964 et Mauss, 1950). Partant des constats relatifs à notre expérience, nous avons été en mesure de comprendre que l'interdépendance facilite l'échange de ressources et l'obtention de retours sociaux, d'une part, et qu'elle est favorisée par la négociation, d'autre part.

Nous nous sommes donc intéressés à la manière dont la théorie des échanges sociaux envisage le partenariat avant de voir la façon dont il se réalise.

Dans la pratique, nous avons constaté que plusieurs intervenants se limitent à considérer le partenariat comme une simple activité de collaboration entre professionnels du RSSS, les usagers et proches et certains acteurs de l'intersectoriel. Dans l'optique de la théorie des échanges sociaux, le partenariat est conçu comme un processus à long terme qui s'étend sur toutes les étapes d'un plan d'intervention, d'un plan de services individualisés ou d'un projet de vie, allant de sa conceptualisation jusqu'à l'atteinte des résultats (Clément et al., 1995 ; Ross et al., 2010, page 107). La négociation fait partie intégrante de ce processus (Clément et al., 1995 ; Goldberg et Comins, 2001 ; Ross et al., 2010). Ayant pour but d'assurer le respect des besoins, des intérêts et des préoccupations de l'ensemble des participants, la négociation est l'incarnation même du partenariat et doit être perçue comme un processus englobant les périodes avant, pendant et après

le plan d'intervention, le plan de services individualisés ou le projet thérapeutique (Ross et al., 2010).

Un autre élément important du processus partenarial est l'action, qui est différente de la négociation, même si certains auteurs la considèrent comme si elle en était le produit (Soulard et al., 2007). En effet, Ross et al., 2010 et Clément et al., 1995, Minkler, (2005) qui énoncent les étapes du processus partenarial soutiennent que l'action et la négociation doivent évoluer conjointement, tout en étant distinctes.

Trois temps du processus d'action et de négociation peuvent être dégagés :

(1) avant le démarrage de l'activité, les partenaires doivent être choisis, un plan de travail doit être entendu, les activités doivent être conceptualisées et, s'il y a lieu, un financement doit être trouvé ;

(2) pendant le déroulement des activités, le transfert de connaissances doit être négocié et les résultats doivent être partagés de manière à ce que tout le monde comprenne ;

(3) après la fin des activités, les partenaires intervenants doivent demeurer engagés auprès des usagers et des proches afin d'assurer la pérennité des interventions et de leurs effets.

Tableau 6 : Processus d'action et de négociation (inspiré de Nolet et al., 2017)

Processus	Description
ACTION NÉGOCIATION	(1) Avant le démarrage de l'activité : Choix des partenaires – Élaboration d'un plan de travail – Conceptualisation des activités – Financement (au besoin)
	(2) Pendant le déroulement des activités : Transfert de connaissances – Négociation – Partage des résultats – Compréhension
	(3) Fin des activités : Maintien de l'engagement des partenaires auprès des usagers et des proches - Pérennité des interventions et des effets

Le processus partenarial doit amener chaque membre à faire partie de la négociation et de l'action et de s'y sentir respecté (Ross et al., 2010). Cette posture contraste avec la vision traditionnelle dans laquelle les usagers et proches sont objets plutôt que sujets (Clément et al., 1995) et elle est d'autant plus pertinente, considérant la richesse de leur savoir et la complémentarité de leurs expertises (Boutin et Le Cren, 2004). La complémentarité va donc au-delà de la simple collaboration en sous-tendant que l'association des parties prenantes se fait sur la base d'une nécessité et d'un enrichissement mutuel et non seulement sur la base d'un simple désir de travailler ensemble.

La complémentarité des membres d'une équipe en partenariat implique que leurs ressources et besoins diffèrent et que les uns ont besoin de l'apport des autres.

1.8 Modèle théorique du partenariat à la lumière de la théorie des échanges sociaux (inspiré de Nolet et al., 2017; Ross et al., 2010 et Boutin et Le Cren, 2004)

Nous proposons donc un modèle théorique du partenariat inspiré de plusieurs concepts issus de la théorie des échanges sociaux.

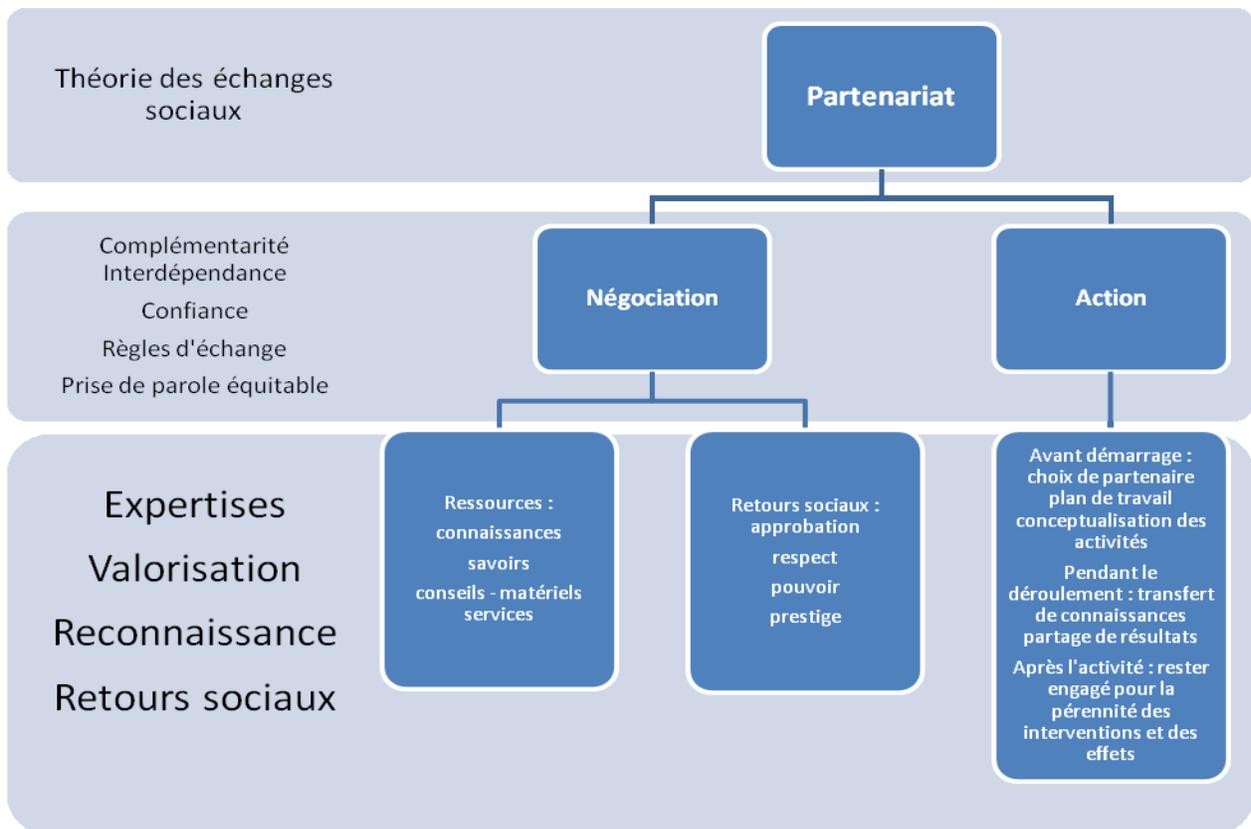


Figure 1 : Cadre conceptuel du partenariat, inspiré de la théorie des échanges sociaux

1.8.1 But et objectifs du projet

L'intervention proposée visait à offrir une formation portant sur la compréhension des fondements théoriques de l'approche de partenariat et le développement des compétences des professionnels pour favoriser son intégration dans la pratique. Pour ce faire, plusieurs objectifs ont été identifiés.

Le projet 2 a pour objectifs de :

- Développer les compétences professionnelles des intervenants et intervenantes, notamment des intervenants pivots, à la gestion et au suivi efficace des partenariats établis pour et avec les usagers et leurs proches;
- Développer les savoirs professionnels et expérientiels des intervenants et des usagers et de leurs proches dans des activités partenariales;
- Soutenir l'établissement d'une relation partenariale de qualité et empreinte d'efficacité, qui engage les usagers/proches et les intervenants / intervenantes, dans laquelle tous les acteurs seront considérés comme des partenaires à part entière et où les ressources et les savoirs seront reconnus, valorisés et partagés.

1.8.2 Nature de l'intervention

L'intervention proposée portait sur l'élaboration et l'organisation d'ateliers de formation, destinés aux intervenants et intervenantes des équipes cliniques, axés sur la compréhension et l'intégration pratique de l'approche de partenariat avec les usagers et proches.

Partant des cadres théoriques explorés, nous relevons les caractéristiques qui stipulent que le partenariat est :

- Une approche qui repose sur une relation de qualité établie entre les usagers et leurs proches et les acteurs et actrices du système de santé et des services sociaux;
- Une dynamique relationnelle qui mise sur la reconnaissance de la valeur des ressources à partager, de la complémentarité et de l'interdépendance des savoirs respectifs des usagers et de leurs proches et des différents acteurs et actrices du RSSS;
- Une relation qui mise sur le partage équitable des savoirs (professionnels et expérimentiels) et sur la façon dont les partenaires travaillent ensemble, en tenant compte des besoins et des attentes des usagers et de leurs proches.

Dans cette perspective, nous avons mis en place des ateliers de formation pour les intervenantes et intervenants.

La formation initiale et continue

Les ateliers de formation que nous avons proposés étaient de deux types : le premier type portant sur la formation initiale et le second type sur la formation continue. Les ateliers de formation initiale s'adressaient aux intervenants et intervenantes nouvellement recrutés et aux stagiaires. Ces ateliers portaient sur la connaissance de l'approche et de ses déterminants, et sur la compréhension des théories permettant de déterminer la raison d'être des objectifs et des activités facilitant l'intégration de l'approche dans la pratique. Les ateliers de formation continue ont été organisés sous forme d'activités de codéveloppement et de laboratoires de changement. Ils

portent sur le partage d'expériences, sur le dialogue et sur le développement de compétences en résolution de problèmes à partir des situations réelles. Ces ateliers de formation continue s'appuient sur la méthode du Design Thinking (Brunet, E., 2019) et sur l'approche du Learning History (Kleiner et Roth, 1995). Si la méthode de Design Thinking apporte une innovation forte, collaborative pour toute organisation désirant mettre en place un changement bénéfique pour ses usagers ou sa clientèle, le Learning History permet de reconnaître leurs apprentissages passés pour les guider dans la génération dialogique de leurs actions futures et de favoriser la mobilisation et le transfert des connaissances. C'est dans cette perspective que le dialogue et les échanges entre participants aux ateliers de formation ont été privilégiés. Comme le souligne Larry Prusak (1999), rien ne se produit sans réflexion... Les individus n'apprennent que par des récits.

Tableau 7 : Processus d'organisation des ateliers de formation

Processus du Design Thinking en 5 étapes linéaires et itératives	
ÉTAPES	DESCRIPTION
IMMERSION ET EMPATHIE	Base du processus Écoute Recueil de données
ANALYSE	Rassembler Exploiter et prioriser les informations utiles au projet Synthèse Orientation
IDÉATION	Phase préférée des participants Proposition d'idées Priorisation des idées (antérieur à une rencontre des utilisateurs et à l'étape consistant à synthétiser les besoins)
PROTOTYPAGE	Mise en forme des solutions proposées lors d'entretiens dédiés – implication des usagers/proches dans la résolution de leurs besoins pour diminuer le risque Confirmation du bien-fondé de nos idées
IMPLÉMENTATION	Dernière phase du processus essentielle au lancement Mise en orbite d'un projet viable et durable

Dans le cadre de travaux initiés, le partenariat porte sur le développement d'une relation de co-construction basée sur la confiance comme mode de relation axée sur la complémentarité des expertises de chacun des participants qui reflète une compréhension commune des besoins ciblés et des objectifs communs à entreprendre (CPIS, 2010; DCPD et CIO de l'Université de Montréal, 2016; Deschênes et al, 2014; Fragasso, Pomey et Carman, 2018). Les activités organisées dans le cadre de ces ateliers de formation misent sur le partage des savoirs expérientiels.

1.8.3 Description de la mise en œuvre du projet

Plusieurs éléments ont contribué à la mise en œuvre de ce projet. La présentation de l'examen doctoral et les échanges qui s'en sont suivis ont permis d'identifier plusieurs points forts en lien avec la pertinence et les retombées du projet. Toutefois, nous avons souligné quelques failles du modèle théorique de l'approche usager-partenaire auquel tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec font référence. Considérant le fait que mon projet 1 portait sur le niveau d'intégration de l'approche dans la pratique, nous nous sommes investis dans une activité réflexive d'envergure qui a eu pour conséquence de prolonger la réalisation de notre parcours et de le prolonger. Toutefois, les réflexions amorcées lors du séminaire doctoral nous ont amenés à revisiter les assises théoriques proposées par le modèle et à proposer des avenues plus en phase avec des théories qui clarifient ses fondements.

De nos premières analyses, il ressort que ce qui est considéré comme assises théoriques par le modèle promu serait plutôt une explicitation des paradigmes d'intervention en fonction de l'évolution sociohistorique des approches cliniques et non un modèle conceptuel comme tel. En effet, pour Karazivan et al. (2015), l'approche du partenariat de soins et des services origine de l'évolution de l'approche paternaliste qui s'est muée en approche centrée sur la personne et qui a, elle-même, laissé place à l'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches. Ainsi, les approches qui sont présentées sont définies comme une approche (1) paternaliste lorsqu'elle porte sur les informations relatives au diagnostic et lorsqu'elle concourt à maintenir l'utilisateur inactif, une approche (2) centrée sur la personne lorsqu'elle permet de consulter l'utilisateur et ses proches sur leurs besoins et leurs préférences et qu'elle favorise leur implication, une approche (3)

partenariale quand elle sollicite une réelle participation de la personne et de ses proches dans leur processus de soins et de services en favorisant une co-construction qui engage le professionnel du milieu de la santé et des services sociaux, l'utilisateur et ses proches de même que les partenaires du réseau. On peut bien considérer que cette présentation définit assez bien le changement qui s'est opéré au fil des années, traduisant ainsi l'évolution des pratiques dans le temps.

Par ailleurs, l'approche de la pédagogie sociale de l'intervention promeut trois modèles explicatifs (le modèle rationnel, le modèle humaniste et le modèle symbio-synergique) comme cadre d'intervention psychosociale sans en faire des cadres de référence exclusifs. Ces modèles se rapprochent, dans leurs caractéristiques, des approches paternaliste, centrée sur la personne et partenariale.

Le tableau qui suit présente une vision synoptique des principales caractéristiques de ces différentes approches proposées.

Tableau 8 : Caractéristiques des approches (Didier Kaba, mai 2022)

Approches	Caractéristiques	Acteurs
(1) Paternaliste (Modèle rationnel)	Information - diagnostic Lecture – écoute passive Acteur principal dispose d'une expertise Gère le pouvoir Communication pyramidale Gestion hiérarchique Décision imposée	Intervenant Patient
(2) Centrée sur la personne (Modèle humaniste)	Consultation – stimulation Questionnement – action Guide Conseiller Autogestion Vise le développement de la personne	Intervenant Patient / usager
(3) Partenariale (Modèle Symbio- synergique) Systémique	Co-construction (construire ensemble) Leadership partagé Reconnaissance et partage de savoirs (experts et expérientiels) Mise en commun des ressources Cogestion du pouvoir Partenaires dans les activités qui les concernent Favorise le développement de chacun des membres	Intervenant Usagers Autres acteurs

Comme nous l'avons stipulé, les pratiques professionnelles ont évolué, et les intervenants sont passés de la prise en charge de la personne à l'application d'une approche intégrée favorisant le partenariat avec l'utilisateur et ses proches (Luigi, Berkesse, Payot, Dumez et Karazivan, 2016). Il s'agit d'un changement de paradigme qui met en exergue les perspectives humanistes, éthiques et de co-construction des savoirs en santé et qui se rapproche des approches promues par la pédagogie de l'intervention (Bouchard et Kalubi, 2006). Toutefois, il ne renseigne pas de façon explicite sur les fondements épistémologiques et théoriques qui sous-tendent l'approche qui offre des assises théoriques du partenariat avec l'utilisateur.

Après avoir analysé la situation dans le cadre du séminaire, nous avons revisité la théorie des échanges sociaux (Braun, 1964), la pédagogie sociale de l'intervention (Bouchard et Kalubi, 2006) et bien d'autres. Nos analyses nous amènent à constater qu'il est possible d'apporter des ajustements permettant d'améliorer le modèle de référence. Avec l'apport des lectures portant sur la démarche réflexive qui a structuré notre cheminement (Alfieri, 2017), nous avons retrouvé un équilibre entre notre capacité à prendre des décisions en tenant compte des avis et commentaires formulés et le fait de trouver une synthèse originale propre aux préoccupations en lien avec les objectifs de notre projet. Nous avons réussi à mettre en évidence les règles qui régissent la collaboration et la participation en misant sur la complémentarité et le partage de nos savoirs respectifs. Considérant que l'objet spécifique de notre projet était le partenariat, notre préoccupation était de trouver des assises théoriques susceptibles de mieux traduire la réalité du partenariat de soins et des services. Le sérieux de la démarche entreprise et la richesse des contributions des membres du séminaire ont favorisé le développement d'un lien de confiance, la

reconnaissance de la valeur et de l'importance des savoirs de chacun, incluant le savoir expérientiel mis en évidence lors de nos échanges.

À partir de la mise en commun de ces savoirs, nous avons pu développer une meilleure compréhension du modèle de référence et identifier les éléments d'amélioration. Dans le cadre de la présentation faite concernant le projet 2, nous avons pu définir les actions et déterminer les moyens à mettre en œuvre pour répondre à nos préoccupations, explorer plusieurs avenues théoriques et en identifier les plus fécondes.

Cadre de référence du partenariat avec les usagers et proches

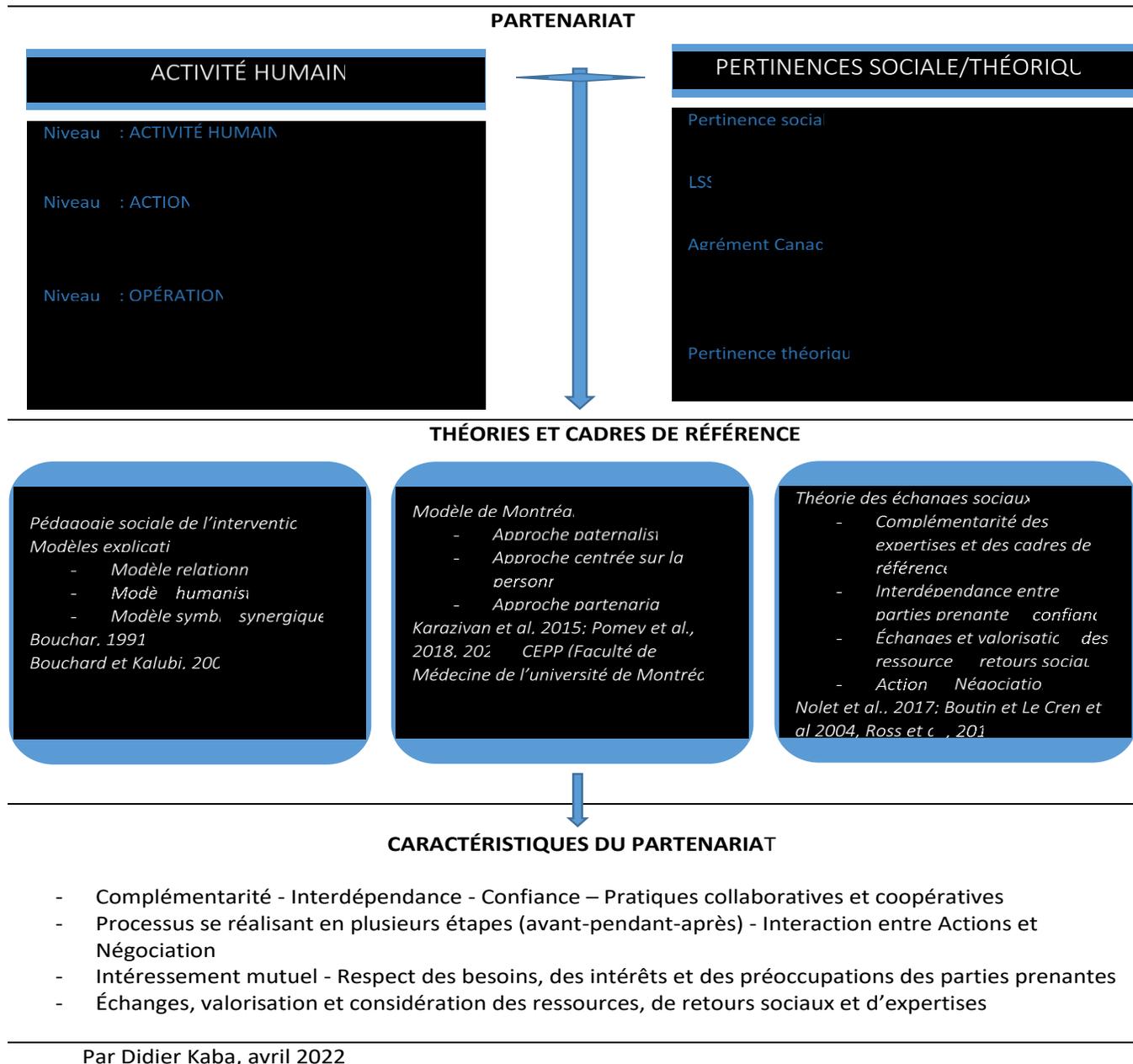


Figure 2 : Cadre de référence du partenariat

C'est donc à la suite de ce travail réflexif que nous avons entrepris l'élaboration d'un programme de formation sous forme d'ateliers portant sur l'initiation et le renforcement des acquis relatifs à l'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches. Ces ateliers de formation ont été proposés aux employés nouvellement recrutés et aux anciens de même qu'aux stagiaires au CISSS de Chaudière-Appalaches. Une formation de formateurs et formatrices a été prévue pour avoir des agents multiplicateurs. Cinq établissements sont intéressés par le projet. Ainsi donc, ce projet, qui porte lui-même sur le partenariat, va se réaliser dans une dynamique partenariale qui aura pour parties prenantes l'Université du Québec à Montréal où je vais organiser un atelier avec des étudiants et étudiantes en travail social et les différents CISSS et CIUSSS qui seront intéressés.

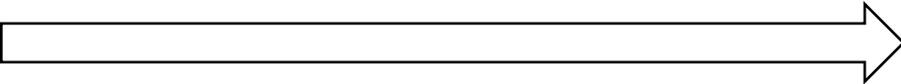
1.8.4 Modèle multidimensionnel de l'engagement des usagers et de leurs proches

Pour continuer dans l'analyse, nous avons conçu un cadre multidimensionnel inspiré de Carman et al., (2013) qui retrace le continuum de l'engagement des usagers et de leurs proches. Ce continuum qui amène les usagers et proches de la consultation à la participation au partenariat et au leadership partagé se réalise en fonction du plan de soins et des services, du design organisationnel et de la gouvernance, de même qu'en fonction des processus et des mécanismes d'élaboration des politiques en vigueur dans les établissements. Certains facteurs peuvent influencer l'engagement des usagers et de leurs proches.

Le tableau présente de manière explicite tous ces aspects.

Tableau 9 : Cadre multidimensionnel de l'engagement des usagers et de leurs proches, par Didier Kaba, 2020, inspiré de Carman et al, 2013

Continuum de l'engagement des usagers et de leurs proches



Niveaux d'engagement	Consultation Approche paternaliste (Modèle rationnel)	Participation Approche centrée sur la personne (Modèle humaniste)	Partenariat et leadership partagé Approche partenariale (Modèle symbio-synergique)
Soins et services directs	Les usagers / patients, leur famille et leurs proches reçoivent des informations à propos d'un diagnostic ou de leur situation médicale.	Les usagers / patients, leur famille et leurs proches sont interrogés sur leurs préférences/besoins dans le plan d'intervention.	Les décisions de traitement et services sont prises en fonction des préférences et besoins de l'utilisateur / patient, de ses proches ou de sa famille, des données probantes et du jugement clinique.
Design organisationnel et gouvernance	L'établissement organise des enquêtes ou des sondages auprès des usagers/ patients, de leur famille et de leurs proches sur leurs expériences de soins et des services.	L'établissement fait participer les usagers / patients, leur famille et leurs proches comme membres des conseils, conseil consultatif, comité et commission.	Les usagers / patients, leur famille et leurs proches codirigent le comité de sécurité et d'amélioration de la qualité des établissements de soins de santé et services sociaux.
Élaboration des politiques	L'établissement organise des groupes de discussion avec les usagers / patients, leur famille et leurs proches pour solliciter leur opinion sur les problèmes de santé.	Les recommandations des usagers / patients, de leur famille et de leurs proches concernant les priorités de recherche sont utilisées par l'établissement pour prendre des décisions de financement.	Les usagers / patients, leur famille et leurs proches ont une représentation égale au sein du comité de l'établissement qui prend les décisions sur la façon d'allouer les ressources aux programmes de santé et des services sociaux.
Facteurs influençant l'engagement des usagers et de leurs proches			
<ul style="list-style-type: none"> • Usagers et proches : les croyances relatives à leurs rôles et responsabilités, les compétences en littératie en santé, le niveau d'éducation; • Organisation : les politiques organisationnelles et les pratiques cliniques, la culture organisationnelle; • Pesanteur sociale : les normes sociales, la réputation de l'établissement, les politiques publiques. 			

1.8.5 Évaluation de la démarche

Toutes activités de formation comportant des limites, nous avons jugé utile d'en mentionner quelques-unes. Une première source de limite émane des enjeux, des choix du praticien-chercheur et de sa subjectivité, de même que du contexte de réalisation. Nous avons initialement prévu de proposer ce programme de formation à toutes les directions cliniques en misant sur la formation des intervenants pivots qui ont à transiger avec plusieurs acteurs et actrices du Réseau pour répondre aux besoins des usagers et de leurs proches. Après cette étape, nous avons prévu de faire la promotion de ce programme auprès d'autres établissements du Réseau. Considérant que la promotion du projet 1 avait permis de mobiliser plusieurs acteurs et actrices à l'interne, nous n'avons pas jugé utile de faire une plus large diffusion de cette première initiative de formation. Nous nous sommes donc limités à faire affaire avec la direction du Programme DI-TSA et DP et avec quelques-uns des partenaires, notamment les communautés de pratiques et les comités des usagers. Un autre élément qui ne m'a pas permis de répondre à d'autres demandes de formation était le fait que je devais quitter l'organisation en cours d'année. Le projet 2 s'est finalisé pendant que nous étions en exercice au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

La raison d'être du projet reposait sur le constat que l'intégration de l'approche de partenariat avec les usagers et proches était à géométrie variable. Pour régler cette situation, nous avons proposé des ateliers de formation pour contribuer au développement des compétences des intervenants et intervenantes. Étant donné que le CIUSSS de Chaudière-Appalaches est un établissement multisite, organiser des activités de formation dans tous les programmes cliniques était une entreprise trop ambitieuse qui n'aurait pas pu se réaliser dans le cadre d'un projet doctoral limité dans le temps. J'ai donc fait le choix de répondre aux sollicitations des services

qui en ont fait la demande et de miser sur la formation des formateurs qui seront des agents multiplicateurs. Pour permettre à un plus grand nombre de personnes d'avoir accès à ce programme de formation, nous aurions pu solliciter la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique et la Direction des ressources humaines afin que ces deux instances soient en leadership dans le déploiement de ce programme de formation dans l'établissement. Cela pourra possiblement se faire pour la pérennité du programme.

Par ailleurs, plusieurs établissements du Réseau ont manifesté un intérêt pour ce programme. Actuellement, les ateliers s'offrent en présentiel; cela constitue une limite à les rendre accessibles à tous, d'autant plus qu'en contexte de pandémie, le respect des mesures de distanciation sociale nous impose de miser sur la formation à distance ou en ligne. Un projet est actuellement en cours en vue de proposer une version de ce programme de formation en ligne.

Le travail qui a présidé à la mise en place des ateliers de formation nous a permis de réaliser une activité réflexive portant sur la distinction à faire entre ce qui relève des paradigmes d'intervention présentés dans leur évolution sociohistorique (aspects dits théoriques du modèle de Montréal) et les avenues qui constituent les fondements théoriques de l'approche du partenariat de soins et des services ou du partenariat avec les usagers et proches. Il s'agit de la mise en évidence d'un corpus d'éléments conceptuels inférés, notamment de la théorie des échanges sociaux qui m'auront permis d'expliquer la réalité de la relation partenariale mettant en jeu tous les acteurs du Réseau, l'utilisateur et ses proches dans un contexte d'intervention psychosociale. Il s'agit là d'une nouvelle avenue à laquelle les personnes qui ont participé aux différents ateliers ont adhéré. Nous sommes conscients que cette vision qui met en évidence la complémentarité et l'interdépendance de toutes les parties prenantes comme déterminants essentiels du partenariat

entraîne un changement majeur au niveau de la posture épistémologique de l'intervenant ou de l'intervenante. Conscient de notre rôle de gestionnaire assumant les responsabilités de formateur par rapport au projet, nous croyons qu'il y a lieu de penser que certains participants ont fait preuve de désirabilité sociale en faisant mine d'adhérer à cette nouvelle vision.

Toutefois, les ateliers de formation continue ont donné lieu à de très bons échanges qui ont permis aux participants d'entreprendre une réflexion sur le sens du partenariat et de la relation thérapeutique à établir avec les usagers et leurs proches. Au terme de ces ateliers, plusieurs participants ont souhaité se constituer en communauté de pratiques ou en groupe de codéveloppement dans le but de maintenir les acquis de la formation et de poursuivre leur développement de compétences.

Comme il s'agissait d'une activité de formation portant principalement sur un échantillon limité quasiment à un seul programme clinique, il serait péremptoire de prétendre que cette formation répondrait aux besoins de tous les intervenants et intervenantes des directions cliniques. Néanmoins, en effectuant des adaptations, en raison des contextes locaux uniques et de l'hétérogénéité des expériences vécues par les différents acteurs et actrices, il est possible de former adéquatement les participants et participantes. La démarche proposée offre la possibilité de mettre en relief certains facteurs contextuels et structurels qui pourraient faciliter l'atteinte des résultats optimaux visés : l'appropriation et l'actualisation des fondements théoriques pour la mise en œuvre du partenariat des soins et des services.

Ainsi, les enseignements tirés par la mise en œuvre de ce projet permettent de dégager les enjeux et défis à prendre en considération dans la perspective d'implanter, dans tous les programmes du CISSS de Chaudière-Appalaches et dans les autres établissements du Réseau, le

partenariat de soins et de services axé sur (1) la complémentarité, (2) l'interdépendance, (3) la négociation, (4) l'action et les interactions des parties prenantes sur (5) les pratiques collaboratives optimales entre intervenants et intervenantes pour et avec l'utilisateur.

La dernière limite à prendre en considération serait en lien avec la subjectivité que tout praticien-chercheur doit tenter de maîtriser, ou du moins d'atténuer le plus possible, par l'entremise de différentes mesures. Considérant que nous avons mené un projet dans le programme-service et dans l'établissement où nous assumions des responsabilités de cadre, il est important de considérer que les résultats obtenus ont peut-être été teintés d'une certaine désirabilité sociale à l'égard d'une personne en autorité. Il faut également souligner qu'il a parfois été difficile d'être à la fois acteur, observateur, formateur, analyste et praticien-chercheur dans ce processus dont les étapes étaient plus récursives que linéaires. La mise en place de sessions de formation de formateurs et de formatrices et d'un processus de consultation auprès des différents acteurs et actrices impliqués par l'entremise du comité usager-partenaire et d'un focus group a grandement contribué à diminuer l'influence de cette subjectivité sur l'interprétation des données recueillies. En effet, le recours à l'arbitrage de plusieurs personnes lors d'une activité de validation de données en focus group s'est avéré être une opération très efficace qui a contribué à porter un regard empreint d'une certaine objectivité sur le contenu des ateliers et sur les résultats de l'évaluation des ateliers.

Au terme de ce processus, des retombées du projet portant sur les améliorations à apporter au modèle théorique et sur les modalités à mettre en place pour rendre ce programme de formation plus accessible ont été identifiées et analysées.

Analyse des retombées du projet

Au début de l'année 2020, nous avons intégré un nouvel emploi au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Pour donner suite à notre projet et mettre en évidence les propositions d'amélioration du modèle théorique, nous avons mis en place un comité de travail en charge de la validation du programme de formation. Cette équipe a travaillé également à le rendre accessible en ligne. Vous trouverez davantage d'informations relatives au projet 2 en annexe.

Toutefois, les projets 1 et 2 nous ont donné la possibilité de développer des savoirs professionnels aussi bien pour les participants/participantes aux projets que pour le clinicien-chercheur. Nous nous sommes limités à identifier les savoirs professionnels en phase avec notre problématique.

DEUXIÈME CHAPITRE. SAVOIRS PROFESSIONNELS

2. TRAITÉ DES SAVOIRS PROFESSIONNELS

Le doctorat professionnel vise à former des professionnels et professionnelles de haut niveau qui, par leur compétence et leur expertise, doivent contribuer à résoudre des problèmes complexes vécus dans leurs organisations. Le cheminement universitaire entrepris doit les habiliter à une double identité de professionnel ou professionnelle et de chercheur ou chercheuse en arrimant le qualificatif de chercheur à l'identité première de praticien étant donné que le projet mené se déroule en milieu de pratique et que les retombées de ces actions situées se traduisent en savoirs professionnels (Costley et Lester, 2012). Ces savoirs professionnels développés en contexte d'intervention soutiennent la professionnalisation des membres d'une communauté professionnelle (Leplay, 2009; Vanhulle, 2013 et Wittorski, 2008). Assumer cette double identité a eu pour conséquence d'influencer notre posture épistémologique. Dans le développement qui suit, nous tenterons de définir cette posture en faisant deux constats.

Comme premier constat, en lien avec les affirmations de plusieurs auteurs pourfendeurs de la pensée pragmatique (Peirce, 1949; James, 1904, Dewey, 1891), nous croyons que les savoirs se construisent dans l'action et que la pensée doit toujours être envisagée « en situation, dans un certain contexte, dans un environnement » (Galetic, 2009, page 4).

Les savoirs ne sont pas décontextualisés et ne se produisent pas de façon isolée, mais plutôt au sein d'une organisation et en interaction avec d'autres humains. En chantre

d'élaboration de savoirs et du socioconstructivisme, Fourez (2003), appert que ce processus de création des savoirs est, avant tout, une activité sociale et comprend une « part de négociation, de controverse et de discussion » (Gagnon, 2015, page 121). Tel est le second constat que nous faisons.

Ainsi, notre posture épistémologique de praticien-chercheur est influencée par le pragmatisme et le socioconstructivisme qui s'inscrivent dans des approches qui poursuivent des objectifs d'humanisation et d'autodétermination, privilégiant la parole et la considération de l'expérience des personnes pour résoudre les problèmes auxquels elles sont confrontées. C'est par le prisme de cette posture que nous proposons d'aborder les savoirs professionnels développés par les participants/participantes et par le doctorant à travers les projets menés en milieu professionnel. Cette posture gouverne notre vision du processus de professionnalisation.

2.1 La professionnalisation en question

La question de la professionnalisation est au cœur des préoccupations des établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui interagissent de plus en plus à ce sujet avec les maisons d'enseignement qui ont le mandat de former leurs intervenants/intervenantes. Pour les universités, les cégeps et les centres de services scolaires, il s'agit d'une problématique centrale constitutive des réformes des curricula de formation professionnelle dans les métiers adressés à autrui⁵. Dans ce type de métiers, trois éléments sont pris en compte : (1) le collectif de travail; (2) l'environnement

⁵Piot (2009) définit les métiers adressés à autrui comme des activités qui requièrent l'adhésion du sujet, objet de l'intervention et qui visent sa transformation, comme les métiers d'interactions humaines : enseigner, former, soigner, accompagner, aider, conseiller, assister, animer...

institutionnel ; (3) le contexte organisationnel. La prise en compte de ces éléments amène les personnes à se rendre capable de travailler en équipe, de partager leurs expériences et connaissances, les valeurs promues et à intégrer les orientations et la culture de l'établissement. Dans ces métiers, également, nous constatons l'existence de deux registres de compétences qui sont en tension : d'une part, l'objet de service (les contenus d'enseignement ou de formation, les procédures et les gestes de soin, les autres connaissances juridiques, déontologiques et culturelles...) et, d'autre part, les compétences communicationnelles qui, comme le stipulent Couturier et Chouinard (2008), sont le creuset des compétences de l'activité. À cet effet, l'analyse qui a nourri notre réflexion provient des travaux de Maubant et Roger (2012). Selon ces auteurs, il existe deux tendances bien marquées par rapport à la question sur la professionnalisation : la première questionne l'évolution des métiers, aussi bien du point de vue de l'identité professionnelle que de celui des pratiques d'intervention mises en œuvre ou des compétences à mobiliser dans l'action; la deuxième s'intéresse à l'évolution des formations professionnelles préparatoires à ces métiers. Aussi, pour comprendre le sens des discours sur la professionnalisation dans les métiers adressés à autrui, nous avons orienté notre réflexion sur les métiers de la santé et des services sociaux. Dans ce contexte, nous avons eu recours à différentes grilles de lecture permettant de faire ressortir la valeur ajoutée attendue de la professionnalisation dans ces métiers, qu'ils soient socioprofessionnels, cliniques ou organisationnels. La prise en compte de la capacité à établir des partenariats en est devenue un élément essentiel.

Pour mener à bien cette entreprise, nous devons examiner, en premier lieu, en quoi cette problématique serait contributive au processus de reconnaissance de la professionnalité, tant du point de vue de la constitution d'un groupe professionnel que du point de vue de la mise à jour et de l'analyse des tâches professionnelles caractéristiques de ces professions ou de ces métiers. En deuxième lieu, nous tenterons de mieux définir les termes centraux qui se retrouvent au cœur de nos préoccupations : professionnalisation, professionnalité et savoirs professionnels en lien avec la capacité à prendre en compte le travail réalisé en partenariat avec les usagers et proches. Enfin, dans un ultime exercice de synthèse, nous tenterons d'identifier les conditions de mise en œuvre et de réussite d'un processus de professionnalisation. Nous ferons émerger de nos réflexions un modèle nous permettant de circonscrire ce qui constituerait pour nous des éléments constitutifs des savoirs professionnels.

2.1.1 De la professionnalisation dans le RSSS

Le domaine de la santé et des services sociaux regorge de plusieurs professionnels qui exercent des métiers adressés à autrui. Qu'il s'agisse des intervenants/intervenantes du secteur de la santé ou du secteur psychosocial, tous ces professionnels exercent des métiers dits « professionnalisés » et leur capacité à résoudre des problèmes complexes se fonde sur des savoirs organisés, largement reconnus, partagés au sein de leur profession et, semble-t-il, transmissibles. Cette possibilité de transmission de savoirs peut se faire aussi par l'assimilation de concepts, de théories et de procédures ayant été éprouvés et au moyen des démarches actives et empiriques (expérience de terrain ou de laboratoire par l'entremise de stages, de simulations, de travaux pratiques, de cliniques, de pratiques

supervisées). Donc, les compétences professionnelles ne se limitent pas uniquement à la maîtrise des savoirs fondamentaux ou appliqués, théoriques ou procéduraux, mais ils peuvent mobiliser efficacement des savoirs et des savoir-faire (et, dans certaines situations, des savoir-faire faire) et surtout des schèmes de pensée ou d'action dont la codification n'est jamais complète. L'ambiguïté des savoirs et du rapport au savoir n'est pas propre aux métiers des soins de la personne. Les figures emblématiques diverses de l'intervenant ou de l'intervenante dans le domaine de la santé et des services sociaux suggèrent qu'il serait inadéquat de caractériser une profession comme étant une simple mise en œuvre d'une technologie ou d'une science appliquée qui s'appuierait sur des connaissances théoriques et procédurales communes. À ce titre, nous pouvons dire que certains métiers exercés dans le secteur de la santé et des services sociaux, notamment, demeurent des « semi-professions⁶ ». Cela signifie que ces métiers ne sont pas encore parvenus au stade de profession. Cette situation peut être de nature à créer une certaine ambiguïté dans la considération des savoirs et savoirs professionnels propres aux métiers de ce domaine et en même temps dans leur rapport au savoir. Comme nous avons pu le constater sur le terrain, les débats actuels sur la formation des professionnels de la santé et des services sociaux opposent des tenants de deux visions divergentes, allant des idéologies du don de soi ou d'un talent inné⁷ aux rationalistes arborant le langage de l'ingénierie didactique ou de la science de l'intervention médicale et psychosociale. Entre ces deux extrêmes, nous croyons qu'il existe une voie médiane plus réaliste qui tient

⁶Cette expression est employée par Perrenoud (1994) pour qualifier des métiers qui ne répondent pas aux critères dévolus aux professions, mais qui sont tout de même en voie de professionnalisation.

⁷Les tenants de cette tendance croient que le travail d'intervenant en santé et services sociaux relève d'une mission, d'un talent inné ou acquis de la personne et cela ne saurait s'enseigner. Dans l'histoire du Québec, les congrégations religieuses ont été en charge des hôpitaux et des centres de formation aux métiers de l'enseignement et de la santé car relevant de leur mission religieuse.

compte autant de l'état d'avancement des savoirs dans le domaine que des pratiques d'intervention sur le terrain. Nous proposons de sortir de cette impasse qui consiste à juxtaposer les savoirs scientifiques aux savoirs issus de l'expérience professionnelle en amenant les acteurs et actrices concernés par cette question à entreprendre une coopération dans une entreprise de théorisation de la pratique, d'articulation et de fécondation mutuelle des savoirs procéduraux ou de démarches de formation.

Pour mener à bien ce chantier et pour éviter de tomber dans certains écueils, nous commencerons notre réflexion en tentant de définir, de manière assez opérationnelle, ce que nous entendons par « professionnalisation » perçue comme démarche de transformation structurelle du métier. Par la suite, nous mettrons en lumière le lien qui existe entre compétences professionnelles et savoirs professionnels. Nous comptons mettre en lumière les éléments de réflexion en lien avec le repérage des compétences, l'énonciation et la formalisation des savoirs professionnels tels que définis. Enfin, nous évoquerons ce qui, pour nous, constitue un processus acceptable de formalisation et un mode de référence et de validation de savoirs professionnels en contexte d'interventions cliniques et psychosociales.

2.1.2 Définition des concepts

Les métiers spécifiques au RSSS suscitent un certain débat en ce qui a trait aux éléments constitutifs de leur professionnalité. Que l'on soit médecin, infirmière, travailleur social, spécialiste disciplinaire (psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute...), il existe une certaine disparité entre les différentes façons d'exercer ces professions ou métiers. On pourrait se demander à quoi se réfèrent, explicitement ou

implicitement, ces professionnels pour agir et penser leurs pratiques au quotidien. Il nous a donc semblé important de préciser, au préalable, certains des termes que nous allons employer dans notre analyse. Il s'agit notamment de « profession », de « professionnalisation », de « professionnalité », de « professionnel » et de « savoirs professionnels ».

2.1.3 Métier, profession, compétences et construction de savoirs professionnels

Par le passé, le métier était défini comme l'exercice d'une activité, le fait d'avoir une occupation ou un travail déterminé reconnu par la société et dont la personne qui l'exerce pouvait tirer des moyens d'existence. Le métier faisait donc référence à l'exercice d'une activité donnée, mais envisagée sous un angle concret. Le métier avait aussi une connotation d'activité manuelle, c'était un ensemble de gestes professionnels et de savoir-faire permettant de réaliser une tâche donnée.

Utilisée souvent comme terme générique synonyme de métier, la profession était perçue comme un métier qui a un certain prestige et dont l'exercice exige le recours à des activités plus intellectuelles que pratique ou manuelle. Prenons simplement le concept de « professions libérales ». Les sociologues Dubar et Tripier (2004, page 11) nous offrent deux avenues pour mieux comprendre ce qu'est une profession. Ces auteurs soulignent que le terme « profession » n'a pas la même signification, selon que l'on s'inspire de l'École anglophone (américaine) ou francophone (française). Pour les tenants du courant américain incarné par Wilensky (1964), une occupation doit acquérir successivement les six caractères suivants pour être reconnue comme une profession : (1) être exercée à temps plein; (2) comporter des règles permettant d'encadrer l'activité; (3) comprendre

une formation et des écoles; (4) posséder des organisations professionnelles; (5) comporter une protection légale du monopole de l'exercice de l'activité; (6) avoir un code de déontologie.

En analysant ces différents éléments à la lumière de notre expérience, nous pouvons constater que les professions relatives aux secteurs de la santé et des services sociaux répondent, en général, aux six critères énoncés ci-dessus. En effet, pour chacune des professions, il existe bien une protection légale du titre, un monopole de l'activité correspondant à différents titres professionnels. Pensons aux médecins, aux infirmières, aux infirmiers, aux psychologues, aux psychoéducateurs et aux travailleurs sociaux et à tous les autres cliniciens disciplinaires qui sont encadrés par des ordres professionnels très protecteurs de leur pratique. Toutefois, même en étant très encadrées, certaines professions exercées dans des contextes différents exposent moins les praticiens à une très grande diversité de classes ou de familles de situations. Par exemple, un psychologue qui exerce dans une entreprise n'est pas exposé aux mêmes situations que celui qui travaille dans un hôpital ou dans une école.

Le caractère polysémique du terme profession est souligné par les travaux des sociologues français (Leplay, 2006). Selon la perspective de l'École française, le sens premier de ce terme est d'origine religieuse et se rapporte à « profession de foi » qui signifie « action de déclarer publiquement ses opinions ou ses croyances ». L'autre sens du terme, plus terre à terre, présente la profession comme « une occupation par laquelle un individu gagne sa vie ». Pour le dernier sens, la profession est « l'ensemble des personnes exerçant un même métier ». La profession renvoie à la corporation de

personnes qui exercent le même métier et qui conviennent de valoriser un ensemble de pratiques, une somme de gestes professionnels et de savoir-faire permettant de réaliser des tâches. Ainsi, Sorel (1895, sociologue français) déclarait que « la profession est un métier socialement organisé et reconnu ».

Les deux derniers sens que revêt le terme profession correspondent au type de profession d'intervenant ou intervenante dans le domaine de la santé et des services sociaux. La perspective que nous avons explorée rejoint, en partie, le contexte des activités professionnelles concernées dans leurs dimensions institutionnelles. Comme organisation, le RSSS doit s'assurer que les professionnels exercent leur métier en conformité avec les orientations établies par les corporations professionnelles. Toutefois, nous avons porté notre attention sur les dimensions épistémiques et pragmatiques de notre réflexion qui sont en lien avec les objectifs de notre recherche-action qui portent sur le partenariat à mettre en place entre les acteurs et actrices du RSSS, les usagers et leurs proches, mettant en évidence l'importance du travail interdisciplinaire et la complémentarité entre les expertises en contexte d'intervention médicale et psychosociale. Cet aspect peut amener les intervenants ou intervenantes à être moins enclins à partager leurs ressources et à accorder une très faible considération à l'apport des savoirs expérientiels ou des savoirs issus de la pratique empirique.

En s'inspirant de la perspective développée par la sociologie des métiers et des professions, nous pouvons établir une distinction qui peut s'avérer utile dans la compréhension de ce qu'est une profession et de ce qu'est un métier. Selon Lemousse (1989), les professions sont des métiers particuliers qui ont les caractéristiques suivantes :

(1) être une activité intellectuelle, non routinière, mécanique ou répétitive qui engage la responsabilité individuelle de celui qui l'exerce; (2) être une activité qui a une portée pratique étant donné qu'elle se définit comme l'exercice d'un art au lieu d'être simplement théorique et spéculative; (3) être une activité qui se réalise au moyen de techniques qui s'apprennent au terme d'une formation; (4) le groupe qui exerce cette activité est régi par une organisation et une grande cohésion internes gérées par un ordre professionnel; (5) être une activité au terme de laquelle un service est rendu à la société (Lemousse, 1989).

De ce qui précède, nous retenons que toute profession est un métier, mais tout métier n'est pas une profession. En schématisant notre analyse, nous pouvons nous représenter les professions comme un sous-ensemble de métiers. Déjà en son temps, Etzoni (1969) parlait déjà du travail social, des soins infirmiers ou de l'enseignement comme des « semi-professions », car ces métiers, aussi prestigieux et reconnus qu'ils soient, ne répondaient pas pleinement à certains des critères, répondaient moyennement à chacun ou ne répondaient pas du tout à d'autres. Toutefois, nous pouvons affirmer avec Perrenoud (1994) qu'il est possible de professionnaliser un métier, c'est-à-dire de lui conférer les caractéristiques d'une profession et de procéder à sa transformation structurelle. Il y a donc une continuité entre les métiers les moins et les plus professionnalisés. Cette distinction est très apparente entre les différentes professions du domaine de la santé et des services sociaux. En effet, il existe bien une différence entre les métiers de médecin et d'infirmière, qui sont des professions bien établies, et les métiers de travailleuse sociale, de psychologue ou de psychoéducateur, qui ne répondent pas toujours à tous les critères de professionnalisation tels que présentés. Considérant

que, selon les situations ou les contextes dans lesquels ces intervenants ou intervenantes se trouvent à exercer leur métier, il peut s'avérer difficile de répondre à tous les critères d'une profession, nous pouvons dire qu'un psychologue qui œuvre dans un centre de réadaptation ou dans une école n'aura pas à intervenir en tenant compte des mêmes classes ou familles de situations. À partir des constats que nous avons faits, nous nous sommes donc demandé comment se déroulait le processus de professionnalisation. C'est ce que nous avons tenté de comprendre.

2.1.4 Le processus de professionnalisation

Nous pouvons dire que certains des métiers du RSSS ont très certainement l'ambition de devenir des professions à part entière et de prétendre avoir un jour à respecter toutes les caractéristiques requises. Mais pour le moment, force est de constater que les institutions, et même la société toute entière, n'ont pas encore mis les conditions en place pour cela. La professionnalisation effective de ces métiers ne pourra pas se décréter unilatéralement parce qu'elle donne droit à des privilèges en termes d'autonomie, de pouvoir, de prestige et de revenu.

Du processus de professionnalisation décrit par plusieurs auteurs (Bourdoncle, 1993 b; Perrenoud, 1993 f), il ressort qu'un métier s'installe durablement dans la condition de semi-profession, compte tenu d'un état de la technologie, des besoins, de la division du travail et des rapports de force entre métier, entre employeurs et salariés, entre usagers et gens de métier. Selon ces auteurs, on peut même envisager des évolutions

régressives, des processus de « déprofessionnalisation » et de « prolétarianisation⁸ » des métiers. Pour illustrer cette vision, nous disons que certaines professions peuvent perdre de leur prestige ou leurs lettres de noblesse et être reléguées à un statut inférieur. Pour faire exemple, il y a quelques années, les communautés religieuses jouaient un rôle de premier plan dans le système de la santé. Le fait d'être prêtre, aumônier ou religieuse exerçant dans le RSSS était très prestigieux et valorisé. Plusieurs personnes rentraient en religion aussi bien pour des raisons vocationnelles que pour le prestige qui leur était conféré. De nos jours, ce n'est plus le cas. Il s'agit ici d'un bel exemple de déprofessionnalisation et de prolétarianisation. On pourrait donc se demander si le caractère professionnel dépendrait, en partie, d'une approbation sociale.

Il n'est pas garanti que certains métiers adressés à autrui soient définitivement à l'abri d'une telle situation. Pour que tous ces métiers accèdent à un statut de profession, il serait illusoire de miser uniquement sur un effort individuel de professionnalisation. Chaque intervenant dispose d'une certaine autonomie dans l'exercice de ses fonctions et peut en faire usage pour aller dans le sens de la professionnalisation du métier, mais cette opération ne peut se concevoir comme la conjugaison d'évolutions individuelles et personnelles convergentes. La professionnalisation serait donc un processus de transformation structurelle qui passe par des dynamiques très complexes qui impliquent nécessairement des acteurs ou actrices collectifs, et individuels. Le métier est en partie ce qu'en font ceux et celles qui l'exercent en fonction d'une image idéale de leur rôle et d'eux-mêmes. Pour s'en convaincre, nous pouvons faire remarquer qu'il y a des métiers qui ont acquis une réputation enviable (pensons aux pompiers ou aux infirmières) ou une

réputation peu reluisante (pensons aux vendeurs de voitures usagées ou aux mécaniciens perçus comme peu fiables). Certains, plus que d'autres, ont le pouvoir et les moyens d'infléchir leur rôle dans un sens qui s'écarte des pratiques courantes et d'anticiper sur l'avenir du métier. L'évolution progressive des pratiques des intervenants ou intervenantes peut contribuer aussi à la professionnalisation du métier. Mais cette évolution est commandée par un statut, une formation et une identité collective. Or, certains des métiers adressés à autrui ne sont pas uniquement définis par ceux et celles qui les pratiquent, mais aussi par les institutions et les acteurs ou actrices qui rendent cette pratique possible et légitime. Il s'agit de l'État qui donne les bases légales au système éducatif et souvent un statut aux métiers et aux diplômes qui en ouvrent l'accès; les pouvoirs organisateurs privés et publics, internationaux, nationaux, régionaux ou locaux qui gèrent les établissements d'enseignement et de formation engagent et emploient les formateurs ou les formatrices, fixent les orientations; les institutions de formation (Centres de services scolaires, cégeps, universités) qui définissent et certifient leurs compétences professionnelles; les chercheurs dans le domaine des sciences humaines qui donnent à chacun des métiers une image plus ou moins réaliste; les entreprises et les administrations qui exigent aux établissements de formation de former des intervenants et intervenantes qualifiés; les communautés locales dans lesquelles les intervenants et intervenantes exercent leurs métiers, le public qui a des attentes à l'égard du réseau de la santé et des services sociaux; les instances politiques et administratives qui décident de la place des intervenants dans la hiérarchie des métiers.

Chaque intervenant ou intervenante est, par ailleurs, en lien d'interdépendance avec ses collègues : ceux et celles qu'il côtoie tous les jours sans avoir nécessairement des échanges professionnels; ceux et celles avec lesquels il travaille éventuellement en équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire; ceux et celles qui font partie du même établissement que lui; ou encore ceux et celles qui militent dans les associations qui orientent la profession ou le métier, son éthique, ses revendications statutaires et salariales. Malgré cette interdépendance qui est garante d'une professionnalisation aussi, les intervenants et intervenantes demeurent libres d'agir. Ils demeurent des acteurs et des actrices qui peuvent œuvrer, individuellement ou collectivement, à la transformation de leur propre métier. L'évolution progressive des pratiques individuelles peut amener des transformations structurelles. En effet, plus les intervenants et intervenantes vont s'investir dans la formation continue, la pratique réflexive, le travail en équipe, la coopération dans le cadre de projet d'établissement, l'innovation, la recherche de solutions originales, le partenariat avec les usagers et les autres acteurs et actrices du milieu, plus ils vont rendre possible une redéfinition progressive du métier dans le sens d'une plus grande professionnalisation.

2.1.5 La profession et le professionnel

La réflexion sur la professionnalisation a été pour nous le prélude d'une analyse plus féconde des savoirs professionnels. Comme nous allons tenter de le montrer, la professionnalisation du métier ne se limite pas à un élargissement des connaissances et des savoir-faire des intervenants et intervenantes du RSSS. Elle passe par une redéfinition de la nature des compétences qui sont le fondement d'une pratique efficace.

La profession est exercée par un professionnel. Comment peut-on définir ce qu'est un professionnel et, par le fait même, ce qu'est une profession?

Selon Dubar et Tripier (2004), cité par Leplay (2006), le terme « professionnel », souvent employé en opposition à celui « d'amateur » et de « bénévole », qualifie quelqu'un qui fait partie d'un groupe professionnel. Dans l'expression commune et familière « C'est un pro », on sous-entend que l'individu dont on parle est une personne expérimentée, reconnue, experte dans son art. Le professionnel est donc une personne qui possède la certification requise, la crédibilité acquise et reconnue pour exercer son métier et qui l'exerce réellement avec talent et compétences. C'est ce sens que revêt le concept de professionnalité d'où découle le qualificatif professionnel. Dans le développement qui va suivre, nous établirons le lien entre professionnalité et compétences professionnelles.

2.1.6 La professionnalité et les compétences professionnelles

Le concept de professionnalité renvoie à l'idée de développement professionnel, c'est-à-dire « aux processus de construction et d'approfondissement de compétences et de savoirs nécessaires à la pratique d'un métier » (Lang 1999, page 26). Dans la construction de la professionnalité, telle que perçue par cet auteur, il y a, à la fois, des compétences et des savoirs nécessaires à l'exercice de la pratique. Lang propose d'articuler la théorie à la pratique dans une visée heuristique. Il y a donc ici une interprétation de l'activité de l'intervenant /intervenante faisant appel à des compétences, mais aussi à des savoirs théoriques et pratiques. La définition de la professionnalité proposée ici cherche aussi à associer le processus de construction et de développement de compétences au processus de développement professionnel. Cet aspect a été spécifiquement abordé et développé par

Maubant et Roger (2012) qui ont identifié cette perspective en analysant le référentiel de la formation des enseignants mis en œuvre au Québec en 2001, dont les douze compétences identifiées reposent sur une approche culturelle de l'enseignement. Cette approche vise à former des maîtres qui seront à la fois héritiers, critiques et interprètes (gouvernement du Québec, 2001).

Dans le même ordre d'idées, nous avons consulté le cadre national de définitions des compétences en matière d'interprofessionnalisme proposé par le Consortium pancanadien sur l'interprofessionnalisme en santé (2010) qui met en exergue les compétences qui définissent la professionnalité attendue chez les intervenants et intervenantes en santé. Dans ce document de référence, sept (7) compétences-clés sont évoquées : (1) le travail d'équipe; (2) les compétences en communication; (3) les compétences éthiques et cliniques (4) les compétences en résolution de problèmes; (5) le leadership collectif; (6) l'éducation à la santé; (7) la capacité à définir les rôles, responsabilités et tâches. Toutefois, nous affirmons que si la professionnalité implique de former les futurs intervenants et intervenantes du secteur de la santé et des services sociaux à l'acquisition des savoirs multiples, de développer les compétences définies par les instances institutionnelles compétentes, elle doit également permettre d'articuler les savoirs issus des savoirs scientifiques aux savoirs professionnels. Aussi, pour parvenir à une professionnalité effective, il doit s'instaurer un dialogue ou une interaction continue entre différentes formes de savoirs en se basant sur les savoirs scientifiques (donc sur des données probantes).

La professionnalité ne se limitera plus à la mise en œuvre d'un processus axé sur le développement des compétences et l'acquisition/co-construction de savoirs, mais elle dépendra de la capacité de la formation professionnelle à créer les conditions favorables d'une articulation, voire d'un dialogue, entre les différentes formes de savoirs et une collaboration effective entre les différentes sources de savoirs. Il convient tout de même de dire que les différents milieux en charge de la formation professionnelle des intervenants et intervenantes doivent être capables de créer les conditions d'un tel dialogue. Or, nous avons tendance à penser que, même si l'on procède de plus en plus à une académisation de la formation aux métiers à autrui, cela ne s'avère pas suffisant pour promouvoir le modèle de formation professionnelle, tel que le suggère la recherche⁹. Plusieurs chercheurs qui travaillent sur le développement des savoirs professionnels en éducation et qui nous ont inspirés dans notre réflexion orientent leurs analyses vers cette direction (Maubant et Roger, 2012; Hasni et Lenoir, 2006; Perrenoud, Altet, Lessard et Paguy, 2008). Nous croyons, à l'instar de Maubant et Roger (2012) et Hasni et Lenoir (2006), qu'une synergie entre les savoirs théoriques et les savoirs pratiques permet le développement d'une pensée critique à l'égard de la profession et la mise en œuvre d'une réelle pratique réflexive chez l'intervenant ou intervenante en formation. Malheureusement, nous ne pouvons aussi que constater que les universités n'ont pas encore réussi à mettre en place les conditions favorables à la réalisation de cette synergie. Le processus de professionnalisation visant l'établissement d'une professionnalité de l'intervenant et intervenante exerçant dans le domaine de la santé et des services sociaux

⁹Lang (1999) mentionne que « une académisation de la formation ne suffit plus à promouvoir le modèle du professionnel » (p. 168).

requiert donc que s'instaure le dialogue entre différents savoirs professionnels mobilisés dans les différentes compétences nécessaires à l'exercice d'une activité pratique.

Après avoir décrit nos concepts les plus importants, il s'est avéré plus aisé d'aborder l'élaboration d'une définition qui nous permettra de mieux cerner ce que nous entendons par savoirs professionnels.

2.2 La définition des savoirs professionnels

Lorsque nous avons décidé d'entreprendre ce travail, nous étions conscients de la rareté des ressources nous permettant d'identifier les éléments de définition de ce que pourraient être les savoirs professionnels. Une des bifurcations que nous avons empruntées était de distinguer, tout d'abord, les savoirs professionnels des savoirs académiques et scolaires. Par la suite, nous nous proposons d'identifier les savoirs professionnels selon une perspective tridimensionnelle : théorique, pratique et empirique. Enfin, nous tenterons de mettre en évidence ou en exergue les relations qui existent entre savoirs professionnels, professionnalisation et professionnalité.

Commençons notre développement par une définition très formelle de ce qu'est le savoir professionnel.

Comme le soulignent plusieurs auteurs, définir les savoirs professionnels n'est pas une sinécure. Les recherches qui nous ont inspirés dans notre réflexion proviennent du secteur des sciences de l'éducation et de la sociologie des métiers et des professions. La définition que nous présenterons en premier est empruntée à Leplay (2004). Pour cet auteur, le savoir professionnel se définit à partir des cinq caractéristiques suivantes :

- 1- Un savoir professionnel est un énoncé qui met en relation les trois types de représentations ou systèmes de représentation qui sont : une classe de situations professionnelles; une classe d'actions correspondant à cette classe de situations; une classe de résultats attendus de cette classe d'actions, dans cette classe de situations.
- 2- La relation entre représentation de la classe de situations et de la classe d'actions est exprimée par un jugement de pertinence.
- 3- La relation entre représentations de la classe d'actions et de la classe de résultats est exprimée par un jugement prédictif d'efficacité ou d'efficience, qui peut être relatif ou absolu.
- 4- L'ensemble de cet énoncé porté par une personne est partagé au sein d'un groupe professionnel.
- 5- La portée de la généralisation peut être plus large que la classe de situations dans laquelle le savoir professionnel a été construit, l'énoncé peut le préciser.

À la lumière de tous ces éléments, nous nous sommes posé la question de savoir si les savoirs professionnels étaient des savoirs savants / scientifiques appris dans les institutions universitaires, les cégeps ou les grandes écoles, ou bien s'ils étaient des savoirs construits au gré de l'expérience. Cette question qui est au cœur de nos préoccupations a constitué la trame de fond de toute notre réflexion. Pour tenter d'y répondre, nous essayons de bien comprendre l'articulation de divers types de savoirs dans l'exercice d'une pratique professionnelle. À cet effet, nous avons bien conscience qu'il

est très utile de procéder à une classification des différents savoirs pour une meilleure compréhension de notre démarche.

La deuxième définition qui nous semble plus opérationnelle est empruntée à Gagnon (2008). Pour cette auteure, les savoirs professionnels résultent d'une combinaison de savoirs divers permettant l'exercice d'un métier ou d'une profession. Ces savoirs préparent à l'entrée sur le marché du travail et intègrent l'ensemble des connaissances et des habiletés reconnues nécessaires et utiles pour l'organisation d'une activité. Les savoirs professionnels, dans leur assertion générale, ne peuvent donc pas être dissociés de leur usage social. Constitué d'un ensemble de pratiques sociales permettant d'explicitier les différents savoirs convoqués par la pratique professionnelle, le savoir professionnel s'inscrit dans une logique d'action, est soumis à des facteurs aléatoires et s'inscrit dans une temporalité. Dans le modèle proposé par Gagnon (2008), les savoirs professionnels constitués de savoirs techniques, théoriques, pratiques et pratiques qui fondent les actes professionnels se réalisent dans des situations professionnelles diverses et dans un contexte spécifique. La réalisation de ces savoirs professionnels se fait en fonction des finalités et des valeurs. Nous ne ferons pas une analyse exhaustive à ce sujet, car nous nous limiterons à établir une dichotomie fonctionnelle entre savoirs professionnels et savoirs scolaires ou académiques.

2.2.1 Distinction entre savoirs professionnels et savoirs scolaires ou académiques

Les travaux portant sur la transposition didactique initiés par plusieurs auteurs (Joshua, 1996 ; Raisky, 1993, 1999; Rogalski et Samurçay, 1994), rapportés par Maubant et Roger (2012), nous serviront de balises pour nous amener à distinguer les savoirs

professionnels des savoirs scolaires ou académiques. En effet, le concept de transposition didactique, dont Verret (1975) est précurseur et qui a été développé par Chevallard (1980), nous permet d'affirmer que tout savoir doit se soumettre à une transformation en vue d'être enseigné ou mis à la disposition des apprenants. Cette transformation s'opère à travers cinq étapes : (1) la désyncrétisation, (2) la dépersonnalisation, (3) la programmation, (4) la publicité et (5) le contrôle. Examinons ces différentes étapes.

En considérant que les savoirs professionnels doivent se soumettre à une transposition didactique, nous croyons que, même portés par des professionnels, ils doivent, eux aussi, subir une adaptation pour être des savoirs à enseigner à partir d'un mécanisme de formation professionnelle et d'un processus de professionnalisation.

Deux auteurs en particulier, Raisky et Loncle (1993), abordent la question de la désyncrétisation des savoirs professionnels par le biais de l'écriture des programmes ou des référentiels de formation. Pour ces auteurs, lorsque ces savoirs professionnels sont formulés dans et par les compétences, les référentiels de formation ne peuvent rendre compte de « l'intervention de l'aléatoire et de l'inscription de ces savoirs dans une ou plusieurs temporalités ». La question de la dépersonnalisation, c'est-à-dire du caractère personnel et singulier des savoirs professionnels, est présentée par Lesne (1977, page 20) en ces termes : « Réunis pour opérer en commun des reconstructions personnelles de leurs modes d'organisation du réel, les formateurs et formatrices reconstruisent dans l'action pédagogique leurs représentations scientifiques et leurs représentations de l'acte de formation, les apprenants reconstruisent, quant à eux, leur appropriation du réel avec l'aide des premiers ». Il est donc essentiel en formation professionnelle de faire ressortir

le caractère personnel des savoirs professionnels évoqués pour ne pas les réduire à des routines mobilisables uniquement par le professionnel qui les identifie.

La question de la programmation des savoirs professionnels est abordée par Raisky (1999) qui souligne que la complexité des savoirs professionnels rend nécessaire une modélisation de cette complexité davantage qu'une décomposition linéaire. Le fait de segmenter les compétences et les savoirs professionnels ne permet pas de rendre compte des principes directeurs qui aident à organiser la pratique et à tenir compte de la complexité de l'activité professionnelle. Présenter explicitement les éléments de cette complexité conduit à penser la pratique professionnelle comme un processus constitué d'interrelations entre des savoirs théoriques, pratiques et techniques et non pas comme une juxtaposition de ces savoirs. Ces trois formes de savoirs constituent les savoirs professionnels (Raisky, 1999).

La question de la diffusion des savoirs professionnels se trouve évoquée par les travaux de Rogalski et Samurçay (1992, page 235) : « La nécessité d'explicitement des savoirs opérationnels, plus ou moins efficaces, conduit les experts avec lesquels nous travaillons à repérer d'éventuels écarts entre des savoirs en acte et la connaissance individuelle ou collective qu'ils explicitent ». Il est donc important, si l'on souhaite identifier et comprendre les éléments constitutifs de l'activité, de repérer les savoirs professionnels à partir de l'explicitation de ces mêmes savoirs. Or, les éducateurs et éducatrices, qu'il s'agisse de formateurs ou de formatrices d'enseignants ou d'enseignantes ou de tout autre intervenant ou intervenante représentatif des métiers

relationnels semblent rencontrer des difficultés à définir et à expliquer ce qu'ils font et pourquoi ils le font (Maubant et Roger, 2012).

Enfin, la question du contrôle est importante à poser tant il semble difficile de saisir non seulement les savoirs professionnels, mais surtout les processus de mobilisation, de construction et de mise en acte de ces savoirs au sein de la pratique. Si le contrôle vise à s'assurer de la conformité des savoirs professionnels au regard des attentes de l'institution, l'évaluation des compétences semble plus délicate à mettre en œuvre, car il conviendrait de vérifier non seulement la mobilisation des savoirs professionnels validés par l'institution, mais aussi la capacité du futur professionnel à les convoquer et à les mettre en œuvre convenablement dans la pratique.

Nous avons tenté de démontrer, bien modestement, combien une initiative de transposition didactique des savoirs professionnels vers des savoirs professionnalisant, c'est-à-dire susceptibles de constituer des savoirs à apprendre, est une démarche délicate qui exige des acteurs décisionnels d'arborer une autre posture permettant d'adopter une nouvelle manière de penser la formation professionnelle dans les métiers de la santé et des services sociaux, notamment. Mais cela nécessite aussi de proposer une nomenclature des savoirs professionnels facilitant leur identification et leur lecture.

2.2.2 Les trois dimensions des savoirs professionnels

Tout au long de la réalisation de ce travail, nous avons été confrontés à faire des choix entre des éléments conceptuels à exploiter pour rendre compte de ce que représentent pour nous les savoirs professionnels. Plusieurs types de classifications se

sont offertes à nous, toutes ou presque toutes issues des sciences de l'éducation. Après analyse, nous avons opté pour la classification provenant des travaux de Maubant et Roger (2012) qui, eux-mêmes, s'inspirent de plusieurs auteurs que nous avons tenu à citer ci-dessous. Dans cette perspective, trois dimensions permettant de définir les savoirs professionnels sont retenues : scientifiques, pratiques et techniques. De ce modèle, nous avons apprécié la simplicité et l'érudition. Aussi, pour expliciter ces trois dimensions des savoirs professionnels, les auteurs se réfèrent principalement aux écrits de Raisky (1993) qui parlent de savoirs scientifiques, pratiques et techniques; à ceux de Lenoir, Laforest et Pellerin (1995) qui identifient des savoirs théoriques, pratiques et procéduraux; à ceux de Mialaret (1996) qui énoncent les savoirs théoriques, les savoirs scientifiques et les savoirs d'action; à ceux de Roger et Maubant (2011) qui présentent les concepts aristotéliens de *theoria*, de *praxis* et de *poiesis*.

La dimension théorique des savoirs professionnels

Pour Malglaive (1990), Lenoir, Laforest et Pellerin (1995), les savoirs théoriques identifiés sont des connaissances qui peuvent être mobilisées pour l'action, autrement dit « ce qui est ». Mialaret (1996) propose des types de savoirs théoriques qui peuvent être institutionnels (les programmes), formés par l'ensemble des réflexions philosophico-historiques sur l'éducation et l'enseignement et les idéologies pédagogiques ou andragogiques.

Par rapport à cette dimension théorique des savoirs professionnels, Raisky (1993) associe les savoirs théoriques aux savoirs scientifiques. Pour définir ce qu'il entend par savoirs scientifiques, il met en opposition les spécificités du technicien avec celles du

scientifique : « Le scientifique est animé d'un désir de vérité universellement reconnaissable. À ce titre, il ne peut s'agir que d'une vérité en question qui devra, pour se construire, surmonter les obstacles, sans cesse renaissants, parce qu'ils sont dans la conscience même du scientifique ».

Considérant la théorie à la fois comme processus de construction et de conception, pour Roger et Maubant (2011), la théorie (Theoria) est à la fois processus intellectuel et objet-produit de ce processus. Nous nous joignons à ces auteurs pour dire que la dimension théorique des savoirs professionnels ne se limite pas seulement à un objet extérieur à la pensée, mais bien à un savoir faisant référence aussi bien au produit qu'au processus cognitif qui participe de sa construction et de son élaboration.

Malheureusement, nous constatons que cette dimension théorique des savoirs professionnels, telle que nous la définissons ici, semble absente des formations professionnelles qui visent la professionnalisation, en particulier dans les métiers adressés à autrui. À ce propos, Lenoir, Laforest et Pellerin (1995) mentionnent que ces types de formations conduisent davantage à former des techniciens et techniciennes que des professionnels de la formation ou de l'intervention. Pour Trottier et Lessard (2002), la formation professionnelle dans les métiers de l'intervention éducative en général, socio-éducative ou formative est dominée par une vision « centrée sur l'individu et sa psychologie, ainsi que sur les disciplines prises comme des en-soi ou des catégories universelles ». Cette réflexion nous amène à nous questionner sur les dimensions pratiques des savoirs professionnels, un aspect rejoignant nos intérêts.

2.2.3 *La dimension pratique des savoirs professionnels*

Présentée par Raisky (1993) comme les savoirs permettant d'agir, la dimension pratique des savoirs professionnels vise l'efficacité du fait technique qui se trouve portée par ces savoirs pratiques. Lenoir, Laforest et Pellerin (1995) soutiennent que la pratique assure l'actualisation des savoirs théoriques et procéduraux. Cette actualisation engage le professionnel dans la totalité de ses actes et de ses pratiques puisqu'il se situe en interaction contextualisée dans un milieu social où il agit à la fois sur le plan cognitif et conceptuel (du savoir), sur le plan psychomoteur (du savoir-faire) et sur le plan intentionnel (du savoir-être). Le modèle de Mialaret (1996) présente la pratique comme une réponse à la réalité de l'extérieur et la divise en trois niveaux : (1) la réponse impulsive (l'intervenant fait n'importe quoi) ; (2) la réponse plus ou moins adaptée, efficace, mais fermée sur elle-même (l'intervenant utilise des « recettes » qu'il conserve d'une année à l'autre); (3) la réponse adaptée, réfléchie, qui nécessite une intense activité psychologique (l'intervenant recherche les solutions les plus pertinentes aux situations éducatives). Il reste toujours possible de définir la pratique comme une praxis permettant d'allier l'action et l'activité de la personne qui agit. La perspective de Roger et Maubant (2011) présente la pratique comme une incarnation d'une action dont le but est d'exalter le processus de construction des idées (le siège de la theoria) et de pouvoir ainsi rendre ces idées perfectibles. La pratique servirait de révélateur à la théorie.

Par rapport à ce point, nous constatons qu'au sein de la formation professionnelle des intervenants et intervenantes dans les métiers adressés à autrui, la dimension pratique des savoirs professionnels semble principalement abordée pendant les périodes de stages.

Dans les faits, il peut s'avérer difficile d'exploiter ces périodes de stages comme autant de situations formatives se situant bien au-delà d'une simple collecte d'informations auprès de maîtres de stages ou de superviseurs d'outils, de matériels, de règles de conduite précises et opérationnelles, de routines (Trottier et Lessard, 2002) et pouvant favoriser un dialogue entre les trois dimensions des savoirs professionnels.

2.2.4 La dimension empirique des savoirs professionnels

Soulignée par Lenoir, Laforest et Pellerin (1995), la dimension empirique des savoirs professionnels fait principalement état des savoirs procéduraux. Il s'agit des différentes façons de faire, des procédures, des routines, de ce qu'il faut entreprendre pour agir. L'acquisition de ces savoirs empiriques semble se réaliser en dehors de l'action. Nous sommes dans le domaine des techniques, dans l'univers de ce qui fonctionne dans la réalité sociale et professionnelle, quels que soient les situations et les contextes. Selon nos auteurs, les savoirs empiriques de type procédural se distinguent des savoirs d'expérience dans la mesure où les savoirs procéduraux seraient transmis comme des procédures à mettre en œuvre dans des situations spécifiques, relevant de guides de pratiques garantissant l'efficacité des procédures déployées au regard du diagnostic de la situation professionnelle rencontrée. Pour Raisky (1993), la dimension empirique des savoirs professionnels renvoie aux savoirs techniques et représente la schématisation de la pratique, c'est-à-dire l'ensemble des démarches qui visent à rendre compte rationnellement des pratiques. Enfin, pour Roger et Maubant (2011), la dimension empirique des savoirs professionnels relève de la poïésis, c'est-à-dire qu'elle vise la production matérielle de biens. Pour ces auteurs, ces savoirs ont une finalité productive.

La dimension empirique des savoirs professionnels semble très présente dans les dispositifs de formation professionnelle visant à former les formateurs, les gestionnaires de formation ou les enseignants. Elle conduit à considérer les connaissances de l'expérience sensible du réel comme des savoirs à part entière. Dans cette perspective, la théorie peut sembler inutile aux personnes en formation. Elles ne semblent retenir, en fin de compte, que les dimensions empiriques des savoirs professionnels mis en évidence dans le processus de professionnalisation et d'insertion professionnelle.

2.2.5 Sens et rôles des savoirs professionnels dans la construction de la professionnalité des métiers

À partir des définitions pluridimensionnelles des savoirs professionnels que nous venons de voir, est-il possible d'envisager la mise en œuvre d'un projet de professionnalisation au sein des dispositifs de formation professionnelle dans les métiers de la santé et des services sociaux ? La réponse à cette question n'est pas évidente. Pour ce faire, il nous apparaît important d'analyser les différentes situations formatives rencontrées par les intervenants et intervenantes en formation. Toutefois, nous pensons que la compréhension et l'interprétation que l'intervenant et intervenante en situation d'apprentissage peut faire des situations éducatives qu'il rencontre tout au long de son processus de développement professionnel dépendent principalement des savoirs professionnels qu'il a développés en formation, en médiation avec les différents porteurs de savoirs que sont les formateurs, les gestionnaires, les superviseurs, les collègues de travail... Cela nécessite aussi de posséder un outil (une grille) qui peut servir de facilitateur technique. C'est dans cette optique que Martineau (2007), s'appuyant sur les

travaux de Schutz, a tenté de mettre en évidence un cadre d'intelligibilité des processus de construction de la réalité professionnelle chez l'éducateur débutant. Ce cadre peut être adapté au contexte de formation des intervenants et intervenantes du RSSL. Ce modèle de Martineau qui pose les bases d'une théorie de l'intervention éducative ou formative se décline comme suit :

- L'individu construit des catégories générales, des types d'expériences, de situations ou de comportements, ou des schèmes de référence (des sortes d'idéaux types) qui lui permettent d'interpréter le social et le culturel.
- Le monde extérieur n'est pas vécu comme un amalgame d'objets séparés, sans lien dans le temps ou l'espace, mais comme un montage, une organisation plus ou moins cohérente, voire comme un système.
- Pour former à l'exercice d'agir professionnellement, il est nécessaire d'aider le formateur, l'éducateur, l'enseignant à identifier le processus conceptuel organisateur de la pratique.
- Les programmes de formation de formateurs et formatrices doivent définir la professionnalité attendue des futurs intervenants et les situations formatives soutenant le processus de dialogues entre les différentes formes de savoirs professionnels qui participent à la production de la professionnalité.

Ainsi, rejoignant les aspects soulevés par Martineau (2007) dans son modèle, il est légitime de se demander ce que savent les futurs experts de l'intervention clinique des situations formatives qu'ils vivent et dans lesquelles ils développent une intelligence de

l'action. Il est important de se demander aussi de quelle nature sont les différents savoirs convoqués et mis en œuvre en situation. En outre, on ne peut pas penser que la formation universitaire à visée professionnalisante dans les métiers de la santé et des services sociaux puisse permettre un aboutissement de la construction de la professionnalité, car elle se développe tout au long de la carrière. Mais, en matière de formation, il faut savoir démontrer que les savoirs professionnels ont un caractère heuristique et interprétatif et qu'ils conduisent les futurs intervenants et intervenantes à exercer une pratique réflexive sur leurs savoirs à des fins d'usage dans et pour la pratique.

Au terme de cet exercice réflexif, les typologies et les terminologies prolifèrent, mais elles nous ont fourni assez d'éléments pour nous permettre de mieux saisir la nature même des savoirs professionnels, en particulier en contexte d'apprentissage. C'est vrai que les différents travaux que nous avons explorés nous ont permis d'en faire une distinction en fonction de leur source, de leur statut, de leur légitimité, de leur degré de partage, de leur mode de validation, de leur caractère privé ou public, de leur mode de codification, de leur degré d'explicitation, de leur efficacité ou de tout autre critère. Nous pouvons aujourd'hui nous risquer à proposer un modèle émergent qui s'articulerait autour des éléments suivants :

- Les savoir professionnels, ensemble de combinaisons de connaissances, savoirs et savoir-faire à mobiliser dans l'exercice d'une profession ou d'un métier;

- Les savoirs professionnels sont déterminés par un processus de professionnalisation visant une transformation structurelle du métier (élargissement de connaissances, de savoirs et de savoir-faire d'intervention);
- Les savoirs professionnels contribuent au développement de la professionnalité qui participe à la construction et à l'approfondissement des compétences et des savoirs nécessaires à la pratique d'une profession;
- Les savoirs professionnels procèdent à l'articulation de la théorie à la pratique dans une visée heuristique (interprétation de l'activité, fait appel aux compétences et à des savoirs théoriques et pratiques; associe processus de construction et de développement de compétences au processus de développement professionnel; contribue à la construction de référentiels);
- Les savoirs professionnels se conçoivent et s'approprient dans des contextes et des situations favorisant une synergie (un dialogue) entre les savoirs théoriques, les savoirs pratiques, les savoirs empiriques, ce qui permet le développement de la pensée à l'égard de la profession et la mise en œuvre d'une pratique réflexive;
- Les savoirs professionnels participent à la construction des savoirs savants et à la construction de l'identité professionnelle.

À la lumière de nos analyses, nous dirons qu'un savoir professionnel pourrait être un ensemble de connaissances acquises par l'apprentissage ou l'expérience. De manière plus précise, une connaissance, élément constitutif du savoir, est une idée exacte d'une

réalité, de sa situation, de son sens, de ses caractères, de son fonctionnement¹⁰. Dans l'usage courant, savoirs et connaissances sont souvent interchangeable. Nous tenterons, à cette étape-ci, de définir un savoir comme étant un ensemble de connaissances présentant une certaine unité en vertu de leurs sources ou de leur objet. Mais l'essentiel de notre propos se résume dans le fait que savoirs et connaissances sont des représentations du réel ou de nos perceptions. Dans cette perspective, il serait plus prudent de dire que les connaissances sont des représentations qui prétendent à l'exactitude ou que l'on tient pour exactes. Avec un peu de recul historique, nous pouvons nous apercevoir que les connaissances ou les savoirs tenus pour acquis par la majorité des contemporains peuvent varier d'une société ou d'une époque à une autre. D'ailleurs, très rares sont les connaissances et les savoirs qui font une totale unanimité. Les savoirs professionnels n'échappent pas à cette constante. C'est pourquoi autour des connaissances et des savoirs largement tenus pour fondés, il faut donc être en mesure d'identifier les connaissances controversées, mises en doute, en voie d'être rectifiées ou abandonnées ou, au contraire, à peine émergentes. Nous croyons qu'une société est un champ de force dans lequel s'affrontent des représentations contradictoires qui peuvent toutes prétendre au statut de connaissances vraies. Nous croyons aussi que les savoirs savants ne s'opposent pas aux savoirs professionnels qui, à notre sens, se définissent plus par leur usage plutôt que par leur statut ou leur origine.

La visée de professionnalisation contenue dans les dispositifs de formation professionnelle dans les métiers adressés à autrui, notamment dans les métiers du RSSS, s'accompagne d'un objectif visant la contribution à la construction de l'identité

¹⁰ Définition du Dictionnaire Hachette de la langue française.

professionnelle à travers le processus de développement professionnel. Nous croyons que cette double orientation doit se traduire sur le plan des finalités, sur le plan de l'organisation et sur le plan des savoirs à apprendre par la mise en œuvre de situations d'apprentissage professionnel. Or, les professionnels et professionnelles en situation de formation ne peuvent pas trop compter sur les institutions de formation ou encore sur les entreprises et organismes de formation pour développer leur identité professionnelle. Ils doivent plutôt construire celle-ci à partir de l'interprétation de leur expérience de travail. Ainsi, la volonté du gouvernement du Québec de professionnaliser les différents métiers et de réformer la formation professionnelle qui est censée y conduire devrait s'appuyer sur la mise en place de contextes formatifs qui pourraient accompagner et soutenir les futurs professionnels dans un processus de mise en récit de soi visant à interpréter leurs expériences de travail, c'est-à-dire leur permettant de donner du sens aux différentes situations professionnalisantes rencontrées. Cela est peut-être en bonne voie, mais nous sommes encore loin de la coupe aux lèvres, car c'est loin d'être effectif.

Cette première partie de notre réflexion a porté sur l'analyse des concepts centraux que sont le métier, la profession et le processus de professionnalité de même que sur les savoirs professionnels, en se référant au contexte d'apprentissage. Dans la suite de notre démarche heuristique, nous allons nous orienter vers une réflexion plus spécifique au statut épistémologique des processus d'élaboration et d'appropriation des savoirs professionnels en nous basant sur les travaux que nous avons menés sur le terrain. En ce sens, nous rejoignons la démarche proposée au Programme de formation au Doctorat professionnel qui nous initie à effectuer un déplacement pour nous situer par rapport à ce

qui a été développé autour des savoirs professionnels et qui est centré sur les participants et participantes dans l'exercice de leur fonction.

Dans les prochains développements, nous traiterons de la validité et de la pertinence des savoirs professionnels émergeant de notre contexte d'intervention.

2.3 Validité et pertinence des savoirs professionnels émergeant de notre contexte d'intervention

Pendant que nous abordons les aspects relatifs aux savoirs professionnels émergents, nous évoquons les éléments relatifs aux familles ou aux classes de situations.

2.3.1 Savoirs professionnels et familles ou classes de situations

Le débat portant sur la définition et la conception des savoirs professionnels interpelle plusieurs acteurs et actrices et chercheurs et chercheuses préoccupés par la performance des employés et employées du milieu de la santé et des services sociaux. Plusieurs questions demeurent ouvertes quant à savoir quels sont les fondements sur lesquels repose la professionnalité des intervenants et intervenantes psychosociaux et médicaux.

Les fondements

Notre recherche-action nous a conduit à nous rendre compte de l'existence de différentes avenues permettant d'identifier les fondements du savoir professionnel. Pour les uns, il est fait mention des valeurs, donc du sens de l'éthique comme élément fondamental de l'agir-professionnel. Pour les autres, les savoirs professionnels seraient de

l'ordre des capacités méthodologiques de l'intervention (planification, organisation, mise en œuvre). Une catégorie d'intervenants et intervenantes identifie comme fondamental le fait d'avoir un sens commun, une certaine expérience de la vie ou encore de longues années de pratique empirique dans les domaines d'intervention psychosociale ou médicale. Nous avons rencontré des intervenants et intervenantes qui affirment que ce qui sert de base à la professionnalité serait le fait de posséder des savoirs issus des sciences sociales, sciences humaines et médicales. Enfin, les formateurs ont une perception qui met en évidence le caractère holistique des éléments constitutifs de la professionnalité des intervenants et intervenantes du RSSS. En effet, les savoirs professionnels ont pour fondement tous les éléments mentionnés : les valeurs, les capacités méthodologiques, le sens commun, l'expérience, les longues années de pratiques et les savoirs disciplinaires.

Toutefois, plusieurs interrogations demeurent : les éléments qui constituent les fondements du savoir professionnel sont-ils en juxtaposition ou en articulation dans une relation dynamique? Peut-on expliciter la fonction de chacun de ces éléments. Très peu d'écrivains abordent ces questions.

Éléments caractéristiques des savoirs professionnels

Dans les milieux d'interventions psychosociale et médicale, plusieurs présupposés perdurent. La croyance voudrait que les savoirs professionnels se développent avec l'expérience sur le terrain. Les jeunes intervenants et intervenantes qui sortent à peine des maisons de formation doivent faire leurs preuves, nonobstant les connaissances acquises ou construites de même que les savoirs techniques et scientifiques développés en contexte d'enseignement-apprentissage. Cependant, il serait inopportun de déterminer ou de

procéder à une classification des savoirs professionnels sans préciser, au préalable, la place qu'ils occupent dans l'ensemble des compétences qu'un professionnel mobilise pour réaliser son travail au quotidien. D'entrée de jeu, soulignons avec Perrenoud (1994) et d'autres spécialistes de la didactique professionnelle (Pastré,¹¹ 2006) que faire montre de compétences professionnelles pertinentes (c'est-à-dire faire la démonstration que l'on possède des savoirs professionnels) revient à être capable de faire face à des situations complexes et à y apporter des solutions efficaces. Concrètement, nous disons que la compétence professionnelle se manifeste par différents éléments caractéristiques que nous avons synthétisés dans le tableau qui suit.

¹¹ Référence électronique Pierre Pastré, Patrick Mayen et Gérard Vergnaud, « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie* [En ligne], 154 | janvier-mars 2006, mis en ligne le 01 mars 2010, consulté le 30 avril 2019. URL: <http://journals.openedition.org/rfp/157>; DOI: 10.4000/rfp.157

Tableau 10 : Caractéristiques des savoirs professionnels (inspiré de Pastré, 2006)

Savoirs professionnels		
Fondements	Éléments de définition	Caractéristiques
Éthique (Valeurs) Sens commun	Activité professionnelle : façon de résoudre des problèmes pratiques au moyen des théories et des techniques scientifiques (Schön, 1994)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les obstacles à surmonter pour réaliser un projet ou répondre aux besoins des usagers ou de leurs proches; 2. Recourir à des stratégies réalistes (réalisables dans le temps, en fonction des ressources et des informations disponibles); 3. Opter pour la moins mauvaise stratégie en évaluant les chances et les risques associés; 4. Planifier et mettre en œuvre la stratégie adoptée, en mobilisant les acteurs pertinents et en procédant étape par étape, au moyen d'une démarche structurée; 5. Gérer et conduire la mise en œuvre de la stratégie prévue; 6. Évaluer et réévaluer la situation et changer de stratégie, au besoin; 7. Respecter les règles d'éthique, de déontologie ou de droit durant le processus (équité, respect des libertés, respect de l'intimité, respect du consentement, respect de la confidentialité...); 8. Gérer ses émotions, ses humeurs, ses valeurs si elles sont contraires à celles de l'établissement, tempérer ses sympathies ou ses inimitiés en interférence avec l'efficacité ou l'éthique de l'intervention; 9. Collaborer/coopérer avec d'autres professionnels avec efficacité et équité; 10. Tirer des enseignements pendant et après l'action pour mieux ajuster les prochaines interventions et documenter les opérations et les décisions pour conserver des traces à des fins de justification, de partage et de réemploi.
Méthodologie de l'intervention	Activité professionnelle : acquisition de compétences par l'expérience de l'activité et l'analyse réflexive, rétrospective individuelle ou collective	
Expérience de la vie	Formation des savoirs professionnels : réflexivité verbalisée individuelle ou collective dans et sur une activité professionnelle	
Nombre d'années de pratique empirique dans le champ de l'action sociale et médicale	Sources des savoirs professionnels : articulation entre l'expérience, les valeurs et les savoirs appris	
Connaissances et savoirs issus des sciences sociales, médicales et humaines.	Les savoirs professionnels caractérisés par :	
	leur objet, leur forme, leur mode d'énonciation, leurs références, leur mode de validation, leurs fonctions	
Conjugaison de tous les éléments	Donner une meilleure visibilité	

Dans cette approche qui nous amène à conceptualiser l'agir-compétent d'un professionnel dans une situation de partenariat, on serait porté à croire qu'il y a un relent de simplisme. Les actions que l'on identifie ici ne peuvent pas toujours se repérer aussi distinctement et les opérations qui s'y rapportent ne sont pas toujours aussi formellement décrites. Comme le mentionne Perrenoud (1994), le professionnel ou la professionnelle

qui intervient prend des décisions dans le feu de l'action et parfois dans l'urgence, le stress et l'incertitude. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, les professionnels agissent très souvent dans des conditions de fatigue ou d'angoisse, ce qui les empêche parfois de raisonner efficacement. Face à une augmentation de responsabilités, d'abondance de tâches dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre favorisant des erreurs possibles, le personnel du RSSS n'est pas toujours en mesure de suivre toutes les règles de l'art en matière d'intervention. En contexte de pandémie, on n'a pu qu'accepter la part d'irrationalité inhérente à toute action humaine qui s'exerce en situation de crise. Les exemples où on a pu constater que la complexité des interventions et le sentiment d'urgence ont quelques fois mis en conflit l'efficacité et le respect des procédures établies sont nombreux. Dans ces circonstances, les professionnels et professionnelles ont souvent su jouer avec les règles et les ont redéfinies, au besoin, y compris les règles techniques et les certitudes théoriques. Nous avons également pu constater que les participants à notre projet ont eu un rapport au savoir théorique qui était loin d'être révérencieux et dépendant, mais qu'ils ont, au contraire, été critiques, pragmatiques et opportunistes.

2.3.2 Définition opérationnelle des savoirs professionnels

Éliane Leplay (2008) propose une définition des savoirs professionnels et de ses fondements qui nous permet de mieux appréhender la perspective que nous abordons dans notre recherche-action. Pour cette auteure, les savoirs professionnels relèvent d'un dispositif d'énonciation qui émerge des traces d'activités réelles et de son rapport avec le jugement de compétences. En effet, les conceptualisations organisatrices de l'activité

proposées montrent les articulations qui existent entre les modes opératoires et les références à l'expérience, aux valeurs et aux autres savoirs. Les projets susceptibles de promouvoir le développement des savoirs professionnels doivent se faire à partir de l'objectivation des activités réelles des professionnels.

Nous avons été amenés à mettre en place des activités à partir desquelles les participants et participantes devaient mettre en œuvre leur savoir-faire et leur savoir-être en vue de répondre aux besoins des usagers et de leurs proches. Pour ce faire, nous nous sommes demandé à quoi les professionnels du RSSS se référaient pour agir lors de la mise en place d'un partenariat efficace avec les usagers et leurs proches.

Cette question est récurrente dans le domaine de la santé et des services sociaux. En effet, tous les acteurs et actrices du milieu qui font l'apologie des bienfaits d'un partenariat avec l'utilisateur se questionnent sur la capacité des professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux de le mettre en œuvre. Pour les uns, l'expérience sur le terrain dans le champ de l'intervention psychosociale et médicale serait déterminante. Pour les autres, ce serait davantage du côté des valeurs qu'il serait souhaitable d'investiguer ; certains privilégient les savoirs issus des disciplines constituées, notamment les sciences sociales, les sciences humaines et les sciences médicales qui offrent des outils pertinents aux intervenants et intervenantes. Du côté des milieux de formations, on considère que des savoirs professionnels spécifiques existent de fait et qu'ils seraient transférables. Les maisons d'enseignement et de formation privilégient la formation professionnelle, technique ou universitaire et s'efforcent généralement d'harmoniser l'ensemble de ces éléments dans l'organisation pédagogique

en tentant de favoriser l'arrimage entre la logique de qualification et la logique de compétences. Il demeure que certaines maisons d'enseignement et de formation peuvent opter pour le modèle de « sciences appliquées », tel que défini par Schön (1994). Pour cet auteur, le modèle des sciences appliquées est cet aspect du savoir professionnel qui a le plus fortement influencé l'opinion autant sur les professions que sur les relations institutionnelles entre la recherche, l'éducation et la pratique professionnelle. Selon ce modèle, l'activité professionnelle est une façon de résoudre des problèmes pratiques en leur appliquant des théories et des techniques scientifiques.

À la suite de Schön (1994), des courants nouveaux ont permis d'interroger ce modèle pour dire que les savoirs disciplinaires, même s'ils sont utiles dans la culture générale des professionnels, ne sont pas souvent directement utilisables et peuvent quelques fois s'avérer moins applicables dans la pratique ; ils pourraient être, dans le meilleur des cas, réappropriés. C'est ce qui a amené d'autres personnes à privilégier des enseignements dits professionnels et l'acquisition de compétences par l'expérience de l'activité et l'analyse réflexive et rétrospective, individuelle et collective. Mais l'expérience comme mode d'apprentissage est-elle toujours formatrice, et si oui, quelles sont les conditions qui favoriseraient cette formation par l'expérience? Existe-t-il des liens entre cette activité réflexive, l'enseignement des valeurs et celui des disciplines constituées ?

Pour aborder ces aspects, Schwartz (2004) souligne que « pour que la question du rôle formateur de l'expérience ait un sens, il faut arriver à établir une articulation entre ce qui pourrait être des savoirs, des connaissances (académiques, pouvant se transmettre par

des concepts), et quelque chose qui aurait également la dimension d'un savoir, du côté de l'expérience, mais sans avoir ce statut. Il faut donc aboutir à des définitions qui préserveraient ces deux pôles... Quelle est l'articulation pensable entre le pôle du savoir formel et celui de l'expérience ? »

L'un des apprentissages fait dans le cadre de notre démarche doctorale est que la formalisation des savoirs professionnels, comme fruit d'une réflexivité verbalisée, individuelle et collective, dans et sur l'expérience de l'activité professionnelle réelle, pourrait être le lieu de l'observation de cette éventuelle articulation entre les différentes sources supposées de professionnalité. Ces sources sont l'expérience d'un partenariat vécu, les valeurs émergentes et les savoirs appris dans l'action. Si les savoirs des disciplines constituées ont, par définition, une certaine visibilité, il en va tout autrement de ce qu'il est convenu d'appeler les savoirs professionnels qui, généralement, sont peu formalisés.

Notre projet a permis de caractériser les savoirs professionnels identifiés par leur objet, leur forme, leurs modes d'énonciation, leurs références, leurs modes de validation, leurs fonctions, dans un champ spécifique, celui de l'intervention psychosociale et médicale; les projets 1 et 2 ont permis de donner une meilleure visibilité à cette notion de savoirs professionnels, souvent employée, mais rarement définie de façon précise. Les quatre principaux présupposés qui ont orienté notre démarche sont les suivants :

- 1) Les savoirs professionnels ont pour objet des activités de professionnels qui se réalisent en contexte d'intervention (en interaction avec les usagers et proches de même qu'avec les acteurs de l'intersectoriel);

2) Les activités qui s'adressent aux usagers et proches comportent des aspects spécifiques et des aspects généraux.

3) Les savoirs professionnels ont un rapport avec des « compétences » (le jugement de compétences est effectué à partir d'un constat de performance, dans une situation spécifique – familles de situations, interpelle les concepts en termes de réussite ou d'échec).

4) Les professionnels et professionnelles de l'intervention psychosociale et médicale en activité acquièrent une expérience et des connaissances tacites ou non écrites qu'ils sont susceptibles de transformer en énoncés par leur activité de prise de conscience et de réflexivité dans et sur leur activité professionnelle.

Dans le cadre de nos différents projets, nous avons analysé le produit des activités réflexives, individuelles et collectives pour y repérer des énoncés de savoirs professionnels et mieux comprendre les articulations entre expérience, valeurs et autres savoirs.

Le processus de professionnalisation, résultant du développement des savoirs professionnels, se produit dans le milieu de travail et a pour effet l'amélioration de la pratique professionnelle. Nous nous inspirerons de trajectoires de développement de l'expertise de Bédard (2017) pour illustrer les changements de postures professionnelles du praticien-chercheur et des personnes qui ont pris part au projet.

2.3.3 *Savoirs professionnels : de quoi s'agit-il?*

Le savoir professionnel est formé d'un ensemble de connaissances mobilisées ou mobilisables dans la réalisation d'actions visant l'exercice d'une profession. Selon Gagnon (2008), quatre types de savoirs composent le savoir professionnel : les savoirs théoriques, les savoirs techniques, les savoirs pratiques et les savoirs praxéologiques (praxiques). Regardons, tour à tour, à quoi renvoient ces types de savoirs.

Le savoir professionnel peut être constitué par un ensemble d'éléments théoriques, universels, abstraits et produits par des activités de recherche.

Le savoir professionnel est composé aussi d'éléments techniques, procéduraux et d'opérationnalisation des savoirs théoriques, scientifiques ou savants.

Le savoir professionnel est aussi composé d'éléments pratiques, non-dits, implicites, locaux, éphémères, complexes et incertains qui ne peuvent être ni formalisés ni transmissibles.

Enfin, le savoir professionnel est formé d'un ensemble de savoirs praxiques (praxéologiques) de l'ordre de la conceptualisation (de l'ordre des savoirs de la pratique) ou de la théorisation (de l'ordre des savoirs sur la pratique et issus de l'observation). Ainsi, quand on parle de savoirs professionnels, il s'agit d'une combinaison de savoirs théoriques, de savoirs techniques, de savoirs pratiques et de savoirs praxéologiques permettant l'exercice d'un métier ou d'une profession. Incluant un ensemble de connaissances et d'habiletés reconnues par une organisation du travail (une communauté de pratique), le savoir professionnel regroupe un certain nombre de compétences dont

l'acquisition garantit ou prépare à l'entrée dans le marché du travail et concourt à la reconnaissance du statut de professionnel. Il existe donc un lien très étroit entre savoir professionnel et statut ou rôle social.

Le savoir professionnel, c'est aussi un ensemble de pratiques sociales.

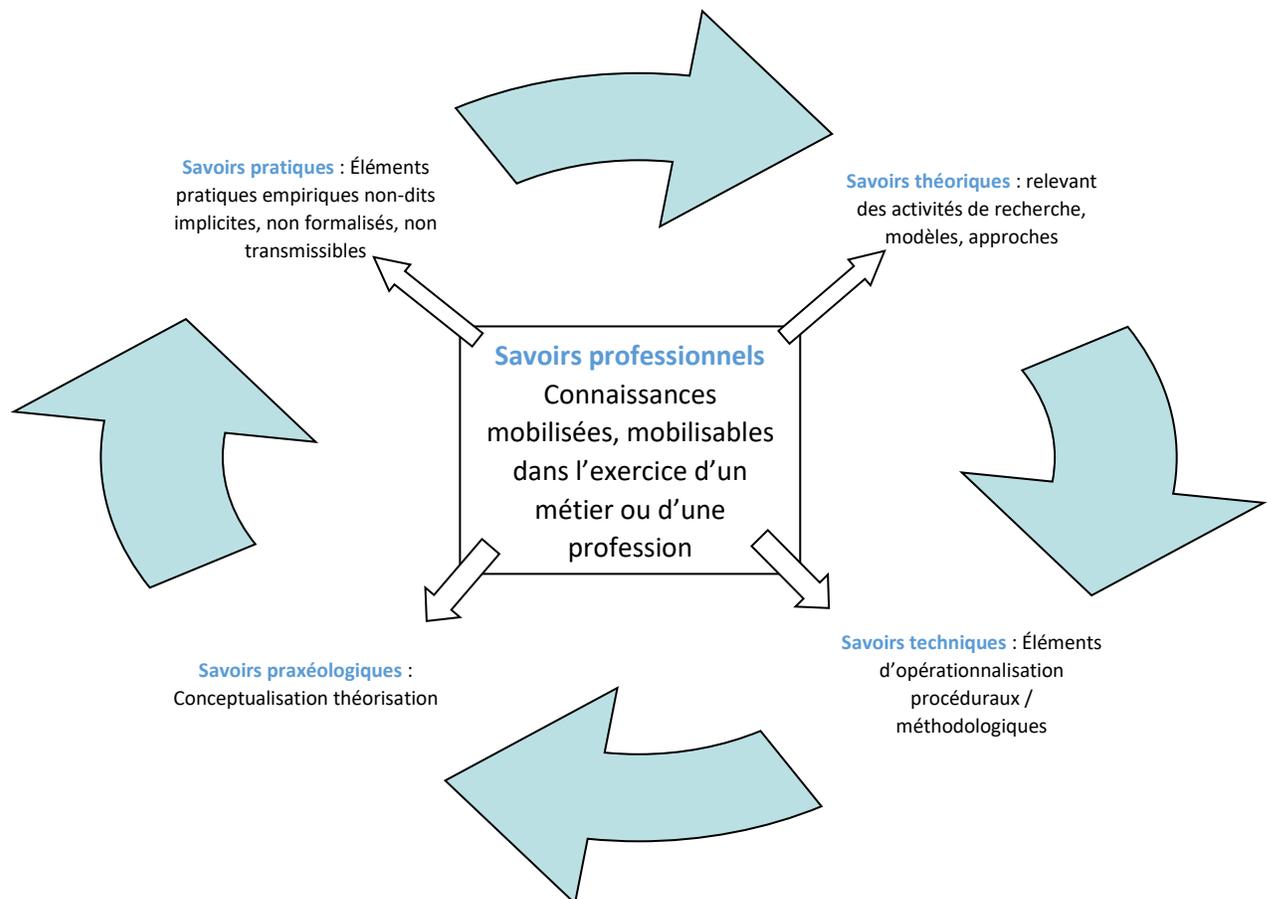


Figure 3 : Définitions des savoirs professionnels inspirées de Gagnon, 2008

2.3.4 *Savoirs professionnels identifiés ou développés*

Dans le cadre de nos projets, nous avons identifié ou développé des savoirs professionnels spécifiques. Dans l'ensemble, il s'agissait des savoirs concernant (1) la

capacité d'établir un partenariat efficace avec les usagers et leurs proches et de retracer les actions à très fort impact et à moindre effort; (2) la capacité de formuler les enjeux et défis qui y sont relatifs et (3) la capacité d'adopter des comportements ou de prendre des moyens nécessaires pour valider ces savoirs. Le tableau qui suit présente les savoirs professionnels, détermine les actions qui les caractérisent, identifie les éléments qui permettent de formuler des explications et les processus de validation adoptés.

Tableau 11 : Savoirs professionnels identifiés ou développés (Didier Kaba, mai 2022)

	Savoirs professionnels	Actions	Formulation	Validation
PROJET 1	Évaluer le niveau d'implantation de l'approche usager-partenaire	Définition du continuum de la participation : Communication : s'informer/informer Expression de besoins : considérer/se considérer <ul style="list-style-type: none"> Engagement Partenariat Leadership collectif Partage de pouvoir 	Expliquer les composantes de l'approche Offrir des stratégies et des moyens permettant d'intégrer les principes directeurs de l'approche Déterminer les voies et moyens pour relever les traces de l'actualisation de l'approche sur le terrain	Usager partenaire des soins et services Usager témoin de son vécu Usager collaborateur en amélioration continue Usager participant à la prise en charge de son parcours et à la prise de décision Appui significatif de la direction
	Mettre en œuvre des pratiques collaboratives et coopératives pour actualiser le partenariat Identifier les déterminants du partenariat et les compétences-clés	Création d'outils de formation – sensibilisation Questionnaire Atelier Élaboration des pistes d'innovation Appréciation du niveau de satisfaction des personnes Identification des actions et des opérations	Présenter le processus de collaboration et de coopération, d'interaction dynamique et d'apprentissage Expliquer les modalités d'application dans l'actualisation du partenariat : connaissances, composantes, compétences-clés, meilleures pratiques, effets	Autodétermination de l'utilisateur Prise de décisions libre et éclairée Atteinte de résultats optimaux Contribution aux travaux d'un mémoire de maîtrise Approche méthodologique Pertinence sociale Pertinence théorique Enjeux éthiques Critères de validité, rigueur, faisabilité, cohérence
PROJET 2	La connaissance de l'approche de partenariat avec les usagers et leurs proches et des cadres de références théoriques, des pratiques collaboratives et coopératives	Élaboration d'un cadre de référence théorique intégrateur Identification des apports significatifs de chaque théorie	Développement d'une culture de partenariat axée sur le leadership collaboratif Développement des compétences et des attitudes professionnelles	Prendre compte des articles de la LSSSS, des orientations du MSSS, d'Agrément Canada Ententes de gestion et d'imputabilité Planification stratégique Recherche : données probantes
	Les stratégies, les	Sensibilisation et formation	Amener les usagers et leurs	Exploration des assises

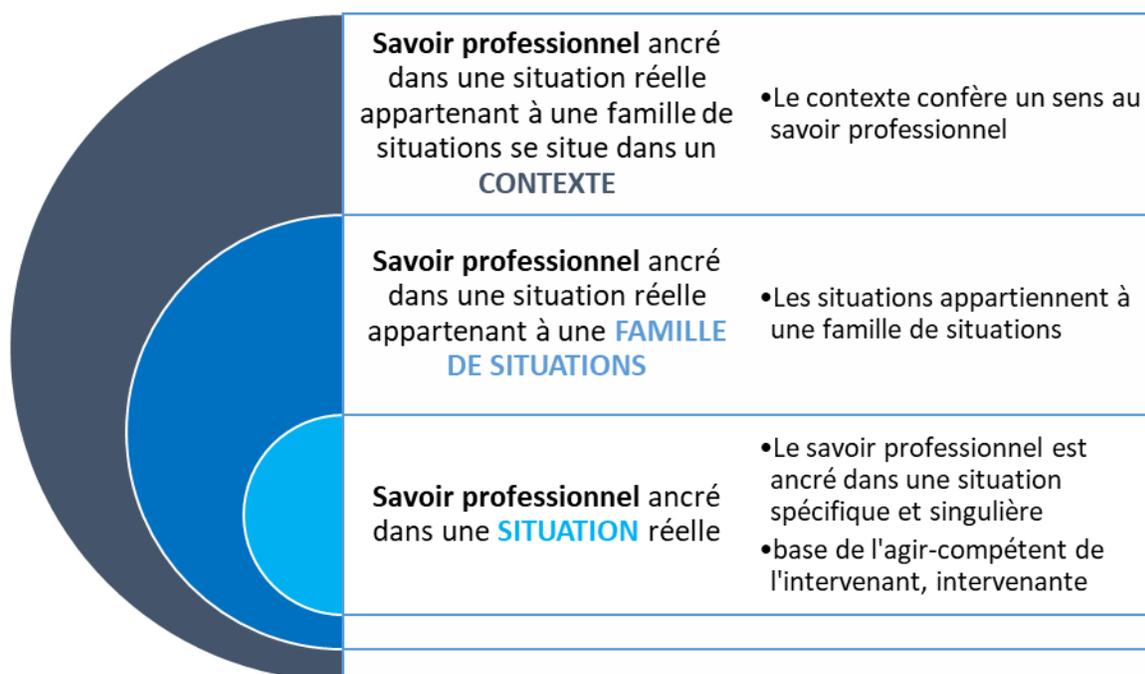
	moyens et les outils pour mobiliser et transférer les connaissances relatives à l'approche	au travail réalisé en partenariat Élaboration d'outil de guide de pratique Mise en place de groupes de co-développement, de communautés de pratique Collaboration, coopération et concertation. Retour réflexif sur la pratique	proches, de même que les intervenants et intervenantes à s'exprimer librement sur la valeur heuristique de l'approche	théoriques permettant d'explicitier le partenariat : pédagogie sociale de l'intervention Théorie du partenariat à la lumière de l'organisation apprenante Théorie des échanges sociaux permettant de comprendre la dynamique partenariale
	Le programme de formation sous forme d'ateliers : Développer les savoirs professionnels des intervenants et des intervenantes à la gestion et au suivi efficace des partenariats établis avec les usagers et leurs proches	Élaboration du contenu des ateliers Choix d'approches pédagogiques et didactiques dynamiques et participatives Implication des usagers et de leurs proches dans l'organisation, la planification et l'offre des ateliers Formation des formateurs et des formatrices Présentation des contenus Élaboration de processus d'évaluation Promotion et diffusion d'information	Vérifier la compréhension et l'intégration des approches et cadres théoriques Co-développement, partage d'expérience, dialogue Connaissance de l'approche et de ses déterminants Résolution de problème	Relations de qualité établies entre usagers et proches et intervenants et intervenantes Reconnaissance de la valeur des ressources (complémentarité, interdépendance) Partage équitable des savoirs Approche learning history
PROJET D'INTERVENTION	Accompagner le processus de production d'un guide de bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualisation • Négociation • Actions : élaboration d'un plan de travail • Pratiques réflexives 	Explicitier la complémentarité et l'interdépendance Échange des ressources et des retours sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer • Outiller • Intégrer • Confiance

2.4 Contexte et familles de situations

Le concept de famille de situations, tel que proposé dans le cadre de nos travaux, s'inspire des travaux de Jonnaert (2002, 2006, 2010, 2011) portant sur l'analyse de compétences. De cette définition, nous retenons que « toute compétence se réalise en fonction d'une situation qui se rapporte à une famille de situations dans lesquelles elle se développe, se construit et s'adapte tant et aussi longtemps qu'elle y est viable » (2011, page 32). Chaque savoir professionnel est ancré dans une situation spécifique qui, elle-

même, est incluse dans une famille de situations. Jonnaert (2011, page 33) souligne que le contexte dans lequel se retrouvent la famille de situations et l'ensemble de ces situations confère un sens à la situation professionnelle. Pour résumer cette perspective, le contexte, la famille de situations et les situations sont dans une relation d'inclusion hiérarchique : le contexte inclut la famille de situations, et la famille de situations inclut la situation.

Schéma de la représentation hiérarchique du contexte incluant la famille de situations, incluant la situation qui donne du sens au savoir professionnel (Didier Kaba, inspiré de la définition de Jonnaert, 2011)



2.4.1 Les savoirs professionnels provenant de nos activités

Nous nous sommes engagés dans une démarche de transformation de nos pratiques professionnelles. Aussi, plusieurs activités ont été menées dans le cadre des travaux relatifs au cheminement doctoral auxquels nous étions inscrits. C'est ainsi que

nous avons intégré les enseignements reçus durant nos années de formation. Considérant l'exhaustivité de nos entreprises, nous avons procédé à un choix pour ne retenir que des travaux d'intérêt. Les projets spécifiques à notre recherche-action sont ceux qui ont eu une portée significative dans notre repositionnement professionnel et qui ont eu des retombées sur le développement des participants et participantes. Les projets d'intervention (projet 1, projet 2 et l'intervention portant sur l'accompagnement d'une équipe à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques) ont constitué l'ossature principale de nos différentes activités. Par leur visée heuristique, le potentiel de transformation socioprofessionnelle et l'impact sur les participants et les participantes, ces projets ont permis de développer et de révéler des savoirs professionnels. Il s'agissait des savoirs issus de l'interaction entre savoirs pratiques, savoirs théoriques et savoirs expérientiels vécus et partagés par toutes les personnes qui ont participé dans les projets que nous avons initiés. L'ensemble de ces activités faisaient partie d'un contexte qui rendait les situations pertinentes et les savoirs professionnels accessibles et intelligibles.

Toutefois, même si une collecte de données et une exploitation documentaire exhaustive n'a pas été faite pour développer davantage notre compréhension du concept de savoir professionnel, nous pouvons affirmer que nous avons eu l'occasion de nous en faire une très bonne idée.

Notre implication dans les différents séminaires et les échanges avec la communauté de penseurs réflexifs formée durant notre parcours au doctorat nous ont très fortement nourris. Nous avons été suffisamment outillés pour identifier efficacement les savoirs professionnels dans le processus de professionnalisation des participants et

participantes et du praticien-chercheur. Les travaux réalisés par la première cohorte au doctorat professionnel nous ont également confortés dans nos choix.

C'est ainsi qu'il s'est dégagé les savoirs professionnels, les familles de situation et les action clés que nous avons synthétisé dans le tableau qui suit.

Tableau 12 : Savoirs professionnels émergents - contexte, situations professionnelles, famille de situations et actions clés

Synthèse des savoirs professionnels, inspiré par Doutreloux, 2020				
Participants et participantes aux ateliers de sensibilisation à l'approche de partenariat				
Questionnaire : 312 réponses aux questionnaires de consultation				
Ateliers de sensibilisation : 242 participants et participantes provenant de 3 programmes (84% ont trouvé l'atelier excellent) - Focus group : 12 personnes ont participé au focus groupe				
Ateliers de formation à l'approche de partenariat avec les usagers : formations initiales et continue – formation des formateurs/formatrices gérée par le praticien-chercheur				
Doctorant : comité stratégique du partenariat avec les usagers et leurs proches – Journée thématique partenariat avec les usagers (365 participants et participantes)				
Redéfinition d'une identité professionnelle : Conduite des mandats nationaux par la gestion d'une équipe de travail d'élaboration du guide de bonnes pratiques en santé mentale (partenariat avec les proches) - Mise en place du Bureau du partenariat et de l'innovation				
Contexte				
Contexte institutionnel : application de la LSSS, des Normes d'Agrément Canada et légales avec le MSSS - Application du cadre de référence du partenariat avec les usagers - Entente de gestion et d'imputabilité.				
Contexte organisation : actualisation des axes stratégiques				
Famille de situations professionnelles				
Répondre aux besoins des usagers et de leurs proches confrontés à des situations complexes en misant sur leur implication au moyen d'un partenariat				
Situations professionnelles				
(1) Développer le travail collaboratif et coopératif, identifier et innover pour établir le partenariat			(2) Mobiliser les savoirs théoriques, pratiques, expérientiels, praxéologiques pour optimiser le partenariat avec les usagers et proches	
Savoirs professionnels des personnes			Savoirs professionnels du doctorant	
1	2	3	4	5
Intégrer les usagers et leurs proches comme membres de l'équipe thérapeutique et comme partenaires à part entière	Considérer et valoriser les savoirs expérientiels des usagers et la parole des proches pour établir un véritable partenariat	Outiller la personne et ses proches en misant sur le développement du travail collaboratif et coopératif	Accompagner une équipe dans la production d'outils et dans la gestion du changement, la performance organisationnelle	Utiliser des modes de technologies et d'intervention, des modes de délibération démocratique au sein d'une équipe
Actions clés				
Analyser les approches théoriques et les cadres de référence efficaces dans l'action	Favoriser la prise de parole Promouvoir la participation active Partager le pouvoir Déterminer les rôles responsabilités et tâches	Mettre en évidence l'interdépendance positive Promouvoir les interactions Établir une vision partagée	Actualiser et activer des connaissances et des expériences antérieures positives Proposer des activités réflexives Coconstruire dans l'action	Exposer les différents points de vue Débattre, dialoguer, négocier, établir un consensus Formuler un avis Favoriser les prises de conscience et la libre expression
Retombées				
Développement des connaissances sur le partenariat - Compréhension des enjeux et défis institutionnels				
Réalisation de mandats nationaux : guide de bonnes pratiques en santé mentale				
Soutien à l'organisation d'une Journée thématique portant sur le partenariat avec les usagers et proches				
Autodétermination et développement des compétences des personnes participantes				
Contribution à la production d'outils cliniques et de prise de décision				

2.4.2 Les savoirs professionnels des personnes participant aux activités

Les savoirs professionnels que nous relevons ont été identifiés et se sont collectivement développés par le doctorant, mais aussi par l'ensemble des personnes participant aux projets (gestionnaires, intervenantes, membres des comités des usagers/résidents et membres du personnel de soutien) impliquées dans le continuum de soins et services reçus par les usagers et proches. Ces savoirs professionnels sont des savoirs théoriques, des savoirs pratiques et des savoirs d'expériences ou des savoirs praxéologiques. Résultant d'une même situation professionnelle, ils ont été construits ou révélés en même temps, ils s'arriment et partagent plusieurs caractéristiques.

2.4.3 Savoirs professionnels convoqués pour les intervenants et intervenantes

Pendant toute la durée de notre intervention sur le terrain, les participants et participantes, de même que le doctorant, ont développé des savoirs professionnels dans l'action. Les analyses préliminaires menées sur le terrain ont permis de retracer moult savoirs que nous n'étions pas en mesure de prendre en compte dans le cadre de notre recherche-action. Toutefois, nous avons pris en compte les savoirs professionnels qui étaient en phase avec notre objectif : la capacité d'établir un partenariat effectif de soins et de services avec les usagers et leurs proches et d'en retrouver des traces dans l'action.

Les premiers résultats de la démarche que nous avons adoptée (analyse des échanges verbaux, analyses comportementales et autoconfrontation) ont fait émerger des évolutions portant sur les représentations des savoirs professionnels transmissibles, des postures adaptées, une vision partagée et une évolution en termes de développement

identitaire authentique. À partir d'une activité réflexive, les intervenants et intervenantes étaient invités à dire ce qu'ils faisaient pour favoriser l'implication des usagers et de leurs proches, sans se justifier. Les échanges qui ont suivi la présentation des questionnaires aux équipes, les interactions lors du focus group et les activités de codéveloppement organisées dans le cadre des ateliers de formation ont permis d'obtenir un corpus de données. Nous avons donc identifié de nombreuses retombées positives qui nous ont permis d'améliorer la pratique.

Pour les besoins de notre essai, nous avons retenu uniquement des catégories spécifiques qui, selon notre appréciation, peuvent être considérées comme faisant partie du processus de professionnalité des intervenants et des intervenantes :

1- Connaissance de l'approche, des cadres de référence, des pratiques collaboratives et coopératives permettant de réaliser un partenariat efficace;

2- Stratégies, moyens et outils utilisés pour mobiliser et transférer les connaissances relatives au partenariat;

3- Capacité d'établir un programme de formation, la conceptualisation d'outils, le développement des activités de formation pertinentes;

4- Activités d'accompagnement pour les partenaires en misant sur des exemples concrets et en identifiant de manière explicite les traces de l'actualisation du partenariat;

5- Technologies, modes d'intervention et connaissances numériques facilitant une interaction efficace entre les parties prenantes au partenariat.

Pour chaque catégorie, nous avons identifié des actions-clés :

(1) Analyser les approches théoriques pertinentes et les cadres de référence efficaces dans l'action,

(2) Promouvoir la participation active des usagers et de leurs proches, favoriser le partage de pouvoir et la prise de parole de façon démocratique; déterminer les rôles, responsabilités et tâches;

(3) Mettre en évidence l'interdépendance positive, promouvoir les interactions et établir une vision partagée;

(4) Actualiser et activer les connaissances et les expériences antérieures positives, proposer des activités réflexives et coconstruire dans l'action;

(5) Présenter différentes positions et différents points de vue, dialoguer, négocier, débattre des positions, établir un consensus, favoriser des prises de conscience et la libre expression.

Ces actions ont effectivement des retombées :

- Développement des connaissances sur le partenariat;
- Compréhension des enjeux et défis institutionnels ;
- Réalisation de mandats nationaux : guide de bonnes pratiques en santé mentale;

- Soutien à l'organisation d'une Journée thématique portant sur le partenariat avec les usagers et leurs proches;
- Autodétermination et développement des compétences des personnes participantes ;
- Contribution à la production d'outils cliniques et de prise de décision.

Les conditions préalables

Lorsque nous nous sommes investis dans ce vaste chantier, nous avons dû convaincre les responsables de l'organisation et des services cliniques qu'il y avait matière à amorcer un projet portant sur le développement de la capacité des intervenants et intervenantes à établir des partenariats efficaces. Cette étape qui a consisté en des rencontres a été très bénéfique pour la suite des travaux. Clarifier une situation est une condition préalable indispensable à la résolution de toute problématique. Dolbec et Prud'homme (2010) soulignent que le point de départ des démarches d'une recherche-action est la clarification de la problématique. En début de processus, les personnes intéressées à participer au projet « conviennent de leurs modes de fonctionnement et des modalités inhérentes à leur engagement réciproque » et travaillent ensemble à la « précision du problème de recherche » (Dolbec et Prud'homme, 2010, page 560).

TROISIÈME CHAPITRE. TRANSFÉRABILITÉ DES SAVOIRS PROFESSIONNELS

3. TRANSFÉRABILITÉ DES SAVOIRS PROFESSIONNELS

Le troisième chapitre de notre essai doctoral traite de la transférabilité des savoirs professionnels. À titre de rappel, disons que les savoirs professionnels sont considérés comme des connaissances mobilisées ou mobilisables dans l'exercice d'une fonction. Il s'agit des savoirs contextualisés enrobés par des familles de situations qui se déploient par rapport aux situations spécifiques. Comme nous l'avons souligné, en nous inspirant des travaux de Gagné (2008), plusieurs types de savoirs professionnels rentrent en jeu : (1) les savoirs théoriques, (2) les savoirs techniques, (3) les savoirs praxéologiques et (4) les savoirs pratiques. Notre projet prend en compte trois types de contexte : (1) le contexte institutionnel, (2) le contexte organisationnel et (3) le contexte de l'intervention collective ou individuelle au niveau des services et des équipes cliniques. Il doit exister un lien de cohérence entre le contexte général (au niveau institutionnel) offrant un champ plus large d'actualisation des savoirs, les familles de situations (au niveau organisationnel) et l'adaptation de l'agir professionnel (au niveau de la pratique professionnelle en fonction d'une situation spécifique par rapport à une intervention).

Le présent chapitre est divisé en trois parties. La première présente le modèle de transfert de savoirs professionnels de même que le contexte et la famille de situations découlant des savoirs professionnels développés par les personnes participantes et par le doctorant. La deuxième partie met l'accent sur le concept de transférabilité proprement

dit. Nous mettrons en lumière des aspects permettant l'adaptation des savoirs professionnels en vue de les rendre transférables. Dans la troisième et dernière partie, nous traitons du processus de professionnalisation tel qu'il a été vécu par les personnes qui ont participé à ce projet et nous tentons de définir de nouvelles perspectives.

3.1 Le modèle de transfert des savoirs professionnels

S'il nous a été moins complexe de déterminer ce qu'est un savoir professionnel et d'identifier les conditions de son acquisition ou de sa construction, il ne nous a pas été aussi aisé de retrouver des avenues théoriques qui traitent de la transférabilité de ces savoirs. Aussi, pour aborder la problématique de la transférabilité des savoirs professionnels, nous nous sommes intéressés à la question relative au transfert des connaissances et de compétences dans une organisation. Il nous a semblé possible de transposer le transfert de connaissances ou de compétences à la transférabilité des savoirs professionnels. Comme les savoirs professionnels peuvent être considérés comme des connaissances mises en œuvre pour apporter des solutions à des situations professionnelles réellement vécues, nous croyons que le modèle explicatif du transfert de connaissances peut nous servir de cadre de référence pour mieux appréhender la transférabilité des savoirs professionnels. En explicitant, dès le départ, le concept de transfert de connaissances, nous convenons avec Argote et Ingram (2000)¹² qu'il est « un processus à travers lequel une entité ou un individu est affecté par l'expérience d'un autre. Il s'agit de l'ensemble de pratiques, des routines et habitudes de travail qui peuvent

¹² Référence : Argote, L. and Ingram, P. (2000) Knowledge Transfer: A Basis for Competitive Advantage in Firms. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82, 150-169.

être observées à travers les changements dans la connaissance ou la performance des destinataires ».

D'autres paramètres peuvent aussi être pris en compte dans ce processus. Selon Harman et Brelade (2003, page 28)¹³, le transfert des connaissances au sein des organisations et entre les professionnels soulève également des considérations éthiques, en particulier lorsqu'il y a un déséquilibre dans les relations de pouvoir (par exemple, entre professionnels, usagers et proches) ou au niveau des besoins relatifs aux ressources de connaissances (par exemple, entre les parties prenantes aux partenaires). L'accessibilité à des connaissances concernant les meilleures pratiques au sein d'une organisation dépend de la nature de celles-ci, de leur origine ou de leur provenance et du contexte dans lequel le transfert se produit. Pour les établissements du Réseau qui ont participé à notre projet¹⁴, l'un des défis majeurs rencontrés demeure le transfert de connaissance qui se traduit par le transfert de compétences. Dans un contexte de départs à la retraite et de pénurie de main-d'œuvre, le patrimoine de compétences des organisations est fragilisé. Pour remédier à cette situation, ces établissements ont recours à des formations à l'interne pour organiser et favoriser le transfert de ces compétences, visant à repérer l'apprentissage tacite ou informel afin de l'explicitier en le faisant émerger, pour un développement des compétences dans l'organisation. Ces établissements ont aussi recours au management de proximité pour assurer la relève et parer aux départs à la retraite des intervenants et intervenantes seniors. Ce management de proximité doit être

¹³ Référence : Brelade, S. and Herman, C. (2003) A Practical Guide To Knowledge Management Spiral-bound – Illustrated, Nov. 1 (2003, p.28).

¹⁴ Il s'agit du CIUSSS de Chaudière-Appalaches, du CIUSSS-de-la-Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

appliqué dès le recrutement, ou lors de mobilité interne, de plan de formation et de redynamisation (Diez et Sarton, 2012). Diez et Sartone (2012)¹⁵ se sont questionnés sur la façon d'éviter les pertes de compétences stratégiques causées par les départs de salariés à la retraite, notamment. Leurs travaux proposent une méthode complète et pragmatique pour faciliter la préservation et la transmission du capital immatériel, constitué de compétences d'expérience souvent implicites et ignorées. Il s'agit de mettre en place une démarche encadrée, s'appuyant sur l'implication volontaire des intéressés et permettant de dépasser un certain nombre de blocages : le manque de dialogue entre les générations, le sentiment que ce que l'on fait est perceptible et évident, la difficulté à verbaliser autrement que par des justifications des actions posées.

La réflexion opérationnelle développée par les participants et participantes qui ont développé des savoirs professionnels, procédé à leur identification, déterminé leur mode de construction, leur intérêt pour la performance, leur mode de transmission, doit être adressée aux gestionnaires et aux responsables des ressources humaines. Dans le cas de notre projet, cela n'a pas été possible, considérant le fait que nous avons travaillé avec plusieurs institutions et que le temps qui nous a été imparti pour réaliser la recherche-action n'était pas suffisant pour associer de nouveaux acteurs en cours de réalisation du projet.

Dès le départ, notre intérêt était :

¹⁵ Diez, R. et Sarton, I. (2012). Transférer les compétences : Comment éviter les pertes de compétences stratégiques, Eyrolles. ISBN : 978221258779.

- De proposer une stratégie ou une méthode de présentation et de transfert des savoirs professionnels développés aux personnes qui n'ont pas pris part au projet (qu'elles soient techniques ou managériales);
- D'identifier et de présenter des exemples précis et contextualisés d'interventions réalisées dans différents secteurs d'activité et sur différents types d'emploi;
- D'offrir des perspectives pour renforcer le lien intergénérationnel, de même que la collaboration interprofessionnelle et de favoriser la valorisation des véritables acquis de l'expérience.

Le modèle qui nous a inspiré nous a permis d'identifier, dès le départ, les facteurs qui pouvaient constituer des défis pour le transfert des savoirs professionnels.

3.1.1 Défis relatifs au transfert des savoirs professionnels

Considérant que les savoirs professionnels relèvent d'une démarche intrinsèque, l'un des facteurs qui compliquent leur transfert peut être l'incapacité à reconnaître et à exprimer ces savoirs très intuitifs et les connaissances tacites qui les sous-tendent. La difficulté réside, surtout, dans le fait qu'il est facile pour les détenteurs ou détentrices de ces savoirs de tomber dans une démarche de justification au lieu de demeurer dans l'explicatif. Il s'agit donc d'une démarche exigeante pour la personne qui veut partager ses savoirs. Cela demande de la motivation et d'être dans un milieu de pratique qui promeut une culture favorable au partage de connaissances, de savoirs et de pouvoirs.

Le recours aux représentations visuelles pour faciliter le transfert convoque des compétences techniques et technologiques que plusieurs professionnelles et professionnels expérimentés ne possèdent pas. Les choses peuvent se compliquer lorsque l'on tient compte du nombre important des domaines d'expertise qui peuvent apporter d'autres défis.

Les savoirs professionnels n'émanent pas toujours des connaissances validées, mais aussi des savoirs empiriques et savoirs d'expérience. Au-delà de la capacité d'expliquer en quoi consistent ces savoirs et de présenter l'aspect heuristique de ceux-ci, ils doivent être inspirants et susciter une certaine confiance pour avoir une adhésion.

Le Modèle Théorique de diffusion de l'innovation (Everett Rogers, 1962) propose des processus qui peuvent permettre de faire face aux défis que nous venons de présenter.

Selon les recherches d'Everett (1962), la personne qui adopte une innovation ou une approche inspirante plus tôt présente des caractéristiques différentes de celles d'une personne qui adopte une innovation plus tard. Par conséquent, pour les spécialistes du transfert de connaissance, il est important de comprendre les caractéristiques de chaque segment qui aideront ou entraveront l'adoption d'une innovation ou d'une idée inspirante prônée par un savoir professionnel.

Ainsi, dans la diffusion de la théorie de l'innovation, il existe cinq catégories d'adoptants :

1. Les innovateurs : caractérisés par ceux et celles qui veulent être les premiers à essayer l'innovation ou les savoirs professionnels inspirants.

2. Les « adopteurs » précoces : caractérisés par ceux et celles qui sont à l'aise avec le changement et l'adoption de nouvelles idées.

3. La majorité précoce : caractérisé par ceux et celle qui adoptent de nouvelles innovations avant la personne moyenne. Cependant, il faut prouver que l'innovation fonctionne avant que cette catégorie ne l'adopte.

4. La majorité tardive : caractérisée par ceux et celles qui sont sceptiques à l'égard du changement et qui n'adopteront une innovation qu'après qu'elle ait été généralement acceptée et adoptée par la majorité de la population.

5. Les retardataires : caractérisés par ceux et celles qui sont très traditionnels et conservateurs – ces personnes sont dernières à passer aux nouvelles technologies, par exemple. Cette catégorie est la plus difficile à accompagner.

Le modèle d'Everett propose un processus qui nous offre des avenues intéressantes pour implémenter le transfert de savoirs professionnels de manière efficace :

- 1- Identifier les spécialistes ou les personnes-ressources tenant des connaissances et des savoirs professionnels pertinents;
- 2- Motiver ces personnes à partager leurs connaissances et savoirs professionnels;
- 3- Modéliser un système de partage d'expérience et d'expertise pour faciliter le transfert des savoirs professionnels;

- 4- Contrôler pour assurer le transfert de ces savoirs professionnels afin qu'ils soient sources d'inspiration;
- 5- Favoriser l'application des connaissances et des savoirs professionnels transférés en tenant compte de l'adaptation au contexte, aux familles de situations et aux situations spécifiques.

Pour faire advenir le transfert à partir de ce modèle, des pratiques sont proposées dans le RSSS :

- 1- Le mentorat;
- 2- L'expérience guidée;
- 3- Les simulations ou les études de cas;
- 4- Les communautés de pratique thématique (en santé publique, en développement de pratique de pointe, en transfert de connaissances);
- 5- Les groupes de codéveloppement;
- 6- La surveillance du travail;
- 7- Le travail apparié;
- 8- Le transfert narratif;
- 9- La formation interactive;
- 10- L'élaboration de guides et d'outils.

Cette perspective d'Everett nous a permis de mieux comprendre comment nous organiser efficacement dans le transfert des savoirs professionnels dans le cadre de nos différentes activités. De manière générale, il aborde les grandes actions résumées par

Potvin (2016, P. 119) : (1) diffusion; (2) adaptation; (3) adoption et appropriation; (4) utilisation.

Nous avons également exploré le modèle promu par l'Institut national en santé publique du Québec (INSPQ) qui propose aux établissements un canevas permettant d'orienter les activités de transfert de connaissances ou de savoirs. Des actions sont également proposées : (1) la production et la présentation des connaissances ou des savoirs; (2) l'adaptation de ces connaissances ou de ces savoirs au contexte, aux familles de situations ou aux situations spécifiques; (3) la diffusion des connaissances et des savoirs; (4) l'appropriation des nouvelles connaissances et des nouveaux savoirs.

Les savoirs professionnels sont généralement transférables et cette transférabilité est fonction de certains paramètres tels que : (1) la capacité à déterminer clairement le savoir à transférer; (2) la possibilité de faire connaître et de diffuser aux destinataires ce savoir; (3) l'identification des aspects à adapter (contexte, familles de situations, situations spécifiques) avant (4) l'adoption du savoir professionnel et son (5) appropriation en vue de son utilisation dans la pratique professionnelle. Cette démarche de transfert proposée par Potvin (2016, p. 116) présuppose la mise en place des mécanismes de partage, d'échange et de co-construction de connaissances dans l'action. Il s'agit donc d'un ensemble coordonné de stratégies permettant d'obtenir les impacts souhaités. En nous inspirant des approches de transfert de connaissances, nous croyons que la mise en place d'un référentiel de compétences en transfert de compétences pourrait servir pour structurer la démarche.

3.1.2 Le référentiel de compétences en transfert de connaissances et de savoirs

Pour être en mesure de procéder au transfert de connaissances ou de savoirs professionnels, il nous a semblé nécessaire de proposer un outil que nous dénommons référentiel de compétences en transfert de connaissances et de savoirs. Plusieurs phases sont nécessaires pour organiser ce canevas.

1- Définir ce qu'est le référentiel

Il s'agit d'un outil qui présente les connaissances et les comportements observables requis pour mener à bien les tâches et assumer les responsabilités liées aux activités propres à la pratique du transfert.

2- Déterminer les destinataires

Le référentiel s'adresse aussi bien aux gestionnaires qui souhaitent assurer le développement professionnel des intervenants et intervenantes qu'aux praticiennes et praticiens de terrain et spécialistes qui souhaitent développer ou améliorer leur pratique en s'inspirant des bonnes pratiques.

3- Mettre l'accent sur l'utilité des savoirs professionnels à transférer

Les savoirs professionnels et les connaissances transférés peuvent servir comme contenu de formation. Dans bon nombre de situations, l'activité de transfert des savoirs ou de connaissances peut favoriser l'obtention de ressources, la planification et l'organisation des activités. Cela peut aussi constituer une opportunité d'organiser le travail collaboratif et de coopératif au sein d'une équipe. Enfin, le transfert des savoirs ou

de connaissances peut avoir pour retombée de favoriser l'apprentissage et le développement des compétences professionnelles.

4- Déterminer à quel besoin répond le transfert

La nécessité du transfert de savoirs professionnels ou de connaissances doit répondre aux besoins exprimés par des praticiens membres d'une communauté de pratique.

5- Identifier le mode de développement de l'outil de transfert

Le référentiel de transfert doit être développé à partir des échanges et des discussions au sein d'un groupe de travail, d'une communauté de pratique, à partir de sondage ou d'une concertation pour révision par un groupe de travail.

Considération

Le référentiel proposé est un outil générique dont l'utilisation ne se limite pas à un contexte spécifique. À cet effet, il peut donc être utilisé par toutes les organisations.

Tableau 13 : Étapes du référentiel de transfert de connaissances et des savoirs professionnels (Didier Kaba, 2022)

Phases		Description
1	Définition	Outil présentant des connaissances et des comportements observables requis pour mener des tâches et assumer des responsabilités liées aux activités propres à la pratique du transfert
2	Destinataires	Gestionnaires Praticiennes et praticiens Spécialistes
3	Utilité des savoirs professionnels à transférer	Contenu de formation Ressources Activités Opportunité d'organiser le travail collaboratif et de coopératif au sein d'une équipe Apprentissage et développement des compétences professionnelles
4	Besoin	Répondre aux besoins exprimés par des praticiens et praticiennes membres d'une communauté de pratique
5	Modes de développement	Échanges et discussions au sein d'un groupe de travail, d'une communauté de pratique Sondage et concertation
6	Considération	Outil générique utilisé par toutes les organisations

3.1.3 Processus d'adaptation / appropriation

Plusieurs processus peuvent être nécessaires pour réaliser un transfert de savoirs professionnel optimal. L'INSPQ propose 5 étapes qui s'organisent en général en séquence logique, mais il faut retenir que les unes ne sont pas nécessairement préalables aux autres. Les organisations qui souhaitent s'investir dans cette activité doivent pouvoir s'adapter. Il est important que les utilisateurs identifient quelles sont les activités qui s'appliquent à leur contexte. Les praticiens et praticiennes peuvent avoir à exercer une ou plusieurs de ces activités de transfert pour un résultat plus optimal.

Nous proposons la séquence qui nous a inspiré lorsque nous avons réalisé des activités de transfert de savoirs sur le terrain.

Tableau 14 : Processus d'adaptation des savoirs professionnels en vue d'un transfert

1	Adaptation des savoirs professionnels et production d'outils de transfert
2	Diffusion et partage de savoirs professionnels à transférer
3	Soutien à l'implantation des pratiques et à l'appropriation des savoirs professionnels
4	Soutien de l'évaluation des produits, des activités ou des stratégies
5	Soutien au développement de la capacité organisationnelle en matière de transfert de savoirs professionnels

L'outil proposé s'inspire du référentiel de compétences en transfert de connaissances de l'INSPQ (2019).

Tableau 15 : Référentiel de transfert de savoirs professionnels<

<p>ADAPTATION DES SAVOIRS À TRANSFÉRER</p> <p>Organiser des échanges avec les parties prenantes Établir un lien de confiance Consulter les parties prenantes sur les enjeux ayant des incidences sur le partage Réaliser une prestation de service au moyen des savoirs professionnels transférés</p>	<p>CONNAISSANCES</p> 	<p>APPROPRIATION DES SAVOIRS TRANSFÉRÉS</p> <p>Identifier les savoirs à transférer Déterminer les moyens de communication Soutenir la recherche des solutions pour le transfert Mettre en place des mécanismes d'appropriation des savoirs transférables Partager les informations Recueillir la rétroaction des individus</p>
<p>PARTAGE DE CONNAISSANCES ET DES SAVOIRS TRANSFÉRABLES</p> <p>Élaborer un plan de transfert de savoirs Animer les échanges Présenter les buts et mettre en évidence la culture du milieu Cerner les opportunités de transfert Maintenir la communication</p>	<p>DÉTENTEURS DES SAVOIRS PROFESSIONNELS</p> 	<p>CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES EN LIEN AVEC LES SAVOIRS TRANSFÉRÉS</p> <p>Modéliser le transfert de savoirs et identifier les aspects théoriques Élaborer des outils conceptuels de transfert Communiquer en langage clair et simple Élaborer des synthèses et des mises en forme Déterminer les modalités d'apprentissage / formation (animation) Établir un partenariat Maîtriser les savoirs scientifiques relatifs au transfert de connaissances (interprétation)</p>
<p>SAVOIRS PROFESSIONNELS</p>		

Les outils construits nous ont servi dans le cadre de notre pratique de terrain. C'est dans cette optique que nous avons eu recours au référentiel que nous avons bâti pour l'élaboration du modèle de développement d'une pratique de pointe au service de développement de pratique de pointe et des mandats nationaux, à la direction de l'enseignement et des affaires universitaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

3.2 Exemples de transfert de savoirs professionnels en contexte

Dans le cadre de nos activités de terrain, nous avons fait l'expérience du transfert de savoirs professionnels dans la réalisation l'élaboration d'un modèle de développement de pratique de pointe et dans la production d'un guide de bonnes pratiques pour les proches en santé mentale.

3.2.1 L'élaboration du modèle de développement d'une pratique de pointe

Durant deux ans, nous avons occupé le poste de chef de service au Service du développement des pratiques de pointe et des mandats nationaux, à la direction de l'enseignement et des affaires universitaires au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Supervisant une équipe composée de treize conseillers en développement de l'innovation et de deux chercheurs en établissement, nous avons la responsabilité d'accompagner les directions cliniques et même les directions de soutien à intégrer des nouvelles pratiques professionnelles innovantes dans la réalisation de leur travail au quotidien et à les faire évoluer en pratiques de pointe. Il s'agissait pour nous de mettre en place les conditions nécessaires pour la mobilisation des connaissances issues de la recherche ou des savoirs professionnels validés dans la résolution de problèmes auxquels les employés du CIUSS

étaient confrontés. À cet effet, nous avons élaboré un modèle de développement d'une pratique de pointe, selon le cadre de référence du MSSS, et mis en place une communauté de pratique afin d'organiser cette activité de transfert de connaissances et de savoirs professionnels formalisés et validés.

La pratique de pointe est le point de départ d'une pratique innovante. En effet, une pratique est dite innovante lorsqu'elle « s'appuie sur des fondements théoriques ou cliniques et répond potentiellement à un besoin social bien défini de manière plus adéquate et plus durable que les autres solutions déjà implantées dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans les organisations partenaires¹⁶». Pour devenir une pratique de pointe, la pratique innovante doit faire l'objet d'un processus de développement spécifique au terme duquel elle devrait répondre aux critères suivants :

- Être le résultat d'un arrimage entre les milieux de pratique et de recherche;
- Être explicitée par sa théorie et ses processus;
- Être développée dans une perspective de transfert à d'autres organisations;
- Démontrer des retombées positives à la suite d'une évaluation de son expérimentation;
- Être implantée et transférable dans un ou plusieurs milieux de pratique;
- Être diffusée auprès d'autres établissements.

¹⁶ Cadre de référence du MSSS définissant ce qu'est une pratique de pointe, 2010.

La pratique de pointe peut être une intervention relevant d'un savoir professionnel, d'un programme, d'un outil d'évaluation, d'une formation ou encore d'une pratique de gestion. Elle peut émerger soit du milieu clinique, soit du milieu scientifique soit des deux ensembles.

Nous avons également conduit les travaux d'une équipe de projet pour la réalisation d'un guide de bonnes pratiques en santé mentale dans le cadre d'un mandat national octroyé par le MSSS. C'est cette activité que nous avons identifiée comme projet d'intervention sur le terrain (document en annexe).

3.2.2 Les familles de situations

Le contexte institutionnel situe les établissements dans un très grand ensemble qui constitue le Réseau de la santé et des services sociaux. Tous les membres du Réseau assument la responsabilité populationnelle d'une offre de soins et de services qui répond aux besoins des populations de la région qu'ils desservent. Leurs actions sont régies par la LSSS, la Loi de la Santé publique, les Normes et toutes les dispositions légales qui les rendent imputables.

Au niveau organisationnel, chaque établissement met en place des voies et moyens permettant de répondre aux mandats qu'ils ont reçus en vertu de l'Entente de gestion et d'imputabilité signée avec le Ministère de la santé et des services sociaux. En regard des spécificités de ces mandats, des familles de situations sont prises en compte dans la réponse aux besoins des usagers et de leurs proches. Puisque les situations d'une même famille partagent des caractéristiques et des propriétés communes entre elles, les

savoirs professionnels qui les constituent peuvent être adaptés à d'autres familles de situations aux caractéristiques proches, ou même à des contextes semblables (Jonnaert, 2011; Jonnaert et M'Batika, 2004). Les savoirs professionnels peuvent avoir un potentiel de transférabilité dans des familles de situations qui se ressemblent ou dans des contextes identiques. Les savoirs professionnels identifiés dans le cadre des activités mises en place lors de la réalisation des projets d'intervention que nous avons menés s'inscrivent dans ce modèle.

Nous avons fait l'expérience de la transférabilité des savoirs professionnels identifiés ou construits dans notre projet et nous présentons les familles de situations dans lesquelles nous les avons situés. Pour illustrer leur potentielle transférabilité, nous proposons d'autres contextes et familles de situations dans lesquels ces savoirs professionnels sont transférables.

3.2.3 Contexte et famille de situations professionnelles

Nous avons initié nos projets dans plusieurs établissements du Réseau de la santé et des services sociaux. Les projets 1 et 2 ont été vécus au CISSS de Chaudière-Appalaches et au CIUSSS-de-la-Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Les interventions de terrain, notamment, les ateliers de formation, l'élaboration du modèle de développement d'une pratique de pointe et la construction du guide de bonnes pratiques en santé mentale ont été réalisés par notre équipe de professionnels et professionnelles du Service de développement des pratiques de pointe et des mandats nationaux de la direction de l'enseignement et des affaires universitaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale, avec la participation du CIUSSS du Centre de l'île de Montréal, le CISSS de Chaudière-

Appalaches, le CIUSSS du Saguenay et le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Plusieurs représentants d'organismes communautaires spécialisés en santé mentale, de même que des usagers et leurs proches, ont également été membres de l'équipe projet.

Le tableau qui suit présente la famille de situations à laquelle sont rattachés les savoirs professionnels développés par les participants et participantes et par le doctorant au cours des projets d'intervention. Il donne des précisions relatives au contexte dans lequel se sont développés ces nouveaux savoirs.

Tableau 16 : Synthèse des savoirs professionnels

Synthèse des savoirs professionnels transférables				
Participants et participantes aux activités relatives au transfert				
Contribution à l'élaboration d'un modèle de développement d'une pratique de point				
Participation à la réalisation d'un mandat national avec le MSSS : membre d'une équipe-projet de travail investi dans l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques				
Contexte				
Contexte institutionnel : Application du cadre de référence du partenariat - Entente de gestion et d'imputabilité; Contexte organisation : actualisation des axes stratégiques; Contexte : collaboration interprofessionnelle				
Famille de situations professionnelles				
Répondre aux besoins des usagers et de leurs proches confrontés à des situations complexes en misant sur leur implication au moyen d'un partenariat				
Situations professionnelles				
(1) Développer le travail collaboratif et coopératif, identifier et innover pour améliorer le partenariat			(2) Mobiliser les savoirs théoriques, pratiques, expérientiels, praxéologiques pour optimiser le partenariat	
Savoirs professionnels des personnes			Savoirs professionnels du doctorant	
1	2	3	4	5
Intégrer les usagers et leurs proches comme membres de l'équipe projet et comme partenaires à part entière	Considérer et valoriser les savoirs expérientiels des usagers et la parole des proches pour établir un véritable partenariat	Outiller la personne et les proches en misant sur le développement du travail collaboratif et coopératif	Accompagner une équipe dans la production d'outils et dans la gestion du changement, la performance organisationnelle	Utiliser des modes de technologies et d'intervention, des modes de délibération démocratique au sein d'une équipe

À la lumière de ce qui est présenté dans le tableau, nous faisons quelques constats.

Les personnes participantes et le doctorant ont évolué dans les CISSS et CIUSSS.

Quelques personnes provenaient des milieux communautaires et des comités des usagers étaient des parties prenantes. Mais les projets étaient menés par les établissements du Réseau. Les projets d'intervention ont été mis en œuvre dans le cadre d'une démarche de recherche-action participative. Les participants et participantes, soutenus par le doctorant, se sont investis dans la recherche de voies et moyens pour optimiser l'implication des usagers et de leurs proches intégrés dans la réalisation des projets. Pour parvenir à ce résultat, les participants et participantes de même que le doctorant ont mobilisé des savoirs appropriés pour mettre en œuvre une pratique professionnelle adaptée aux situations professionnelles présentes dans les milieux de pratique.

Les cinq savoirs professionnels développés par les participants et participantes découlent d'une famille de situations : Répondre aux besoins des usagers et des proches confrontés à des situations complexes en misant sur leur implication au moyen d'un partenariat. En effet, répondre à un besoin exprimé par un usager ou un proche en misant sur son implication n'est pas une tâche dont l'issue est évidente. Il s'agit donc d'une situation problématique ponctuée d'obstacles qui nécessite d'agir de façon stratégique (Roegiers, 2007). Pour prendre conscience de la complexité de cette famille de situations, trois caractéristiques peuvent être identifiées : le contexte, la nature de la situation problème, la démarche que se donnent les personnes impliquées dans sa résolution. Ainsi, répondre aux besoins des usagers et de leurs proches se fait en misant sur la richesse de leur implication, et cela s'inscrit dans le cadre des projets d'intervention qui ont été menés. Les participants et participantes ont œuvré à identifier les défis et les enjeux du partenariat et ont apporté des solutions structurantes aux problèmes rencontrés.

Comme nous l'avons déjà souligné, nous croyons à la transférabilité des savoirs professionnels. Comme le souligne le Comité de travail sur les savoirs professionnels de l'Université de Sherbrooke (2019b), les savoirs professionnels ont un fort potentiel de transférabilité dans différents contextes. Fort de cette affirmation, nous avons souhaité terminer notre analyse en établissant notre vision de la transférabilité et en identifiant quelques limites.

3.3 Transférabilité ou adaptabilité des savoirs

Le transfert est défini comme « un processus par lequel des connaissances construites dans un contexte particulier sont prises en compte dans un nouveau contexte, que ce soit pour construire de nouvelles connaissances, pour développer de nouvelles compétences pour accomplir de nouvelles tâches » (Tardif et Meirieu, 1996; Presseau, 2000, p.517).

Considérant que les savoirs professionnels sont situés et contextualisés, ils n'existent qu'à l'intérieur du contexte qui a permis leur développement. C'est pourquoi plusieurs auteurs (Gagné, 2008, Perrenoud, 2002, Jonnaert, 2002) émettent une mise en garde contre ce que l'on qualifierait de « transport » ou de passage. À cet effet, Jonnaert (2011) propose de parler d'adaptation de savoirs professionnels plutôt que de transfert. De nos observations, nous pouvons affirmer que les nouveaux savoirs professionnels développés dans le cadre de nos projets ont été adaptés à de nouveaux contextes après une analyse.

La transférabilité d'un savoir professionnel est caractérisée par le potentiel de mise en œuvre de ce savoir professionnel dans un contexte similaire ou différent, en y apportant des adaptations nécessaires pour qu'il soit utile dans la résolution de la situation professionnelle.

À titre d'exemple, nous avons identifié un nouveau contexte dans lequel les savoirs professionnels développés par les parties prenantes et par le doctorat ont été transférés.

Dans l'élaboration du guide de bonnes pratiques en santé mentale, les parties prenantes et le doctorant se sont servi de leur capacité à intégrer les usagers et leurs proches comme partenaires à part entière dans l'équipe de travail. Leur implication s'est matérialisée par la participation à toutes les activités réalisées par l'équipe-projet et leurs idées, avis, commentaires, expertises et expériences qui ont été considérés, validés et reconnus. Enfin, ils ont été accompagnés durant tout le processus et des moyens garantissant un partage équitable de la parole et une participation aux décisions ont été mis en place. La communication qui a été faite pour présentation de ce guide a été prise en charge par les intervenants et intervenantes et par les usagers et leurs proches impliqués dans la démarche.

Enfin, toute personne qui accompagne une équipe ou un groupe « facilite la réflexion critique, l'appropriation et l'utilisation de connaissances théoriques et pratiques afin de favoriser l'ajustement ou le changement de leurs pratiques professionnel (Potvin, 2016, p. 5). D'un autre côté, les personnes accompagnées s'engagent dans un processus

de développement professionnel par l'ajustement ou la mise à l'essai de nouvelles pratiques professionnelles (Potvin, 2016).

Accompagner des groupes dans l'instauration d'un changement peut être étroitement lié au développement professionnel. Comme le souligne Dahan (2011), « adopter une nouvelle pratique peut mettre en question l'identité professionnelle » (p. 86). L'accompagnement qui se fait en contexte de changement vise à fournir aux personnes accompagnées l'opportunité de développer de nouvelles ressources permettant de modifier leurs pratiques pour enfin effectuer d'autres changements grâce aux apprentissages faits.

Considérant le lien qui existe entre l'activité d'accompagnement dans l'instauration d'un changement et l'identité professionnelle, nous croyons que le transfert de ce savoir développé par le doctorant doit être implanté dans un contexte d'accompagnement de groupes engagés dans des démarches de développement professionnel telles que le codéveloppement professionnel ou la mise en place d'une communauté de pratique. C'est dans cette optique que nous avons soutenu et outillé les personnes engagées dans la modification et l'évolution de leur identité professionnelle.

QUATRIÈME CHAPITRE. SAVOIRS PROFESSIONNELS DU DOCTORANT

Contrairement à l'ensemble de l'essai doctoral écrit au « nous », le chapitre 4 portant sur les savoirs professionnels du doctorat sera écrit au « je » afin de donner un caractère très personnel aux aspects qui y sont abordés.

4. MISE EN CONTEXTE

Après avoir suivi un parcours de formation au Diplôme de troisième cycle en gestion de l'éducation et un cheminement doctoral en même temps, je termine ce processus par la réalisation d'une activité réflexive portant sur l'élaboration d'un essai doctoral. C'est le temps pour moi de prendre un temps d'arrêt pour revoir et approfondir les auteurs présentés tout au long de la formation, revisiter les travaux portant sur les thématiques abordées et identifier des éléments de connaissance mobilisés dans l'action. Pour ce faire, j'ai jugé opportun d'effectuer une rétrospective sur mon cheminement personnel et professionnel, de relever les aspects qui ont suscité mon intérêt et pavé la voie qui m'a conduit jusqu'à cette formation doctorale, avant d'en déceler les bénéfices éventuels.

4.1 Prise de recul

Pour la réalisation de cet essai doctoral, j'ai effectué un exercice réflexif qui m'a obligé à prendre du relief par rapport à ma posture initiale. Comme le souligne Vacher

(2015)¹⁷, j'ai procédé à une « double prise de recul » ce qui m'a permis dans un premier temps, d'explicitier ma réflexion et, dans un deuxième temps, d'analyser le processus de pensée qui l'oriente. Tout au long de ce cheminement doctoral, je me suis donc placé dans une posture réflexive et d'intériorité pour être en mesure de faire face aux défis relatifs à une formation de cette envergure et de capitaliser sur les bénéfices.

Mon travail de gestionnaire dans le Réseau de la santé et des services sociaux consiste à superviser une équipe composée de cadres intermédiaires, de professionnelles et professionnels disciplinaires, d'intervenants et d'intervenantes de terrain et du personnel de soutien administratif. L'ensemble de l'équipe travaille à répondre aux besoins des usagers et de leurs proches en mettant en place des voies et moyens pour favoriser leur implication dans le processus de soins et de services. Il s'agit donc d'un emploi qui sollicite mon intellect, car il faut que j'apporte le soutien nécessaire à mes professionnels pour résoudre des problèmes de plus en plus complexes. Mais, dans l'exercice de mes fonctions, je dois également apprendre à vivre avec le poids des décisions que je prends quelques fois trop rapidement, décisions pour lesquelles je suis imputable. J'ai donc appris à mobiliser les membres de mon équipe pour les amener à créer des synergies d'efforts afin qu'ils résolvent des problèmes complexes de façon créative. Le cheminement doctoral m'a offert l'occasion de bâtir des outils très concrets qui me servent aujourd'hui dans mon travail. J'ai également développé des savoirs professionnels qui font de moi un manager conscient de la puissance du partenariat dans une organisation et conscient des enjeux et des défis qui y sont relatifs.

¹⁷ Vacher, Y. (2015). *Construire une pratique réflexive: comprendre et agir*. (1e éd.). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Le partenariat est le moyen par excellence qui est proposé pour atteindre les objectifs de performance de toutes les organisations du RSSS. Le but de notre travail est de tout mettre en œuvre pour favoriser l'autonomie, l'autodétermination de l'utilisateur et de ses proches afin qu'ils soient eux-mêmes acteurs et actrices de leur propre vie, et de prendre les décisions idoines pour leur mieux-être. Notre projet professionnel est donc de tout faire pour devenir « inutile » dans la vie des usagers et de leurs proches. Les savoirs professionnels développés visent à m'outiller pour que je sois en mesure d'accompagner les équipes vers l'atteinte de ce but ultime. Pour cela, un repositionnement professionnel est nécessaire afin que je parvienne à des postes où je serai capable de contribuer au changement du paradigme de prise en charge qui prévaut encore dans le RSSS.

4.2 Savoirs professionnels développés

Plusieurs savoirs professionnels se sont développés durant les années où j'étais en cheminement doctoral. L'élaboration du présent essai doctoral me donne l'occasion de prendre conscience du chemin parcouru et de répertorier les connaissances et les savoirs mobilisés dans le cadre de mon travail.

4.2.1 La capacité de réaliser un diagnostic organisationnel

Le premier élément d'intérêt pour la problématique portant sur le partenariat a émergé à la suite d'une réflexion abordée lors d'une rencontre statutaire de supervision avec mon responsable hiérarchique. Il était question de voir ensemble comment améliorer la performance des intervenants et intervenantes du secteur urbain qui avaient du mal à atteindre les cibles ministérielles axées sur le nombre d'outils de cheminement clinique

informatisés (OCCI) complétés. Le nombre de dossiers par intervenants et intervenantes étant supérieur dans les grands centres urbains et la pénurie de main-d'œuvre dans nos services faisaient en sorte qu'il était difficile d'augmenter le nombre d'utilisateurs desservis. La pression exercée sur eux avait pour effet la perte de sens clinique et la détérioration de la qualité des interventions. Il était impératif de trouver d'autres alternatives pour répondre aux besoins des utilisateurs et de leurs proches qui, eux non plus, n'étaient pas contents de cette situation. J'ai vite compris qu'un diagnostic organisationnel pouvait permettre d'analyser la situation et d'identifier des pistes de réflexion et d'actions.

Dans le cadre des travaux à réaliser pour un cours, je me suis donc immergé au cœur des préoccupations des intervenants et intervenantes pour les amener à contribuer à la réalisation d'un diagnostic organisationnel et à l'identification des leviers d'actions. Il s'agissait pour nous d'analyser la structure de l'organisation, d'identifier les systèmes de gouvernance et de gestion en place de même que les ressources (humaines, matérielles, financières et informationnelles) disponibles pour opérer. Enfin, nous devions déceler les éléments de la culture organisationnelle et nous donner des leviers d'action en conséquence.

Pour atteindre les objectifs fixés, j'ai appris à gérer ma subjectivité, mes préjugés (Charlier et Biemar, 2012) et à mettre en place des modalités de gestion du changement (Céline Bareil, 2004). Le recours à d'autres cadres interprétatifs s'est avéré nécessaire.

4.2.2 Recourir à des cadres interprétatifs

Le parcours doctoral m'a permis d'avoir accès à d'autres cadres interprétatifs et m'a obligé à m'ouvrir à différents points de vue en regard des situations qui me semblaient connues et comprises (Thievenaz, 2014). Les besoins exprimés par les participants et participantes et leur regard sur le partenariat et ses retombées dans l'intervention ont orienté les choix des théories fondatrices de cette activité afin de mieux réorganiser le projet et d'établir un cadre théorique plus explicite. La réalisation du projet 2 a d'ailleurs permis d'atteindre cet objectif. Le choix de la théorie de l'activité humaine (Leontiev, 1979), de la théorie des échanges sociaux (Mauss, 1950; Blau, 1964; Nolet et al., 2017; Boutin et Le Cren, 2010) résulte d'une négociation avec les parties prenantes. Pour ce faire, je me suis inspiré de la démarche de boucles de négociation de Biemar (2012) constituée de quatre (4) boucles : (1) la boucle relationnelle; (2) la boucle de négociation; (3) la boucle de concrétisation; (4) la boucle d'autonomisation.

L'actualisation de cette approche dans l'action a nécessité le développement des savoirs professionnels relatifs à l'accompagnement des équipes dans la réalisation de leur mission.

4.2.3 Accompagner une équipe et produire des livrables

Le parcours réalisé au doctorat s'est fait en concertation avec différents acteurs et actrices de mon milieu professionnel. Il y a d'abord mes responsables hiérarchiques qui ont reçu favorablement ma proposition de projet et qui m'ont permis de le réaliser, même si l'organisation était en pleine gestion de changement relative à l'application de la Loi

10. Ils ont également accepté de me libérer pour que je mène mon projet doctoral, tout en effectuant mon travail. Cela n'a pas toujours été aisé, car il fallait, constamment, arrimer ma pratique aux exigences du cheminement doctoral.

Tout au long de ces années, je me suis toujours soucié de me développer pour mieux accompagner le personnel qui fait partie de mon univers professionnel. Les enseignements et l'ensemble des activités de formation ont eu un impact sur mon approche de gestion et sur les décisions que j'ai prises pour répondre à leurs besoins et aux besoins des usagers et des proches.

J'ai également cheminé, de manière plus spécifique, avec toutes les personnes qui ont pris part aux projets que j'ai initiés. Je pense à toutes les personnes qui ont participé à la consultation menée lors du projet 1 et à celles qui ont participé à la présentation des résultats de cette consultation, aux membres du focus group, aux membres des comités des usagers et aux équipes cliniques qui ont pris part aux ateliers de sensibilisation et de formation organisés au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Pour le projet 2, j'ai fait affaire avec plusieurs établissements du RSSS dans le cadre de la mise en place et de l'organisation des ateliers de formation initiale et continue.

4.2.4 Élaborer et conduire le processus de développement d'une pratique de pointe

Comme responsable du service en charge du développement des pratiques de pointe et des mandats nationaux au CIUSSS de la Capitale-Nationale, j'ai fait l'expérience de la conduite d'un projet relevant d'un mandat national financé par le

MSSS. Il s'agissait de mettre en place une équipe et des instances de gouvernance d'un projet structurant, de planifier et d'organiser le travail visant à produire un guide de bonnes pratiques relatives au partenariat avec les usagers et leurs proches en santé mentale.

4.2.5 Évolution des modèles mentaux et des cadres de référence

Plusieurs éléments ont évolué en fonction de mes acquis académiques : ma vision du travail partenarial en contexte de supervision, ma perception du travail collaboratif et coopératif et mon intérêt pour l'implication des parties prenantes dans la réalisation de mon travail, entre autres. Tous ces aspects sont vus et analysés par le prisme des cadres de référence qui m'ont permis de comprendre ce qu'est le partenariat (la théorie de l'activité humaine; la théorie des échanges sociaux; la Pédagogie sociale de l'intervention avec ses modèles explicatifs du partenariat, l'approche systémique, le Modèle de Montréal avec ses approches paternaliste, centrée sur la personne et partenariale).

Au terme de mon travail, je peux constater que le contexte d'intervention a été caractérisé par l'émergence des trois défis associés : (1) faire accepter la puissance du partenariat comme activité émancipatoire des parties prenantes; (2) faire reconnaître la communication optimale comme vecteur d'efficacité dans le partenariat; consolider la valeur explicative, prédictive (axe pédagogique) et démonstrative (axe didactique) de l'efficacité et de l'efficience du partenariat. Ces défis constituent, a posteriori, le point d'ancrage pour poursuivre mon engagement et contractualiser l'accompagnement à l'analyse du partenariat comme activité structurante.

La prise de recul sur les choix réalisés me permet de prendre conscience du glissement de la posture de manager, qui était la mienne au départ, vers une posture d'accompagnement que j'assume aujourd'hui. Cette réflexion me conduit à déterminer le rôle, les responsabilités et les tâches que j'aimerais assumer dans l'avenir. Avec la formation acquise, je désire parvenir à une fonction qui va me permettre de m'engager dans l'accompagnement d'une organisation à développer, d'une culture axée sur le partenariat comme modalité d'émancipation de l'autonomie professionnelle des intervenants et intervenantes. Cet engagement vient teinter mon identité professionnelle au niveau du changement de perception à l'égard de mon implication sociale (Martineau et Presseau, 2012).

4.3 Développement professionnel et construction identitaire

Le chemin parcouru au doctorat professionnel a, assurément, influencé la façon dont je perçois la suite de ma carrière et la construction de mon identité professionnelle. Le fait d'avoir conduit un projet de très grande envergure a entraîné des remises en question m'incitant à la recherche de nouvelles avenues pour retrouver un équilibre. Cette évolution participe à la construction d'une nouvelle identité professionnelle qui est appelée à se définir davantage au gré des opportunités qui s'offriront à moi (Gohier, Anadon, Bouchard, Charbonneau et Chevrier, 2001). En effet, dans le RSSS, je suis admissible à aucun ordre professionnel et, comme cadre, je ne suis pas syndiqué. Je ne peux donc pas prétendre, aux yeux des spécialistes disciplinaires que j'accompagne, être un « spécialiste » d'un domaine d'expertise déterminé par les organisations du RSSS. Je me qualifie donc comme « Manager réflexif », expert du partenariat avec et pour les

usagers et leurs proches. Je serais l'expert de la performance organisationnelle assurée par le développement des compétences et des connaissances des acteurs et actrices du RSSS dans la gestion des activités partenariales. Cette réflexion qui se construit de façon continue s'appuie sur le paradigme de l'incertitude (St-Arnaud 2003 ; Vacher, 2015). En effet, l'identité professionnelle se construit et évolue au fil des expériences menées en contexte de travail. Provenant initialement du domaine de l'éducation et exerçant actuellement dans le RSSS, j'ai vécu des expériences professionnelles multiples qui ont engendré des changements de posture m'incitant à passer d'un paradigme d'expertise dans un domaine spécifique à celui de l'incertitude (St-Arnaud, 2003). En effet, ma formation initiale n'étant pas dans le domaine de la santé, j'ai souvent été considéré, à tort, comme gestionnaire éloigné des préoccupations cliniques. Pour mieux comprendre le contexte de l'intervention clinique, je me suis toujours investi dans plusieurs projets et je me suis formé pour acquérir plus de légitimité. Ma formation de troisième cycle en administration publique, spécialisée en analyse et management des politiques publiques en santé et mes certificats en gestion du changement, en amélioration continue et en gestion de projets et ma formation au doctorat professionnel me confèrent une très grande reconnaissance dans la maîtrise des problèmes vécus dans le RSSS et me permettent de trouver des façons innovantes de résoudre ces problèmes.

4.3.1 Personne-ressource ou expert de l'intervention psychosociale

Pendant plusieurs années, j'ai agi à titre de coordonnateur régional des programmes en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique. Ma connaissance des problèmes relatifs aux situations des personnes vivant

avec des incapacités était reconnue par les partenaires autant à l'interne qu'à l'externe. J'étais interpellé à titre d'expert et coordonnateur des services pour résoudre des problèmes complexes liés à la scolarisation, à l'intégration socioprofessionnelle des personnes vivant avec un handicap. De la même façon, à titre de gestionnaire en charge de plusieurs programmes de soutien à l'insertion sociale de cette clientèle, les attentes du milieu à mon égard étaient aussi teintées de ce paradigme.

La conduite des projets d'intervention comme doctorant a marqué le point d'une transition importante au regard du glissement vers le paradigme de l'incertitude, engendrée par mon incursion dans la recherche collaborative (Desgagné et al., 2001) et vers d'autres types de clientèles. Je tenterai donc de cerner comment s'est produit ce glissement et quelles en ont été les expériences déterminantes.

4.3.2 De l'expertise en DI-TSA et DP à la Recherche

Après plusieurs années à la direction DI-TSA et DP, j'ai voulu m'ouvrir à d'autres horizons professionnels. J'ai donc souhaité relever de nouveaux défis aux postes de chef de service au service de la recherche psychosociale et de chef de service au service de développement de pratiques de pointe et des mandats nationaux. Je me suis rapproché du créneau de l'enseignement et de la recherche au sein des CIUSS. Le parcours doctoral m'a conduit progressivement à développer des outils conceptuels, des grilles d'analyse et m'a permis de développer des cadres interprétatifs. Mon intérêt pour le partenariat est né de cette volonté de m'orienter vers un créneau d'excellence peu développé. J'ai compris que le partenariat était un vaste champ d'intérêt de recherches pluridisciplinaires très peu exploité par les établissements du RSSS. Or, il s'agit d'une

activité essentielle pour assurer la réussite des interventions et garantir la satisfaction des usagers et de leurs proches.

4.3.3 Le partenariat comme domaine d'expertise

Le partenariat est reconnu par tout le monde comme une activité importante pour favoriser l'implication et mettre en place les conditions pour développer l'autonomie et l'autodétermination des personnes qui s'y investissent. Mais, il y a rarement de personnes qui comprennent vraiment à quoi on s'engage dans une relation partenariale. En effet, plusieurs personnes ont tendance à limiter le partenariat à la collaboration. Pour ma part, je crois que le partenariat doit être élevé au rang d'activité humaine fondamentale et de valeur qu'une organisation pourra adopter. Cette perspective a marqué mon imaginaire et influencé ma posture. Je crois qu'il est important de miser autant sur le processus qui structure le partenariat en actions et en opérations que sur les résultats attendus. En ce sens, le cadre méthodologique que j'ai mis en place m'a permis de développer des savoirs professionnels au regard de la conduite à projet.

4.3.4 Et pour la suite...

Ma formation doctorale s'achève avec la production de cet essai qui m'a permis de cerner la particularité de ma personnalité de gestionnaire qui désire s'engager dans la promotion du partenariat dans les organisations du RSSS comme valeur qui gouverne l'agir-compétent du personnel. La production d'un guide de bonnes pratiques dans le cadre d'un mandat national avec le MSSS a été réalisé pour accompagner les milieux et

rendre explicites les valeurs, les connaissances et les savoirs issus de ma démarche d'accompagnement.

Les difficultés que j'ai rencontrées et les solutions co-construites avec les parties prenantes ont concrétisé mon désir de poursuivre mon accompagnement des milieux de pratique.

Après l'évaluation de mes travaux, je compte m'investir dans l'élaboration d'un cours intitulé « Partenariat et interventions psychosociales » que je vais proposer aux maisons d'enseignement. Ce cours permettra de cerner les aspects importants du partenariat qui peuvent être réinvestis de façon opératoire dans des milieux d'intervention (Boutinet, 2010).

CONCLUSION

Le but de notre projet doctoral était de proposer des avenues théoriques et pratiques permettant d'actualiser le partenariat entre les usagers et proches et le personnel du RSSS en vue d'optimiser leurs interventions. L'implication et l'engagement des usagers et des proches dans le processus de soins et de services sont des aspects considérés par tous les acteurs et actrices du RSSS comme une des voies prometteuses permettant d'améliorer la santé des populations et de répondre à leurs besoins structurants. Plusieurs problèmes, auxquels sont confrontés les usagers et leurs proches, de même que le personnel du RSSS, peuvent trouver des solutions pérennes grâce au travail coopératif et collaboratif. Comme nous l'avons démontré tout au long de notre projet doctoral, les savoirs expérientiels et professionnels constituent une richesse inestimable pour cerner de nouvelles voies d'évolution peu envisagées et proposer des innovations.

Le partenariat renouvelé dans une perspective favorisant la complémentarité entre les expertises et les cadres théoriques, l'interdépendance positive, la confiance entre les parties prenantes, l'échange de ressources, la valorisation, la considération des usagers et de leurs proches et leur intégration comme partenaires à part entière dans l'équipe de soins et de services sont autant d'éléments à prendre en compte pour l'amélioration de cette dynamique relationnelle.

Notre projet a aussi permis de constater que les modèles théoriques, les cadres de référence et les approches sur lesquels se base la communauté pour tenter de mieux comprendre ce qu'est le partenariat n'offrent que très peu d'éléments heuristiques. Nous

avons remarqué et fait remarquer que l'ensemble de ces approches ou modèles explicatifs justifie la posture des parties prenantes au partenariat au lieu d'offrir des clés de compréhension du partenariat comme activité humaine proprement dite. En jetant un regard synoptique sur l'ensemble des cadres conceptuels ou cadres de référence qui orientent les instances de gouvernance du RSSS, nous sommes en mesure de souligner leurs apports et de faire ressortir les insuffisances et incomplétudes.

Le Modèle de Montréal qui propose des approches théoriques (approche paternaliste, approche centrée sur la personne et approche partenariale) illustre, à suffisance, comment l'expérience du vécu avec la maladie ou avec une incapacité peut être considérée au niveau de l'intervention, grâce à des usagers et à leurs proches qui contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et services. Dans les innovations proposées, les usagers et leurs proches, considérés comme partenaires à part entière au niveau des équipes thérapeutiques, interviennent comme formateurs dans les activités d'enseignement des professionnels de la santé et du secteur psychosocial de même qu'au niveau de la recherche. Il s'agit d'un apport incommensurable au niveau de la considération et de l'intégration de l'utilisateur dans son processus de soins et de services et de son implication dans la contribution à la vie du RSSS.

Malgré son érudition et l'heuristique qui se dégage de ce modèle, on peut constater qu'il demeure quand même très axé sur la relation patient-médecin dans un contexte où la perspective hospitalo-centrique demeure dominante. Le contexte d'intervention psychosociale commence à être pris en compte, sauf que les concepts centraux du modèle mettent toujours en évidence le PATIENT et le SOIGNANT.

Nous avons aussi pu constater que les approches telles que définies (approche paternaliste, approche centrée sur la personne et approche partenariale) présentent plus une évolution des paradigmes d'intervention qui influencent la posture de l'intervenant ou de l'intervenante, au lieu de renseigner sur les fondements théoriques de l'approche partenariale. Par rapport à ces différentes approches, nous notons également qu'elles-mêmes ne reposent sur aucune théorie comme telle.

Dans notre démarche, nous avons pris connaissance de la Pédagogie sociale de l'intervention qui offre des modèles théoriques explicatifs du partenariat. Trois modèles qui se rapprochent des approches proposées par le Modèle de Montréal sont proposés (le modèle relationnel qui se rapproche par sa définition à l'approche paternaliste ; le modèle humaniste qui a des similitudes avec l'approche centrée sur la personne, le modèle symbio-synergique qui est très apparenté au modèle partenarial). Élaborés entre 1991 et 2006, il est possible que les modèles explicatifs issus de la Pédagogie sociale de l'intervention aient peut-être influencé les approches paternalistes, centrée sur la personne et partenariale, révélés en 2010 et 2015.

La force de ces modèles théoriques explicatifs réside dans le fait qu'ils ont un point d'encrage théorique qui est la Pédagogie sociale de l'intervention et sont de la même obédience que les approches systémiques. Comme limite, nous avons pu constater qu'ils considèrent le partenariat comme un cycle évolutif de la relation entre des parties prenantes. Le partenariat, incarné par le modèle symbio-synergique, ne s'impose pas comme « modèle par excellence », mais est plutôt perçu comme une option préférentielle

qui peut être choisi pour répondre à un besoin d'intervention, selon la situation. L'accent n'est pas mis sur le partenariat comme activité à part entière.

Notre analyse nous a amenés à revisiter certaines théories qui nous ont permis de mieux comprendre la dynamique relationnelle qui s'établit dans un partenariat. La théorie de l'activité humaine nous a permis de percevoir la réalisation du partenariat selon une approche taxonomique : le partenariat s'accomplit efficacement parce que des parties prenantes accomplissent des actions (Planification, organisation, mise en œuvre, évaluation, amélioration/optimisation) ; ces actions s'accomplissent par la mise en œuvre d'opérations (Motiver, intégrer, considérer, valoriser, outiller, analyser...). La réussite de l'activité partenariale dépend du degré d'investissement et d'implication dans le processus. Comme membre à part entière dans la réalisation de l'activité, les usagers, les proches, bref, toutes les parties prenantes ont leur partition à jouer.

L'autre théorie qui nous a permis de nous débarrasser de nos œillères est la Théorie des échanges sociaux (Mauss, 1950 ; Blau, 1964) qui stipule que la principale richesse du partenariat réside dans la complémentarité des expertises et des cadres de référence qui les inspirent. Prendre en compte ces aspects a pour effet de contribuer à créer un contexte de travail qui favorise l'implication de toutes les parties prenantes afin qu'elles puissent avoir le sentiment de contribuer et d'être respectées (Boutin et Le Cren, 2004 ; Clément et al., 1995 ; Ross et al., 2010). La théorie évoque également le concept d'interdépendance positive entre les acteurs et actrices comme une condition de relation dans laquelle les parties engagées dans un partenariat valorisent mutuellement leurs ressources.

La réussite de l'implication des usagers et des proches, leur niveau de participation dans les différentes structures du RSSS et la satisfaction des acteurs et actrices qui ont intégré le partenariat de soins et services permettent d'envisager l'amélioration des pratiques et de l'état de santé des populations. Plusieurs recherches initiées par le RSSS démontrent l'efficacité du partenariat et permettent, aujourd'hui, de mieux appréhender les retombées positives tant sur les personnes que sur les organisations et les populations.

Notre projet a permis de mettre en lumière et de développer de nombreux savoirs professionnels utiles dans l'érection d'un partenariat de soins et services optimal. Les Projet 1, Projet 2 et le Projet d'intervention sur le terrain nous ont amenés à identifier les savoirs professionnels suivants :

- (1) l'évaluation du niveau d'implantation de l'approche usager-partenaire ;
- (2) la capacité de développer des pratiques collaboratives et coopératives, et d'identifier les déterminants du partenariat de même que des compétences-clés ;
- (3) la connaissance et l'appropriation de l'approche de partenariat avec les usagers et proches ;
- (4) la capacité de créer des outils pour mobiliser et développer des stratégies de transfert de connaissances et de savoirs professionnels ;
- (5) l'accompagnement dans la production des guides de pratiques.

Notre travail a donné lieu à une remise en question de la pratique et à une prise de conscience concernant l'importance du partenariat comme cadre de prestation de services de qualité.

En effet, prenant appui sur la théorie de l'activité humaine, nous avons démontré que le partenariat est une activité humaine à part entière qui se réalise par les actions spécifiques (Planification, Organisation, Mise en œuvre, Évaluation et Amélioration). Ces actions s'accomplissent par la mise en œuvre de différentes opérations (Motivation axée sur l'intéressement mutuel des participants et participantes, choix des parties prenantes, intégration, considération, validation, identification des ressources, échange des ressources et des retours sociaux)

Par notre travail, nous avons réussi à démontrer que le partenariat mérite d'être lui-même défini de manière intrinsèque, en prenant pour appui un cadre théorique qui définit ses contours.

Les approches provenant du Modèle de Montréal, l'approche systémique et la Pédagogie sociale de l'intervention qui propose ses trois modèles explicatifs offrent de très bonnes clés de compréhension aux intervenants et intervenantes en vue de déterminer leur posture dans l'action. Toutefois, ces modèles et approches ne permettent pas de bien cerner ce qu'est le partenariat et d'envisager des voies et moyens permettant de planifier et d'organiser un partenariat performant. Le partenariat de soins et de services considère donc l'expérience des personnes vivant avec la maladie ou une incapacité.

L'apport de ce vécu expérientiel est essentiel dans la dynamique partenariale, car ces personnes sont les seules à avoir une vision systémique qui gagnerait à être portée à la connaissance d'autres usagers et proches, participants et participantes à des formations professionnelles organisées dans des établissements et dans des travaux de recherche. C'est la combinaison de la participation des usagers et de leurs proches dans des milieux de soins et des services, comme l'ont démontré Boivin et al. et la Direction de collaboration partenariat patient (DCPP) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, qui permettra d'améliorer la santé des personnes vivant avec une maladie chronique ou une incapacité, et de créer des milieux de pratiques très performants et des lieux d'enseignement plus humanistes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Altet, M. (2016). Gaston Mialaret, Une vie et une œuvre entre pensée, action, recherche pour améliorer l'éducation. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 49, 21-38. <https://doi.org/10.3917/lsdle.493.0021>
- Argote, L. et Ingram, P. (2000). Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82(1), 150-169. <https://doi.org/10.1006/obhd.2000.2893>
- Bancel, D. (1989). *Créer une nouvelle dynamique de la formation des maîtres*. Rapport présenté au ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, France.
- Barbier, J.-M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Presses universitaires de France.
- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Éditions Transcontinental/Fondation de l'entrepreneurship.
- Barreau, J.-M. (2001). *Vichy contre l'école de la République*. Flammarion.
- Baudouin, J.-M. et Friedrich, J. (dir.) (2001). *Théories de l'action et éducation*. De Boeck.
- Baudry de Vaux, M., Deshayes, E., Grolière C., Tissot Françoise. Gérard Malglaive, G. L'alternance dans la formation des ingénieurs, Dans *L'Orientation scolaire et professionnelle* (Vol. 21, n° 3, septembre 1992, p. 269-282). Dans *Formation Emploi*. N.53, 1996. *Les nouvelles formations d'ingénieurs*. p.104; http://www.persee.fr/doc/forem_07596340_1996_num_53_1_2580_t1_0104_000_0_9
- Beauchemin, S. et Beauchemin, J. (1998). La réforme québécoise de la sécurité du revenu. La citoyenneté au service d'une solidarité gestionnaire. *Lien social et Politiques*, no 39, 139-147.
- Bernard, P. (2000). La cohésion sociale : critique dialectique d'un quasi-concept. *Lien social et Politiques*, no 41, 47-59.
- Biémar, S. (2012). Grille des compétences de l'accompagnateur. Dans É. Charlier et S. Biémar. *Accompagner : Un agir professionnel* (pp. 161-166). De Boeck Supérieur. DOI 10.3917/dbu.charl.2011.01.0161
- Bilodeau, A. (2000). *Les conditions de qualité de la planification participative de l'action en partenariat en prévention / promotion de la santé et du bien-être, une question d'innovation sociale* [Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées]. Université de Montréal.

- Blanc, M. (1992). *Pour une sociologie de la transaction sociale*. L'Harmattan.
- Blau, P.M. (1964). *Exchange and power in social life*. Wiley.
- Boucenna, S., Charlier, E., Wittorski, R. et Perreard-Vité, A. (Eds.) (2018). *L'accompagnement et l'analyse des pratiques professionnelles: Des vecteurs de professionnalisation*. Octares Éditions. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:105207>
- Bouchard, J.-M. (1991). Modèles éducatifs des mères : origine de cohérence et actualisation. *Revue française de pédagogie*, 1991, 92, 17-32.
- Bouchard, J.-M. et Kalubi, J.-C. (2006). Partenariat et recherche de transparence, des stratégies pour y parvenir. *Informations sociales 2006 / 5* (no 133), 50-57.
- Bouillier-Oudot (dir.), *Savoirs professionnels et curriculums de formation* (p. 125-166). Les presses de l'Université Laval.
- Boulet, M. (2001). *La formation des acteurs de l'agriculture : continuité et ruptures 1945-1985*. Educagri-ENESAD.
- Bourdieu, P. (1989). *La noblesse d'état*. Les éditions de minuit.
- Bourdoncle, F. (1991). La professionnalisation des enseignants : Analyses sociologiques anglaises et américaines. La fascination des professions. *Revue française de pédagogie*, 94, 73-91.
- Bourdoncle, R. (1993). La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe. *Revue française de l'éducation* (no 105) octobre-décembre 1993.
- Boutin, G. et Le Cren, F. (2004). *Le partenariat : entre utopie et réalité*. Éditions nouvelles.
- Brelade, S. et Harman, C. (2003). *A Pratical Guide Mangement*. Editions Thorgood Publishing.
- Bru, M. (2002). Pratiques enseignantes : des recherches à conforter et à développer. *Revue française de pédagogie*, 138, 63-73.
- Brunet, F. et Malas, K., (dir.). (2019). *L'innovation en santé : réfléchir, agir et valoriser* (2e édition). Éditions Sainte-Justine. Hors collection - Grand public.
- Bussièrès, D. et Fontan, J.-M. (2011). La recherche partenariale : point de vue de praticiens au Québec. *Sociologies*. <https://sociologies.revues.org/3670>
- Cachet, O. (2009). Professionnalisme des enseignants et complexité: vers une conception dynamique de l'aigreur. *Lidil. Revue de linguistique et de didactique des langues*. (39). 133-150.
- Carbonneau, M. (1993). La professionnalisation de l'enseignement et de la formation des enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 19(1), 33-57.

- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Presses universitaires de France.
- Charlier, É. et Biémar, S. (2012). *Accompagner : Un agir professionnel*. De Boeck Supérieur. DOI 10.3917/dbu.charl.2011.01.
- Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir : Éléments pour une théorie*. Anthropos.
- Chevallard, C. (1980). *La transposition didactique : du savoir savant au savoir enseigné*. La pensée sauvage.
- Clément, M.-E., Ouellet, F., Coulombe, L., Côté, C. et Bélanger, L. (1995). Le partenariat de recherche. Éléments de définition et ancrage dans quelques études de cas. *Service social*, 44(2), 147-164.
- Clément, M.-E., Tourigny, M. et Doyon, M. (1999). Facteurs liés à l'échec d'un partenariat entre un organisme communautaire et un CLSC : une étude exploratoire. *Nouvelles pratiques sociales*, 12(2), 45-64. *L'interdépendance dans la recherche partenariale NPS* vol. 29, no1 287
- Clivaz, S., Cordonier, N., Gagnon, R., et Kazadi, C. (2008). L'évaluation des compétences professionnelles relatives à l'acte d'enseigner : perspectives didactiques. Dans L. Lafortune, S. Ouellet, C. Lebel et D. Martin (Eds.), *Réfléchir pour évaluer des compétences professionnelles à l'enseignement, deux regards, l'un québécois et l'autre suisse* (p.93-108). Presses de l'Université du Québec.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1,165-177.
- Colin, C., Turpin, P., Garant, E. et al. (2010). Les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle au sein du RUIS de l'Université de Montréal : résumé exécutif et recommandations du rapport d'étapes juin 2009-mai 2010, *RUIS de l'université de Montréal*.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (CPCFI). (2012). *Pratique collaborative : engagement et leadership*. Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paul Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, *RUIS de l'Université de Montréal*.
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2010). Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé. *Synthèse et recommandations*. www.csbe.gouv.qc.ca
- Commissaire de la santé et au bien-être du Québec. (2015). La performance du système de santé et des services sociaux. *Résultats et analyse*. www.csbe.gouv.qc.ca

- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social; Castonguay, Claude; Nepveu, Gérard. *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. [Québec (province)] : Éditeur officiel du Québec, 1967. 7 tomes en 15 vol.
- Consortium pancanadien sur l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Cadre national de définitions des compétences en matière d'interprofessionnalisme*. <http://cihc.ca/resources/publications>
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A. et Breton, M. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du Projet de loi 10 et des avenues d'intervention souhaitables* [Mémoire sur le Projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences].
- Correa-Molina, E. et Gervais, C. (2008). *Les stages en formation à l'enseignement : pratiques et perspectives théoriques*. Presses de l'Université du Québec.
- Costley, C. et Lester, S. (2012). Work-based doctorates: professional extension at the highest levels. *Studies in Higher Education*, 37(3), p.257-269.
- Couturier, Y. et Chouinard, I. (2008). La relation est-elle soluble dans la didactique? La rationalité dans les métiers relationnels comme objet d'une didactique des savoirs professionnels. Dans Y. Lenoir et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (p. 213-223). Octarès Éditions.
- Cropanzano, R. et Mitchell, M.S. (2005). Social exchange theory: an interdisciplinary review. *Journal of management*, 31(6), 874-900.
- DCPP et CIO-UdeM. (2016). *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Université de Montréal. Porteur d'expérience de la vie avec la maladie.
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Mathieu, E., Mercier A.-M., Roberge, C. et St-Onge, M. (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. *Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, réseau universitaire intégré de santé*. Université de Montréal.
- Desgagné, S. (1997). Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 23, n° 2, 371-393.
- Desgagné, S. (1998). La position du chercheur en recherche collaborative : illustration d'une démarche de médiation entre culture universitaire et culture scolaire. *Recherches qualitatives*, n°18, 77-105.
- Desgagné, S. et Bernard, N. (2005). Médiation entre recherche et pratique en éducation: faire de la recherche « avec » plutôt que « sur » les praticiens. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(2), 245-258.

- Desgagné, S. et Larouche, H. (2010). Quand la collaboration de recherche sert la légitimation d'un savoir d'expérience. *Recherches en éducation*, hors-série, n°1, 7-18. <http://www.recherches-en-education.net/img/pdf/ree-hs-no1.pdf>
- Desgagné, S., Bednarz, N., Lebuis, P., Poirier, L., et Couture, C. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation : un rapport nouveau à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 33-64. DOI10.7202/000305ar
- Diez, R. et Sorton, L. (2012). *Transférer les compétences. Comment éviter les pertes de compétences stratégiques causées par le départ des salariés à la retraite, notamment?* Éditions Eyrolles.
- Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). Référentiel de compétences et fonctions du tandem de collaboration et partenariat patient. [Référentiel]. Montréal : DCPP.
- Doctorat professionnel en éducation (2019). *Guide des études au doctorat professionnel*. Université de Sherbrooke. (Document interne).
- Dolbec, A. et Clément, J. (2004). La recherche-action. Dans T. Karsenti et I. Savoie-zajc (dir.), *La recherche en éducation : ses étapes et ses approches* (3^e éd.). Éditions du CRPD.
- Dubar, C. et Tripier, P. (2005). *Sociologie des professions*. Éditions Armand Colin.
- Dumez, V. (2012). Le patient partenaire : défis d'intégration et de co-onstruction. Faculté de médecine, bureau de l'expertise patient partenaire, RUIS – CPASS, Université de Montréal.
- Etzioni, A. (1969). *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. Free Press.
- Fabre, M. (1994). *Penser la formation*. Presses universitaires de France.
- Favreau, L. et Lévesque, B. (1996). *Développement économique communautaire*, Presses de l'Université du Québec.
- Fourez, G. (2003). *Apprivoiser l'épistémologie*. Éditions De Boeck.
- Fragasso, A., Pomey, M. et Careau, E. (2018). Vers un modèle intégré de l'Approche famille-partenaire auprès des enfants ayant un trouble neurodéveloppemental. *Enfances & Psy*, 79, 118-129. <https://doi.org/10.3917/ep.079.0118>
- Frampron, S. B., Charmel P. A., et Quastello, S. (2013). *L'humain au cœur de l'expérience : recueil des pratiques de soins et de gestion en santé*. Éditeur Guy Saint-Jean.

- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*. Éditions Seuil et Points.
- Gagnon, M. (2015). Quelle place pour le rapport aux savoirs en éducation. *Réflexion pédagogique*. Pédagogie Collégiale, Vol. 29, no 1, automne 2015.
- Gardner D. (2005). Ten lessons in collaboration. *The online journal of issues in nursing*, 10(1).
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity*, Stanford University Press.
- Goldberg, D. et Comins, M. (2001). Struggling with partners: The use of the term « partnership. In *Practice. Anthropology & medicine*, 8(2), 255-264.
- Gouvernement du Québec (1991). Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., Chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} octobre 2016, Québec. Éditeur officiel du Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>
- Gouvernement du Québec (2001). *La formation à l'enseignement : Les orientations, les compétences professionnelles*. Ministère de l'Éducation.
- Guay, M.-H., Prud'homme, L. et Dolbec, A. (2016). La recherche-action. Dans B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. Presses de l'Université du Québec.
- Guay, M.-H. et Prudhomme, L. (2018). La recherche-action. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation : Étapes et approches* (p. 235–267). Presses de l'Université de Montréal.
- Guillemette, S. et Savoie-Zajc, L. (2012). La recherche-action et ses rapports de coconstruction de savoirs et de formation dans une perspective de professionnalisation entre acteurs praticiens et chercheurs. *Formation et profession*, 20(3), 14–25. <http://dx.doi.org/10.18162/fp.2012.7>
- Harnois, G. et al. (1987). *Pour un partenariat élargi en santé mentale*. Les publications du Québec.
- Hasni, A., Lenoir, Y. et Lebeaume, J. (2006). *La formation à l'enseignement des sciences et des technologies au secondaire : dans le contexte des réformes par compétences*. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.4000/rfp.1221>
- Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM) d'Aix-Marseille (2009). *La professionnalité de l'enseignant : la place des savoirs, quels savoirs, quelles compétences, et les conséquences pour la formation*.
- Jean-Baptiste, A. (2011). *Recension des initiatives patient partenaire* [Rapport de projet supervisé]. HEC Montréal.
- Jenson, J. (1998). *Les contours de la cohésion sociale : l'état de la recherche au Canada*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politique publique.

- Jonnaert, P. et M'Batika, A. (2004). Cité par Martineau, S. (2007). Les réformes curriculaires. Regards croisés. *Revue des sciences de l'éducation*, 33(2), 515–516. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.7202/017892ar>
- Jonnaert, P., Barrette, J., Masciotra, D. et Yaya, M. (2006). Action et compétence, situation et problématisation. Dans M. Fabre et la compétence comme organisateur de programme de formation révisée, ou la nécessité de passer de ce concept à celui de « l'agir compétent ». *Observatoire des réformes en éducation*. Université du Québec à Montréal.
- Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique*. De Boeck.
- Jonnaert, P. (2010). *Repères pour élaborer et évaluer des manuels scolaires*. OIF3.
- Jonnaert, P. (2011). Sur quels objets évaluer des compétences ? *Éducation et Formation*, (296), 31-43
- Joshua, S. (1996). Le concept de transposition didactique n'est-il propre qu'aux mathématiques ? Dans C. Raisky et M. Caillot (dir.), *La didactique au-delà des didactiques. Regards croisés sur des concepts fédérateurs* (p. 61-73). De Boeck.
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Guadiri, S., Fernandez, N., Jouet, E., Las Vergnas, O. et Lebel, P. (2015). The patient as partner in care: conceptual grounds for a necessary transition. *Academic medicine*, April 2015 – volume 90 – n° 4 – p.437–441.
- Keyser, V., et Samurçay, R. (1998). Introduction: théorie de l'activité, action située et simulateurs. *Le Travail Humain*, 61(4), 305–312. <http://www.jstor.org/stable/40660211>
- Kleiner, A. et Roth, G. (1995). Learning about Organization – Creating a Learning History. *Memorial Drive*, MIT Center for Organization Learning, Cambridge (Ma).
- Kleiner, A. et Roth, G. (1997). How to make experience your company's best teacher. *Harvard Business Review*, Vol. 75, no 5, P. 172-178. Edition Harvard Business School Press.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*. Éditions St-Martin.
- Landry, C. (1994). Émergence et développement du partenariat en Amérique du Nord. Dans C. Landry et F. Serre, (sous la direction de), *École et entreprise. Vers quel partenariat?* Presses de l'Université du Québec, 7-27.
- Lang, V. (1999). *La professionnalisation des enseignants*. Presses universitaires de France.
- Lavoie, L., Marquis, D. et Laurin, P. (1996). *La recherche-action : Théorie et pratique*. Presses de l'Université du Québec.

- Lebeau, A., Vermette, G. et Viens, C (1997). *Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec*. Direction de la planification et de l'évaluation, MSSSQ.
- LeBoterf, G. (2010). Concevoir le transfert des compétences comme une construction et non comme un transport. Dans G. LeBoterf, *Repenser la compétence : Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions* (69-77). Groupe Eyrolles.
- LeBoterf, G. (2011). Qu'est-ce qu'un professionnel compétent? Comment développer son professionnalisme? *Pédagogie collégiale*, vol. 24(2), 27-31.
- Lemieux, V. (dir.) (1990). La santé : le système et les acteurs. *Recherches sociographiques*, 31, 3.
- Lenoir, Y., Laforest, M. et Pellerin, B. (1995). Objets de formation privilégiés dans des curricula de formation des maîtres du primaire au Québec au cours des années quatre-vingt. *Spirale*, 16(3), 107-135.
- Leontiev, A. (1979) cité par Olry, P. (2019). Chapitre 6. Aleksei Leontiev et la théorie de l'activité. Dans Philippe Carré éd., *Psychologies pour la formation* (p.105-121). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.carre.2019.02.0105>
- Leplat, J. (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Octarès Éditions.
- Leplay, É. (2009). *La formalisation et la validation de « savoirs professionnels » expression d'une culture professionnelle en travail social* [Thèse de doctorat]. Conservatoire National des Arts et Métiers Paris.
- Lesne, M. (1977). *Travail pédagogique et formation d'adultes*. Presses universitaires de France.
- Lesne, M. et Barbier, J-M. (1977). *L'analyse de besoins en formation*. Édition R. Jauze (Université de Cornell).
- Lessard, C., et Tardif, M. (2005). La nature et la place d'une formation professionnelle selon les conceptions de l'université. Dans Y. Lenoir (dir.) *Les professionnalités et les formations* (p. 27-66). De Boeck.
- Luigi, F., Berkesse, A., Payot, A., Dumez, V. et Karazivan, P. (2016). L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : Vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences* 2016/ 1-2 (vol. 27), 59-72.
- Malglaive, G. (1990). *Enseigner à des adultes*. Presses universitaires de France.
- Malglaive, G. (1996). Apprentissage, une autre formation pour d'autres ingénieurs. *Formation emploi*, No. 53, 85-99.

- Martineau, S. (2007, juin). *Analyse descriptive et compréhensive des pratiques d'enseignement : les routines sous l'œil de la phénoménologie inspirée de A. Schütz*. Communication présentée dans le cadre de la demi-journée d'étude du CRIE et de la CRCIE, Sherbrooke, Québec, juin 2007.
- Martineau, S. (2008). L'identité professionnelle et l'insertion professionnelle : essai de problématique. *Formation et profession*, 15(1), 40-43.
- Martineau, S., et Presseau, A. (2012). Le discours identitaire d'enseignants du secondaire : entre la crise et la nécessité de donner du sens à l'expérience. *Phronesis*, 1(3), 55-68.
- Martuccelli, D. (1999). *Sociologies de la modernité*. Gallimard et Folio.
- Maubant, P. et Piot, T. (2011). Processus de professionnalisation dans les métiers adressés à autrui. *Les sciences de l'éducation – Pour l'Ère nouvelle*, 44 (2). ADRESE/CIRNEF.
- Maubant, P. et Roger, L. (2014). L'alternance en formation, une figure de pédagogie. *Éducation et francophonie*, 42 (1), 10-21. <https://doi.org/10.7202/102462ar>
- Maubant, P., et Roger, L., (2012). Les métiers de l'éducation et de la formation : une professionnalisation en tensions. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignant supérieur*, 28-1 | 2012.
- Mayen, P. (2008). Intégrer les savoirs à l'action. Dans P. Perrenoud, C. Lessard, M. Altet et L. Paquay (dir.), *Conflits de savoirs en formation des enseignants : entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de la recherche* (p. 123-137). De Boeck.
- Meirieu, P. (2009). Le pari de l'éducabilité: Les soirées de l'enpjj. *Les Cahiers Dynamiques*, 43(1), 4-9. DOI:10.3917/lcd.043.0004.
- Mialaret, G. (1996). Savoirs théoriques, savoirs scientifiques et savoirs d'action en éducation. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 161-187). Presses universitaires de France. OCDE. (2008). *Regards sur l'éducation 2008*. OCDE.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Projet clinique – cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et des services sociaux*. Document principal, Direction des communications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux*. Gouvernement du Québec. Récupéré à : www.msss.gouv.qc.ca section publications.
- Minkler, M. (2005). Community-based research partnership: challenges and opportunities. *Journal of urban health: bulletin of the New York academy of medicine*, 82(2), II3-II12.

- Molm, L.D., Takahashi, N. et Peterson, G. (2000). Risk and trust in social exchange: an experimental test of a classical proposition. *American journal of sociology*, 105(5), 1396-1427.
- Nolet, A.-M., Cousineau, M.-M., Maheu, J. et Gervais, L. (2017). L'interdépendance dans la recherche partenariale. *Nouvelles pratiques sociales*, 29(1-2), 271-287. <https://doi.org/10.7202/1043406a>
- Olry, P. (2019). Chapitre 6. Aleksei Leontiev et la théorie de l'activité. Dans Philippe Carré éd., *Psychologies pour la formation* (pp. 105-121). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.carre.2019.02.0105>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Collin.
- Panet-Raymond, J. (1994). Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires à l'ombre de la Loi 120. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, no 1, 79-93.
- Panet-Raymond, J. et Bourque, D. (1991). *Partenariat ou pater-nariat ? La collaboration entre établissements publics et organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées à domicile*. Conseil québécois de la recherche sociale.
- Paquay, L. (2012). Continuité et avancées dans la recherche sur la formation des enseignants. Dans Léopold Paquay éd., *Former des enseignants professionnels: Quelles stratégies ? Quelles compétences ?* (p.5-26). De Boeck. Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.paqua.2012.01.0005>
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes. Formation et pratiques professionnelles*. Presse Universitaire de France.
- Patton, M.Q. (1997). *Utilization-focused evaluation: The new century text* (3rd edition), sage publications, thousand oaks.
- Perrenoud, P. (2000). L'école saisie par les compétences. Dans C. Bosman. F.-M. Gerard et X. Roegiers (dir.), *Quel avenir pour les compétences?* (p.21-41). De Boeck.
- Perrenoud, P. (2008). Obligation de compétence et analyse du travail: rendre compte dans le métier d'enseignant. Dans C. Lessard et P. Meirieu (dir.), *L'obligation de résultats en éducation. Évolutions, perspectives et enjeux internationaux* (p.207-232). De Boeck.
- Perrenoud, P., Altet, M., Lessard, C. et Paquay, L. (dir.). (2008). *Conflits de savoirs en formation des enseignants : entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de la recherche*. De Boeck.
- Perrenoud, P., Altet, M., Lessard, C. et Paquay, L. (2008). *Conflits de savoirs en formation des enseignants: Entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.perre.2008.01>

- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Revue Questions vives en éducation et formation*, 5(11), 259-275.
- Pomey, M.-P., Clavel, N., Aho-Glele, U., Ferré, N. et Fernandez-McAuley, P. (2018). How patients view their contribution as partners in the enhancement of patient safety in clinical care. *Patient Experience Journal*: Vol. 5 : Iss. 1, ArLcle 7. <http://pxjournal.org/journal/vol5/iss1/7>
- Pomey, M.-P., Hihat, H., Khalifa, M., Lebel, P., Néron, A. et Dumez, V. (2015). Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients' inputs and challenges faced. *Patient Experience Journal*: Vol. 2: Iss. 1, ArLcle 6. <http://pxjournal.org/journal/vol2/iss1/6>
- Pomey, M.-P. et Lebel, P. (2017). Patient Engagement: the Québec Path. Commentary. *Healthcare Papers*, Vol 16 N 2.
- Potvin, P. (2016). L'alliance entre le savoir issu de la recherche et le savoir d'expérience. Un regard sur le transfert de connaissances. [Cité par Théorêt, J. Boucherville, Québec : Béliveau Éditeur]. *Revue de psychoéducation*, 46(1), 250–253. <https://doi.org/10.7202/1039694ar>
- Presseau, A. (2003). La gestion du transfert des apprentissages. Dans C. Gauthier, J.-F. Desbiens, et S. Martineau, *Mots de passe pour mieux enseigner* (p.107-141). Les Presses de l'Université Laval.
- Presseau, A. (2000). Analyse de l'efficacité d'interventions sur le transfert des apprentissages en mathématiques. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(3), 515-544.
- Presseau, A. Frenay, M. (dir.). (2004). *Le transfert des apprentissages : comprendre pour mieux intervenir*. Les Presses de l'Université Laval.
- Presseau, A., Miron, J. et Martineau, S. (2004). Le développement de compétences professionnelles: quelles jonctions possibles entre l'articulation théorie/pratique et le transfert. Dans A. Presseau et M. Frenay (dir.). *Le transfert des apprentissages: comprendre pour mieux intervenir*. Les Presses de l'Université Laval.
- Prud'homme, L., Dolbec, A. et Guay, M.-H. (2011). Le sens construit autour de la différenciation pédagogique dans le cadre d'une recherche-action-formation. *Éducation et francophonie*, XXXIX (2), 165-188.
- Raisky, C. (1993). Problème du sens des savoirs professionnels, préalable à une didactique. Dans P. Jonnaert et Y. Lenoir (dir.), *Sens des didactiques et didactique du sens* (p. 101-121). Éditions du CRP.
- Raisky, C. (1999). Complexité et didactique. *Éducation permanente*, 139, 37-63.

- Raisky, C., et Loncle, J.-C. (1993). Didactiser des savoirs professionnels: l'exemple des formations agronomiques. Dans P. Jonnaert et Y. Lenoir (dir.), *Sens des didactiques et didactique du sens* (p.339-366). Éditions du CRP.
- Renaud, G. (1984). Les progrès de la prévention. *Revue internationale d'action communautaire*, no 11/51, 35-44.
- René, J. et Gervais, L. (2001). Les enjeux du partenariat aujourd'hui. *Nouvelles pratiques sociales*, 14 (1), 20–30. <https://doi.org/10.7202/008322ar>
- René, J.-F., Fournier, D., Duval, M. et Garon, S. (2001). *Transformations des pratiques des organismes communautaires dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux* (à paraître). http://formerlesformateurs.free.fr/rapport_bancel_10oct2006.html:<http://ripes.revues.org/593>
- Robert, L. (1989). Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté: un paradigme à définir, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 9, n°1, p. 37-52.
- Roegiers, X. (2007). *Analyser une action d'éducation ou de formation: Analyser les programmes, les plans et les projets d'éducation ou de formation pour mieux les élaborer, les réaliser et les évaluer*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.roegi.2007.01>
- Roegiers, X. (2000). *Une pédagogie de l'intégration. Compétences et intégration des acquis dans l'enseignement*. De Boeck Université.
- Rogalski, J. et Samurçay, R. (1994). Modélisation d'un savoir de référence et transposition didactique dans la formation de professionnels de haut niveau. Dans G. Arzac (dir.), *La transposition didactique à l'épreuve* (p. 35-71). La pensée sauvage.
- Roger, L. et Maubant, P. (2011). Les pratiques éducatives des enseignants : entre savoirs d'enseignement, savoirs d'expérience et savoirs professionnels. Dans P. Maubant (dir.), *Enjeux de la place des savoirs dans les pratiques éducatives en contexte scolaire* (p. 213-241). Presses de l'Université du Québec.
- Ross, L.F., Loup, A., Nelson, R.M., Botkin, J.R., Kost, R., Smith, G.R. et Gehlert, S. (2010). The challenges of collaboration for academic and community partners in a research partnership: points to consider. *Journal of empirical research on human research ethics*, 19-31.
- Roussel, J.-F. (2011). *Gérer la formation, viser le transfert: repères théoriques, outils pratiques*. Guérin. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2600967>
- Schön, D. (1983). *Le praticien réflexif à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, traduit de l'anglais par Heynemand, J. et d. Gagnon, D. Montréal, logiques.

- Schön, D. (1991) *The Reflective Turn: Case Studies In and On Educational Practice*. Teachers Press, Columbia University.
- Schwarz, S. H. (2006). Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*, 47(4), 929-968. DOI10.3917/rfs.474.0929
- Samurçay, R., et Rogalski, J. (1992). Formation aux activités de gestion d'environnements dynamiques : concepts et méthodes, *Éducation permanente*, 111, 227-242.
- Senge, P., Arneau, B. et Gauthier, A. (2016). *La cinquième discipline. Levier des organisations apprenantes. Nouvelle édition augmentée*. Groupe Eyrolles.
- Solar, C., et Hébrard, P. (2008). *Professionnalisation et formation des adultes*. L'Harmattan.
- Soulard, C.T., Compagnone, C. et Lémery, B. (2007). La recherche en partenariat : entre fiction et friction. *Natures sciences sociétés*, 15, 13-22.
- St-Arnaud, Y. (2003). *Interaction professionnelle*. Éditions des Presses de l'Université de Montréal (2^e ed.).
- St-Cyr Tribble, D. et St-Onge, L. (1999). Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements. *Recherches qualitatives*, 20, pp. 113-125.
- Tardif, J. (2004). *Le transfert des apprentissages*. Éd. Logiques.
- Tardif, J. (1999). *Le transfert des apprentissages*. Éd. Logiques.
- Tardif, J., et Meirieu, P. (1996). Stratégie en vue de favoriser le transfert des connaissances. *Vie pédagogique*, 98, 4-7.
- Tardif, M. et Lessard, C. (1999). *Le travail enseignant au quotidien: expérience, interactions humaines et dilemmes professionnels*. Les Presses de l'Université Laval.
- Tardif, M. et Borgès, C. (2009). Transformations de l'enseignement et travail partagé. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, Vol. 42(2), 83-100.
- Thievenaz, J. (2014). Repérer l'étonnement : une méthode d'analyse du travail en lien avec la formation. *Éducation Permanente*. 81-96.
- Trottier S. (1991). La réforme côté et les organisations communautaires. *Nouvelles pratiques sociales*, 4(1), p. 142-147.
- Trottier, C. et Lessard, C. (2002). La place de l'enseignement de la sociologie de l'éducation dans les programmes de formation des enseignants au Québec : étude de cas inspirée d'une sociologie du curriculum. *Éducation et société*, 9, 53-71.

- Truglio-Londrigan, M. (2015). The patient experience with shared decision making: a qualitative descriptive study. *Journal of infusion nursing*, 38(6), 407.
- Université de Montréal. Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences du patient partenaire : l'expertise de vivre avec la maladie*. [Référentiel]. Montréal : DCP.
- Université de Montréal. Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences des leaders de collaboration en établissement*. Dans *le cadre de la démarche patient partenaire de soins*. [Référentiel]. Montréal : DCP. Université de Montréal.
- Vacher, Y. (2015). *Construire une pratique réflexive: comprendre et agir*. (1^{re} éd.). De Boeck Supérieur.
- Vanhulle, S. (2008). Au cœur de la didactique professionnelle, la subjectivation des savoirs. Dans Y. Lenoir, et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*. Octarès Éditions.
- Vanhulle, S. et Lenoir, Y. (2005). *L'état de la recherche au Québec sur la formation à l'enseignement : Vers de nouvelles perspectives en recherche*. Éditions du CRP.
- Vanhulle, S. (2009a). Les savoirs professionnels se construisent dans un monde intermédiaire. *Prismes : Revue pédagogique HEP*, 10, 20-22.
- Vanhulle, S. (2009b). Dire les savoirs professionnels : Savoirs de référence et logique d'action. Dans R. Hoferr et B Schneuwly, *Savoirs en (trans)formation; Au cœur des professions de l'enseignement et de la formation*. Éditions De Boeck Supérieur.
- Vellas (dir.), *Situations de formation et problématisation* (p. 31-39). De Boeck.
- Verret, M. (1975). *Le temps des études*. Librairie Honoré.
- Voyé, L. (1992). Transaction et consensus supposé. Dans M. Blanc, *Pour une sociologie de la transaction sociale* (p194-213). L'Harmattan.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: a theory of nursing* (2e éd.). Jones et Bartlett learning.
- Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique*. Presses de l'Université Laval.
- White, D., Mercier, C. et Roy, D. (1993). *Concertation et continuité de soins en santé mentale : trois modèles montréalais*. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention.
- Wilensky, H.L. (1964). La professionnalisation de tous? *American Journal of Sociology* 70, no. 2: 137-58. <http://www.jstor.org/stable/277520>

- Wittorski, R. (1997). Évolution de la formation et transformation des compétences des formateurs, *Éducation Permanente*, 132, 59-72.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Éducation permanente*, 2,153 : 57-69.
- Wittorski, R. (1997). *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Édition L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2012). La production de savoirs professionnels par et dans une recherche collaborative chercheurs-praticiens dans le milieu de la protection judiciaire. Dans G. F. et L. G. B. Bourassa (dir.), *Construction de savoirs et de pratiques professionnelles: le double jeu de la recherche collaborative* (p.15-25). Presses de l'Université Laval. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00798760>.

ANNEXE A. GUIDE D'IMPLICATION DES MEMBRES DE L'ENTOURAGE EN SANTÉ MENTALE

Guide de bonnes pratiques

Favoriser l'implication des membres de l'entourage dans le processus de rétablissement d'une personne vivant avec un problème de santé mentale

À qui s'adresse le guide?

À tous les intervenants, intervenantes et à leurs gestionnaires en contact avec la clientèle adulte en santé mentale dans les CISSS et CIUSSS.

Quel est le but du guide?

Soutenir la mise en œuvre de pratiques professionnelles visant à faire des membres de l'entourage des partenaires à part entière dans le processus de rétablissement des personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Les bases (fascicule 1)

Qui sont les membres de l'entourage?

Toute personne ayant un lien significatif et prenant part au cercle de soutien y compris les membres de la famille et d'autres individus importants qui offrent leur soutien non rémunéré à la personne vivant avec un problème de santé mentale.

Pourquoi il est essentiel de les impliquer?

- ✓ Parce qu'ils ont le pouvoir de contribuer au rétablissement de la personne;
- ✓ Pour reconnaître la diversité de leurs besoins et y répondre adéquatement.
- ✓ Pour reconnaître leur expérience et leurs savoirs expérimentiels.

Quand les impliquer?

À chacune des étapes de la trajectoire de services de l'utilisateur,

Hospitalisation Transition de services Crise

À qui revient la responsabilité d'impliquer les membres de l'entourage?

Gestionnaires Intervenants Personnes
Membres de l'entourage Organismes communautaires

Comment changer les façons de faire de façon durable?

- Les différentes pratiques, organisationnelles et cliniques, se complètent et sont nécessaires, et nécessitent une réflexion au sein de l'établissement
- Le changement des pratiques doit se faire en partenariat avec les usagers, membres de l'entourage, intervenants, gestionnaires et organismes du milieu
- Nécessite une planification stratégique et rigoureuse

Les principes de base de l'intervention :



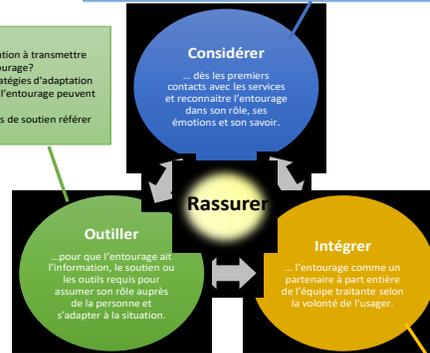
Les pratiques cliniques associées aux besoins des membres de l'entourage (fascicule 2)

Aide-mémoires :

- Comment évaluer les besoins des membres de l'entourage?
- Quelles sont les attitudes à privilégier lors des interactions avec les membres de l'entourage?
- Mieux comprendre le membre de l'entourage :
 - L'impact de l'histoire et de ses propres croyances sur l'attitude envers le membre de l'entourage
 - Le rétablissement du membre de l'entourage
 - Quelles pistes d'intervention utiliser lorsque la communication est difficile?

Aide-mémoires :

- Quelle est l'information à transmettre au membre de l'entourage?
- Quelles sont les stratégies d'adaptation que les membres de l'entourage peuvent adopter?
- Vers quelles sources de soutien référer l'entourage?



Aide-mémoires :

- Comment aborder l'implication du membre de l'entourage avec l'utilisateur?
- Quels sont les éléments-clés de l'implication des membres de l'entourage dans les soins et services?
- Comment distinguer l'information générale de l'information confidentielle? Comment partager l'information de façon éthique?
- Quelles sont les pistes d'intervention concernant les membres de l'entourage :
 - Si l'utilisateur refuse d'impliquer son entourage?
 - En situation de crise?
 - Lors de la fin d'un épisode de services?
 - Comment soutenir les membres de l'entourage lors des situations exceptionnelles extérieures?
 - Comment impliquer les membres de l'entourage lors de la transition de l'utilisateur vers la vie adulte?

Les pratiques organisationnelles essentielles à l'adoption des pratiques cliniques (fascicule 3)

1. Prise de position de l'établissement
2. Normes de pratiques
3. Outils et environnement de travail
4. Formation de base et formation continue
5. Soutien clinique
6. Gestion du changement
7. Lutte contre la stigmatisation



Document complet du Guide d'implication des membres de l'entourage

Titre :

**Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale :
Considérer, Intégrer, Outiller**

La réalisation de ce guide a été financé par la Direction de l'éthique et de la qualité du Ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre du concours *Partenariat entre l'utilisateur, leurs proches et les acteurs des établissements de santé et services sociaux*.

Table des matières

1. AVANT-PROPOS.....	175
2. INTRODUCTION	175
2.1 À qui s'adresse ce guide ?.....	177
2.2 Quel est le but du guide?	177
2.2 Comment a-t-on développé le guide ?	177
2.3 Comment utiliser ce guide?	178
3. LES BASES	179
3.1 Une définition inclusive des proches.....	179
3.2 Que signifie impliquer les proches ?.....	179
3.3 Pourquoi est-ce essentiel d'impliquer les proches ?.....	181
3.4 Les défis relatifs au partenariat favorisant l'implication des proches	183
3.5 À qui revient la responsabilité d'impliquer les proches?	184
3.6 Les principes de base	185
<i>L'approche systémique</i>	185
<i>Le respect des droits</i>	185
<i>Le rétablissement</i>	186
<i>L'éthique de l'intervention</i>	186
4. LES PRATIQUES CLINIQUES	189
CONSIDÉRER.....	190
<i>Aide-mémoire : Comprendre les impacts de l'histoire</i>	191
<i>Aide-mémoire : Comprendrele processus d'adaptation des proches</i>	193
<i>Aide-mémoire : Attitudes à privilégier lors des interactions avec les proches</i>	195
<i>Aide-mémoire : Considérer les besoins des proches</i>	196
<i>Aide-mémoire : L'épuisement chez les proches</i>	198
<i>Aide-mémoire : Les besoins desproches d'âge mineur</i>	199
<i>Aide-mémoire : Pistes d'intervention lorsque la communication est difficile</i>	199
INTÉGRER	200
<i>Aide mémoire :Éléments-clésde l'implication des proches</i>	202
<i>Aide-mémoire : Les Lois qui encadrentLe partage d'information</i>	203
<i>Aide-mémoire : Distinguer l'information générale et confidentielle</i>	205
<i>Aide-mémoire : Notions générales sur le consentement</i>	206
<i>Aide-mémoire : Pistes d'intervention en l'absence de consentementau partage d'information</i>	208
<i>Aide-mémoire : Réflexions éthiques sur le partage d'information</i>	210
<i>Aide-mémoire : Pistes d'intervention lors d'une situation de crise</i>	211
<i>Aide-mémoire : Pistes d'intervention lors de la fin d'un épisode de services</i>	213
<i>Aide-mémoire : Pistes d'intervention lors d'une crise liée à une situation exceptionnelle</i>	215
<i>Aide-mémoire : Pistes d'interventionlors de la transition vers les services adulte</i>	217
OUTILLER	219
<i>Aide-mémoire : Le développement des connaissances des proches</i>	220
<i>Aide-mémoire : Outiller la fratrie et la famille</i>	221

<i>Aide-mémoire: Outiller les proches lors de la prise de mesures légales</i>	221
<i>Aide-mémoire : Les stratégies d'adaptation</i>	224
<i>Aide-mémoire : Référer vers des sources de soutien</i>	225
5. LES CONDITIONS ORGANISATIONNELLES	226
1. <i>Prendre position en regard de l'implication des proches</i>	227
2. <i>Identifier et appliquer des normes de pratiques</i>	228
3. <i>Offrir des outils et des environnements de travail facilitants</i>	229
4. <i>Offrir une formation de base et continue</i>	231
5. <i>Offrir un soutien clinique</i>	232
6. <i>Coordonner la gestion du changement dans l'organisation</i>	232
7. <i>Maintenir et renforcer les liens avec les partenaires</i>	233
8. <i>Contribuer à la lutte contre la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale</i>	233
6. CONCLUSION	235
7. RÉFÉRENCES	236

Liste des tableaux, figures et encadrés

TABLEAUX

Tableau 1 : Classification des besoins pour favoriser l'implication des proches	180
Tableau 2: Représentation des défis rencontrés lors du partenariat favorisant l'implication des proches	183
Tableau 3 : Pistes d'intervention associées à des situations spécifiques où il y a une fin de service	213

FIGURES

Figure 1 : Représentation des pratiques cliniques	189
Figure 2 : Distinguer l'information générale et confidentielle.....	205
Figure 3 : Le rôle des proches lors de la transition vers les services adulte.	217
Figure 4 : Représentation des stratégies d'adaptation	224
Figure 5 : Représentation des conditions organisationnelles pour favoriser l'implication des proches.....	226

ENCADRÉ

Encadré 1 : Terminologie	176
Encadré 2. Le proche : CLIENT, accompagnateur et partenaire.....	179
Encadré 3 : Dans leurs mots : « Impliquer les proches c'est ... »	180
Encadré 4 : Pourquoi impliquer les proches ? La réponse des proches.....	182
Encadré 5. Histoire vraie d'un bel exemple de considération.	190
Encadré 6. Textes de référence sur l'historique du rôle attribué aux proches dans le champ de la santé mentale	192
Encadré 7. Le savoir-être lors d'un épisode de crise	196
Encadré 8 : Le rôle-clé du médecin traitant.....	197
Encadré 9. Les dynamiques conflictuelles	200
Encadré 10. Les défis de la communication : résultats d'un sondage québécois	202
Encadré 11. Le partage d'information et le rôle de représentation légale	206
Encadré 12. Astuces pour aborder le consentement avec la personne.....	209
Encadré 13. L'intervenant peut-il prendre l'initiative de contacter les proches pour recueillir de l'information en l'absence de consentement au partage d'information?	209
Encadré 14. Le consentement et la collaboration interprofessionnelle	209
Encadré 15. Le rapport de proportion entre le respect de l'autonomie et la mise en œuvre de la bienfaisance. ...	211
Encadré 16. Le décès de la personne pendant un épisode de soins ou de services.....	216
Encadré 17. Application de la Loi P.38.001	222
Encadré 18. Le positionnement de l'établissement lors de situations exceptionnelles.....	227
Encadré 19. Normes et critères du « triangle of care ».....	228
Encadré 20. L'intervention du pair-aidant famille	230

1. AVANT-PROPOS

Le guide de bonnes pratiques permettant de favoriser l'implication des proches prône la mise en place d'un partenariat s'appuyant sur une approche systémique où la construction et la préservation des liens entre la personne ayant un trouble mental, ses proches et ses intervenants sont des éléments essentiels. La qualité de ce partenariat a un impact dans le processus de rétablissement, que ce soit à l'intérieur ou en-dehors d'un épisode de soin et de services.

Cette approche, reconnue comme pratique exemplaire en santé mentale permet de maintenir un filet de sécurité tant pour la personne ayant un trouble de santé mentale que pour les proches, tous deux ayant leurs besoins et traversant des étapes où ils doivent faire preuve de résilience. Étant donné que le parcours de rétablissement d'une personne n'est pas linéaire, cette approche implique également des ajustements, des moments de recul et même de retrait, de la négociation, mais surtout des actions de soutien et de la bienveillance mutuelle. Considérant que le processus de rétablissement varie d'un individu à l'autre et d'un lieu à l'autre, cette approche implique des ajustements constants. En somme, ce guide résulte d'une mutualisation de ressources et d'une création de synergies pour construire une vision renouvelée de la relation partenariale qui doit s'établir entre les personnes ayant un trouble mental, leurs proches et les intervenants.

2. INTRODUCTION

L'implication des proches est largement signifiée dans la LSSS et est soulignée comme très importante par les législateurs aux niveaux provincial, fédéral et international et mondiale¹⁻⁶. Dans son plus récent Plan d'action en santé mentale (2021), le MSSS émet des mesures bien précises à cet effet : cette implication doit être *« promue et favorisée dans les établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale. À cette fin, les intervenants doivent être sensibilisés à l'importance de la contribution des membres de l'entourage et informés sur les différentes façons de favoriser et de soutenir leur implication, tout en respectant la volonté exprimée par la personne qui reçoit des soins »* (p.19, MSSS, 2017). La Commission de la santé mentale du Canada^{7,8} reconnaît aussi que les proches¹⁸ sont des partenaires essentiels, lorsqu'il s'agit de favoriser le rétablissement des personnes ayant un trouble mental. À cette reconnaissance, s'ajoute la compréhension du fait que ce rôle est complexe et qu'il doit être soutenu.

Même si la pertinence sociale et théorique qui fonde l'importance de l'implication des usagers et proches dans processus thérapeutique, l'observation et l'évaluation des pratiques abordant leur rôle et leur bien-être nous rappellent que leur intégration dans les soins et services n'est pas systématique et comporte des défis^{2,4,8}:

« Quant à la participation des familles et des proches lors de la dispensation des soins, il y a encore du travail à faire, afin que des collaborations plus significatives s'installent avec les équipes soignantes. En effet, la notion de confidentialité freine encore beaucoup le rapprochement entre les équipes soignantes et les familles. Le moment des rencontres peut aussi faire obstacle à la participation, du moins dans le jour, lorsque la personne est en situation d'emploi. » (p. 16)

Sur le plan clinique, bien que les intervenants reconnaissent toute la pertinence d'impliquer les proches dans l'intervention, les défis cliniques sont bien réels et touchent diverses sphères de l'intervention.

Au premier plan, la gestion de la confidentialité chez une personne qui refuse tout contact avec ses proches : comment faire face à cette impasse ? Comment maintenir un lien avec les proches sans risquer de briser le lien de confiance avec la personne ? Un autre défi se présente lorsque les proches qui ne souhaite pas s'investir dans le processus de rétablissement de la personne. Comment gérer la situation ? Faut-il créer une ouverture, si petite soit-elle, ou respecter cette volonté pour éviter l'impression d'acharnement ? Et comment réagir si les interventions des proches entrent en contradiction avec le plan d'intervention ?

Sur un tout autre angle, les interventions de type systémique axées sur la prise compte de tous les déterminants environnementaux et familiaux peuvent susciter un certain inconfort chez les intervenants mal outillés et pas assez qualifiés pour agir selon une approche pourtant reconnue, mais pour laquelle il ne sont pas adéquatement formés. Il s'agit d'un défi qui met en évidence l'impérieux besoin de connaissances et d'expertise au niveau des stratégies d'intervention et des notions légales et éthiques entourant l'implication des proches dans les soins et services⁹⁻¹¹.

Par ailleurs, les pratiques cliniques favorisant l'implication des proches ne peuvent venir simplement s'ajouter ou se superposer aux pratiques existantes dans l'établissement. Elles nécessitent un changement de paradigme qui consiste à accorder une plus grande considération aux proches. La responsabilité d'un véritable partenariat avec ces derniers ne peut pas reposer uniquement sur les intervenants mais doit être partagée par le leadership de l'établissement. En effet, l'absence de positionnement clair des gestionnaires de niveaux stratégiques dans les organisations du RSSS quant au rôle des intervenants à l'égard des proches et le peu de soutien ou d'environnements de travail adaptés au partenariat peuvent influencer négativement la synergie déployée dans les soins et services pour créer un lien avec eux^{11,12}. Il est souhaité que ce guide contribue à ce changement en consolidant la prise de position des établissements, en renforçant la confiance des intervenants envers leurs capacités à impliquer les proches dans les soins et services de santé mentale et en favorisant le partenariat avec les organismes de la communauté.

Le guide est structuré en trois grands blocs dénommés « Encadré » qui peuvent être consultés de façon autonome pour leurs éléments de contenus spécifiques. L'encadré 1 porte sur la terminologie et permet de définir les concepts centraux abordés dans le guide

ENCADRÉ 1 : TERMINOLOGIE

Dans ce document, les mots utilisés pour désigner les groupes de personnes ont été judicieusement choisis dans une visée inclusive et non stigmatisante, mais également afin d'alléger la lecture du document. Dans le champ de la santé mentale, ce n'est pas une décision facile, car bien qu'un certain consensus se dégage sur les appellations qu'on ne souhaite plus voir apparaître, un désaccord subsiste quant à celles qu'on devrait aujourd'hui mettre de l'avant. Ce débat n'est pas inutile, ni anodin, car le choix des [nouveaux] mots peut démontrer une volonté de changement et d'un rapport différent les uns envers les autres. Les termes retenus dans ce document sont définis de manière consensuelle. Il s'agit de personne, au lieu d'usager, de proches pour désigner aussi bien les membres de la famille que de l'entourage immédiat, d'intervenant qui peut se substituer à professionnel. Voyons tour à tour, comment ces différents concepts ont été définis. :

La PERSONNE : À moins que le contexte demande une précision supplémentaire, l'appellation « personne » sera mise de l'avant pour désigner tout individu ayant un trouble mental qui a ou pourrait avoir recours aux services de santé et aux services sociaux. Cela inclut tant les problèmes de santé mentale liés à des troubles de l'adaptation, des difficultés sociales, que des troubles mentaux courants ou graves.

Le/Les PROCHEs : La notion de proche désigne largement tous les membres de la famille (biparentale intacte, séparée ou recomposée), ainsi que les amis, voisins, employeurs, etc. L'implication des proches peut parfois se présenter par un soutien intensif ou encore une présence discrète, mais constante. Le ou les proches sont désignés par la personne et constituent son réseau de soutien de son point de vue.

L'INTERVENANT : La notion d'intervenant sera utilisée pour désigner l'ensemble des techniciens et professionnels, et ce incluant les médecins traitants et psychiatres, en contact avec la clientèle adulte dans le domaine de la santé mentale, peu importe leur champ d'expertise ou disciplinaire.

2.1 À qui s'adresse ce guide ?

Ce guide est destiné à toutes les directions des CISSS et CIUSSS, aux intervenants et aux gestionnaires cliniques en contact avec la clientèle adulte en santé mentale œuvrant dans ces établissements, aux établissements non fusionnés du réseau de la santé (CH et CHU, instituts) ou dans les établissements desservant une population nordique ou autochtone. Tous les niveaux stratégiques ont un rôle important à jouer dans la mise en place des conditions organisationnelles nécessaires pour orienter les interventions cliniques vers une plus grande implication des proches dans les soins et services de santé mentale.

Seule la clientèle adulte est ciblée puisque des modalités d'intervention et d'implication des proches se présentent différemment auprès d'une clientèle d'âge mineur. Les pratiques cliniques liées à la transition vers les services de santé mentale adulte seront toutefois abordées dans ce guide, car il s'agit d'une période charnière dans le rôle dévolu par aux proches.

2.2 Quel est le but du guide?

Ce guide réunit les bonnes pratiques et sert d'appui aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux ayant la volonté d'opérer un changement de culture pour orienter l'intervention et la gestion dans le champ de la santé mentale vers une plus grande implication des proches et le développement d'un réel partenariat avec eux.

Ce guide mets l'accent sur les trois aspects suivants :

1. Il présente les conditions organisationnelles à mettre en place pour développer, implanter et assurer l'amélioration continue des pratiques cliniques visant à impliquer les proches;
2. Il est une référence et un soutien à la pratique pour les intervenants qui développent leurs connaissances, leurs savoirs professionnels et leurs compétences à l'égard de l'implication des proches, et qui rencontrent des enjeux cliniques à cet effet;
3. Il peut soutenir le développement d'une formation sur le partenariat pour favoriser l'implication des proches, et ce, tant auprès des gestionnaires que des intervenants de l'établissement.

Note : Il est entendu que la participation des proches ne doit pas se limiter au niveau clinique, mais doit également s'étendre au niveau organisationnel, c'est-à-dire à la planification de l'organisation des soins et services dans l'établissement. C'est d'ailleurs ce qui est mis de l'avant dans les orientations ministérielles [3]. Bien que ce guide appuie la nécessité d'une telle participation, la visée de ce document se situe exclusivement à un niveau clinique.

2.2 Comment a-t-on développé le guide ?

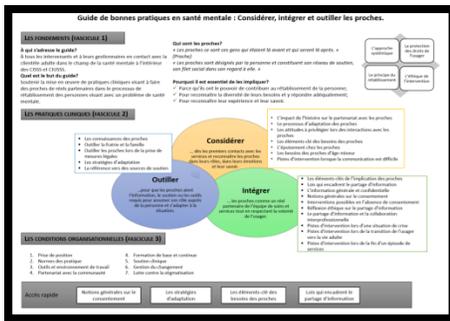
Les travaux sur lesquels ce guide repose ont été dirigés par un comité composé d'acteurs provenant de plusieurs milieux, incluant des intervenants en santé mentale, des gestionnaires, des chercheurs, des partenaires communautaires et des personnes ayant un savoir expérientiel pertinent.

Trois étapes ont structuré la réalisation du guide. La première étape a porté sur une recherche documentaire, un processus rédactionnel itératif, des activités de consultation auprès de différents groupes d'acteurs et individu compétents.

- **Étape 1 : Une recherche documentaire¹⁹** a permis de dresser un portrait des connaissances au regard des thèmes suivants : enjeux légaux, éthiques et cliniques de l’implication des proches ; défis rencontrés ; besoins des proches ; pratiques cliniques et organisationnelles qui soutiennent l’implication.
- **Étape 2 : La rédaction du guide** a été faite dans un processus itératif et bonifié à intervalles réguliers de la consultation de différents groupes d’acteurs-clé (étape 3).
- **Étape 3 : Un processus de consultation** en continu a permis d’alimenter le contenu du document par des savoirs expérientiels, scientifiques, cliniques et administratifs de divers secteurs d’activité en santé mentale.

2.3 Comment utiliser ce guide?

Introduire la version interactive: - en construction .Insérer ici le schéma conceptuel permettant de naviguer dans le guide (avec hyperliens et division des sections)



1- Les bases : Ces sections définissent les contours théoriques du partenariat avec les proches.

- Qui sont les proches ?
- Que signifie impliquer ou établir un partenariat avec les proches ?
- Pourquoi il est essentiel d’établir le partenariat pour les impliquer ?
- Quels sont les défis de l’implication des proches?
- À qui revient la responsabilité d’impliquer les proches ?
- Sur quels principes s’appuient les interventions visant à impliquer les proches ?

2- Les pratiques cliniques : Les pratiques cliniques se présentent sous la forme d’aide-mémoire. Elles sont divisées en trois catégories en fonction des besoins des proches (voir Tableau 1). Les intitulés des besoins (être considéré, être intégré, être outillé) sont des concepts qui ont été proposés par les personnes et leurs proches qui ont participé aux travaux. Voici ce à quoi ils renvoient :

- Être **CONSIDÉRÉ** : Être accueilli et reconnu dans son expérience et ses besoins lors des contacts avec les intervenants.
- Être **INTÉGRÉ** : Être impliqué dans la planification, l’évaluation et le suivi des soins et services et partager l’information en moment opportun.
- Être **OUTILLÉ** : Être soutenu pour comprendre la situation et composer avec celle-ci.

3- Les conditions organisationnelles: Cette section identifie des conditions spécifiques à mettre en place dans l’établissement pour soutenir les intervenants dans l’adoption des pratiques cliniques.

¹⁹Il s’agit tant de la littérature scientifique que de la littérature grise qui regroupe toutes les publications qui ne sont pas contrôlées par une maison d’édition. Il peut s’agir par exemple de documents gouvernementaux, mémoires ou thèses de doctorat ou de sites Internet. La recherche documentaire s’est voulue exploratoire et non exhaustive via les bases de données Medline et PsycInfo (vocabulaire libre uniquement) et via Google pour la littérature grise (recherches avec mots-clés en anglais et en français). Plusieurs articles ou documents se sont ajoutés en cours de rédaction.

3. LES BASES

3.1 Une définition inclusive des proches

La notion de proche est envisagée dans une perspective globale et inclusive. Dans les documents du RSSS, le proche et l'utilisateur sont considérés comme étant la même entité. Si l'intervention porte sur la situation vécue par l'utilisateur, le proche est tout aussi concerné. Dans certains cas, l'intervention peut cibler le proche. L'écoute, le soutien et la considération de ce dernier demeurent importants, peu importe le niveau d'implication réel ou souhaité dans le processus de rétablissement de la personne.

L'utilisateur est d'ailleurs tout à fait libre de décider à qui il désire accorder sa confiance pour le soutenir⁷. La définition suivante a été retenue : « Toute personne ayant un lien significatif et

prenant part au cercle de soutien y compris les membres de la famille et d'autres individus importants qui offrent leur soutien non rémunéré à la personne atteinte d'une maladie mentale¹³ ».

« *Les proches ce sont ces gens qui étaient là avant et qui seront là après.* » (Proche)

Ainsi, l'appellation de *proche* désigne largement tous les membres de la famille (biparentale intacte, séparée ou recomposée), ainsi que les amis, voisins, employeurs, etc. Leur implication peut parfois se présenter par un soutien intensif ou encore une présence discrète, mais constante. Dans tous les cas, le ou les proches sont désignés par la personne et constituent son réseau de soutien, son filet social dans son regard à elle.

Dans certaines situations, les proches sont parties prenantes des soins et services alors que dans d'autres ils n'y seront pas directement impliqués. Pensons par exemple au proche qui est bienveillant et qui a un réel intérêt pour le bien-être de la personne, bien que ce dernier ne lui accorde pas sa confiance pour diverses raisons. Il y a aussi celui qui souhaite, pour toutes sortes de raisons, se tenir à l'écart du processus de rétablissement de la personne et qui vit une souffrance en lien avec cette situation ou encore celui qui a un rôle passif, mais qui par une simple présence, peut avoir un impact positif dans le parcours de rétablissement.

ENCADRÉ 2. LE PROCHE : CLIENT, ACCOMPAGNATEUR ET PARTENAIRE

Le *Réseau avant de craquer* soutient qu'on peut reconnaître le proche à travers ces trois rôles qui lui sont attribués : (1) Client/utilisateur – (2) Accompagnateur – (3) Partenaire. ^{14,15} La connaissance de chacun de ces rôles, qui, dans la réalité, ne sont pas mutuellement exclusifs et se juxtaposent souvent, peut aider les intervenants à ajuster leurs interventions et attitudes à leurs égards pour leur accorder une juste place et les soutenir.

3.2 Que signifie impliquer les proches ?

Les exigences liées aux rôles joués par les proches et les besoins qui y sont associés sont reconnues dans le domaine de la santé mentale depuis les années 60-70 et encore aujourd'hui⁰. Pour ces raisons, il est essentiel d'impliquer les proches et de les soutenir dans ce rôle très complexe en fonction de leurs besoins et de la volonté de la personne. Le Tableau 1 présente les besoins des proches et qui donnent du sens à l'implication des proches. Cette classification (considérer – Intégrer – Outiller) en lien avec la nature des besoins est reprise dans le guide pour orienter les pratiques cliniques.

TABLEAU 1 : CLASSIFICATION DES BESOINS POUR FAVORISER L'IMPLICATION DES PROCHES

ÊTRE CONSIDÉRÉ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être accueilli de manière empathique et compréhensive ; ▪ Être rassuré sur l'état de la personne et sur le fait qu'elle reçoit des soins et services de qualité répondant à ses besoins ; ▪ Être reconnu dans son rôle et pour son savoir expérientiel ; ▪ Être entendu dans ses besoins afin de recevoir une réponse adaptée à sa situation ; ▪ Verbaliser les émotions vécues lors d'un épisode de crise; ▪ Avoir l'occasion de s'exprimer et d'établir le dialogue; ▪ Se sentir respecter
ÊTRE INTÉGRÉ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être consulté et entendu; ▪ Participer au processus décisionnel; ▪ Contribuer aux évaluations et aux orientations cliniques (ex. : plan d'intervention); ▪ Échanger de l'information de manière bidirectionnelle, dans un langage accessible, au moment opportun, dans les limites du respect de la confidentialité ;
ÊTRE OUTILLÉ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir accès à de l'information personnalisée pour comprendre les troubles mentaux et les façons d'agir pour être aidant ; ▪ Comprendre le fonctionnement des soins et services et les traitements offerts ; ▪ Savoir où s'adresser pour avoir accès aux soins et services (accès au soutien pour les poches) ; ▪ Être accompagné et outillé lors de la prise de mesures légales ; ▪ Avoir accès à du soutien dès la demande de services ou le début du programme d'intervention (ex. consultation ; groupe de soutien ; défense des droits, thérapie, service de répit ou soutien financier) et ce, tout au long de l'épisode de soins et de services; ▪ Avoir accès à certains types de soutien spécifiques lors de situations particulières (ex. épisode de crise, prise de mesures légales, situations exceptionnelles extérieures).

Impliquer les proches, c'est travailler au maintien des liens dans le cadre d'un partenariat entre tous et soutenir leur engagement dans leur rôle auprès de la personne ayant un trouble mental. Cela nécessite une volonté commune des parties concernées et l'intervenant joue un rôle important dans la création des conditions favorables à la mise en place de cet engagement mutuel dans le respect des droits de la personne, des rôles et des besoins de tous. L'intervenant doit donc s'inscrire le plus tôt possible, dans une approche de partenariat où les proches sont considérés. Si cette approche est difficile à instaurer, l'intervenant peut y travailler tout en étant conscient que cela peut évoluer au fil du temps et se moduler en fonction des événements vécus, que ce soit par la personne ou par le proche.

ENCADRÉ 3 : DANS LEURS MOTS : « IMPLIQUER LES PROCHES C'EST ... »

Dans le cadre des activités visant à identifier les bonnes pratiques permettant de faciliter l'implication des proches, les personnes et proches membres du comité de travail se sont exprimés pour proposer ce qui peut être fait. Nous relevons les expressions suivantes traduisant les besoins :

- *C'est qu'on essaie de comprendre mes besoins pour que je puisse faire mon travail de parent comme il faut. Qu'on m'aide à bien compléter le travail de l'équipe traitante. (Proche)*
- *C'est relayer l'information aux membres de l'entourage et dire les vraies choses. Parce que moi je comprends des choses de ma maladie mentale, ma mère elle comprenait autre chose. Et l'intervenant lui a les connaissances. (Personne en rétablissement)*
- *C'est quand on m'accueille bien quand j'arrive [sur l'unité d'hospitalisation] pour visiter mon fils. Avec une attitude chaleureuse. (Proche)*
- *C'est prendre en considération ce que les proches disent. Ils sont des témoins. (Proche)*

- C'est convenir de responsabilités mutuelles. (Proche)
- C'est quand le psychiatre a pris 30 minutes pour rencontrer seul le fils de 26 ans de ma fille [qui vit avec un problème de santé mentale] et lui donner de l'information. C'était rassurant pour [le fils] et c'était aidant pour ma fille aussi de voir que son fils s'intéressait à son état. (Proche)
- C'est quand l'intervenant vient me chercher qu'il est proactif. Parce que souvent on est tellement plongés dedans qu'on n'est pas porté à poser des questions, on n'est pas porté à aller chercher de l'aide, parce qu'on vit une situation de crise. (Proche)
- C'est bâtir une relation de confiance parce qu'on a un but en commun : le bien-être de la personne atteinte. (Proche)
- C'est quand on m'explique le choix des soins, pas juste dire « c'est ça qu'il faut faire ». J'ai besoin qu'on m'explique les choix cliniques, le rationnel derrière les choix cliniques. (Proche)
- C'est faire un suivi quand la personne sort de l'hôpital : savoir qui va prendre en charge les soins par la suite ? Qu'est-ce que je dois faire ? (Proche)
- C'est offrir la possibilité d'un contact régulier entre l'intervenant et l'entourage pour se donner des nouvelles, faire une mise à jour, tant quand ça va moins bien que quand ça va bien. (Proche)

3.3 Pourquoi est-ce essentiel d'impliquer les proches ?

Selon les données de Statistique Canada ¹⁷, plus du tiers (38%) de la population canadienne de 15 ans et plus possédait en 2012 au moins un membre de leur famille immédiate ou élargie ayant un trouble mental²⁰, ce qui représente une proportion de 11 millions de personnes. Des études soutiennent que près de la

moitié des personnes vivant avec un trouble mental ont des contacts quotidiens avec les membres de leur famille et que parmi eux un grand nombre vivent avec leurs enfants. Être un proche d'une ou plusieurs personne(s) ayant un trouble mental apporte son lot de défis au quotidien, variables selon l'ampleur, la nature du rôle de soutien et l'accès aux services. En effet, des études ont montré que cela pouvait affecter, leur emploi du temps, leur énergie, leur état émotionnel, leur situation financière, ainsi que leurs activités quotidiennes^{13,14,17,20-22}. Sur le plan social, les proches peuvent vivre de la stigmatisation et une distanciation avec le réseau social et la communauté de façon plus large ²³. Cela peut influencer la dynamique familiale, des

incompréhensions de part et d'autre et des conflits. En-dehors de ces enjeux, le rôle de proches génère également des expériences positives²⁴. Le soutien apporté à la personne peut devenir source de gratification et de satisfaction ²⁵⁻²⁷, procurer un sentiment d'utilité ²⁸ et représenter une occasion de croissance personnelle et d'apprentissage sur soi et sur sa propre force intérieure ^{27,29}. Rappelons également que ce rôle joué par les proches s'inscrit à la fois dans les soins et services et plus largement dans le processus de rétablissement de la personne. En effet, des études ont soulevé les impacts positifs suivants liés à l'implication des proches :

- Amélioration de l'adhésion au traitement, du bien-être et de la qualité de vie de la personne³⁰⁻³³.
- Diminution du nombre de rechutes et d'hospitalisations lorsque les proches participent à un programme d'éducation psychologique ³⁴⁻³⁷.
- Prise en charge plus rapide de la personne alors que les proches signalent rapidement les signes précurseurs de rechute ³⁸ et initient précocement la demande d'aide³⁹.
- Diminution de la comorbidité entre les troubles mentaux et de la consommation lorsque la personne est en contact avec ses proches ⁴⁰.

« Traverser cette épreuve ça fait de nous une meilleure personne aussi. Plus généreux envers les autres. C'est un apprentissage et c'est bon d'être appuyé pour ne pas souffrir autant pour apprendre. » (Proche)

« Notre rôle, une fois que les symptômes sont passés, que le traitement commence à faire effet, c'est de leur rappeler qu'ils sont encore des personnes, avec des possibilités » (Proche)

²⁰ Défini comme étant un problème émotionnel, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues.

- **Diminution de la détresse psychologique des proches** ³⁵ et **sentiment d'allègement** lié au partage des responsabilités avec le système de santé ⁴¹.
- **Impact positif sur la dynamique familiale et sur la relation avec la personne**, entre autres par le développement d'une empathie et de compassion mutuelle^{29,42}.

Mentionnons enfin que des études ont démontré que les personnes ayant un trouble mental sont plutôt enclin à ce que leurs proches reçoivent de l'information et des services⁴³. Aussi, en 2016, le Réseau Avant de craquer a sondé, par le biais d'un sondage Web, l'opinion de 302 membres de l'entourage sur les défis de la communication ⁴⁴, 64 % des répondants avait alors rapporté qu'un changement d'attitude et de pratiques étaient nécessaire entre les proches et les intervenants.

ENCADRÉ 4 : POURQUOI IMPLIQUER LES PROCHES ? LA RÉPONSE DES PROCHES

Vous trouverez ici

(https://www.youtube.com/watch?v=f5jaVl6KT_w) une capsule vidéo «Familles et personnes significatives » fort intéressante pour

susciter une réflexion sur les besoins, le vécu des proches et l'importance de les impliquer dans le rétablissement des personnes.

« [On a besoin de] quelqu'un qui va nous aider [...] à être bienveillants l'un envers l'autre, à maintenir des liens familiaux 'normaux'. [...] Ce n'est pas juste un patient, c'est une famille malade. »

3.4 Les défis relatifs au partenariat favorisant l'implication des proches

Même s'il présente des bénéfices, le partenariat à établir pour favoriser l'implication des proches pose inévitablement des défis. Le Tableau 2 regroupe les défis rencontrés et qui sont adressés dans ce guide.

TABLEAU 2: REPRÉSENTATION DES DÉFIS RENCONTRÉS LORS DU PARTENARIAT FAVORISANT L'IMPLICATION DES PROCHES

DIMENSIONS	DÉFIS
HISTORIQUE	<p>Les attitudes négatives des années 1950 à 1970²¹ envers les personnes et proches [et ses impacts sur l'[auto]-stigmatisation et la position de méfiance entre les parties] ont suscité liés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des pratiques interventionnistes et paternalistes de l'État; ▪ des approches d'intervention axées sur la prise en charge; ▪ des modèles explicatifs de la maladie mentale dans lesquels la famille a souvent été vue comme responsable du trouble et nuisible à la réadaptation ; ▪ l'institutionnalisation des personnes et l'exclusion des proches
INFORMATION FORMATION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque d'encadrement et de connaissances de toutes les parties concernées en regard des droits et des règles relatives au partage d'information (de manière générale et en cas de représentation légale); ▪ L'interaction entre les normes éthiques, légales et morales (les droits, la Loi sur la santé et les services sociaux, les droits civils, les codes de professions, etc.) ▪ La diversité culturelle ou les barrières de langage; ▪ L'absence de formation relative à l'approche de partenariat
EXPÉRIENTIELLE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les relations tendues entre la personne et ses proches, notamment en période de crise; ▪ La peur d'atteinte à la vie privée et le désir de protéger les proches; ▪ Les expériences négatives vécues concernant l'implication des proches; ▪ La crainte de placer les proches en position de pouvoir ou de vulnérabilité;
CONTEXTE PROFESSIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les changements d'orientations des établissements et les réformes du RSSS ▪ L'arrimage entre santé et services psychosociaux; ▪ Le roulement de personnel (manque de connaissances des nouveaux employés et les liens de confiance à reconstruire) ▪ La surcharge de travail des intervenants ; ▪ Le manque de coordination entre les épisodes de soins et de services;
CULTURE ORGANISATIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La rigidité de la structure et de l'offre de soins et de services; ▪ La méconnaissance des intervenants en ce qui a trait à leurs rôles et responsabilités envers les proches ; ▪ Le manque de structure et de soutien de la part de l'établissement (positionnement, environnements et outils de travail, formation, etc);
CHARGE ÉMOTIVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La situation d'épuisement vécue par les proches ; ▪ La distance géographique entre le lieu de dispensation des soins et services et le domicile des proches; ▪ Le manque de connaissances sur les troubles mentaux et les services ainsi que sur les façons d'agir pour soutenir adéquatement la personne⁵⁸.

²¹Dans ces décennies, des théories sur la responsabilité attribuée à la famille quant à l'origine des problèmes de santé mentale ont d'abord contribué à mettre la responsabilité sur les familles. Puis, les recherches menées sur le vécu des familles ont permis de mettre en lumière que les membres de la famille pouvaient vivre eux aussi des difficultés en lien avec le rôle de soutien joué auprès de la personne et qu'ils avaient besoin d'être soutenus pour ce faire.

3.5 À qui revient la responsabilité d'impliquer les proches?

Le partenariat qui permet d'impliquer les proches dans les soins et services doit être envisagé comme une responsabilité partagée. Cette activité ne doit pas reposer uniquement sur la volonté ou le savoir des intervenants mais doit être soutenu par les différents paliers de l'établissement, de la haute administration aux gestionnaires cliniques. Les organismes communautaires, les proches, et les personnes auront également leur rôle à jouer pour créer ce partenariat entre les parties concernées.

GESTIONNAIRES

- L'établissement doit promouvoir la place des proches dans les soins et services de santé mentale. Pour adopter les pratiques cliniques suggérées dans ce guide, l'organisation et ses gestionnaires doivent soutenir les intervenants dans la mise en place d'un partenariat optimal avec les proches.

INTERVENANTS

- L'implication des proches ne repose pas uniquement sur une personne ou une profession. Tous les intervenants en contact avec les proches sont concernés. Ensemble, ils ont la responsabilité d'accompagner la personne dans le choix d'impliquer ses proches, d'entendre et d'écouter ses besoins et ses désirs en ce sens. Ils sont aussi responsables de promouvoir ce partenariat et de créer les conditions favorables à sa mise en œuvre. Pour ce faire, ils doivent croire aux bénéfices de cette activité.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

- Les organismes communautaires qui ont le mandat de soutenir les proches sont interpellés par cette responsabilité, considérant leur expertise. Ils jouent un grand rôle pour répondre aux besoins des proches en partenariat avec les parties prenantes.

PERSONNE

- Les personnes portent la responsabilité de faire entendre leurs besoins pour que l'implication de leur proche s'inscrive en cohérence avec leur processus de rétablissement et dans le respect de leurs droits.

PROCHES

- Il revient aux proches de prendre la parole, de faire valoir leurs savoirs expérientiels, de nommer leurs besoins de soutien, de respecter les droits et la volonté de chacun et de faire preuve d'ouverture. Il est également de leur responsabilité d'être proactif dans leur demande d'aide.

3.6 Les principes de base

Ce guide de bonnes pratiques s'appuie sur l'approche d'intervention systémique dont l'activité de partenariat est porteuse, le respect des droits de la personne, les principes du rétablissement et l'éthique de l'intervention. Ces éléments sont présentés ci-dessous.

L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

Intervenir selon une approche systémique prend en compte la dynamique de la personne dans son environnement. Selon cette approche, l'intervenant ne se substitue pas à la personne ni à ses proches, il travaille avec eux et il fait partie du système. Dans cette approche, la complexité des relations entre les parties et leur rapport respectif avec la personne ayant un trouble mental sont considérés. Pour l'intervenant, cela implique ce qui suit :

- être conscient de son impact sur la relation entre la personne et ses proches;
- se délester du rôle d'expert et accepter de partager le pouvoir et les connaissances avec la personne et ses proches pour contribuer au processus de rétablissement ;
- croire à la compétence de la personne et de ses proches;
- chercher activement ce que les proches désirent et ce qu'ils sont capables de faire pour soutenir la personne;
- de penser l'intervention dans une perspective partenariale où le point de vue de chacun est entendu et considéré.

« On ne pourra pas aider quelqu'un si l'on ignore son milieu de vie, ou si l'on ne se soucie pas de la façon dont la relation d'aide modifie ce milieu ».[63]

LE RESPECT DES DROITS

Ce guide s'inscrit en cohérence avec le respect de l'ensemble des droits de l'utilisateur²² et le principe de l'autodétermination, c'est-à-dire la possibilité pour la personne de prendre ses propres décisions en ce qui concerne l'implication de ses proches. Par exemple :

- La personne peut choisir si ses proches doivent avoir accès à son diagnostic, aux services qu'il reçoit et à toute information partielle ou complète contenu dans son dossier. (Droit à la confidentialité, LSSSS, article 19);
- La personne, si elle est apte, peut accepter ou refuser des soins même si ses proches ne sont pas d'accord avec sa décision. (Droit de consentir à des soins ou de les refuser, LSSSS, article 9);
- La personne peut décider de la manière dont ses proches participent à toute décision relative à son état de santé et à son traitement. Les intervenants doivent soutenir la personne dans cette prise de décision et identifier, avec elles, les moyens pour arriver à se positionner de manière éclairée. (Droit de participer aux décisions, LSSSS, article 10);
- La personne peut choisir d'être accompagnée par une personne de son choix lorsqu'elle rencontre un professionnel ou tout autre intervenant. (Droit d'être accompagné, assisté et d'être représenté, LSSSS, articles 11 et 12).

Dans certaines situations, lorsque la personne représente un danger grave et immédiat (situation d'urgence) pour elle-même ou pour autrui et qu'elle refuse de se rendre dans un établissement, le respect de ses droits peut induire la prise de mesure légale afin de lui permettre d'avoir accès aux soins que requiert son état. On fait référence ici à la Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes

²² Ces droits reconnus dans la LSSSS ainsi que leurs définitions sont disponibles en suivant ce lien : https://rpcu.qc.ca/droits/droits_12_droits/

ou pour autrui. En ces circonstances, les proches deviennent des acteurs-clé et l'intervenant devra trouver la posture à adopter à l'égard de la personne et de ses proches afin de respecter, d'une part, le droit à l'autodétermination dans le consentement aux soins d'un côté et, d'autre part, de respecter le droit à la protection et à l'accès aux soins pour la personne.

LE RÉTABLISSEMENT

Le concept du rétablissement est central en santé mentale et est utilisé depuis plusieurs décennies selon différentes perspectives. Dans la cadre de notre guide, nous avons retenu la définition qui suit.

La perspective que nous retenons pour définir le rétablissement relève des représentations personnelles issues des savoirs expérientiels, axées sur le processus, fortement teintées du vécu et du regard que la personne porte sur elle-même. En effet, le rétablissement est unique et se situe dans le regard de la personne qui vie avec la problématique de santé mentale. Par exemple, le rétablissement peut être perçu comme une démarche d'appropriation du pouvoir face à la stigmatisation et à l'exclusion, comme une démarche spirituelle, ou encore axée sur la collectivité.

Le sens donné au rétablissement n'est pas statique. Il est évolutif et se renouvelle de jour en jour, en fonction du parcours de la personne et de l'attitude qu'elle adopte face aux événements. La définition de Deegan, qui a inspiré de nombreuses réflexions autour du rétablissement, l'illustre bien :

« Le rétablissement est un processus, non pas un résultat ou une destination. Le rétablissement est une attitude, une manière d'approcher ma journée et les défis auxquels je fais face. Être en rétablissement signifie que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations devenir une occasion de désespérer et de renoncer, j'ai appris qu'en étant consciente de ce que je ne peux pas faire, je peux aussi m'ouvrir à toutes les possibilités des choses que je peux réaliser. »

Le sens donné au concept de rétablissement est influencé par les liens que la personne entretient avec son réseau social et son entourage plus largement. La qualité des liens entretenus avec ses proches, les expériences vécus ainsi que le bien-être et le fonctionnement de ces derniers influenceront également en retour son processus de rétablissement.

Enfin, les caractéristiques du rétablissement peuvent bien s'ancrer dans la réalité avec laquelle doivent composer les proches, notamment en reconnaissant le caractère singulier et non linéaire de la situation lorsqu'ils accompagnent une personne ayant un trouble mental, mais également les capacités d'adaptation que cela permet de développer et les nouveaux apprentissages induits par cette réalité.

L'ÉTHIQUE DE L'INTERVENTION

Bien que les codes d'éthique et de déontologie des différentes professions ciblées par ce guide identifient des valeurs qui doivent guider les conduites professionnelles, nous identifions ici celles qui sont constamment interpellées et mises en relation lors des interventions auprès des proches²³. Il s'agit du respect de l'autonomie, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de la justice/équité. Aucun de ces principes n'est un absolu, supérieur à un autre et ne peut s'appliquer seul. Face à une situation ambiguë, l'application de ces principes peut prendre différentes connotations, selon le contexte et les conséquences potentielles qu'aura l'intervention chez la personne.

Par rapport à l'éthique de l'intervention, le respect de l'autonomie, être bienfaisant, non-malfaisant et appliquer la justice et l'équité s'avèrent déterminants pour la réussite de l'implication des proches.

²³ Ces principes sont également reconnus dans l'ouvrage de Tom Beauchamp et James Childress (*Principles of Biomedical Ethics*)⁷⁸ représentant un classique de l'éthique biomédicale.

Respect de l'autonomie. L'autonomie est la capacité de la personne à prendre ses propres décisions, et ce qu'elles soient bonnes ou mauvaises pour elle. C'est aussi la capacité pour cette dernière de consentir ou non aux soins qui lui sont proposées. En santé mentale, ce concept est particulièrement important, puisqu'il nous ramène à l'autodétermination qui est, à la fois, un droit et un élément-clé du rétablissement et qui est remis en question lorsque des mesures légales sont prises pour assurer la protection de la personne. Notons également que comme la capacité d'une personne à exercer son autonomie peut être influencée par son trouble mental, l'intervenant doit discriminer quelle portion de l'autonomie de la personne peut être soutenue, accompagnée et mise à profit pour prendre les décisions qui la concerne. Ainsi, l'intervenant doit adapter son mode de communication aux capacités de la personne afin soutenir un choix éclairé, responsable et conforme à ses valeurs et à ses aspirations. Ainsi, les processus visant à exercer une autonomie peuvent être soutenus, voire même encouragés à croître, mais l'autonomie appartient toujours à la personne.

Retenons qu'une personne est davantage en mesure d'exercer son autonomie lorsqu'elle est adéquatement informée et que de soutenir cette autonomie peut permettre à la personne de cheminer dans son rétablissement et maintenir l'espoir.

Bienfaisance. La bienfaisance est caractérisée par l'obligation professionnelle de faire le bien pour la personne. La bienfaisance se distingue de la bienveillance qui se définit, quant à elle, par l'intention de bien faire et en étant préoccupé par le sort de la personne. La bienfaisance est plus exigeante, car elle requiert davantage qu'une bonne intention en mettant en œuvre la compétence professionnelle, la qualité de l'acte et concerne aussi l'attitude. Cela implique de choisir et de mettre en œuvre les interventions qui contribueront au bien-être de la personne, qui favorisent son rétablissement et son autonomie. En santé mentale, si les relations de collaborations sont difficiles soient avec la personne ou avec les proches, cela peut renvoyer l'intervenant à sa propre impuissance. On fait ainsi référence à la responsabilité des intervenants d'être compétents, même s'ils parfois être à cours de ressources et se sentir limité dans leur capacité à agir. Il est également fait appel aux organisations dans leur capacité de mettre en place des moyens pour maintenir un niveau de compétence chez ces derniers pour faire face aux défis de l'intervention, et ce malgré un roulement élevé de personnel.

Non-malfaisance. La non-malfaisance c'est l'abstention de poser tout acte qui aurait un effet nocif pour la personne, que ce soit sur le plan psychologique, social ou physique. Ajoutons que l'inaction, que ce soit par négligence ou par inattention, peut causer du tort sans pour autant avoir d'intention malicieuse. La volonté manifeste de ne pas impliquer toutes les parties prenantes au partenariat de soins et des services qui permet de répondre au besoin de la personne peut être traduit comme négligence malfaisante. La non-malfaisance est fortement interpellée dans les situations de bris de confidentialité ou encore dans toutes interventions qui pourraient compromettre la confiance de la personne à l'égard de l'intervenant. Gardons à l'esprit que l'implication des proches doit être encouragée dans la mesure où elle procure un plus grand bien-être pour la personne. Ne pas respecter l'autonomie, et « forcer » l'implication des proches peut aller à l'encontre du concept de non-malfaisance. Comme dit le proverbe, « Ce que tu fais pour moi, si tu le fais sans moi, peut se retourner contre moi »

Justice/équité. Le principe de justice invite à reconnaître l'égalité morale et formelle de toutes les personnes. En continuité au principe de justice, l'équité est le principe modérateur du droit objectif selon lequel chaque personne peut présenter à un traitement juste, égalitaire et raisonnable. Cela se traduit par l'obligation de traiter les personnes sans discrimination, et sans prétendre que l'autonomie d'une personne pourrait être diminuée du fait de son trouble mental ou encore si l'intervention s'avère complexe. Dans l'intervention, on peut aussi parler de justice distributive qui requiert en plus de tenir compte de façon proportionnée des besoins des personnes dans la distribution des ressources et des services qui sont offerts. Pour déterminer les services à offrir, incluant l'implication des proches, et s'il est juste de le faire, on peut s'en remettre à deux critères : (1) est-ce que l'intervention répond aux besoins de la personne et (2) est-ce que ce sera efficace pour son rétablissement ?

Cela implique ainsi d'accompagner la personne dans l'identification de ses propres besoins et d'ajuster les interventions en conséquence.

Enfin, ces principes peuvent parfois engendrer des volontés contradictoires dans la mesure où des actions peuvent augmenter le bien-être et l'autonomie de la personne, mais écarter, du même coup, une réponse directe aux besoins nommés par les proches. L'intervenant peut aussi se retrouver dans des situations où il doit choisir entre la priorité à accorder à l'autonomie de la personne ou l'importance à donner à la protection pour son bien-être. Cela illustre toute la complexité de l'intervention psychosociale dans laquelle on tentera de moduler les interventions pour se rapprocher du bien-être de la personne, des proches et de la satisfaction du professionnel. Si la justice s'exerce à l'égard de tous, la bienfaisance s'exerce à l'égard de l'utilisateur, mais aussi à l'égard des proches qui doivent aussi bénéficier des retombées de l'intervention. Sans prétendre solutionner tous les cas de figure, les pistes des pratiques cliniques suggérées permettront d'apporter quelques réponses aux défis fréquemment rencontrés dans l'intervention.

4. LES PRATIQUES CLINIQUES

Tel que présenté précédemment au Tableau 1, la recherche documentaire a permis de regrouper les besoins des proches en trois catégories. Ainsi, pour créer un réel partenariat avec les proches activement impliqués dans les soins et services en santé mentale, il faut les **CONSIDÉRER**, les **INTÉGRER** et les **OUTILLER** à différents moments dans le processus de rétablissement de la personne. Pour couvrir chacun de ces besoins, nous proposons un contenu théorique et pratique permettant d'appuyer les interventions à mettre en place. Ces éléments de contenus théoriques et pratiques sont issus, à la fois, de la littérature scientifique et de crise de même que des savoirs expérientiels et cliniques. Le tableau 3 présente le contenu des pratiques cliniques.

Comme les besoins des proches sont parfois spécifiques à certains épisodes de soins et parfois transversaux, donc présents tout au long de la trajectoire de rétablissement de la personne, l'intervenant peut sélectionner les pratiques qui sont appropriées, tout en prenant en compte les variations possibles dans le parcours de chaque personne et de chaque situation clinique.

TABLEAU 3 : REPRÉSENTATION DES PRATIQUES CLINIQUES EN FONCTION DES BESOINS

CONSIDÉRER	INTÉGRER	OUTILLER
<ul style="list-style-type: none"> • Aide-mémoire : Comprendre les impacts de l'histoire • Aide-mémoire : Comprendre le processus d'adaptation des proches • Aide-mémoire : Attitudes à privilégier lors des interactions avec les proches • Aide-mémoire : Considérer les besoins des proches • Aide-mémoire : L'épuisement chez les proches • Aide-mémoire : Les besoins des proches d'âge mineur • Aide-mémoire : Pistes d'intervention lorsque la communication est difficile 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide mémoire : Éléments-clés de l'implication des proches • Aide-mémoire : Les Lois qui encadrent le partage d'information • Aide-mémoire : Distinguer l'information générale et confidentielle • Aide-mémoire : Notions générales sur le consentement • Aide-mémoire : Pistes d'intervention en l'absence de consentement au partage d'information • Aide-mémoire : Réflexions éthiques sur le partage d'information • Aide-mémoire : Pistes d'intervention lors d'une situation de crise • Aide-mémoire : Pistes d'intervention lors de la fin d'un épisode de services • Aide-mémoire : Pistes d'intervention lors d'une crise liée à une situation exceptionnelle • Aide-mémoire : Pistes d'intervention lors de la transition vers les services adulte 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide-mémoire : Le développement des connaissances des proches • Aide-mémoire : Outiller la fratrie et la famille • Aide-Mémoire : Outiller les proches lors de la prise de mesures légales • Aide-mémoire : Les stratégies d'adaptation • Aide-mémoire : Référent vers des sources de soutien

CONSIDÉRER

« La bienveillance envers nous c'est important, ça nous aide à laisser de côté l'hyper vigilance. C'est comme si quelqu'un nous dit c'est correct on s'en occupe, vous pouvez prendre une pause. » (Proche)

« Qu'on essaie de comprendre mes besoins pour que je puisse moi faire mon travail de parent comme il faut » (Proche)

« Avant que la personne rentre en hospitalisation, on est plus fragile parce que ça fait des semaines et des mois qu'on s'inquiète et qu'on soutient. On s'épuise. Quand la personne rentre à l'hôpital, on est épuisé et fragile » (Proche)

« Quand je suis allée voir mon fils pour la première fois sur l'unité psychiatrique. Personne ne m'a accueilli pour m'expliquer comment cela allait se passer. J'étais envahi par la peur. C'était terriblement traumatisant. » (Proche)

CONSIDÉRER les proches c'est intervenir en cohérence avec l'idée que ces derniers, s'ils le souhaitent, peuvent jouer un rôle crucial dans le rétablissement des personnes ayant un trouble mental en offrant de l'espoir, de l'encouragement et en permettant l'accès au soutien nécessaire pour se rétablir. Pour y arriver, il ne faut pas seulement les identifier, mais également prendre en compte ce qu'ils vivent, reconnaître leur savoir et mieux les comprendre afin d'établir une relation de confiance avec eux. L'importance de la création d'un partenariat entre les intervenants et les proches ressort, à la fois, dans la pyramide des soins familiaux de Mottaghipour et Bickerton et dans la consultation réalisée auprès des proches.

Pour considérer les proches, l'intervenant doit d'abord prendre conscience de ses propres croyances et préjugés à leurs égards, dans la mesure où elles influencent l'attitude envers chacun. Rappelons que l'un des défis concernant l'implication des proches concerne le poids de l'histoire dans le champ de la santé mentale qui teinte encore l'intervention de nos jours. L'intervenant doit également comprendre le processus d'adaptation vécu par le proche.

En adoptant une posture réflexive, l'intervenant sera en mesure de jeter les bases d'un réel partenariat avec les proches. Cette relation basée sur la confiance, la complémentarité et l'interdépendance doit provoquer un repositionnement de la part de l'intervenant. Les besoins exprimés par la personne ou les proches doit amener l'intervenant à adopter une posture qui l'amènera à jouer divers rôles. Il sera soit accompagnateur, guide, conseiller, facilitateur plutôt que d'être l'unique et seul expert, et ce, dès les premiers contacts. La littérature scientifique appuie fortement l'importance de ce repositionnement et d'un savoir-être lors des interactions avec la personne ou avec les proches. En faisant preuve d'ouverture et en se positionnant en accompagnateur, l'intervenant sera plus à même de reconnaître le savoir des proches et d'identifier leurs besoins et ce, à différentes étapes du processus. Il sera également mieux outillé pour intervenir lorsque la communication devient difficile.

ENCADRÉ 5. HISTOIRE VRAIE D'UN BEL EXEMPLE DE CONSIDÉRATION.

Pour renforcer la compréhension des activités à entreprendre et des actions à poser, rien de plus efficace que de proposer une étude de cas inspiré d'une situation réelle. Toutes les dispositions ont été prises pour éliminer la possibilité de tracer les personnes ayant vécu ce fait. Un jeune adulte hospitalisé ne veut entretenir aucun contact avec ses parents. Cela attriste beaucoup le père, mais il comprend et respecte la volonté de son fils. Toutefois, le père a trouvé un moyen assez simple mais efficace de continuer à prendre soin de son fils, malgré son désir de ne pas établir de contact avec lui : il a décidé d'apporter des repas chauds fait maison, chaque semaine. Un jour, alors qu'il venait porter les repas de son fils sur l'unité d'hospitalisation, un pair-aidant prend le temps de lui dire :

« Vous savez, moi aussi j'ai déjà été hospitalisé et je ne voulais rien savoir de mes parents. Mais sachez que votre fils est vraiment content de manger les petits plats que vous lui apportez. »

Ce fait vécu permet de voir l'importance, pour le proche de trouver des moyens simples pour maintenir le contact et de voir qu'un échange avec un pair-aidant, membre de l'équipe de soins peut faire en sorte que des actions qui peuvent être anodines, à première vue aient un potentiel de valorisation pour le proche.

AIDE-MÉMOIRE : COMPRENDRE LES IMPACTS DE L'HISTOIRE

Bien que les conceptions aient évolué vers une note plus positive, force est de constater que les perceptions historiques du passé ce qu'était la maladie mentale teintent encore aujourd'hui les rapports de partenariat entre les professionnels du RSSS, les personnes et les proches dans le champ de la santé mentale. Le tableau ci-dessous retrace sommairement les grandes étapes de cette évolution.

TABLEAU 4 : SYNTHÈSE DE LA TRANSFORMATION DU RÔLE DES PROCHES DANS LES PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE.

Période et pratiques	Perceptions du rôle des proches
1900-1960 : Période asilaire	À partir des années 1900, les personnes étaient traitées dans des asiles et les proches, principalement des membres de la famille, étaient exclus du processus des soins et services. Ils étaient perçus comme les principaux responsables de la maladie du fait de la transmission par leur bagage génétique.
1960-1980 : Début de la désinstitutionnalisation et théorie des systèmes et de la communication	Cette période est celle de la désinstitutionnalisation qui a entraîné la fermeture massive des hôpitaux psychiatriques et le retour dans la communauté des personnes ayant un trouble mental. Cette perspective est venue modifier le soutien demandé aux proches. Ils étaient maintenant sollicités pour prendre le relais auprès de la personne. Il s'agit d'une période de remise en question des modes d'intervention. Une très forte pression a été mise sur les proches et, en même temps, aucun soutien significatif ne leur a été accordé. Cette situation a suscité de vives réactions et des revendications des proches pour obtenir les moyens afin de développer leurs habiletés pour composer avec ce nouveau rôle. On se préoccupait maintenant, et à tout le moins, qu'ils soient mieux outillés.
1980-2005 : Virage ambulatoire et modèle biopsychosocial	Les recherches ont mis en évidence les tensions auxquelles sont soumis les proches engagés dans ce rôle. Il y a eu une volonté des autorités de renforcer les capacités des proches et de normaliser leurs réactions, lorsqu'ils font face à une situation jugée particulièrement difficile. C'est ainsi que le concept de fardeau familial a fait son entrée dans les années 80, suivi de la notion d'adaptation au stress. Cette dernière a d'ailleurs permis de considérer les forces, les capacités et les stratégies d'adaptation des proches. Avec le temps les proches sont devenus des alliés de l'équipe traitante et ont porté des revendications pour défendre les droits et besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale.
2005 à aujourd'hui : Services dans la communauté et théories axées sur les forces et le pouvoir d'agir	Le Plan d'action en santé mentale est mis en place 2005. Les proches y sont identifiés comme des partenaires membres de l'équipe traitante, Ils souhaitent voir leur rôle et leur réalité reconnus dans le paysage des soins et services. Graduellement, le partenariat se renforce avec les proches qui sont de plus en plus outillés, impliqués dans les décisions et soutenus pour jouer leur rôle auprès de la personne.

À travers cette retrospective historique, on comprend que c'est après avoir mis le blâme et la responsabilité des troubles mentaux sur les proches, principalement sur les familles, que les professionnels du RSSS ont fait appel à eux, afin qu'ils participent au rétablissement des personnes. Ce retour historique doit nous permettre réfléchir à ses impacts sur la réalité et sur les croyances qui perdurent et qui pourraient encore avoir des impacts sur le partenariat avec les proches, aujourd'hui.

ENCADRÉ 6. TEXTES DE RÉFÉRENCE SUR L'HISTORIQUE DU RÔLE ATTRIBUÉ AUX PROCHES EN SANTÉ MENTALE

Quelques références peuvent aider à mieux comprendre l'évolution des paradigmes d'intervention en santé mentale et mieux orienter nos actions dans l'avenir.

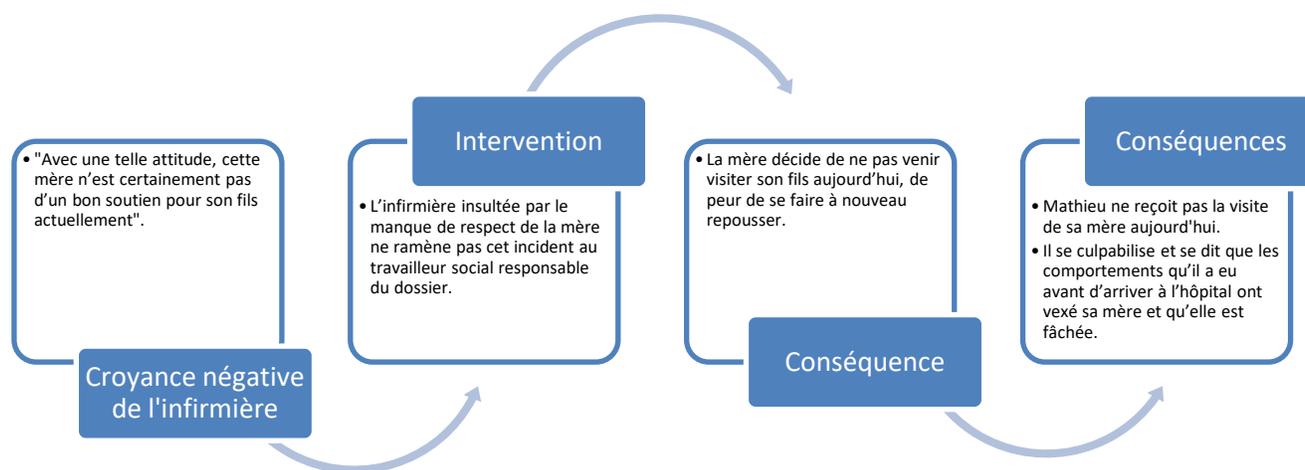
- N. Carpentier, « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle », *Sciences sociales et santé*, 19(1), p. 79-106, 2001.
- M.-H. Morin, « D'agent causal... à famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de familles dans les pratiques en santé mentale », *Le Partenaire*, 20 (4), p. 4-10, 2012.
- H. Fradet, « Il était une fois une famille... », *Le Partenaire*, 20 (4), p. 11-17, 2012.
- J.-P. Bonin *et al.*, (2014) « Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec », *Santé mentale au Québec*, 39 (1), p. 159-173, 2014.

AIDE-MÉMOIRE : **COMPRENDRE** LE PROCESSUS D'ADAPTATION DES PROCHES

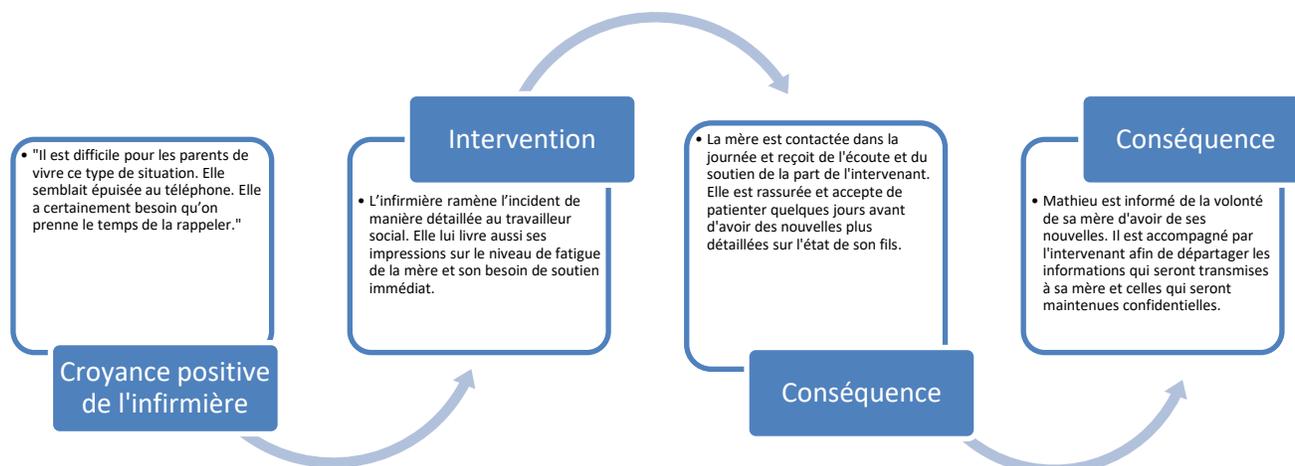
Lorsqu'un trouble mental survient dans une famille ou dans un réseau, les proches doivent s'adapter. Cette capacité d'adaptation ne se développe pas seule, mais plutôt à travers une série d'étapes, conjuguée à la reconnaissance de ses compétences et de ses forces, ainsi qu'avec les interactions donnant l'opportunité de s'ajuster à la nouvelle situation. La mise en situation suivante de même que la séquence d'interventions présentées par la suite – exemples A et B - illustrent comment les intervenants peuvent influencer ce processus d'adaptation.

Mise en situation. *Très tôt le matin, une infirmière affectée sur une unité d'hospitalisation en psychiatrie reçoit un appel d'une mère dont le fils, Mathieu, 21 ans, a été hospitalisé la veille. La mère lui explique qu'elle est paniquée, qu'elle n'a pas dormi beaucoup la nuit dernière, ni depuis plusieurs semaines, en fait. Elle pose des questions en rafale à l'infirmière, afin d'avoir des nouvelles de son fils, mais cette dernière ne peut lui répondre, car Mathieu n'a pas encore donné son consentement au partage d'information. La mère se montre insistante pendant quelques minutes, et devant le maintien du refus de l'infirmière, elle lui raccroche au nez après lui avoir dit que le système de santé est définitivement rempli d'incompétents. Très branlée par cet échange acrimonieux, la mère ne comprend pas pourquoi il est si difficile d'avoir des nouvelles de son fils. Elle ne comprend pas pourquoi elle est mise à l'écart ainsi. La mère décide donc de ne pas venir rendre visite à son fils aujourd'hui, de peur de se faire à nouveau repousser.*

EXEMPLE A : Intervention basée sur une interprétation négative



EXEMPLE B : Intervention basée sur une interprétation positive



Dans le cas de l'exemple A, l'intervention envers la mère et les conséquences qui en découlent sont influencés par le regard négatif induit par l'échange téléphonique acrimonieux. Ainsi, plutôt que de se blâmer de part et d'autre, la mère et l'infirmière pourraient **reconnaître que c'est la situation qui est difficile et non les personnes qui sont incompetentes ou mal intentionnées**. En effet, à la base de la volonté d'impliquer les proches, il y a la reconnaissance que ces derniers doivent affronter des situations auxquelles ils ne sont pas préparés et peuvent vivre des émotions contradictoires face à leur rôle dans la situation. Tout comme la personne traverse différentes étapes dans son rétablissement, le proche vit son propre parcours en parallèle, et passe à travers des étapes nécessitant une adaptation. Certains parleront du rétablissement des proches, considérant que ce concept s'applique également à eux tout en reconnaissant qu'il est vécu différemment.

En mettant de l'avant le type d'interprétation proposé dans l'exemple B, on évite d'affaiblir les liens entre tous, on fait alliance et on s'inscrit davantage dans une position d'ouverture et de collaboration. Pour l'intervenant, cela implique de prendre en compte les réalités dynamiques de chacun dans la relation d'aide et être attentif à ce qui peut potentiellement contribuer au rétablissement. Accompagner les parties à communiquer leurs besoins et à négocier les responsabilités de part et d'autre de manière à ce que la réalité de chacun soit entendue et respectée dans la relation.

AIDE-MÉMOIRE : ATTITUDES À PRIVILÉGIER LORS DES INTERACTIONS AVEC LES PROCHES

Les proches peuvent facilement se sentir dépassés par la situation liée au trouble mental de la personne. Sans nécessairement souhaiter se retirer ou ne pas s'impliquer, ils peuvent tout simplement ne plus savoir comment agir parce que plusieurs actions ont déjà été tentées sans succès. Ils peuvent aussi être sous le choc de l'annonce du diagnostic ou encore simplement épuisés. Dans ces circonstances, les compétences relationnelles et l'attitude qu'adopte l'intervenant avec eux sont déterminantes pour les aider à jouer leur rôle et rebâtir la confiance en leurs capacités.

Empathie

- Prendre le temps d'accueillir les émotions et la souffrance, sans être immédiatement en recherche de solution ;
- Aider les proches à nuancer la situation et à s'affranchir de leur sentiment de culpabilité ou d'autres sentiments tels que la colère, l'inquiétude, la tristesse l'angoisse, etc. ;
- Éviter les termes moralisateurs qui minent la confiance en leurs capacités ;
- Prendre en compte le processus d'adaptation du proche.

« L'accueil chaleureux créer une ouverture chez l'entourage pour oser poser des questions. »

Reconnaissance

- Reconnaître l'importance et la complémentarité du savoir des proches au bien-être de la personne;
- Reconnaître les actions posées visant à aider la personne, même si ces actions s'avèrent parfois infructueuses ;
- Miser sur les forces des proches ;
- Remercier les proches de leur contribution au bien-être de la personne.

« Ils [les intervenants] doivent comprendre que pour eux autres c'est leur quotidien, mais pour nous ce n'est pas le quotidien. C'est exceptionnel comme situation.»

(Proche)

Ouverture

- Encourager les proches à vous contacter s'ils ont des inquiétudes ou des questions en lien avec la situation;
- Être à l'écoute du besoin immédiat nommé par le proche et non celui qui est présumé ;
- Être sensible aux facteurs culturels ou personnels qui teintent les perceptions et les besoins uniques des individus.

« Quand je parle avec la travailleuse sociale, j'écoute quelqu'un qui est bienveillant envers mon fils et c'est ça qu'on veut. On veut voir la bienveillance envers la personne. J'ai parlé, j'ai pleuré avec elle et ça m'a fait du bien. »

Communication

- Faire preuve de transparence afin de créer un lien de confiance ;
- Communiquer avec les proches dans un langage accessible et vulgarisé.

ENCADRÉ 7. LE SAVOIR-ÊTRE LORS D'UN ÉPISODE DE CRISE

Les attitudes énumérées sont d'autant plus importantes lors d'un d'une situation de crise. Ces évènements font généralement référence à une situation d'instabilité, d'épuisement, de stress et de culpabilité pour les proches. En ces circonstances, il devient d'autant plus important de donner aux proches l'occasion de verbaliser ce qu'ils vivent au moment présent, de valoriser le soutien apporté avant et pendant la crise. Dans certaines situations, il faudra faire de l'enseignement auprès d'eux afin qu'ils aient une bonne lecture de la situation et les aider à s'affranchir d'un possible sentiment de culpabilité.

AIDE-MÉMOIRE : CONSIDÉRER LES BESOINS DES PROCHES

Il est important de saisir toutes les opportunités et de faire preuve d'ouverture à entendre les besoins des proches²⁴. Pour répondre à ces besoins, il faut tenir compte du positionnement de la personne en regard du partage d'information confidentielle^{9,14,35,80,98,99}. Aussi, noter qu'il est possible que les besoins nommés par les proches soient projetés sur ceux de la personne, par exemple « *j'ai besoin de mon fils prenne sa médication* ». Dans ce cas, accompagner les proches dans l'identification de ce qui pourrait les aider à composer avec la situation. Vous trouverez au Tableau des éléments auxquels porter attention.

²⁴Il existe également des outils validés pour procéder à une évaluation formelle des besoins des membres de l'entourage.

ENCADRÉ 8 : LE RÔLE-CLÉ DU MÉDECIN TRAITANT

La littérature appuie fortement les soins de collaboration dans le domaine de la santé mentale et le rôle clé du médecin et du psychiatre dans les enjeux systémiques liés à l'implication des proches¹⁰⁰. À ce sujet, le Collège des médecins du Québec fait état de l'obligation pour le médecin de « collaborer avec les proches d'un patient ou toute autre personne qui montre un intérêt significatif pour ce dernier »¹⁰¹.

TABLEAU 5 : ÉLÉMENTS-CLÉS DE L'ÉVALUATION DES BESOINS DES PROCHES

Thèmes	Exemples de questions ²⁵
Les connaissances	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment expliquez-vous le trouble mental de la personne ? ▪ Est-ce qu'un intervenant a déjà établi un diagnostic pour la personne ? Si oui, dans votre compréhension, qu'est-ce que ce diagnostic signifie ? ▪ Avez-vous besoin d'information en regard des éléments suivants : manifestations et impacts du diagnostic ; signes précurseurs d'une rechute ; les interventions médicales ou psychosociales; les ressources disponibles ; le fonctionnement des soins et services; les aspects légaux et juridiques ; le processus de rétablissement; etc. ?
Les difficultés rencontrées	<p>Quel niveau de difficulté rencontrez-vous en lien avec la situation ou les comportements suivants chez la personne ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitudes de vie (agitation ou inactivité, sommeil atypique, négligence de l'hygiène physique) ▪ Consommation d'alcool/ drogues ▪ Humeur et comportements difficiles de la personne (ex. isolement, communication difficile) ▪ Symptômes de la maladie (ex. hallucinations, peurs ou idées fausses (délire) ▪ Collaboration au traitement ▪ Violence physique ou agression verbale ▪ Accès aux services (collaboration avec les professionnels, accès à l'information) ▪ L'ampleur de votre rôle de soutien/accompagnement/représentation légale
Les émotions ressenties	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles émotions sont ressenties face à la situation (culpabilité, impuissance, peur, colère, découragement, etc.) ? ▪ Est-ce que vous vivez une situation de tensions familiales? Stigmatisation (honte ou sentiment d'être victime de préjugés)? D'isolement ? ▪ Est-ce que votre rôle de soutien vous apporte des éléments positifs (renforcement des liens familiaux, apprentissage personnel, sentiment d'accomplissement) ?
Les objectifs poursuivis	<p>Quels sont vos objectifs face à la situation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accepter la situation ▪ Exprimer vos limites, demandes ou besoins à la personne ▪ Avoir des temps de loisirs ▪ Avoir un support émotionnel ▪ Connaître les possibilités d'épanouissement et d'autonomie chez la personne ▪ Communiquer de façon efficace ▪ Élargir son réseau de soutien ▪ Identifier des attentes réalistes ▪ Accomplir adéquatement le rôle de représentant légal

²⁵ Inspiré d'un outil de collecte utilisé au CSSS de Charlevoix intitulé « Besoins des parents et des proches. Collecte des données – Outils familles - SIV (document non publié) et de l'Experience of Caregiving Inventory (ECI) qui est un questionnaire clinique permettant d'évaluer les dimensions négatives et positives de l'expérience de soutien des parents.

AIDE-MÉMOIRE : L'ÉPUISEMENT CHEZ LES PROCHES

Considérer les proches, créer un lien avec eux vise entre autre à développer, au fil du temps, une bienveillance mutuelle pour prévenir l'épuisement chez les proches et les aider à prendre soin d'eux-mêmes. Si vos échanges avec les proches relativement à leurs besoins vous font suspecter chez eux un sentiment d'épuisement ou de dépassement lié à la situation et à leur rôle, voici quelques pistes d'intervention à explorer :

- Augmenter temporairement l'intensité de services;
- Normaliser leur état, sans pour autant donner l'impression que le sentiment d'épuisement passera sans aller chercher de l'aide;
- Proposer une référence systématique²⁶ vers un organisme de soutien pour les proches en santé mentale;
- Identifier avec eux des stratégies qui pourraient les aider à mieux composer à court terme avec la situation (voir section OUTILLER).

Si vous souhaitez agir de manière préventive, des stratégies et des outils existent pour guider les proches :

1- Créer avec les proches un répertoire de source de soutien

- Identifier avec le proche les diverses formes de soutien disponibles pour lui (ex. membres de la famille, amis, voisins, professionnels de la santé, associations ou organismes de soutien, soutien spirituel ou religieux, etc.) et l'inviter à préenregistrer les numéros dans son téléphone;
- Associer l'une ou l'autre de ces formes de soutien à des besoins que le proche peut ressentir lors d'une période difficile. Par exemple : 1) Pour se confier/ventiler : un ami précis; 2) Pour des informations et du soutien : une association 3) Pour du répit : un membre désigné de la famille; etc.

2- Fournir de la documentation utile sur le rôle de proche et les différentes manières de prévenir l'épuisement. Par exemple :

- Guide des proches aidants en santé mentale: Un guide pour les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale ou aux prises avec un trouble de santé mentale¹⁰². Disponible à : <https://www.ottawapublichealth.ca/fr/public-health-topics/mental-health-caregiver-guide.aspx>
- Guide d'information et de soutien destiné aux membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale¹⁰³. Disponible à : <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide-soutien-membre-entourage.pdf>
- Prendre soin de moi ... tout en prenant soin de l'autre. Guide de prévention de l'épuisement destiné aux proches aidants¹⁰⁴. Disponible à : <https://ciusssmcq.ca/telechargement/627/guide-de-prevention-de-l-epuisement-aux-proches-aidantes-et-aux-proches-aidants/>
- Dépliant « Prendre soin de soi en tant qu'aidant naturel »¹⁰⁵. Disponible à : https://cmha.ca/wp-content/uploads/2018/08/CarefortheCaregiver-NTNL-brochure-FR-2017_WEB.pdf
- Règle d'or pour faire partie de la solution¹⁰⁶. <https://www.avantdecraquer.com/wp-content/uploads/2017/09/Fascicule-FINAL-Sans-Marques.pdf>
- Guide L'indispensable¹⁰⁷. https://www.avantdecraquer.com/wp-content/uploads/2013/09/FFAPAMM_Guide_indispensable_interactif-2013.pdf

²⁶Il s'agit d'une démarche où l'intervenant du CIUSSS/CISSS remplit un formulaire et l'envoie directement à l'organisme afin que celui-ci contacte le membre de l'entourage par téléphone. Suivant la référence, le membre de l'entourage sera rejoint, mais sans aucune obligation par la suite d'accepter les services offerts. Pour que la référence ait lieu, le membre de l'entourage doit consentir à la divulgation des informations personnelles. L'avantage de cette démarche est de créer un premier contact, sans que le membre de l'entourage n'ait à porter la responsabilité de devoir initier le contact envers l'organisme, ou encore de devoir retenir l'information en regard de ses services.

AIDE-MÉMOIRE : LES BESOINS DES PROCHES D'ÂGE MINEUR

Au Québec et ailleurs dans le monde, environ un jeune sur cinq vit avec un parent ayant un problème de santé mentale ¹⁰⁸. L'intervenant devrait identifier systématiquement si la personne qu'il accompagne a des enfants, savoir leur âge, s'ils sont au courant de la maladie du parent et de quelle façon ils sont affectés par la situation. Même si les jeunes ne soutiennent pas concrètement le parent, de façon "active" et "consciente", ils sont tout de même affectés par la condition du parent. Un jeune vivant avec un parent ayant un trouble mental est plus à risque de vivre lui aussi des difficultés ou de développer un trouble mental ¹⁰⁹. De plus, le risque de négligence chez ces jeunes peut être augmenté et la sécurité peut être compromise ¹¹⁰. Toutefois, la littérature scientifique met en évidence que les jeunes, même au sein d'une même famille, ne seront pas affectés de la même manière par la situation. Des impacts négatifs, mais aussi positifs peuvent également cohabiter chez un même jeune, notamment une maturité accrue et le développement d'une résilience et des mécanismes d'adaptation efficaces ^{109,111}.

Prendre en compte que :

- Les risques, ainsi que le sentiment de fardeau chez le jeune, peuvent être amoindris par une bonne prise en charge du parent. ¹¹²
- Les jeunes qui sont bien informés s'adaptent mieux aux différentes situations qui peuvent surgir en lien avec le problème de santé mentale de leur parent. ¹¹³⁻¹¹⁵

Il est donc important de considérer le jeune lors du suivi, en questionnant le parent sur les impacts familiaux de sa condition actuelle. Au besoin, il peut être pertinent de proposer une rencontre familiale pour mieux évaluer la situation, les besoins et répondre aux questions du jeune. Un contact direct avec le jeune est également possible, avec le consentement du parent. Cela permet de prendre le temps d'établir un lien de confiance avec ce dernier afin d'avoir un portrait juste de la situation. Notez toutefois qu'un jeune pourrait ressentir un sentiment de trahison ou encore avoir tendance à minimiser la situation de peur que la famille soit séparée ou qu'il y ait un signalement à la protection de la jeunesse ^{109,112,116}. Cela dit cette dernière option doit tout de même être envisagée lorsque la situation le justifie.

Les interventions suivantes peuvent être dirigées vers le parent ^{117,118} :

- Accompagner pour qu'il informe lui-même son enfant en regard de son problème de santé, les services qu'il reçoit, en adaptant l'information en fonction de l'âge de l'enfant;
- Encourager et guider l'élaboration d'un plan d'urgence avec les enfants et la/le conjoint.
- Conseiller dans la conjugaison de son rôle de parent et les impacts de son problème de santé mentale;
- Échanger avec le parent sur la possibilité de demander de l'aide d'un proche ou d'un organisme communautaire en lien avec ses responsabilités parentales ou pour obtenir du répit (ex. aller chercher l'enfant à l'école, aide aux devoirs, faire des activités amusantes avec l'enfant).
- Au besoin diriger la famille vers les services jeunesse si la situation le nécessite, et le cas échéant, assurez-vous de la continuité des services entre les divers intervenants impliqués.

AIDE-MÉMOIRE : PISTES D'INTERVENTION LORSQUE LA COMMUNICATION EST DIFFICILE

Quoi faire quand la communication est difficile avec les proches?

- Reconnaître qu'un proche qui communique moins, qui est en colère face au système de santé, ou qui a une attitude détachée n'est pas nécessairement quelqu'un qu'on doit écarter du processus d'intervention. Il s'agit peut-être uniquement d'une personne souffrante ou qui manque d'information et de connaissances face à la situation;

- Accueillir les frustrations sans y réagir automatiquement par des solutions. Laissez-leur la parole, pour ensuite offrir du soutien et voir les zones d'actions possibles;
- Vulgariser ce qui peut expliquer la situation à l'origine de la colère.

Quoi faire si les proches ne souhaitent pas être impliqués ou désirent se retirer ?

- Reconnaître que les proches vivent eux aussi un processus d'adaptation et qu'ils traversent des périodes plus difficiles. Leur niveau d'engagement et leur volonté à s'impliquer pourraient varier selon l'évolution de la situation ;
- Accepter cette volonté de se tenir provisoirement en retrait, sans culpabiliser ;
- Reconnaître leur investissement et leur besoin de prendre du recul, sans non plus faire une croix définitive sur leur implication ultérieure ;
- Avec l'accord de la personne, fixer un repère temporel où on va contacter les proches pour prendre de leurs nouvelles, et ce, sans aucune obligation de leur part.

Quoi faire si les proches ont des comportements ne favorisant pas le rétablissement de l'utilisateur (par exemple : maladroits, infantilisants ou de contrôle, relation symbiotique)? Ou encore s'ils n'ont pas une vision juste de la situation ?

- Saisir la dynamique entre les parties impliquées avant de porter un jugement;
- Reconnaître que les proches sont en processus d'adaptation et qu'il est possible que ces comportements soient le reflet d'un sentiment d'impuissance ou d'un manque de connaissances;
- Proposer une rencontre entre les parties et encourager un dialogue ouvert entre la personne et ses proches de manière à ce que chacun puisse entendre le point de vue de l'autre sur la situation ;
- Inviter chacun à identifier et partager des faits qui justifient leur perception de la situation ;
- Si cela n'est pas possible : 1) accompagner la personne pour qu'elle nomme son inconfort à ses proches et propose des alternatives dans la manière d'agir avec elle ou 2) aborder délicatement la situation avec les proches afin de saisir le besoin qui se cache derrière le comportement.
- Diriger les personnes vers de l'information neutre et fiable pour expliquer certains comportements relatifs au trouble mental et les moments où on doit s'inquiéter.

ENCADRÉ 9. LES DYNAMIQUES CONFLICTUELLES

En présence d'une dynamique conflictuelle, lorsque le soutien offert par les proches est inadéquat, ou simplement lorsque l'une des parties souhaite mettre fin à la relation, il peut être approprié d'installer une distance, ne serait-ce que temporairement. Ceci dit, il ne s'agit pas de raisons qui peuvent être invoquées à tout coup pour justifier le fait que les membres de l'entourage soient mis à l'écart du processus d'intervention. Ce type de situation peut également indiquer un grand besoin de soutien ou une souffrance chez les membres de l'entourage. Enfin, tout cela doit se dérouler dans le respect du droit de l'utilisateur de choisir les personnes qui l'aideront et la manière dont ils le feront. Ce droit doit être respecté tout en reconnaissant qu'en de rares occasions, l'utilisateur n'est peut-être pas en état de porter un jugement approprié ou de prendre des décisions éclairées. Pour équilibrer, d'une part, les pratiques visant à impliquer et soutenir les membres de l'entourage et, d'autre part, la nécessité de respecter le droit à la protection de la vie privée de l'utilisateur, il faut systématiquement procéder à un examen attentif de chaque cas ⁷. Si pertinent, en présence de dynamique conflictuelle, on peut également inclure dans le plan d'intervention une composante liée à la manière de composer avec la situation.

INTÉGRER

« Maintenant je parle beaucoup plus à ma famille et c'est grâce à l'ouverture qu'il y a eu de la psychiatre et l'équipe lorsque j'ai dit que je voulais que ma famille comprenne. Ils ont dit : « Ok on va faire une réunion ». Et

*ça s'est fait. Ils ont compris que je voulais impliquer ma famille, mais que je ne savais pas comment faire. »
(Personne en rétablissement)*

« Il faut qu'ils [les intervenants] se rendent compte qu'il y a un besoin autant pour l'utilisateur que pour la famille, de se réunir les deux ensembles, pour qu'il y ait un consensus, pour qu'on se comprenne et pour qu'on parle le même langage » (Personne en rétablissement)

« C'est important de sentir qu'ils prennent en considération ce qu'on dit. On est une équipe, on collabore et on fait même partie de la solution. » (Proche)

INTÉGRER les proches dans les soins et services peut référer à la possibilité d'être consulté par l'équipe de soins et de services et, mais aussi d'avoir tout simplement accès à un certain nombre d'informations afin de mieux jouer son rôle de soutien. Dans tous les cas cette intégration ne doit pas occulter le fait que les proches sont là pour accompagner la personne, le soutenir, et non pas « faire à la place », ou se positionner en intervenant.

Pour qu'un partenariat fonctionne bien, il est important de savoir qui fait quoi : chacun peut ainsi correctement jouer son rôle et savoir ce qu'il peut attendre des autres. Le plus tôt possible sera le mieux mais cette précision peut être apportée progressivement selon l'évolution de la position de la personne en regard de l'implication de ses proches et du partage d'information avec eux^{119,120}. Cela dit, l'intégration doit se faire dans le respect des droits et de la volonté de la personne ayant un trouble mental. Les difficultés de communication et le respect des règles de confidentialité sont d'ailleurs cités dans plusieurs études comme les principales barrières à l'intégration des proches dans les soins et services^{12,45,46,49,121-125}. Dans le champ de la santé mentale, cet enjeu s'avère d'autant plus vrai de par la nature des problèmes vécus par la personne. Vivre avec un diagnostic de trouble mental touche en effet bien souvent l'identité même de la personne, son intimité, et le regard qu'elle porte sur soi¹²⁶. De là le caractère particulièrement sensible entourant la confidentialité et le partage de l'information, qui occupe une part importante du contenu de cette section. Ceci dit, plusieurs questionnements persistent. Par exemple, que peut-on faire ou ne pas faire lorsqu'un proche contacte l'intervenant pour obtenir ou fournir de l'information sur la personne qu'il soutient? Ou encore, à quel moment l'intervenant peut-il prendre l'initiative de contacter les proches pour obtenir de l'information et mieux orienter son intervention? La réponse à ce type de questionnement peut à la fois s'appuyer sur une réflexion éthique et sur la loi en regard du secret professionnel.

ENCADRÉ 10. LES DÉFIS DE LA COMMUNICATION : RÉSULTATS D'UN SONDAGE QUÉBÉCOIS

En 2016, le Réseau Avant de craquer a sondé, par le biais d'un sondage Web, l'opinion de 302 membres de l'entourage sur les défis de la communication ⁴⁴. Voici quelques points saillants de cette étude.

- 50% des répondants affirment avoir une bonne relation avec l'équipe de soins et/ou se sentent écouté par l'équipe de soins ;
- 34% des répondants ont l'impression que l'équipe de soins leur transmet toutes les informations pertinentes et nécessaires afin de bien accompagner au quotidien l'utilisateur ;
- 48% des répondants ont déjà vécu une situation où l'équipe de soins a refusé de leur donner de l'information sous prétexte de la notion de confidentialité ;
- 29% des répondants reconnaissent avoir vécu, avec leur proche, un incident au quotidien qui aurait pu être évité grâce à un meilleur partage des informations de la part de l'équipe traitante ;

AIDE MÉMOIRE : ÉLÉMENTS-CLÉS DE L'IMPLICATION DES PROCHEs

L'intervenant peut accompagner la personne et ses proches pour définir comment se fera l'implication dans les soins et services. Dès le début de l'épisode de soins ou de service, il est important d'identifier avec la personne qui sont les proches qui jouent ou qui ont le potentiel de jouer un rôle dans son rétablissement ¹²⁷. Ce ne seront donc pas tous les proches qui seront intégrés dans les soins et services de la même manière et qui auront un contact régulier avec l'intervenant. La personne peut identifier parmi son entourage une personne significative qui connaît ou partage son projet de vie, en qui elle a confiance. Il s'avère particulièrement pertinent de valider cette possibilité avec la personne à des moments-clés tels que :

- L'évaluation, notamment à l'urgence psychiatrique ;
- La révision du plan d'intervention ou d'un changement de médication;
- Les situations de crise, et ce peu importe à quel moment celle-ci survient ou si elle induit la prise de mesures légales et/ou une hospitalisation ;
- La fin d'un épisode de services ou de la transition vers une nouvelle équipe ou intensité de soin;
- Toute situation exceptionnelle ou inhabituelle.

Ce rôle plus formel devra être défini entre la personne et le proche choisi dans la mesure où cela peut induire des responsabilités ainsi qu'un partage d'information confidentielle. En cohérence avec la non-linéarité du processus de rétablissement, il faut considérer qu'il est possible que la personne désire modifier ses choix quant à sa volonté d'impliquer ses proches ou la manière de le faire selon l'évolution de sa situation, et qu'il est possible aussi que les proches souhaitent revoir ces mêmes modalités ^{81,99,128}. Ainsi, lorsque la manière d'impliquer les proches dans les soins et services et la manière de partager l'information fait consensus entre les parties, il faut s'entendre sur la nécessité de rediscuter ces modalités selon l'évolution de la situation et la volonté des personnes. Vous trouverez au Tableau des éléments-clés pour soutenir une discussion ouverte à ce sujet.

TABLEAU 6 : ÉLÉMENTS-CLÉS DE L'IMPLICATION DES PROCHES DANS LES SOINS ET SERVICES

Éléments-clés	Propositions de questions
Le soutien actuel	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que les proches : <ul style="list-style-type: none"> o ont déjà été impliqués ou qu'ils le sont actuellement dans les soins et services? Si oui, de quelle manière? o Participent à l'élaboration et au suivi du plan d'intervention ? o Rapportent les observations en lien avec le fonctionnement de la personne, sa symptomatologie ou avec la prise de médication ? o Soutiennent la personne au quotidien (ménage, transport, repas, achats, etc.)? - Est-ce que cette situation convient à tous ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?
Les attentes et les besoins	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau d'implication souhaitée et possible pour les proches ? - Est-ce qu'il y a des obligations quotidiennes ou des enjeux de distance géographique avec lesquels les proches doivent composer pour participer à la planification des soins et services ?
Les modes de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Comment la personne, les proches et l'intervenant communiquent-ils tous ensemble pour partager les réussites ou lorsqu'ils ont des inquiétudes sur le bien-être de la personne ? - Quel type de communication est possible en cohérence avec le positionnement de la personne avec le partage d'information ? - Est-ce qu'il y a des informations que la personne ne souhaite pas partager?
L'implication en lien avec la médication	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la perception de la personnes et ses proches par rapport à la médication ? - Quelle information la personne et les proches possèdent-ils sur la médication prescrite (effets secondaires, interactions, famille de la molécule, contre-indications, monitoring, etc.) ? - Quel est l'accompagnement souhaité par la personnes et ses proches en regard de la médication (ex. une surveillance soutenue, un rappel ou un contact avec l'intervenant en cas de préoccupations) ?

AIDE-MÉMOIRE : LES LOIS QUI ENCADRENT LE PARTAGE D'INFORMATION

Le partage d'information peut poser des dilemmes éthiques, de sorte que des lois ont été adoptées afin de mieux l'encadrer et protéger les droits des personnes. Le Tableau présente sommairement ces lois et des éléments de réflexion.

TABLEAU 7 : TEXTES DE LOI RELATIFS AU PARTAGE D'INFORMATION ET ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

Articles de Loi	Éléments de réflexion cliniques et juridiques
<p>Le fondement de l'obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé de l'utilisateur pour tout acte de soins</p> <p>« Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans un consentement libre et éclairé. » (article 10 du <i>Code civil du Québec</i> (C.c.Q.))</p> <p>« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. ». (article 11 du <i>Code civil du Québec</i> (C.c.Q.))</p>	<p>La dispensation d'un soin se produit chaque fois qu'un intervenant pose un acte professionnel afin de soutenir une personne. Conséquemment, le consentement libre et éclairé de celle-ci est requis lorsque l'intervenant désire poser un acte médical, prescrire un médicament, faire une intervention ou contacter un proche ou un partenaire pour orienter son intervention.</p>

Articles de Loi	Éléments de réflexion cliniques et juridiques
<p>Droits au secret professionnel</p> <p>Chacun a droit au respect du secret professionnel. « Toute personne est tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi. « Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel. » (Article 9 de la <i>Charte des droits et libertés de la personne</i>)</p>	<p>Les lois relatives au secret professionnel et à la confidentialité visent à protéger la vie privée des individus. Il s'agit d'un droit civil²⁷ faisant en sorte que l'on peut garder certaines informations privées, ou les partager avec certaines personnes. Le principe de la confidentialité du dossier et du secret professionnel s'impose à toute personne travaillant à l'intérieur de l'établissement, quels que soient sa profession, son métier ou même son lieu d'intervention, de même qu'aux bénévoles et partenaires. Les informations protégées comprennent tout ce qui est noté dans le dossier : les conversations avec les personnes et leurs proches, les consultations diverses, les examens, les évaluations, les traitements, et toute autre intervention. Les renseignements que contient le dossier de la personne lui appartiennent. Elle a le droit de refuser d'en divulguer le contenu, ou de choisir de les partager avec qui elle souhaite et au moment qu'elle juge opportun. La communication de renseignements à des proches ou à des partenaires externes nécessite son consentement.</p>
<p>Droits à la confidentialité</p> <p>« Toute personne est titulaire de droits de la personnalité, tels le droit à la vie, à l'invulnérabilité et à l'intégrité de sa personne, au respect de son nom, de sa réputation et de sa vie privée. » (Article 3 du Code civil du Québec) « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom.» (Article 19 de la LSSSS)</p>	
<p>L'accès au dossier sans le consentement de l'usager lorsque la communication vise à prévenir un acte de violence</p> <p>« Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence. » (article 19.0.1 de la LSSSS)</p>	<p>La notion de sentiment d'urgence illustre que le motif raisonnable du risque n'a pas à faire l'objet d'une certitude. Par contre, le motif qui justifie le sentiment d'urgence doit être raisonnable. Il ne serait pas conforme à la loi de divulguer des renseignements confidentiels, par exemple, pour des motifs liés au désir de punir une personne qui ne respecte pas toujours les indications thérapeutiques.</p>

²⁷ La notion de *droits civils* comprend notamment, le droit au respect de sa vie privée et de sa vie familiale, au respect de son domicile et au respect de sa correspondance, le droit à l'image, le droit à la liberté et à la sûreté, le droit d'aller et venir, le droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion, le droit à la liberté d'expression, à la liberté de réunion et à la liberté d'association, le droit au mariage et le droit de fonder une famille ¹²⁹.

AIDE-MÉMOIRE : DISTINGUER L'INFORMATION GÉNÉRALE ET CONFIDENTIELLE

La divulgation d'informations confidentielles sans le consentement de la personne peut, en plus d'aller à l'encontre des [lois qui encadrent le partage d'information](#), avoir pour effet de porter atteinte à sa dignité, son intégrité, voire même à sa sécurité. Ce préjudice peut également créer de la méfiance, voire même un bris de confiance envers l'intervenant ou le système de santé. Pour limiter ces atteintes, il convient de bien départager l'information confidentielle de l'information générale. La Figure présente des indications à cet effet.

FIGURE 1 : DISTINGUER L'INFORMATION GÉNÉRALE ET CONFIDENTIELLE

INFORMATION GÉNÉRALE	INFORMATION CONFIDENTIELLE
<p>Information qui ne concerne pas la vie privée de l'individu telles que la philosophie d'intervention, les ressources disponibles, l'organisation des services dans l'établissement, les droits de l'utilisateur, etc.</p> <p>Dans la mesure où le diagnostic de la personne est connu des proches, l'information générale peut concerner les manifestations d'un problème de santé par exemple.</p>	<p>Information relative à la vie privée inscrite au dossier de la personne. Même avec l'obtention de son consentement, l'intervenant doit toujours évaluer la pertinence de partager une information confidentielle à un proche, un collègue ou un partenaire. Pour évaluer la pertinence de communiquer une information l'intervenant peut se poser la question suivante : Est-ce que la communication de cette information est nécessaire pour que l'intervention soit réalisée de manière compétente? Sera bénéfique à la personne?</p>
<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">LE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE <u>N'EST PAS NÉCESSAIRE</u> POUR PARTAGER CE TYPE D'INFORMATION, MAIS...</p> <p style="text-align: center;">SOYEZ VIGILANT : LE PARTAGE D'UNE INFORMATION GÉNÉRALE OU L'ORIENTATION D'UNE QUESTION PEUT DÉVOILER DE L'INFORMATION CONCERNANT LA VIE PRIVÉE DE LA PERSONNE.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><u>LE CONSENTEMENT DE L'USAGER EST NÉCESSAIRE</u> POUR PARTAGER CE TYPE D'INFORMATION.</p> <p>Plusieurs dérogations sont possibles selon l'article 19 de la LSSSS. Entre autre : «Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence.» Art. 19.0.1 de la LSSSS</p>

ENCADRÉ 11. LE PARTAGE D'INFORMATION ET LE RÔLE DE REPRÉSENTATION LÉGALE

Les règles de divulgation et de transmission d'informations peuvent être différentes quand des mesures de représentation légales sont en place, par exemple en cas de curatelle ou de tutelle. Dans certains contextes les intervenants ont l'obligation de divulguer certaines informations au représentant légal, dans d'autres contextes, ils ont la possibilité de le faire. Lorsqu'il est de l'obligation de l'intervenant de le tenir informé afin de prendre des décisions éclairées, une évaluation juste de l'information qui doit être partagée est nécessaire. Dans tous les cas, l'intervenant doit s'assurer de connaître et maîtriser les balises du régime de protection en vigueur ainsi que les notions permettant de savoir ce qui doit être transmis, à qui et pourquoi cela peut se faire SANS le consentement de la personne. Ces informations doivent être transmises aux personnes concernées, dans un langage accessible. En suivant ce lien, vous serez dirigé vers le bottin des ressources produit par le Curateur public du Québec afin d'accompagner les proches dans ce rôle de représentation légale :

(https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/outils/publications/bottin_ress_ext.html).

AIDE-MÉMOIRE : NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE CONSENTEMENT

Voici une série d'informations utiles pour tout partage d'information nécessitant le consentement de la personne¹³⁰.

Q.1 QU'EST-CE QU'UN CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ ?

R. C'est un droit qui se traduit pour l'intervenant par l'obligation de bien informer la personne sur la teneur de l'information transmise et lui permettre de prendre cette décision relative sur une base volontaire. Pour que ce dernier puisse prendre une décision éclairée en lien avec le partage d'information, il est donc essentiel qu'il ait obtenu toute l'information pertinente à ce sujet et qu'il soit dans un état lui permettant de bien comprendre la teneur de celle-ci ainsi que la portée de cette divulgation ou non. L'intervenant ne peut exercer de contrainte ou formuler des menaces à l'encontre de la personne pour obtenir son consentement.

Q.2 UN CONSENTEMENT VERBAL EST-IL SUFFISANT ?

R. Oui. Un formulaire écrit et signé ne démontre pas que le consentement exprimé est libre et éclairé. La preuve que la conversation a eu lieu et que les informations ont été données se fait par la note au dossier. Il s'agit d'une règle de preuve provenant de la Cour Suprême du Canada. La loi exige un consentement écrit dans quelques cas bien spécifiques seulement (ex. chirurgie, anesthésie, don d'organe, etc.). L'obtention du consentement verbal évite d'exacerber la méfiance qu'une signature écrite peut parfois engendrer. Toutefois, dans des situations où la personne révoque souvent son consentement, le consentement écrit peut être envisagé en la conscientisant au fait que de procéder de cette façon, évite qu'elle n'agisse en fonction de ses émotions ou des symptômes de son trouble mental. Si pertinent, utiliser un document écrit précisant le type d'information - par catégorie - qui peut être partagé avec les personnes ciblées par la personne et remettre ce document aux parties concernées⁴⁵.

Q.4 OÙ CONSIGNER LES INTERVENTIONS FAITES RELATIVES AU CONSENTEMENT?

R. Dans les notes au dossier en y rapportant les explications fournies et le consentement verbal exprimé. Ces notes sont un instrument primordial pour bien soigner, car elles contiennent l'histoire de la relation d'aide. Le fait de rapporter dans les notes au dossier toutes les interventions faites, y compris les informations communiquées, les recommandations formulées, ainsi que la réaction de la personne aura pour effet d'établir que son bien-être ainsi que le respect de ses droits ont été pris en compte, ce qui protégera l'intervenant en cas de

poursuite. Sur le plan légal, tout ce qui est rapporté dans la note au dossier est réputé comme étant vrai, et c'est à celui qui le conteste de faire la preuve du contraire.

Q.5 QUELLE EST LA DURÉE DE VALIDITÉ DU CONSENTEMENT OBTENU?

R. Aucune. Le consentement n'est pas un événement isolé, survenant à l'intérieur d'une durée déterminée. Le consentement est un processus continu, la personne pouvant changer d'idée en cours de route. Il peut être modifié ou révoqué en tout temps. L'objet du consentement évolue avec la situation et doit être revu au fur et à mesure des interventions proposées. On doit ainsi revoir le consentement à des moments-clés, par exemple lorsqu'il y a une modification significative de l'état de santé, un changement de traitement ou changement dans la vie de la personne. Le consentement doit aussi être contemporain, c'est-à-dire avoir été manifesté pour un soin actuel ou prévisible dans un temps assez rapproché. En cas de doute, il vaut mieux valider avec la personne.

Q.6 COMMENT ABORDER LE CONSENTEMENT AVEC LA PERSONNE?

R. Il faut d'abord s'assurer d'un certain nombre de conditions gagnantes pour le faire : avoir établi un lien de confiance minimal, s'assurer que la personne est disposée à aborder le sujet, et s'il y a lieu, s'assurer de bien connaître les limites imposées par le mandat ou régime de protection. Ensuite, **aborder avec la personne les bénéfices et le positionnement de l'établissement** face à l'implication des proches de même que ses droits en ce sens. **Discuter ouvertement avec lui de ses désirs et craintes** et aider-le à définir concrètement comment il souhaite impliquer ses proches. Présenter lui la possibilité **d'être spécifique sur le type d'information échangée** avec les proches : Quelle information? À qui? Comment? Et informer la personne de la **façon dont sera consigné le consentement et de la nature révoicable de sa décision**. Lorsque la décision est prise vous pouvez demander à la personne de **résumer ce qu'elle a compris** pour valider si le consentement est libre et éclairé.

AIDE-MÉMOIRE : PISTES D'INTERVENTION EN L'ABSENCE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATION

Si la personne refuse d'impliquer ses proches, il ne faut pas pour autant les écarter du processus. Ici la nuance se fera sur le type d'information qui sera partagé dans le respect de ses droits de tous. Voici quelques pratiques à adopter dans ces circonstances.

Auprès de la personne ayant un trouble mental:

- Revérifier le consentement une fois que le lien thérapeutique est plus fort ou quand les symptômes se sont apaisés;
- Demeurer ouvert à entendre les craintes de la personne et, sans insister, proposer à nouveau de départager l'information qu'on peut et qu'on ne peut pas partager ;
- Présenter les bénéfices de l'implication des proches, ainsi que les inconvénients sur le rétablissement ou les limites de l'intervention découlant de ce refus ;
- Rassurer la personne sur le respect de sa volonté tout en étant transparent envers lui sur la nature des liens entretenus avec les proches;
- En période de stabilité, proposer à la personne de contacter ses proches pour partager ses réussites et son cheminement.

Auprès des proches :

- Expliquer que le refus au partage d'information vient de la personne, que nous devons respecter son choix et que celle-ci aura l'occasion de consentir ou de revenir sur sa décision éventuellement. Expliquer que le temps consacré à respecter le rythme de la personne, sans outre passer sa volonté, peut être bénéfique pour son rétablissement et le maintien du lien entre tous;
- Outiller les proches pour qu'ils nomment à la personne pourquoi ils souhaitent échanger avec l'intervenant et la nature des échanges espérés;
- Éviter de demander aux proches les informations qu'ils connaissent déjà sur la situation de la personne et de confirmer celles qui s'avèrent véridiques;
- Si les proches sont inquiets d'une situation, usez d'une attitude rassurante et aider les à verbaliser. Établir clairement avec eux qu'on ne peut pas partager de l'information confidentielle, mais qu'on peut en recevoir de leur part. Ainsi, s'ils ont des inquiétudes sur le comportement de la personne, démontrer une ouverture à recevoir leurs observations, sans questionner.
- Centrer les échanges avec les proches sur leurs besoins ou leurs perceptions de la situation : demander s'ils ont des questionnements plus généraux ou des besoins sur comment composer avec ce qu'ils vivent actuellement. Offrir des références et du soutien selon les besoins.

ENCADRÉ 12. ASTUCES POUR ABORDER LE CONSENTEMENT AVEC LA PERSONNE

Voici des astuces à utiliser dans des situations où la personne est réticente à impliquer ses proches et à consentir au partage d'information :

- 1- Miser sur l'idée que de répondre aux questions des proches pour calmer leurs inquiétudes et de les rassurer dans le respect de la volonté de la personne sera utile pour cette dernière qui n'est pas toujours en mesure de répondre aux questionnements de ses proches ou de leur dire comment agir avec elle, surtout en période de crise. Rappeler que les principales préoccupations des proches sont: Est ce que la personne va bien? Est-ce qu'elle a les services dont elle a besoin pour traverser ce qu'elle vit? Est-ce qu'on prend bien soin d'elle ? L'intervenant peut offrir de jouer ce rôle de médiateur pour maintenir le lien entre tous. Ce type d'approche peut être tentée tout en s'assurant que la personne sait en quoi cela consiste et qu'elle décide quelles informations seront partagées à ses proches.
- 2- Demander à l'usager d'identifier une personne en qui il a confiance et que l'on peut contacter dans une situation où l'intervenant n'arrive pas à le contacter et que cela génère des inquiétudes. Décrire avec l'usager le contexte dans lequel ce type de contact avec un proche est permis. Par exemple, après combien de temps de non réponse puis-je contacter cette personne ?

ENCADRÉ 13. L'INTERVENANT PEUT-IL PRENDRE L'INITIATIVE DE CONTACTER LES PROCHES POUR RECUEILLIR DE L'INFORMATION EN L'ABSENCE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATION?

Non. Il y a atteinte à la vie privée et à l'intimité d'une personne lorsqu'un intervenant recherche des informations la concernant sans son consentement. La collecte de données permettant d'établir un diagnostic ou d'orienter les interventions doit être faite avec le consentement de la personne puisque que c'est le principe du consentement au soin qui s'applique ici. Pour bien comprendre, faisons le parallèle avec les soins physiques et les investigations nécessaires pour établir un diagnostic. Une prise de sang, par exemple, requiert l'accord de la personne. On ne peut l'y forcer. Il en va de même pour établir un diagnostic en santé mentale où l'intervenant souhaite avoir accès à l'historique de vie de la personne auprès de ses proches. Cette position concorde avec l'article 28 du Code de déontologie des médecins qui prévoient que: "*Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.*"¹⁰¹ et est appuyée par le Barreau du Québec²⁸¹³¹.

L'intervenant peut toutefois user de l'information transmises volontairement par les proches, sans questionner, sans insister. En tout temps, l'initiative de donner l'information devra venir des proches si la personne n'ya pas consenti. Ce partage peut se faire par une lettre, un message ou un appel téléphonique. Dans ce cas, l'information fournie par un tiers sera couverte par le secret professionnel et ne pourra être communiquée à la personne. Bien que la transparence soit de mise avec celle-ci, il faudra ici porter attention à la manière dont ce type d'information sera utilisé notamment si le tiers ne souhaite pas être identifié et que la divulgation pourrait lui causer du tort. C'est le principe de la bienfaisance qui s'applique ici et la circulation des informations ne doit pas causer préjudice aux parties concernées^{132,133}.

ENCADRÉ 14. LE CONSENTEMENT ET LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

²⁸Des cas d'exceptions sont précisément identifiés à l'article 19 de la LSSS. Par exemple, en cas de consentement substitué pour assurer la sécurité de l'usager ou d'autrui (majeur ou mineur (DPJ), si une personne s'avère être le représentant légal, l'intervenant pourra toutefois le contacter.

Que la personne bénéficie d'un suivi avec une équipe multidisciplinaire ou avec des intervenants différents qui ne sont pas dans la même équipe, dans les deux cas, chaque intervenant devra obtenir le consentement de la personne pour pouvoir partager de l'information avec ses proches.

L'intervenant peut seulement se soustraire de cette obligation si les façons de travailler en équipe ont été présentées à la personne préalablement et que ce à quoi elle a consenti concernait l'ensemble des intervenants de l'équipe clinique ou encore s'il a identifié nommément les intervenants autorisés. Par exemple, si un médecin reçoit l'autorisation de communiquer avec les proches pour échanger de l'information, il peut mandater un intervenant de l'équipe qui est associé au dossier seulement si l'obtention du consentement a été présentée de manière à ce que la personne comprenne bien qui entrera en contact avec ses proches.

Gardez en tête que :

- En contexte de collaboration interprofessionnelle, les intervenants doivent s'assurer de divulguer uniquement l'information pertinente pour permettre de suivre le plan d'intervention de la personne. Une attention devra être apportée à cet aspect pour éviter tout sensationnalisme ou badinage.
- Une note de tiers inscrite au dossier suivant un échange réalisée entre un intervenant et un proche ne peut être reprise par les autres intervenants pour être utilisée dans l'intervention.

AIDE-MÉMOIRE : RÉFLEXIONS ÉTHIQUES SUR LE PARTAGE D'INFORMATION

Des zones grises et des dilemmes éthiques sont au cœur du partage d'information avec les proches, rendant ainsi les décisions difficiles à prendre pour les intervenants. C'est en ces circonstances qu'une réflexion se basant sur des valeurs éthiques peut guider les interventions. Sans prétendre faire complètement le tour de cette complexe question et couvrir toutes les situations, voici une mise en situation pour illustrer le type de dilemme auquel les intervenants font face ainsi que des questionnements éthiques généraux permettant d'orienter l'intervention. Ces questions sont applicables à plusieurs situations. Chaque situation étant unique, rappelons qu'il y a de nombreuses variables à prendre en compte dans l'orientation des interventions.

Mise en situation

Patrice, 18 ans, vit en appartement et demande à son intervenant de ne pas parler de son suivi avec son père. Il dit même qu'il n'a pas informé ce dernier qu'il avait un suivi et souligne qu'il n'a pas confiance en son père parce qu'il raconte tout à sa nouvelle conjointe avec qui Patrice ne s'entend pas. Patrice dit qu'elle lui fait toujours des commentaires déplaisants et qu'elle raconte sa vie à tout le monde. Le père réussit cependant à communiquer avec l'intervenant. Il se dit très inquiet pour son fils. Il demande des informations sur les services offerts, sur le fonctionnement, etc. Est-ce une bonne idée de parler avec le père, et de lui donner des informations d'ordre général sans toutefois donner d'information confidentielle concernant Patrice ?

LES VALEURS EN CAUSE	QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES GÉNÉRAUX POUR ORIENTER L'INTERVENTION
Autonomie : La capacité de la personne à prendre ses propres décisions, qu'elles soient bonnes ou mauvaises pour elle.	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que la divulgation d'information risque de miner la relation de confiance qui s'établit avec la personne ou de lui causer des préjudices?
Bienfaisance : L'obligation de faire le bien en mettant en œuvre la compétence professionnelle.	<ul style="list-style-type: none"> • Comment faire pour favoriser le plus possible la participation de la personne dans le respect de ses valeurs et de ses convictions ?
Non-malfaisance : L'abstention de poser tout acte qui causerait un tort pour la personne.	<ul style="list-style-type: none"> • Comment être bienveillant envers les proches tout en respectant la volonté de la personne?
Justice : La reconnaissance de l'égalité de chacun et l'échange des ressources en fonction des besoins et de l'efficacité de l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les bénéfices attendus pour les proches d'avoir accès à l'information? Pour la personne? • Est-ce que la situation comporte des éléments justifiant le bris de confidentialité en vertu de l'article 19 de la LSSSS ?

ENCADRÉ 15. LE RAPPORT DE PROPORTION ENTRE LE RESPECT DE L'AUTONOMIE ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA BIENFAISANCE.

Une approche proportionnée invite d'abord à valoriser le plus possible la portion saine de l'autonomie de la personne, en adoptant une intervention adaptée à ses capacités et à sa personnalité pour lui permettre de prendre ses décisions. Un dilemme survient lorsque la personne semble manquer de jugement et prendre une mauvaise décision, par exemple en raison d'une condition psychologique altérée. Pour ce faire, l'intervenant doit avoir suffisamment d'informations sur la perception des parties impliquées pour prendre une décision : Est-ce que la méfiance de Patrice est justifiée ? Est-ce que de parler au père serait pour le plus grand bien de Patrice ? Ainsi, dans des cas d'exceptions, lorsque l'autonomie de la personne est diminuée ou inexistante, la bienfaisance peut se substituer à la portion d'autonomie déficiente. Le calcul de proportion n'est toutefois pas mathématique. Il présente un caractère approximatif et les interventions devront ici être envisagées de manière à causer le moins de préjudices à la personne⁷⁹. Gardons en tête qu'une approche contraignante, peut entrer en contradiction avec l'objectif de bienfaisance et que ce n'est pas seulement l'autonomie de la personne qui risque d'être affectée dans ces contextes, c'est sa vie entière.

AIDE-MÉMOIRE : PISTES D'INTERVENTION LORS D'UNE SITUATION DE CRISE

Peu importe sa cause ou le moment où elle survient, les situations de crise nécessitent généralement d'échanger le plus rapidement possible avec une personne significative de l'entourage de la personne, idéalement qu'elle aura choisi, et cela, pour :

- offrir une écoute;
- mettre à contribution le savoir des proches pour dresser le portrait de la situation;
- éviter de laisser les proches avec l'entière responsabilité du soutien de la personne ;
- convenir des actions à mettre en place à court terme pour gérer la situation ;
- proposer une référence systématique²⁹ vers les organismes de soutien pour les proches.

²⁹Il s'agit d'une démarche où l'intervenant du CIUSSS/CISSS remplit un formulaire et l'envoie directement à l'organisme afin que celui-ci contacte le membre de l'entourage par téléphone. Suivant la référence, le membre de l'entourage sera rejoint, mais sans aucune obligation par la suite d'accepter les services offerts. Pour que la référence ait lieu, le membre de l'entourage doit consentir à la divulgation des informations personnelles. L'avantage de cette démarche est de créer un premier contact, sans que le membre de l'entourage n'ait à porter la responsabilité de devoir initier le contact envers l'organisme, ou encore de devoir retenir l'information en regard de ses services.

TABLEAU 8 : PISTES D'INTERVENTION FACE À DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES LIÉS À UNE SITUATION DE CRISE

A L'URGENCE	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir à l'utilisateur la possibilité que la/les personnes qui l'accompagnent soient présentes lors de l'évaluation³⁰ et/ou prendre le temps de considérer l'information que ces derniers ont à transmettre sur la situation; - Offrir du soutien et un accompagnement directement à l'urgence ; - Rassurer les proches à l'effet que la personne est en sécurité, qu'elle est prise en charge par des intervenants compétents; - Si la personne n'est pas prise en charge suite à son évaluation, mettre en place un système de communication afin que les proches sachent à qui s'adresser si la situation se détériore.
LORS DE L'HOSPITALISATION	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les proches des règles entourant les visites, les appels téléphoniques ou la possibilité d'amener des effets personnels à la personne ; - Informer une personne significative si la personne hospitalisée est transférée dans un autre établissement; - Créer rapidement et malgré la présence de symptômes, un lien de confiance avec la personne qui permettra d'aborder l'implication des proches; - En l'absence de consentement face au partage d'information, mettre en place un système de communication avec les proches en mentionnant les limites et les possibilités du partage. - Identifier un intervenant auprès de qui les proches peuvent s'adresser pour répondre à leurs questionnements ou transmettre de l'information; - Permettre les visites pendant hospitalisation en fonction de la volonté de la personne ;
LORS DE LA PRISE DE MESURES LEGALES	<ul style="list-style-type: none"> - Valider le rôle et la position des proches dans la situation. Si les proches souhaitent être impliqués, il faut les soutenir en les incitant à mettre leur limite et en rappelant leur position sensible. - Outiller les proches pour expliquer à la personne les raisons de la prise de mesures légales ; - Démontrer de l'ouverture à ce que les proches vous transmettent des observations ou informations pour documenter la situation. - Informer vous-même les proches de la prise de mesures légales pour éviter que cela soit fait uniquement par l'entremise d'une lettre transmise par le huissier et accompagner les pour en comprendre les raisons;

³⁰L'article 11 de la LSSSS établit que : « Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement. »

AIDE-MÉMOIRE : PISTES D'INTERVENTION LORS DE LA FIN D'UN ÉPISODE DE SERVICES

La fin d'un épisode de services peut induire des situations où les proches sont sollicités davantage ou doivent assurer seuls le soutien pendant une période plus ou moins longue. Autant que possible :

- 1) Planifier la fin des services avec la personne et au moins un proche qu'elle aura ciblée. Si une telle approche n'est pas possible, encourager la personne à informer ses proches de la fin des services.
- 2) Informer les proches des démarches à entreprendre pour obtenir à nouveau des services en cas de besoin.

Le Tableau 3 propose des pratiques cliniques associées à deux situations spécifiques où il y a une fin de service.

TABLEAU 3 : PISTES D'INTERVENTION ASSOCIÉES À DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES OÙ IL Y A UNE FIN DE SERVICE

La fin de l'hospitalisation	La transition vers une nouvelle intensité de services
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contacter le plus rapidement possible les proches avant le départ de l'hôpital pour répondre à leurs questions. Ce contact est très important, surtout si il s'en suit un retour de la personne à la maison auprès d'eux. ➤ Évaluer la capacité des proches à accueillir et à soutenir la personne au terme de l'hospitalisation. ➤ Informer les proches des modalités relatives à la continuité des soins et services suite à l'hospitalisation. ➤ Proposer le référencement systématique³¹vers les organismes de soutien pour les proches. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer avant le changement que le ou les nouveaux intervenants ont l'information pertinente sur la manière dont les proches sont impliqués auprès de la personne. ➤ S'assurer que les proches ont les coordonnées du nouvel intervenant. ➤ S'il y a un délai dans la transition, identifier un intervenant à qui les proches peuvent se référer.

Agir en prévention

À la fin d'une hospitalisation, d'un épisode de service ou lorsque la personne va bien, l'intervenant peut prévoir un plan avec cette dernière afin que les situations soient gérées comme elle le souhaite si des signes de rechute ou si une période difficile se présentent. Il est suggéré d'inviter la personne à cibler un proche pour qu'il participe activement à l'élaboration de ce plan ⁷. Il s'agit d'une occasion pour agir en amont des crises et plus précisément:

- Revenir tous ensemble sur l'expérience vécue;
- Préciser le rôle et les actions que les proches peuvent entreprendre en situation de crise et ce, en cohérence avec la volonté de la personne.
-

Dans ce plan, se retrouve notamment ces questions :

- Quels sont les signes et symptômes d'une crise ou d'une rechute ?
- Comment d'agir auprès de la personne en cas de crise ? Ex. parler de ses préoccupations avec la personne si elle est disposée, l'inviter à contacter son intervenant, etc.
- Qui contacter pour du soutien en situation de crise? Quand et comment le faire?

³¹Il s'agit d'une démarche où l'intervenant du CIUSSS/CISSS remplit un formulaire et l'envoie directement à l'organisme afin que celui-ci contacte le membre de l'entourage par téléphone. Suivant la référence, le membre de l'entourage sera rejoint, mais sans aucune obligation par la suite d'accepter les services offerts. Pour que la référence ait lieu, le membre de l'entourage doit consentir à la divulgation des informations personnelles. L'avantage de cette démarche est de créer un premier contact, sans que le membre de l'entourage n'ait à porter la responsabilité de devoir initier le contact envers l'organisme, ou encore de devoir retenir l'information en regard de ses services.

- Quoi faire en attendant d'obtenir des services pour diminuer la tension ou pour éviter que la situation dégénère

*« Pendant la crise, ça explose et là il y a les soins. Mais c'est surtout après la crise, c'est là que ma famille a voulu savoir : Qu'est-ce qu'on fait pour la suite pour ne pas que ça se reproduise? »
(Personne en rétablissement)*

AIDE-MÉMOIRE : PISTES D'INTERVENTION LORS D'UNE CRISE LIÉE À UNE SITUATION EXCEPTIONNELLE

Plusieurs besoins des proches peuvent être exacerbés lors de situations exceptionnelles extérieures, ponctuelles, parfois tragique, et qui ne sont pas nécessairement liées aux parcours des personnes. Mentionnons à titre d'exemple la pandémie de la COVID-19, des drames familiaux, des manifestations violence fortement médiatisées qui associent à tort des actes de violence à des troubles mentaux. La pandémie de la COVID-19 a généré des impacts notables sur la santé des personnes ayant des troubles mentaux préexistants : ce qui s'est traduit par une augmentation des symptômes et des épisodes psychotiques, de la consommation, des hospitalisations/rechute, tentatives suicidaires ou comportements impulsifs et, incidemment, sur le rôle de leurs proches.

Des études récentes ont mis en évidence les impacts suivants chez les proches de ces personnes :

- Augmentation du soutien exigé en période de services limités dans le contexte où le réseau de la santé était mobilisé voire surchargé momentanément;
- Distanciation forcée compliquant le soutien physique et moral offert ;
- Changement dans le rôle de soutien ou encore sur la relation entre les parties;
- Accès plus limité au réseau social ;
- Effets psychologiques tels que l'anxiété, l'anticipation, le stress, la détresse, la fatigue et l'épuisement, etc.

Lorsque cela se produit, l'ensemble des pistes d'interventions nommées dans ce guide s'appliquent en fonction du jugement clinique de l'intervenant. Toutefois, parmi celles-ci certaines peuvent être envisagées de manière plus intensive pour répondre aux besoins exacerbés des proches en ces circonstances :

- Maintenir la communication avec les proches et l'augmenter temporairement au besoin. Il peut être pertinent de revoir les méthodes de communication et mettre à profit de nouvelles technologies;
- Établir ou revoir la manière d'intégrer les proches dans les soins et services pendant et après les situations exceptionnelles;
- Fournir de l'information en continu en lien avec l'évolution de la situation;
- Fournir de l'information sur les impacts potentiels de la situation pour la personne ayant un trouble mental et sur les stratégies d'adaptation à privilégier;

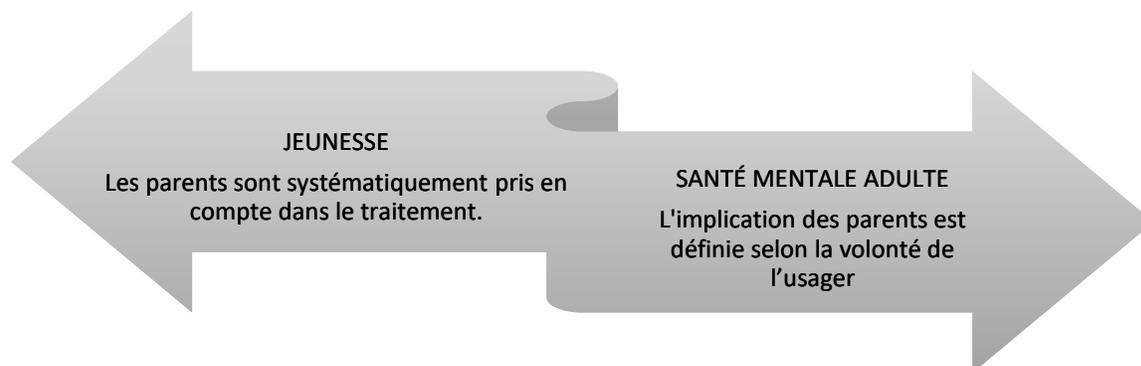
ENCADRÉ 16. LE DÉCÈS DE LA PERSONNE PENDANT UN ÉPISODE DE SOINS OU DE SERVICES

Si en tant qu'intervenant vous devez composer avec une situation de crise où le décès de la personne se produit pendant un épisode de soins et services, vous devrez respecter les protocoles de votre établissement avant de pouvoir contacter les proches. Lorsqu'une communication sera possible, soyez empreint d'une attitude calme, empathique et rassurante. Au besoin référer vers les centres de crise et les centres de prévention du suicide du Québec qui interviennent auprès de l'entourage en cas de décès. Pour accéder à la liste des organismes : <https://www.centredecrise.ca/listecentres> ou <https://rcpsq.org/bottin-des-cps/>.

AIDE-MÉMOIRE : PISTES D'INTERVENTION LORS DE LA TRANSITION VERS LES SERVICES ADULTE

Lors de la transition vers la vie adulte, le jeune vivant avec un problème de santé mentale passera des services jeunesse vers ceux offerts en santé mentale adulte. Lui et ses parents pourraient vivre des changements importants au niveau de la philosophie de soins et des services qui leurs sont offerts et de leurs rôles respectifs. La Figure représente ce changement vécu par les proches à cette étape.

FIGURE 2 : Le rôle des proches lors de la transition vers les services adulte.



Le tableau qui suit propose une transition en trois phases, chacune identifiant des pratiques cliniques permettant aux intervenants de mieux accompagner les jeunes et leurs parents dans ce changement. Selon les situations, cette transition peut durer jusqu'à 1 an, elle peut donc être initiée avant l'âge adulte.

TABLEAU 10 :

PISTE D'INTERVENTION LORS DE LA TRANSITION ENTRE LES SERVICES JEUNESSE ET LES SERVICES SANTÉ MENTALE ADULTE

Phase 1 : Pré-transition	Phase 2 : Période de soins parallèles	Phase 3 : Post-transition
SERVICES JEUNESSE	SERVICES JEUNESSE ET ADULTE SANTÉ MENTALE	SERVICES ADULTE SANTÉ MENTALE
<ul style="list-style-type: none"> - Impliquer les parents et le jeune adulte dans les discussions sur les besoins du jeune et la nécessité d'une orientation vers le système de santé mentale pour adulte. - Prendre soin d'expliquer aux parents et au jeune adulte les règles qui s'appliqueront relativement au partage d'information et de répondre à leurs questions. - Informer les parents et le jeune de la trajectoire de soins : à quoi s'attendre pour la suite (le processus de transition), la philosophie de soins et des services adultes, où appeler au besoin, etc. 	<p>La durée de la transition peut varier selon la maturité du jeune dans l'optique de développer son autonomie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux parents de rencontrer les nouveaux intervenants du jeune. - Dégager graduellement les parents de certaines responsabilités. Par exemple, contacter directement le jeune pour la prise de rendez-vous et les suivis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner le jeune en regard du choix des informations confidentielles qu'il désire ou non partager avec ses parents. - Accompagner le jeune en regard du choix d'impliquer ses parents ou une personne significative de son entourage.

OUTILLER

« Il faut savoir quels sont les bons comportements à adopter pour éviter que ça revienne? Pour combattre le sentiment d'impuissance. Il faut donner aux familles un pouvoir d'agir et de faire quelque chose. » (Proche)

« C'est d'apprendre à séparer les choses. Je garde ma vie, mon travail mes choses, mais je veux supporter aussi. Si on supporte mieux, tout va mieux aussi. Prendre soin de soi nous permet de mieux prendre soin de l'autre. »(Proche)

« L'assimilation se fait tranquillement. La réception de l'information est souvent en fonction d'où je suis rendue. Mes besoins ne sont pas toujours les mêmes. » (Proche)

« On a besoin de quelqu'un qui va nous aider [...] à être bienveillants l'un envers l'autre, à maintenir des liens familiaux 'normaux' [...] Ce n'est pas juste un patient, c'est une famille malade ». (Proche)

OUTILLER les proches signifie leur fournir à la fois l'information et les outils nécessaires pour qu'ils se sentent compétents à accompagner la personne ayant un trouble mental et à composer avec les périodes difficiles. L'objectif est d'aider les proches à développer leurs connaissances, leurs stratégies d'adaptation et leurs propres outils afin de favoriser leur autonomie et combattre le sentiment d'impuissance face à la situation. Pour ce faire, ils peuvent être référés à des organismes de soutien pour les proches de personnes ayant un trouble mental, fortement habilités à outiller les proches. Les intervenants des CISSS et CIUSSS peuvent également fournir de nombreuses sources d'information pertinentes et utiles (sites web, livres, etc.), selon les besoins de chacun et accompagner dans la mise en place de stratégies d'adaptation.

À noter que certaines situations, telles que le stade précoce de la maladie, la réception du diagnostic ou en cas d'hospitalisation (surtout lors de la sortie), sont susceptibles d'induire des besoins accrus chez les proches dans le développement de leurs connaissances ainsi que leurs stratégies pour composer avec la situation. Toutefois, ces besoins peuvent aussi se présenter lorsque la situation est stable dans une visée préventive. Les périodes d'accalmie présentent d'ailleurs des conditions favorables pour prendre du recul face à la situation et acquérir de nouveaux apprentissages.

Il est reconnu que les programmes d'éducation psychologique et les groupes d'entraide sont des lieux permettant le partage d'outils et de connaissances bénéfiques pour les proches.

- **Les programmes d'éducation psychologique**³² sont généralement offerts en ateliers de groupe où les thèmes abordés touchent par exemple : la communication, la gestion des émotions et de la culpabilité, la gestion de crise, le processus de rétablissement, l'éducation sur les problèmes de santé mentale, des stratégies pour prendre soin de soi, etc. Ce type d'atelier est reconnu pour répondre aux besoins spécifiques des proches qu'il s'agisse de besoins d'information sur les problèmes de santé mentale, sur la façon de composer avec la situation, sur le système de santé et sur les ressources communautaires ¹⁴⁴.
- **Les groupes d'entraide.** Les organismes de soutien pour les proches offrent généralement la possibilité de participer à des groupes de soutien par les pairs. Ces groupes sont des lieux d'échanges où les participants peuvent partager entre eux leur expérience et leur vécu. Le contact avec les autres proches peut être aidant et briser l'isolement, permettre un soutien social et émotionnel, générer de l'espoir et induire un sentiment de normalisation. Il est préférable que la composition de ces groupes soit homogène de manière à ce que chacun puisse se reconnaître dans le vécu de l'autre et favoriser un partage.

³²Cette notion réfère à la psychoéducation.

AIDE-MÉMOIRE : LE DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES DES PROCHES

« *L'entourage doit comprendre ce qui lui arrive pour pouvoir s'y adapter.* » (Proche)

Le manque de connaissance d'ordre général sur les problèmes de santé mentale ou encore sur les soins et services contribue au stress vécu par les proches. Ce type d'information est nécessaire pour mieux comprendre la situation et éventuellement développer des stratégies d'adaptation. Échanger avec les proches permettra d'explorer leurs connaissances à l'égard de plusieurs aspects de la situation et du rôle qu'ils jouent.

Les thèmes suivants sont généralement d'intérêt pour ces derniers :

- Le diagnostic : manifestations et impacts sociaux
- Les signes précurseurs d'une rechute
- Les effets secondaires et les interactions entre les médicaments prescrits ;
- Les interventions médicales
- Les ressources disponibles
- Le fonctionnement des soins et services
- Les aspects légaux et juridiques
- Le rôle de représentation légale
- Les types d'interventions psychosociales
- Le processus de rétablissement en santé
- Le rôle et les impacts d'être un proche

« *J'ai besoin d'avoir de l'information sur ce qui se passe : comment ça va fonctionner pour les soins? Est-ce normal qu'elle ne me reconnaisse pas? Est-ce normal que les médicaments l'endorment à ce point? Qu'est ce qui s'en vient pour la suite, le après?* » (Proche)

mentale

Notez que, lors d'un premier épisode de crise, les proches ont généralement peu d'informations sur les troubles mentaux et le fonctionnement des soins et services. Ils ont particulièrement besoin d'être bien informés et guidés lors de ces situations³³. Si le choc émotif face à la situation diminue la capacité des proches à assimiler de nouvelles connaissances, privilégier les formats pouvant facilement être relus au moment désiré (ex. liste de références vers des sites internet fiables et crédibles; document sur le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation, liste de ressources disponibles à proximité; dépliant d'information sur des sujets spécifiques, etc.).

Nous relevons quelques exemples de sources d'informations fiables³⁴ vers lesquelles orienter les proches :

- **Association canadienne pour la santé mentale – division du Québec** <https://quebec.acsm.ca/>
- **À portée de main.** Dossier thématique sur la confidentialité et la collaboration avec les proches
- <https://cerrisweb.com/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/confidentialite-et-collaboration-avec-les-membres-de-l-entourage/>
- **Réseau Qualaxia.** Dossier thématique sur l'intervention auprès des proches en santé mentale.
- <https://qualaxia.org/dossier/intervenir-aupres-des-proches/>
- **Société pour les Troubles de l'humeur du Canada.** Site d'information sur la dépression (définition, prise en charge, rétablissement, proche, etc.). <http://ladepressionfaitmal.ca/fr/>
- **Esantementale.ca.** Initiative à but non lucratif de l'hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO) qui se consacre à améliorer la santé mentale des enfants, des jeunes et de leurs familles. [Ressources en santé mentale au Québec : eSanteMentale.ca](#)
- **Gouvernement du Québec.** Site d'information générale sur la santé mentale. [Santé mentale | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)
- **Société québécoise de schizophrénie.** <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/accompagnement>

³³ S'informer sur la formation offerte par le Réseau avant de craquer intitulée « Apaiser et prévenir des situations de crise » : <https://www.avantdecraquer.com/>

³⁴Liste non-exhaustive.

- **Mouvement santé mentale Québec.** <https://www.mouvementsmq.ca/besoin-d-aide>

AIDE-MÉMOIRE : OUTILLER LA FRATRIE ET LA FAMILLE

Comme la communication avec les intervenants se fait souvent avec une seule personne, soit le parent ou le conjoint de la personne ayant un trouble mental, les membres de la fratrie peuvent être moins considérés

dans leurs besoins d'information face à la situation. Toutefois, eux aussi peuvent avoir des questionnements qui sont propres à leur rôle et leur position dans la situation. Au Québec, des initiatives intéressantes de soutien existent pour répondre aux besoins spécifiques des proches vivant avec un parent ou une personne ayant un trouble mental.

En voici des exemples :

- Anna et la mer : un programme d'ateliers de 8 rencontres offert aux jeunes de 7 à 13 ans et mis en œuvre dans plusieurs organismes communautaires de soutien aux proches.
- Le guide de soutien et d'information développé par et pour des adolescents et jeunes adultes vivant avec un parent ayant un problème de santé mentale : *Quand ton parent a un trouble mental. Conseils et témoignages de jeunes* (2020). Disponible en cliquant ici.

« Lorsqu'il est en crise, ça mobilise énormément, il peut appeler tous les jours. On devient le centre de crise [...] On est campés dans ce rôle-là où on est comme des bouées, fait que là on n'est plus nécessairement... moi je ne suis plus sa sœur là. Moi il faut constamment que je me ramène dans mon rôle et que je lui explique que notre relation est plus précieuse que sa maladie » (Proche)

« Pour ma fille, ce qui a le plus aidé c'est qu'elle a participé à un groupe de soutien dans lequel il y avait une personne qui avait un trouble psychotique comme son frère. [...] Elle était beaucoup dans la critique envers moi, et en parlant avec lui cela l'a aidé à comprendre mes réactions. » (Proche)

Pour des besoins d'information, nous rapportons deux initiatives québécoises prometteuses d'intervention qui ciblent plus largement la famille incluant la fratrie.

- Le programme HoPE (Horizon Parent-Enfant) implanté au CIUSSS de la Capitale-Nationale en 2016 offre un accompagnement aux familles dont un parent vit avec la schizophrénie, la dépression récidivante ou la maladie bipolaire. Dans une approche systémique et partenariale, l'intervention cible tous les membres de la famille. Les infirmières cliniciennes attitrées au programme ont comme rôle de d'évaluer la condition physique et mentale de chacun des membres des familles qui leur sont référées tout en considérant les facteurs de risque environnementaux, socioéconomique ainsi que les habitudes de vie. Cette évaluation permet une réponse personnalisée aux besoins de chacun, une continuité dans les soins et services ainsi que la liaison avec les ressources du réseau de la santé, du milieu communautaire, avec le médecin de famille ou encore avec le milieu scolaire.
- FAMILLE+ est un programme multifamilial de groupe qui s'adresse aux parents ayant un trouble mental et à leurs enfants âgés de 7 à 11 ans. Il a pour but de prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale chez l'enfant et de favoriser la résilience familiale. FAMILLE+ vise chez tous les membres de la famille : le développement des connaissances, la reconnaissance des forces personnelles, la consolidation des liens familiaux, le renforcement du réseau de soutien et la prévention des difficultés. Le programme s'étend sur sept semaines, incluant six rencontres hebdomadaires (groupe parents et groupe enfants offerts en parallèle) et une rencontre familiale individuelle. Une rencontre de suivi a lieu un mois plus tard. Il s'agit d'un programme clés en main offrant aux intervenants une formation et une trousse complète d'animation^{150,151}.

AIDE-MÉMOIRE : OUTILLER LES PROCHES LORS DE LA PRISE DE MESURES LÉGALES

La prise de mesures légales peut induire un besoin d'informations supplémentaires pour comprendre les divers degrés d'application de la loi et ses spécificités. Autant que possible, en ces circonstances :

- Maintenez le lien avec les proches : expliquez-leur la situation et précisez à nouveau le type d'information qui peut être partagé avec eux.
- Référer les proches vers les organismes de soutien pour les proches en santé mentale qui offrent des services d'accompagnement en ces circonstances non seulement pour une meilleure compréhension, mais aussi dans le cas où les proches souhaitent l'application de la Loi P.38.001.

ENCADRÉ 17. APPLICATION DE LA LOI P.38.001

La Loi P.38.001 est une loi d'exception sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Elle s'applique, en dernier recours, à la personne qui, en raison de son état mental :

- présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui
- refuse de se soumettre à un examen psychiatrique.

Les organismes et personnes pouvant agir en situation de crise nécessitant l'application de la Loi P.38.001 sont : corps policier, médecin traitant, intervenant responsable du suivi (CLSC, Institut, etc.), parents, centre de crise, le 911.

Selon la Loi, si une requête est présentée au tribunal, soit pour obtenir une ordonnance de garde provisoire ou de garde en établissement, la famille doit être informée de cette requête : « À cette fin, la requête doit être remise à un membre raisonnable de la famille ou, le cas échéant: au titulaire de l'autorité parentale, au curateur, au tuteur ou au mandataire; à celui qui a la garde de la personne faisant l'objet de la requête ou à quelqu'un démontrant un intérêt particulier à son égard. » Sous réception de la requête, la famille pourra si elle le souhaite s'exprimer sur la situation. Elle n'a toutefois pas à se présenter en cours pour ce faire, et peut exprimer son point de vue par une lettre. Un besoin de soutien pourrait se présenter chez les proches pour en comprendre ces formalités et savoir comment contribuer à la démarche ou être informé de la suite.

Les références suivantes peuvent être suggérées pour comprendre ce type de situation. Elles ont inspiré le développement du Tableau proposant des informations sommaires et vulgarisées sur la prise de mesures légales:

- **Cabinet Ménard, Martin avocats.** Site complet sur les droits des usagers en santé. <http://www.vosdroitsensante.com>
- **Éducaloi.** Information vulgarisée sur les droits en santé mentale et sur la loi P.38. <https://www.educaloi.qc.ca/droit-et-sante-mentale-ce-qu'il-faut-savoir>
- **Gouvernement du Québec.** Guide vulgarisé sur les normes et le cadre juridique des soins en santé mentale. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-914-05F.pdf>
- **Gouvernement du Québec.** Information relative aux situations de mise sous garde
- <https://www.quebec.ca/justice-et-etat-civil/droits-et-recours-des-personnes-mises-sous-garde/>
- **CIUSSS de la Capitale-nationale.** Guide d'information et de soutien <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide-soutien-membre-entourage.pdf>

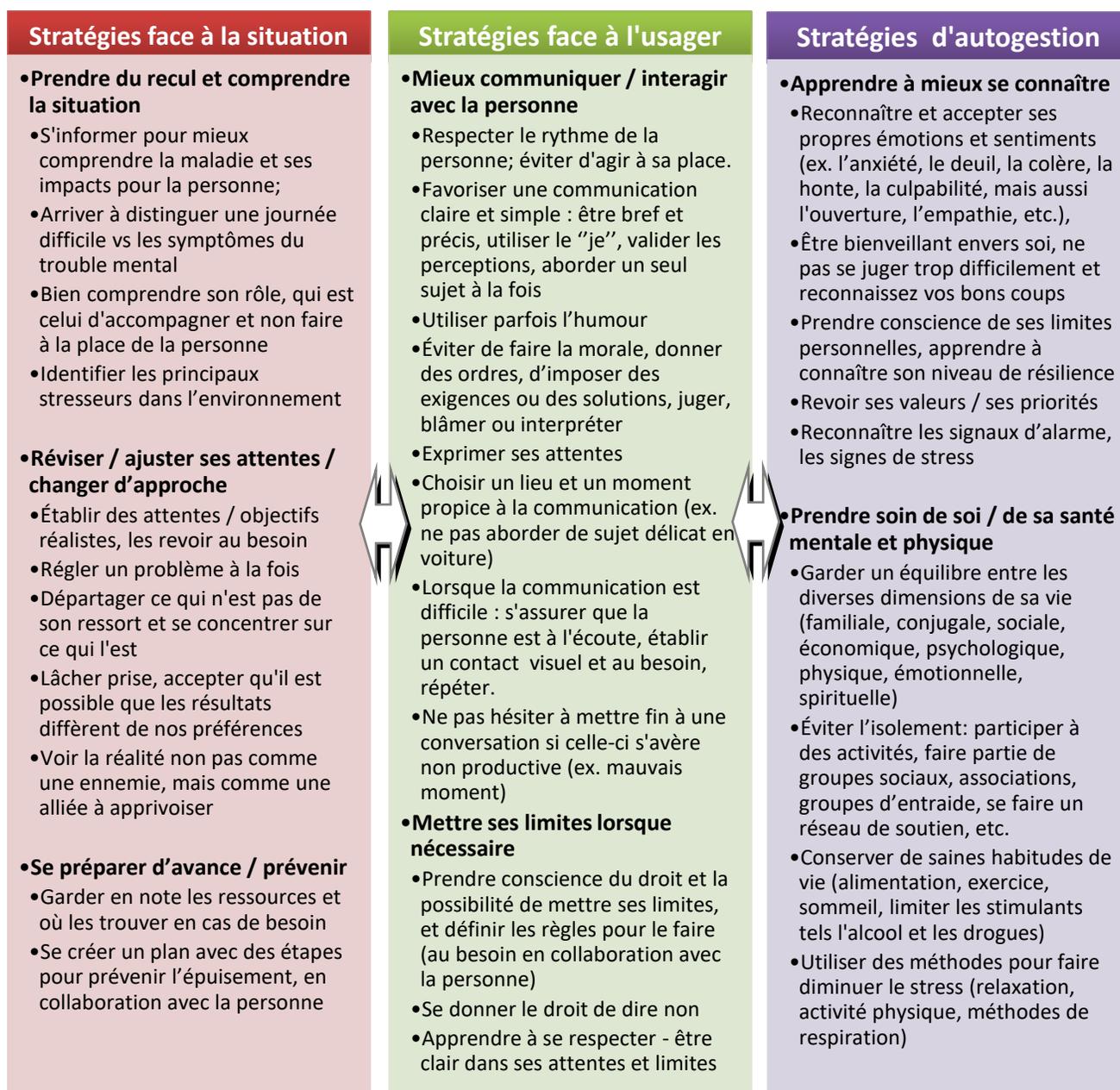
TABLEAU 11 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LES MESURES LÉGALES

Modalités d'application de la Loi P.38.001	Garde préventive	Garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique	Garde en établissement	Autorisation judiciaire de soins
S'applique dans quel contexte ?	Lorsqu'une personne présente un <u>danger grave et immédiat</u> (situation d'urgence) pour elle-même ou pour autrui et <u>refuse de se rendre dans un établissement.</u>	Lorsqu'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui et <u>refuse de se soumettre à une évaluation psychiatrique.</u>	Lorsqu'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui et refuse l'hospitalisation à l'issue de l'évaluation psychiatrique.	Demande de l'établissement permettant de traiter une <u>personne majeure considérée inapte à consentir aux soins et qui refuse catégoriquement les traitements qu'on lui propose.</u>
Comment obtenir ce type de garde?	Via les services policiers ou le centre de crise qui estimeront de la dangerosité et de la nécessité d'amener la personne dans un service d'urgence.	Autorisation par la Cour du Québec	Autorisation par la Cour du Québec	L'établissement doit déposer une demande d'autorisation à la Cour supérieure.
Ce que permet ce type de garde.	Garder la personne dans l'établissement contre son gré.	Réaliser une évaluation psychiatrique (incluant deux examens)	Garder la personne en établissement contre son gré pendant une durée déterminée.	Traiter contre son gré.
Ce que <u>ne</u> permet pas ce type de garde	Procéder à une évaluation psychiatrique ou traiter la personne contre son gré	Traiter la personne contre son gré	Traiter la personne contre son gré.	L'hospitalisation de la personne contre son gré.
La durée maximale	72 heures	Le temps prévu par la Loi, se situe entre 96 heures (4 jours) et 144 heures (6 jours).	Le maintien de la garde est évaluée par un examen après les 21 premiers jours pour vérifier si la garde est toujours nécessaire et tous les 3 mois par la suite.	Le jugement qui autorise l'ordonnance de soin en fixe la durée.

AIDE-MÉMOIRE : LES STRATÉGIES D'ADAPTATION

Accompagner les proches dans la mise en place de stratégies leur permettra de mieux s'adapter à la situation et jouer leur rôle de soutien auprès de la personne^{24,152,153}. La Figure présente des stratégies qui peuvent être proposées aux proches^{103,153-156}. Vous pouvez d'abord identifier celles qu'ils utilisent déjà, renforcer ce qui est à propos et définir avec eux des alternatives à celles qui fonctionnent moins bien.

FIGURE 3 : REPRÉSENTATION DES STRATÉGIES D'ADAPTATION



Demander de l'aide dès que le besoin se fait sentir (à l'entourage, à un organisme, aux intervenants, etc.). Déléguer des responsabilités dans les moments difficiles.

AIDE-MÉMOIRE : RÉFÉRER VERS DES SOURCES DE SOUTIEN

Référer des proches vers sources de soutien variées, spécialisées, formelles et informelles peut représenter la meilleure stratégie pour les outiller, dépendamment de leurs besoins^{9,14,24,41,43,125}. Notez que les proches ne seront pas nécessairement portés à aller spontanément chercher de l'aide. Il faudra parfois donner davantage d'informations sur les bénéfices de ces services et sources de soutien. Pour en susciter l'utilisation, varier les méthodes de référence.

- Proposer une référence systématique³⁵;
- Remettre un dépliant promotionnel;
- Rappeler en temps opportun l'existence des services et sources de soutien;
- Remettre une trousse d'informations où on retrouve l'ensemble des ressources disponibles dans la région ainsi que leurs coordonnées.

Quelles sont les sources de soutien ?

- **Organisme de soutien pour les proches.** Dans diverses régions du Québec, des organismes de soutien offrent de l'accompagnement et du soutien individuel aux proches, mais aussi la possibilité de participer à des ateliers d'information ou des groupes d'entraide ou de soutien par les pairs. Comme intervenant, vous pouvez vous aussi contacter ces organismes pour obtenir des conseils ou un accompagnement sur la manière d'outiller les proches.
- **Centre de crise ou de prévention du suicide.** Les centres de crise et les centres de prévention du suicide du Québec interviennent auprès des personnes vivant une crise et leur entourage, qu'elle soit situationnelle, liée à un décès ou reliée à un problème de santé mentale.
- **Organisme de répit/dépannage.** Dans certaines villes sont disponibles des services de répit s'adressant aux membres de l'entourage qui vivent avec ou qui s'occupent sur une base régulière d'une personne adulte (18 ans et plus) présentant un problème de santé mentale.
- **Consultation individuelle ou thérapie familiale**³⁶. La possibilité de référer les proches vers un service de consultation ou de thérapie familiale est une option qui peut être envisagée dans des situations plus complexes et/ou de détresse surmonter des défis d'adaptation occasionnés par la situation et le rôle de soutien.

Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale.

<https://aqpamm.ca/>

Réseau Avant de Craquer.

<https://www.avantdecraquer.com/reseau-organismes-aide/>.

Centre de crise

<https://www.centredecrise.ca/listecentres>

Centre de prévention du suicide

Référer des proches vers sources de soutien en dehors de l'établissement n'empêche aucunement les intervenants de CISSS/CIUSSS de maintenir des pratiques visant à outiller les proches^{13,147}. D'ailleurs, dans la mesure où on recourt à ces pratiques, une attention doit dans certains cas être portée à la continuité des services entre les divers intervenants impliqués.

³⁵ Il s'agit d'une démarche où l'intervenant du CIUSSS/CISSS remplit un formulaire et l'envoie directement à l'organisme afin que celui-ci contacte le membre de l'entourage par téléphone. Suivant la référence, le membre de l'entourage sera rejoint, mais sans aucune obligation par la suite d'accepter les services offerts. Pour que la référence ait lieu, le membre de l'entourage doit consentir à la divulgation des informations personnelles. L'avantage de cette démarche est de créer un premier contact, sans que le membre de l'entourage n'ait à porter la responsabilité de devoir initier le contact envers l'organisme, ou encore de devoir retenir l'information en regard de ses services.

³⁶ Au Québec, la thérapie familiale est un acte réservé prodigué par les thérapeutes conjugaux et familiaux membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)¹⁵⁷.

5. LES CONDITIONS ORGANISATIONNELLES

Le rétablissement et l'implication des proches dans ce processus est complexe. S'il commande des connaissances et un doigté sur le plan de l'intervention clinique, il invite aussi à une gestion des soins et services qui s'adapte à ce niveau de complexité et ce, par tous les paliers de l'établissement et les différents acteurs impliqués. Comme il l'a été mentionné précédemment, impliquer les proches commande un changement de culture que ne peuvent porter seuls les intervenants. C'est toute la structure de l'établissement qui est interpellée de par son rôle pour favoriser chez les équipes de soins et services les notions de partenariat, d'intégration, d'horizontalité, de communication, de changement des pratiques en fonction des besoins des personnes et de leurs proches.

Les conditions organisationnelles nécessaires pour soutenir les intervenants dans l'application des pratiques cliniques visant l'implication des proches sont représentées par thème dans la Figure . Celles-ci sont reprises dans les pages suivantes avec des précisions additionnelles sur les appuis scientifiques ainsi que suggestions de pratiques spécifiques à mettre en place dans les établissements.

FIGURE 4 : REPRÉSENTATION DES CONDITIONS ORGANISATIONNELLES POUR FAVORISER L'IMPLICATION DES PROCHES



1. PRENDRE POSITION EN REGARD DE L'IMPLICATION DES PROCHES

Objectif	Créer un cadre dans lequel les interventions visant à établir un partenariat avec les proches sont soutenues et favorisées par l'établissement.
Explications	<p>La légitimité des interventions menées auprès des proches est souvent contestée en affirmant que cela n'entre pas dans la mission de l'établissement et que le client est la personne ayant un trouble mental. Toutefois, la responsabilité populationnelle qui est incluse dans la LSSSS et qui incombe aux CISSS et CIUSSS, appuie bel et bien la nécessité de prendre en compte les besoins de santé de tous dans une optique de promotion et de prévention. De la même manière, les principes de primauté de la personne mis de l'avant dans le dernier Plan d'action en santé mentale du MSSS appuient fortement le développement d'une culture d'intervention qui inclut les proches². C'est en plaçant la personne au centre des interventions, en croyant en ses forces, sa capacité d'autodétermination et de se rétablir, qu'on peut balancer d'une part les besoins de la personne et ceux de ses proches.</p> <p>Pour toutes ces raisons, il est essentiel que la direction de l'établissement prenne des engagements clairs à l'égard de la considération portée envers les proches dans les soins et services en santé mentale ^{8,12,54,56,146,158,159}.</p>
Exemples de pratiques à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formuler une prise de position dans un document officiel ou une politique d'établissement dans lequel : <ul style="list-style-type: none"> ○ les proches sont identifiés comme des partenaires légitimes, égaux et contributifs dans le processus de rétablissement; ○ les rôles et responsabilités des intervenants envers les proches sont précisés; ➤ Définir le rôle des proches dans le processus de rétablissement ; ➤ Prôner l'importance du savoir-être de l'intervenant envers les proches; ➤ S'assurer que la prise de position soit adoptée et soutenue par tous les niveaux de gestion dans le secteur de la santé mentale (ex. : directeur, conseiller-cadre, chef de service, chef d'équipe, coordonnateur, médecin, psychiatre, etc.) ;

ENCADRÉ 18. LE POSITIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT LORS DE SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Lors de situations exceptionnelles, telles que la pandémie de la COVID-19, ou encore lors de situations fortement médiatisées pour les personnes ayant un trouble mental et leurs proches, les besoins de ces derniers peuvent être exacerbés. En ces circonstances, l'organisation doit assurer et maintenir une cohérence entre son positionnement visant à reconnaître les proches comme partenaires de soins essentiels, et les mesures de contrôles mises en place ou encore les services offerts lors de ces situations. À titre d'exemple, cet engagement peut se refléter dans la permission de visites de proches désignés par la personne sur les unités d'hospitalisation, et ce malgré les restrictions sanitaires ¹³⁹.

2. IDENTIFIER ET APPLIQUER DES NORMES DE PRATIQUES

Objectif	Systématiser et encadrer la mise en œuvre de pratiques visant à favoriser l'implication des proches dans l'établissement.
Explications	En vue de standardiser les pratiques et inciter les intervenants à les adopter, il est avantageux d'établir des normes de pratique. Il va sans dire qu'à la fois, les gestionnaires et les intervenants doivent comprendre et adhérer à la nécessité d'appliquer ces normes pour être mobilisés à le faire ^{8,99,160} . Pour des exemples de normes, nous référons au <i>Triangle of care</i> un modèle bien reconnu dans la littérature scientifique (voir encadré ici-bas) ⁹⁹ .
Exemples de pratiques à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Considérer les particularités des différents secteurs d'intervention dans l'identification de ces normes (ex. hospitalisation VS suivi dans la communauté) ; ➤ Utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour accompagner la mise en œuvre des normes de (ex. formation), de suivi et de soutien clinique ; ➤ Identifier des indicateurs de performance et des cibles à atteindre pour chaque norme et les suivre en équipe pour rendre compte de la mise en œuvre et des défis rencontrés ; ➤ Considérer le temps d'intervention nécessaire pour appliquer ces normes de pratique auprès des proches (ex. revoir la priorisation des tâches) ; ➤ Intégrer une évaluation régulière des niveaux de satisfaction des proches et des personnes qui utilisent les soins et services sur la manière dont ils ont été intégrés et soutenus dans les soins et services ;

ENCADRÉ 19. NORMES ET CRITÈRES DU « TRIANGLE OF CARE »

Worthington, Rooney et Hannan (2013) ont mis de l'avant le modèle du « Triangle of Care » à l'intérieur d'un guide très complet qui propose six normes de pratique et une série de critères à respecter afin de faciliter la mise en place de standards dans l'établissement pour créer un réel partenariat entre les proches, les personnes ayant un trouble mental et les intervenants⁹⁹. L'outil intégral (en version anglaise seulement), *The Triangle of Care Carers Included: A Guide to Best Practice in Mental Health Care in England, Second Edition.*, est disponible à l'adresse web suivante : <https://www.bdct.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/12/Triangle-of-Care-Intro-PDF.pdf>

Dans ce document, les auteurs proposent un outil concret, sous forme de plan d'action, pour aider les organisations à appliquer ces normes et critères, le « **Triangle of Care Self-Assessment Tool** ». Les normes présentées touchent différents volets de l'implication des proches, par exemple :

- La reconnaissance des proches et de leur rôle;
- La sensibilisation et la formation du personnel face à l'implication des proches;
- Les procédures organisationnelles concernant le partage d'information et la confidentialité;
- La nature du support aux proches.

3. OFFRIR DES OUTILS ET DES ENVIRONNEMENTS DE TRAVAIL FACILITANTS

Objectif	Accompagner le travail des intervenants auprès des proches.
Explications	Pour ajuster leurs pratiques, les intervenants auront besoin d'environnements de travail ou d'outils d'intervention et d'information adaptés ¹² .
Exemples de pratiques à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulter les intervenants dans l'identification des outils et environnements nécessaires ; ➤ Faciliter la navigation dans le dossier de la personne pour qu'on y repère facilement : 1) le nom et les coordonnées des proches en cas de besoin et ; 2) les informations relatives au consentement au partage d'information confidentielle. ➤ Exemples d'outils : <ul style="list-style-type: none"> ○ Questionnaire d'évaluation des besoins des proches. ○ Procédure permettant d'encadrer le partage d'information; ○ Procédure de référence systématique vers les ressources communautaires (ex. organisme de soutien aux proches) ; ○ Protocole pour encourager les personnes à définir leurs préférences et leurs choix en regard de l'implication de leurs proches ; ○ Trousse d'informations où on retrouve l'ensemble des ressources disponibles dans la région pour les proches ainsi que leurs coordonnées; ○ Pour chaque personne hospitalisée, attribuer une carte magnétique à un proche qu'il aura désigné, que l'on peut numériser et qui identifie rapidement qui est la personne, son lien et l'information qui peut lui être partagée. ➤ Exemples d'environnements ; <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser l'information que l'on retrouve dans les salles d'attente et s'assurer qu'elle est mise à jour ; ○ Aménager les salles d'attente pour accueillir confortablement les proches; ○ Aménager une salle où l'intervenant peut prendre le temps de discuter avec les proches; ○ Offrir un service de prêt de livres de référence en santé mentale (bibliothèque accessible aux proches) ; ○ Humaniser l'environnement de l'entrée de l'unité d'hospitalisation;

ENCADRÉ 20. L'INTERVENTION DU PAIR-AIDANT FAMILLE

Au Québec, la pair-aidance famille est relativement nouvelle dans le paysage des soins et services en santé mentale. Des expériences singulières ont été mises en place et évaluées dans la dernière décennie¹⁶¹, mais ce n'est que depuis 2020 que la tendance s'est accentuée pour formaliser ce type d'intervention. L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale offre maintenant une formation adaptée aux personnes qui souhaitent devenir pair-aidant famille et leur intégration dans les soins et services est d'ailleurs en expérimentation dans différentes CISSS et CIUSSS du Québec. La définition retenue pour décrire cette intervention dans le cadre de la Formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs aidants famille est la suivante :

« La pair-aidance famille est une pratique professionnelle. Dans le domaine de la santé mentale, le pair aidant famille est à la fois un membre du personnel payé, complémentaire et égal aux autres, généralement formé et accrédité, ainsi qu'un membre de l'entourage (parent, enfant, frère-sœur, ami, etc.) d'une personne vivant ou ayant vécu des difficultés de santé/maladie mentale et comportementale. Le principal outil de travail du pair aidant famille est son savoir expérientiel, son vécu sur lequel il a un recul, qu'il utilise judicieusement en combinaison avec des outils spécialisés pour soutenir les personnes dans les différentes étapes de leur rétablissement personnel et familial. Dans son travail, le pair aidant famille offre une présence réconfortante et un soutien émotionnel aux membres de l'entourage, de l'information utile et de l'aide à la navigation dans les services, et il partage adroitement son vécu afin d'apporter de l'espoir authentique et de briser le sentiment d'isolement des familles. »

Le soutien aux proches peut prendre plusieurs formes, notamment des discussions informelles et ponctuelles, des rencontres en face à face, des groupes de soutien, des appels téléphoniques ou visioconférences, des forums web, ou des réunions. Il peut être offert directement dans les lieux de consultation, par exemple à l'urgence ou sur une unité d'hospitalisation, pour permettre aux proches de recevoir rapidement l'information, d'être écoutés, soutenus et orientés¹⁶¹. On comprend ici que le potentiel d'intervention du pair-aidant famille en situation de crise est énorme. Son rôle est d'autant plus important alors que dans ce moment d'instabilité, l'intervenant met beaucoup d'énergie à gérer la crise et à intervenir auprès de la personne. Le pair-aidant famille peut alors prendre le temps de répondre aux préoccupations des proches pour les aider à traverser cette étape difficile.

4. OFFRIR UNE FORMATION DE BASE ET CONTINUE

Objectif	Améliorer les connaissances et le sentiment de compétence des intervenants et des gestionnaires cliniques de l'organisation.
Explications	Les gestionnaires et intervenants doivent avoir certaines connaissances pour comprendre la pertinence des pratiques cliniques visant l'implication des proches, ainsi que pour développer leur savoir-être et leur savoir-faire auprès de ces derniers ^{9,12,24,49,62,99,122,124,159,162,163} . Ces formations doivent rendre l'idée que l'intervention auprès des proches n'est pas une surcharge, mais plutôt une manière d'intervenir qui comporte des bénéfices, bien qu'elle puisse nécessiter un réaménagement des façons de faire. De même, il est reconnu que la formation continue est nécessaire pour maintenir et actualiser cette expertise ^{62,99} .
Exemples de pratiques à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Former les gestionnaires afin de bien soutenir leur équipe dans l'adoption des pratiques cliniques ; ➤ Rendre la formation obligatoire pour les anciens et les nouveaux employés, et inclure les médecins et psychiatres ; ➤ Prendre en compte les particularités de certains secteurs d'intervention dans le développement des formations ; ➤ Inviter un procheet/ou une personne ayant un trouble mental à participer à l'animation d'une formation destinée aux intervenants et gestionnaires ; ➤ Prévoir des modalités de formation adaptées à un contexte de roulement de personnel élevé (formats variés : vidéo narrée, formation en continu, en présentiel, documentation écrite). ➤ Exemples de thèmes à aborder dans la formation (liste nonexhaustive): <ul style="list-style-type: none"> ○ Les rôles des proches et la complexité de ceux-ci ; ○ Les besoins, les connaissances et les forces des proches ; ○ Le processus de rétablissement ; ○ Les enjeux de l'implication des proches (ex. : contraintes, difficultés, bénéfices) ; ○ Le contexte sociohistorique en santé mentale et ses impacts sur les croyances et les préjugés; ○ Les lois et droits des usagers (reconnus entres autres par la LSSSS et la Charte des droits et libertés) et les considérations éthiques entourant le partage d'information;

5. OFFRIR UN SOUTIEN CLINIQUE

Objectif	Soutenir les intervenants dans la pratique clinique et dans les défis rencontrés.
Explications	Offrir de la consultation et du soutien clinique aux gestionnaires et intervenants qui interviennent avec les proches pour promouvoir cet aspect de l'intervention et aborder les difficultés rencontrées est primordial ^{12,24,62,99,147} .
Exemples de pratiques à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aborder le sujet de l'implication des proches au sein de communauté de pratique ou de groupes de codéveloppement professionnel existants afin de susciter la réflexion du groupe et le partage d'expérience; ➤ S'assurer que le soutien aux proches soit abordé lors des rencontres cliniques ; ➤ Accompagner les nouveaux employés dans la mise en place des pratiques ; ➤ Identifier un mentor dans chaque équipe responsable de soutenir ses collègues ; ➤ Mettre à profit l'expérience d'un pair-aidant famille pour soutenir les intervenants ;

6. COORDONNER LA GESTION DU CHANGEMENT DANS L'ORGANISATION

Objectif	Assurer la gestion du changement de pratiques à travers les différents acteurs impliqués, les différents secteurs d'activité en santé mentale.
Explications	La mise en application de pratiques organisationnelles et cliniques à grande échelle est complexe et doit être coordonnée et suivie dans l'établissement ^{13,99,147} .
Exemples de pratiques à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Impliquer des représentants de proches et de personnes ayant un trouble mental dans la coordination du changement; ➤ Mettre en place des outils de rétroaction afin d'affiner les stratégies et les pratiques mises en place (ex. sondage, comité, évaluation et compréhension des plaintes reçues relativement à l'implication des proches) ➤ Identifier des personnes dans l'organisation responsables de tâches liées à la gestion du changement de pratique telles que : <ul style="list-style-type: none"> ○ Promouvoir l'implication des proches ; ○ Assurer une cohérence dans l'implantation des pratiques ; ○ Veiller à l'uniformisation des pratiques ; ○ Gérer la formation du personnel et des nouveaux employés ; ○ Mettre à jour les outils cliniques ; ○ Être une référence (conseil) auprès des gestionnaires et intervenants pour ce qui concerne le partage d'information ou autres difficultés rencontrées ; ○ Implanter et organiser une communauté de pratiques ou un groupe de codéveloppement professionnel;

7. MAINTENIR ET RENFORCER LES LIENS AVEC LES PARTENAIRES

Objectif	Assurer les liens et la continuité des pratiques entre les organisations qui interviennent avec les proches.
Explications	Pour accompagner la personne ayant un trouble mental, les proches naviguent dans différents secteurs d'activité en santé mentale, tous ayant des mandats et des manières différentes d'interagir avec eux. De fait, la communication entre le milieu public et communautaire ainsi que l'harmonisation des différentes manières d'impliquer les proches faciliteront leur rôle de soutien et la demande d'aide en moment opportun.
Exemples de pratiques à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir des connexions régulières avec les partenaires et différentes équipes soignantes et organismes tels toxicomanie, organismes communautaires, services de police, centre de crise, hôpital psychiatriques qui interviennent avec les proches afin de développer une vision commune des besoins des proches au niveau du territoire desservi et des moyens réalistes de répondre ; ➤ Établir des liens avec les organisations responsables de la formation des pairs-aidants famille (voir encadré X) afin d'envisager une collaboration dans les soins et services ; ➤ Identifier les sources de soutien en matière de soutien dans la collectivité et établir des liens avec les activités offertes; ➤ Mettre en place des méthodes de référencement entre les partenaires ;

8. CONTRIBUER À LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION ASSOCIÉE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Objectif	Réduire l'impact de la stigmatisation sur les proches et susciter leur volonté à devenir des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.
Explications	La stigmatisation associée au problème de santé mentale dans la population générale s'étend aux proches et peut même être véhiculée par des intervenants qui portent de fausses croyances. Des messages stigmatisants peuvent en venir qu'à être portés par les proches et en découlent des problèmes d'estime de soi. Cela peut aller jusqu'à retarder la demande d'aide lorsque l'entourage vit de la détresse ^{164,165} . Plusieurs stratégies visant à lutter contre la stigmatisation sont identifiées comme étant prometteuses dans la littérature. On y retrouve entre autres la stratégie de contact favorisant les interactions interpersonnelles positives entre la personne ayant un problème de santé mentale et une personne du public en général. Cette stratégie est d'ailleurs l'un des fondements du programme de lutte contre la stigmatisation de la Commission de la santé mentale du Canada ¹⁶⁵ .
Exemples de pratiques organisationnelles à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Documenter où se situent les principaux stigmas véhiculés par les intervenants à propos de l'implication des proches (attitudes négatives, responsabilités, rôles dans le rétablissement); ➤ Diffuser des messages d'information aux intervenants permettant de réduire les fausses croyances; ➤ Identifier les principales stratégies de luttes contre la stigmatisation;

Enfin, pour alimenter toute cette réflexion, la Commission de la santé mentale du Canada [8] propose des questionnements généraux que les directions de l'établissement peuvent se poser pour soutenir leurs pratiques visant à impliquer les proches et le développement d'une culture d'intervention en ce sens.

- *Avez-vous fait un examen critique des politiques et des procédures organisationnelles pour confirmer qu'elles privilégient la collaboration avec les familles, les aidants naturels et les réseaux de soutien?*
- *À quels processus avez-vous eu recours pour évaluer les besoins des familles en matière de soutien et comment les répercussions du soutien sur le fonctionnement des familles sont-elles mesurées?*
- *Quelles ressources ont été prévues pour favoriser la participation des familles et des aidants naturels à la planification de la prestation des programmes et des services?*
- *Comment avez-vous encouragé la flexibilité lorsqu'il s'agit de travailler avec les familles, notamment en offrant des évaluations et des services hors site, après les heures de travail ou à domicile?*
- *Qu'avez-vous fait pour vous assurer que le personnel, les personnes ayant un savoir expérientiel, les familles et les proches soient au courant des sources auprès desquelles ils peuvent obtenir du soutien pour les familles et les aidants naturels, y compris du soutien par des pairs aidants-famille?*

6. CONCLUSION

Ce guide de bonnes pratiques nous amène à comprendre la complexité et l'ampleur du virage à prendre pour amener un changement qui induira un réel partenariat avec les proches dans les soins et services. Ainsi, ce document ne doit pas être une fin en soi, mais plutôt l'initiative d'une volonté de changement qui se devra d'être coordonnée, réfléchie et appelé à évoluer en fonction de l'expérience vécue, de la demande et des besoins.

En conclusion, voici quelques lignes directrices pour y arriver.

TRAVAILLER EN PARTENARIAT. Ce guide a été construit dans une démarche consensuelle impliquant des usagers partenaires, des proches, des intervenants de différentes professions, des gestionnaires et des directions d'organismes communautaires. Il est nécessaire que ce processus consensuel se poursuive au-delà de l'élaboration du guide et qu'il soit mis à profit dans la phase de mise en œuvre des conditions organisationnelles et des pratiques cliniques afin d'établir une stratégie globale et organisée.

DÉVELOPPER UNE VISION COMMUNE. Dans le champ de la santé mentale, les acteurs sont nombreux, les secteurs d'activité sont variés et les défis et attitudes à l'égard de l'implication des proches le sont aussi. Le changement de pratique doit être perçu par tous comme une valeur ajoutée à la pratique habituelle afin de cheminer ensemble vers une vision commune du changement et de ses fondements.

INTÉGRER LE CHANGEMENT DANS L'ORGANISATION. Pour un réel changement de culture, il faut considérer que toutes les pratiques proposées dans ce guide, qu'elles soient organisationnelles ou cliniques, vont de pairs et que leur implantation commande une réflexion au sein de l'établissement et avec les partenaires. De ce fait, la formation des intervenants est essentielle, mais non suffisante. Elle doit s'accompagner d'un soutien clinique. Il en va de même pour la prise de position de l'établissement qui ne permettra pas à elle seule de modifier les pratiques. De plus, pour espérer un réel changement, on ne saurait s'en tenir à une simple distribution du guide auprès des intervenants, sans leur fournir les outils et environnements de travail nécessaire.

PLANIFIER L'IMPLANTATION DES PRATIQUES. Il s'agit ici d'identifier : les implications au niveau organisationnel ainsi que le/les niveaux de gestion concernés ; les enjeux d'implantation anticipés ; les rôles/responsabilités des acteurs concernés à tous les niveaux ; les ressources matérielles et humaines requises ; les indicateurs permettant de suivre l'implantation et les conditions de pérennité.

ÉVALUER L'IMPLANTATION. Considérant l'ampleur du changement et le nombre de pratiques proposées dans ce guide, il est souhaitable de procéder d'abord à l'évaluation de l'implantation de chaque pratique et de suivre certains indicateurs témoignant de leur mise en œuvre. Ce type d'évaluation à visée formative permet généralement de produire des données et des ajustements aux pratiques afin qu'elles atteignent un fonctionnement optimal avant d'en mesurer leurs impacts.

Et pour terminer, donnons le mot de la fin au plus grand défi de tout changement organisationnel : la pérennité. En effet, on souhaite ici que ce partenariat qui est souhaité depuis si longtemps perdure. Il s'agit d'une préoccupation qui doit demeurer présente, que ce soit dans la planification des mécanismes de formation, dans le leadership nécessaire chez les gestionnaires, dans la priorisation des interventions ou dans l'établissement de partenariat formel avec la communauté.

7. RÉFÉRENCES

- (1) World Health Organization. *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches*, 2021.
- (2) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action En Santé Mentale 2015-2020 - Faire Ensemble et Autrement*. Gouvernement du Québec 2017.
- (3) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action En Santé Mentale 2005-2010 - La Force Des Liens - Publications Du Ministère de La Santé et Des Services Sociaux*. 2005.
- (4) Ministère de la santé et des services sociaux. *Évaluation de l'implantation Du Plan d'action En Santé Mentale 2005-2010 : La Force Des Liens*. 2012.
- (5) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Loi Sur Les Services de Santé et Les Services Sociaux* ; 2019.
- (6) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*; Québec, 2018.
- (7) Commission de la santé mentale du Canada. *Guide de Référence Pour Des Pratiques Axées Sur Le Rétablissement*. 2015.
- (8) Commission de la santé mentale du Canada. *Guide Des Pratiques Prometteuses : Mobiliser Les Proches Aidants Dans Les Services de Santé Mentale et Des Dépendances Au Canada*. 2019.
- (9) Bellesheim, K. R. Ethical Challenges and Legal Issues for Mental Health Professionals Working with Family Caregivers of Individuals with Serious Mental Illness. *Ethics Behav.* **2016**, 26 (7), 607–620. <http://dx.doi.org/10.1080/10508422.2015.1130097>.
- (10) MacFarlane, W. R. Families in the Treatment of Psychosis Disorder. *Havard Mental Health Letter*, 1995.
- (11) Maybery, D.; Reupert, A. Parental Mental Illness: A Review of Barriers and Issues for Working with Families and Children. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2009**, 16 (9), 784–791. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>.
- (12) Eassom, E.; Giacco, D.; Dirik, A.; Priebe, S. Implementing Family Involvement in the Treatment of Patients with Psychosis: A Systematic Review of Facilitating and Hindering Factors. *BMJ Open* **2014**, 4 (10), e006108. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108>.
- (13) MacCourt, P. *Directives Pancanadiennes En Faveur d'un Système de Prestation de Services Pour Les Proches Aidants d'adultes Ayant Une Maladie Mentale*. Commission de la santé mentale du Canada 2013.
- (14) Bonin, J.-P.; Chicoine, G.; Fradet, H.; Larue, C.; Racine, H.; Jacques, M.-C.; St-Cyr Tribble, D. Le Rôle Des Familles Au Sein Du Système de Santé Mentale Au Québec. *Santé Ment. Au Qué.* **2014**, 39 (1), 159–173.
- (15) Réseau avant de craquer. *L'indispensable. Guide à l'intention Des Membres de l'entourage d'une Personne Atteinte d'une Maladie Mentale*. 2013.
- (16) Morin, M.-H.; Cloutier, R.; Gilbert, M. Favoriser l'engagement des familles dans les pratiques en santé mentale : une responsabilité collective! Présentation lors des Journées annuelles de la santé mentale, Montréal., 2019.
- (17) Pearson, C. L'incidence des problèmes de santé mentale sur les membres de la famille. *Coup d'œil sur la santé*. Statistiques Canada. October 7, 2015, pp 1–8.
- (18) Morgan, V. A.; Waterreus, A.; Jablensky, A.; Mackinnon, A.; McGrath, J. J.; Carr, V.; Bush, R.; Castle, D.; Cohen, M.; Harvey, C.; Galletly, C.; Stain, H. J.; Neil, A. L.; McGorry, P.; Hocking, B.; Shah, S.; Saw, S. People Living with Psychotic Illness in

- 2010: The Second Australian National Survey of Psychosis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry***2012**, *46* (8), 735–752. <https://doi.org/10.1177/0004867412449877>.
- (19) Maybery, D. J.; Reupert, A. E.; Patrick, K.; Goodyear, M.; Crase, L. Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatr. Bull.***2009**, *33* (1), 22–26. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.018861>.
- (20) Miller, D. I. Inpatient Psychiatric Care: Families' Expectations and Perceptions of Support Received From Health Professionals. *Perspect. Psychiatr. Care***2017**, *53* (4), 350–356. <https://doi.org/10.1111/ppc.12168>.
- (21) Family Mental Health Alliance. *Caring Together: Families as Partners in the Mental Health and Addiction System*; Canadian Mental Health Association Ontario: Ontario, 2006.
- (22) Provencher, H.; Dorvil, H. Le Soutien à Un Proche Atteint de Schizophrénie, Perspectives de l'aidant Familial. In *Problèmes sociaux : Études de cas et interventions sociales. Tome II.*; Sainte-Foy, 2001; pp 561–582.
- (23) Family Mental Health Alliance. *Caring Together: Families as Partners in the Mental Health and Addiction System*; Canadian Mental Health Association Ontario: Ontario, 2006.
- (24) Morin, M.-H. S'adapter Lors Du Premier Épisode Psychotique d'un Jeune Adulte : Perspectives Nouvelles Pour l'intervention Familiale et Les Pratiques Collaboratives Dans Le Domaine Social En Santé Mentale. Thèse de doctorat, Université Laval, Québec, 2015.
- (25) Lefley, H. P. *Family Caregiving in Mental Illness*; Family Caregiver Applications series; SAGE Publications, Inc: Miami, USA, 1996; Vol. 7.
- (26) Greenberg, J. S.; Greenley, J. R.; Benedict, P. Contributions of Persons with Serious Mental Illness to Their Families. *Hosp. Community Psychiatry***1994**, *45* (5), 475–480.
- (27) Schwartz, C.; Gidron, R. Parents of Mentally Ill Adult Children Living at Home: Rewards of Caregiving. *Health Soc. Work***2002**, *27* (2), 145–154. <https://doi.org/10.1093/hsw/27.2.145>.
- (28) Lavoie, S.; Lemoine, O.; Fournier, L.; Poulin, C.; Poirier, L.-R.; Chevalier, S. *Enquête Sur La Santé Mentale Des Montréalais, Volume 2 : Les Aidants Naturels*; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre: Direction de la santé publique: Montréal, 2002; p 127.
- (29) Veltman, A.; Cameron, J.; Stewart, D. E. The Experience of Providing Care to Relatives with Chronic Mental Illness. *J. Nerv. Ment. Dis.***2002**, *190* (2), 108–114. <https://doi.org/10.1097/00005053-200202000-00008>.
- (30) Anthony, W. A. A Recovery-Oriented Service System: Setting Some System Level Standards. *Psychiatr. Rehabil. J.***2000**, *24* (2), 159–168. <https://doi.org/10.1037/h0095104>.
- (31) Fridgen, G. J.; Aston, J.; Gschwandtner, U.; Pflueger, M.; Zimmermann, R.; Studerus, E.; Stieglitz, R.-D.; Riecher-Rössler, A. Help-Seeking and Pathways to Care in the Early Stages of Psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.***2013**, *48* (7), 1033–1043. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0628-0>.
- (32) Glick, I.; Stekoll, D.; Hays, S. The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia. *J. Clin. Psychopharmacol.***2011**, *31* (1), 82–85.
- (33) Morgan, C.; Fearon, P.; Hutchinson, G.; McKenzie, K.; Lappin, J.-M.; Abdul-Al, R.; et al. Duration of Untreated Psychosis and Ethnicity in the AESOP First-Onset Psychosis Study. *Psychol Med***2006**, *36*, 239–248. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006604>.

- (34) Miklowitz, D. J.; Chung, B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Fam. Process***2016**, *55* (3), 483–499. <https://doi.org/10.1111/famp.12237>.
- (35) Mottaghypour, Y.; Bickerton, A. The Pyramid of Family Care: A Framework for Family Involvement with Adult Mental Health Services. *Aust. E-J. Adv. Ment. Health***2005**, *4* (3), 210–217. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.210>.
- (36) Pharoah, F.; Mari, J.; Rathbone, J.; Wong, W. Family Intervention for Schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.***2006**, *4*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>.
- (37) Grivois, H.; Grosso, L. *La Schizophrénie Débutante*, Éditions John Libbey Eurotext.; France, 1998.
- (38) Herz, M. I.; Lamberti, J. S.; Mintz, J.; Scott, R.; O'Dell, S. P.; McCartan, L.; Nix, G. A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Controlled Study. *Arch. Gen. Psychiatry***2000**, *57* (3), 277–283. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.3.277>.
- (39) O'Callaghan, E.; Turner, N.; Renwick, L.; Jackson, D.; Sutton, M.; Foley, S. D.; McWilliams, S.; Behan, C.; Fetherstone, A.; Kinsella, A. First Episode Psychosis and the Trail to Secondary Care: Help-Seeking and Health-System Delays. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.***2010**, *45* (3), 381–391. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0081-x>.
- (40) Schofield, N.; Quinn, J.; Haddock, G.; Barrawclough, C. Schizophrenia and Substance Misuse Problems: A Comparison between Patients with and without Significant Carer Contact. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.***2001**, *36* (11), 523–528. <https://doi.org/10.1007/s001270170001>.
- (41) Andershed, B.; Ewertzon, M.; Johansson, A. An Isolated Involvement in Mental Health Care – Experiences of Parents of Young Adults. *J. Clin. Nurs.***2017**, *26* (7–8), 1053–1065. <https://doi.org/10.1111/jocn.13560>.
- (42) Bulger, M. W.; Wandersman, A.; Goldman, C. R. Burdens and Gratifications of Caregiving: Appraisal of Parental Care of Adults with Schizophrenia. *Am. J. Orthopsychiatry***1993**, *63* (2), 255–265. <https://doi.org/10.1037/h0079437>.
- (43) Cohen, A. N.; Drapalski, A. L.; Glynn, S. M.; Medoff, D.; Fang, L. J.; Dixon, L. B. Preferences for Family Involvement in Care Among Consumers With Serious Mental Illness. *Psychiatr. Serv.***2013**, *64* (3), 257–263. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200176>.
- (44) Réseau avant de craquer. *Sondage Auprès Des Membres de l'entourage Qui Accompagnent Un Proche Atteint de Maladie Mentale. Résultats.*; Québec, 2016.
- (45) Bogart, T.; Solomon, P. Procedures to Share Treatment Information among Mental Health Providers, Consumers, and Families. *Recovery Sev. Ment. Illnesses Res. Evid. Implic. Pract.***2006**, *2*, 238–248.
- (46) Cree, L.; Brooks, H. L.; Berzins, K.; Fraser, C.; Lovell, K.; Bee, P. Carers' Experiences of Involvement in Care Planning: A Qualitative Exploration of the Facilitators and Barriers to Engagement with Mental Health Services. *BMC Psychiatry***2015**, *15*. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0590-y>.
- (47) Dechillo, N. Collaboration between Social Workers and Families of Patients with Mental Illness. *Fam. Soc.***1993**, *74*, 104–115. <https://doi.org/doi.org/10.1177/104438949307400205>.
- (48) Dechillo, N.; Koren, P.-E.; Schultze, K. From Paternalism to Partnership : Family and Professional Collaboration in Children's Mental Health. *Am. J. Orthopsychiatry***1994**, *64* (4), 564–576.
- (49) Giacco, D.; Dirik, A.; Kaselionyte, J.; Priebe, S. How to Make Carer Involvement in Mental Health Inpatient Units Happen: A Focus Group Study with Patients, Carers and Clinicians. *BMC Psychiatry***2017**, *17* (1), Article 101.

- (50) Outram, S.; Harris, G.; Kelly, B.; Bylund, C. L.; Cohen, M.; Landa, Y.; Levin, T.; Sandhu, H.; Vamos, M.; Loughland, C. “We Didn’t Have a Clue”: Family Caregivers’ Experiences of the Communication of a Diagnosis of Schizophrenia. *Int. J. Soc. Psychiatry***2015**, *61* (1), 10–16. <https://doi.org/10.1177/0020764014535751>.
- (51) Bee, P.; Gibbons, C.; Callaghan, P.; Fraser, C.; Lovell, K. Evaluating and Quantifying User and Carer Involvement in Mental Health Care Planning (EQUIP): Co-Development of a New Patient-Reported Outcome Measure. *PLOS ONE***2016**, *11* (3), e0149973. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149973>.
- (52) Carpentier, N. Le Long Voyage Des Familles : La Relation Entre La Psychiatrie et La Famille Au Cours Du XXe Siècle. *Sci. Soc. Santé***2001**, *19* (1), 79–106.
- (53) Morin, M.-H.; St-Onge, M. L’intervention Familiale Dans La Pratique Du Travail Social En Santé Mentale. In *La pratique du travail social en santé mentale. Apprendre, comprendre et s’engager.*; Problèmes sociaux et interventions sociales; Presses de l’Université du Québec: Québec, 2019; pp 161–186.
- (54) Doody, O.; Butler, M. P.; Lyons, R.; Newman, D. Families’ Experiences of Involvement in Care Planning in Mental Health Services: An Integrative Literature Review. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.***2017**, *24* (6), 412–430. <https://doi.org/10.1111/jpm.12369>.
- (55) Wonders, L.; Honey, A.; Hancock, N. Family Inclusion in Mental Health Service Planning and Delivery: Consumers’ Perspectives. *Community Ment. Health J.***2019**, *55* (2), 318–330. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0292-2>.
- (56) Wilson, L. S.; Pillay, D.; Kelly, B. D.; Casey, P. Mental Health Professionals and Information Sharing: Carer Perspectives. *Ir. J. Med. Sci.* **1971 -2015**, *184* (4), 781–790. <https://doi.org/10.1007/s11845-014-1172-6>.
- (57) Beecher, B. Mental Health Practitioners’ Views of the Families of Individuals With Schizophrenia and Barriers to Collaboration: A Mixed Methods Study. *J. Fam. Soc. Work***2009**, *12* (3), 264–282. <https://doi.org/10.1080/10522150802654260>.
- (58) Mueser, K. T. Family Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder » : 57-81, Dans M. McFarlane, . In *dans M. McFarlane, Family therapy and mental health. Innovations in theory and practice*; New York, 2001; pp 57–81.
- (59) Balas, Landry, L. *Approche Systémique Santé Mentale*, 2e édition.; Presses de l’Université de Montréal: Montréal, 2008.
- (60) Ausloos, G. La compétence des familles, l’art du thérapeute. *Serv. Soc.***2005**, *43* (3), 7–22. <https://doi.org/10.7202/706665ar>.
- (61) Villeneuve, C. *L’intervention en santé mentale : Le pouvoir thérapeutique de la famille*; Thématique Santé, médecine, sciences infirmières et service social; Presses de l’Université de Montréal: Montréal, 2006.
- (62) Fadden, G. Training and Disseminating Family Interventions for Schizophrenia: Developing Family Intervention Skills with Multi-disciplinary Groups. *J. Fam. Ther.***2006**, *28* (1), 23–38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2006.00335.x>.
- (63) Johnson, E. The Partnership Model: Working with Families of People with Serious Mental Illness. In *Family therapy and mental health: Innovations in theory and practice*; The Haworth Clinical Practice Press: New York, 2001; pp 27–53.
- (64) Marsh, D. T. *Serious Mental Illness and the Family: The Practitioner’s Guide*; John Wiley & Sons Inc: Hoboken, NJ, US, 1998.
- (65) Miermont, J. *Thérapies Familiales et Psychiatrie*, 2e édition.; Doin éditeurs: Paris, 2010.
- (66) Salem, G. *L’approche Thérapeutique de La Famille*, 5e édition.; Elsevier Masson: Paris, 2009.
- (67) Amiguet, O.; Julier, C. *L’intervention Systémique Dans Le Travail Social : Repères Épistémologiques, Éthiques et Méthodologiques.*, 8e ed.; Éditions I.E.S: Genève, 1998.

- (68) Davidson, L.; Roe, D. Recovery from versus Recovery in Serious Mental Illness: One Strategy for Lessening Confusion Plaguering Recovery. *J Ment Health***2007**, *16* (4), 459–470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>.
- (69) Slade, M.; Amering, M.; Oades, L. Recovery: An International Perspective. *Epidemiol. Psychiatr. Soc.***2008**, *17* (2), 128–137. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00002827>.
- (70) Starnino, V. An Integral Approach to Mental Health Recovery: Implications for Social Work. *J. Hum. Behav. Soc. Environ.***2009**, *19*, 820–842. <https://doi.org/10.1080/10911350902988019>.
- (71) Leamy, M.; Bird, V.; Le Boutillier, C.; Williams, J.; Slade, M. Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.***2011**, *199* (6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
- (72) Bergeron-Leclerc, C.; Cormier, C.; Dallaire, B.; Morin, M.-H. Le rétablissement en santé mentale : émergence, représentations et perspectives. *Quintessence***2020**, *11* (10), 2.
- (73) Deegan, P. E. Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J***1988**, *11*, 11–19.
- (74) Price-Robertson, R.; Obradovic, A.; Morgan, B. Relational Recovery: Beyond Individualism in the Recovery Approach. *Adv. Ment. Health***2017**, *15* (2), 108–120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>.
- (75) Guilhempey, K. Santé mentale : le rétablissement de l'entourage. *Gazette de la Mauricie*, 2019.
- (76) Dubois, S. Le processus de rétablissement chez un proche d'une personne vivant ou ayant vécu un trouble de santé mentale, 2014.
- (77) Rexhaj, S. H. Les stratégies de coping chez les proches aidants de personnes atteintes de schizophrénie. Master ès Sciences en sciences infirmières, Université de Lausanne, Suisse, 2012.
- (78) Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. *Les Principes de l'éthique biomédicale. 7e édition.*, Oxford University.; New York, 2013.
- (79) Giroux, M. T. *À La Rencontre de La Relation d'aide Difficile. Approches Inspirantes Pour Les Professionnels de La Santé et Des Services Sociaux.*; Laboratoire de sagesse; Presses de l'université Laval: Québec, 2020.
- (80) Murray-Swank, A.; Dixon, L.-B.; Stewart, B. Practical Interview Strategies for Building an Alliance with the Families of Patients Who Have Severe Mental Illness. *Psychiatr. Clin. North Am.***2007**, *30* (2), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.01.004>.
- (81) Reid, J.; Lloyd, C.; Groot, L. de. The Psychoeducation Needs of Parents Who Have an Adult Son or Daughter with a Mental Illness. *Aust. E-J. Adv. Ment. Health***2005**, *4* (2), 65–77. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.2.65>.
- (82) Skärsäter, I.; Keogh, B.; Doyle, L.; Ellilä, H.; Jormfeldt, H.; Lahti, M.; Higgins, A.; Meade, O.; Sitvast, J.; Stickle, T.; Kilkku, N. Advancing the Knowledge, Skills and Attitudes of Mental Health Nurses Working with Families and Caregivers: A Critical Review of the Literature. *Nurse Educ. Pract.***2018**, *32*, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.002>.
- (83) Fromm-Reichmann, F. Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. *Psychiatry***1948**, *11* (3), 263–273. <https://doi.org/10.1080/00332747.1948.11022688>.
- (84) Levy, D. M. Maternal Overprotection. *Psychiatry***1939**, *2* (4), 563–597. <https://doi.org/10.1080/00332747.1939.11022265>.
- (85) Bateson, G.; Jackson, D., D.; Haley, J.; Weakland, J. Toward a Theory of Schizophrenia. *Behav. Sci.***1956**, *1*, 251–26.

- (86) Morin, M.-H. D'agent Causal... à Famille Compétente: Un Regard Sur La Transformation Du Rôle Des Membres de Familles Dans Les Pratiques En Santé Mentale. *Le Partenaire* **2012**, 20 (4), 4–10.
- (87) Fradet, H. Il Était Une Fois Une Famille... *Le Partenaire* **2012**, 20 (4), 11–17.
- (88) Brown, G. W.; Birley, J. L.; Wing, J. K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **1972**, 121 (562), 241–258. <https://doi.org/10.1192/bjp.121.3.241>.
- (89) Hatfield, A. B.; Lefley, H. P. *Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation*, 1 edition.; The Guilford Press: New York, NY, 1987.
- (90) Rungreangkulkij, S.; Gilliss, C. Conceptual Approaches to Studying Family Caregiving for Persons With Severe Mental Illness. *J. Fam. Nurs.* **2000**, 6 (4), 341–366. <https://doi.org/10.1177/10748407000600403>.
- (91) Vaughn, C. E.; Leff, J. P. The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **1976**, 129, 125–137. <https://doi.org/10.1192/bjp.129.2.125>.
- (92) Vaughn, C. E.; Leff, J. P. Patterns of Emotional Response in Relatives of Schizophrenic Patients. *Schizophr. Bull.* **1981**, 7 (1), 43–44. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.1.43>.
- (93) Fadden, G.; Bebbington, P.; Kuipers, L. The Burden of Care: The Impact of Functional Psychiatric Illness on the Patient's Family. *Br. J. Psychiatry* **1987**, 150, 285–292. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.3.285>.
- (94) Maurin, J. T.; Boyd, C. B. Burden of Mental Illness on the Family: A Critical Review. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **1990**, 4 (2), 99–107. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(90\)90016-E](https://doi.org/10.1016/0883-9417(90)90016-E).
- (95) Doornbos, M. M. The Strengths of Families Coping with Serious Mental Illness. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **1996**, 10 (4), 214–220. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(96\)80026-4](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(96)80026-4).
- (96) Benard, B.; Truebridge, S. L. A Shift in Thinking. Influencing Social Workers' beliefs about Individual and Family Resilience in an Effort to Enhance Well-Being and Success for All. In *The Strengths Perspective to Social Work Practice*; Pearson Education: Boston, 2013; pp 203–220.
- (97) Morin, M.-H.; St-Onge, M. La collaboration entre les parents et les travailleuses sociales œuvrant dans une clinique spécialisée pour les premières psychoses: Une voie prometteuse pour établir un réel partenariat. *Can. Soc. Work Rev.* **2017**, 33 (2), 229–254. <https://doi.org/10.7202/1038700ar>.
- (98) Dirik, A.; Sandhu, S.; Giacco, D.; Barrett, K.; Bennison, G.; Collinson, S.; Priebe, S. Why Involve Families in Acute Mental Healthcare? A Collaborative Conceptual Review. *BMJ Open* **2017**, 7 (9), e017680. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017680>.
- (99) Worthington, A.; Rooney, P.; Hannan, R. *The Triangle of Care. Carers Included: A Guide to Best Practice in Mental Health Care in England. Second Edition.*; England, 2013.
- (100) National Institute for Health and Care Excellence. *Depression in Adults: Recognition and Management*; 2009; p 53.
- (101) *Code de déontologie des médecins.*
- (102) Santé publique Ottawa; Association canadienne pour la santé mentale; Association canadienne de santé publique; Mental Illness Caregivers Association; Services aux familles des militaires. Guide des proches aidants en santé mentale: Un guide pour les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale ou aux prises avec un trouble de santé mentale. 2016.
- (103) Institut universitaire en santé mentale de Québec. Guide d'information et de Soutien Destiné Aux Membres de l'entourage d'une Personne Atteinte de Maladie Mentale. February 2012.

- (104) L'Appui Mauricie; Carpe Diem - Centre de ressources Alzheimer; Regroupement des aidants naturels de; CIUSSS Mauricie-et-du-Centredu-Québec; Association des aidants naturels du bassin; de Maskinongé. *Prendre Soins de Moi... Tout En Prenant Soins de l'autre Guide de Prévention de l'épuisement Destiné Aux Proches Aidants*. 2e Édition. 2018.
- (105) Association canadienne pour la santé mentale. *Prendre Soins de Soi En Tant Qu'aidant Naturel*.
- (106) Réseau avant de craquer. *Règle d'or Pour Faire Partie de La Solution*. 2017.
- (107) Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale. *L'indispensable - Guide à l'intention Des Membres de l'entourage d'une Personne Atteinte de Maladie Mentale*. 2013.
- (108) Leijdesdorff, S.; van Doesum, K.; Popma, A.; Klaassen, R.; van Amelsvoort, T. Prevalence of Psychopathology in Children of Parents with Mental Illness and/or Addiction: An up to Date Narrative Review. *Curr. Opin. Psychiatry***2017**, *30* (4), 312–317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>.
- (109) Aldridge, J. *Children Caring for Parents with Severe and Enduring Mental Illness*; Centre for Child and Family Research, Loughborough University., 2002.
- (110) Mulder, T. M.; Kuiper, K. C.; van der Put, C. E.; Stams, G.-J. J. M.; Assink, M. Risk Factors for Child Neglect: A Meta-Analytic Review. *Child Abuse Negl.***2018**, *77*, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>.
- (111) Reupert, A.; Maybery, D. What Do We Know about Families Where Parents Have a Mental Illness? A Systematic Review. *Child Youth Serv.***2016**, *37* (2), 98–111. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104037>.
- (112) Grant, G.; Repper, J.; Nolan, M. Young People Supporting Parents with Mental Health Problems : Experiences of Assessment and Support. *Health Soc. Care Community***2008**, *16* (3), 271–281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00766.x>.
- (113) Gladstone, B. M.; Boydell, K. M.; Seeman, M. V.; McKeever, P. D. Children's Experiences of Parental Mental Illness: A Literature Review. *Early Interv. Psychiatry***2011**, *5*, 271–289. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00287.x>.
- (114) Christiansen, H.; Anding, J.; Schrott, B.; Röhrle, B. Children of Mentally Ill Parents—a Pilot Study of a Group Intervention Program. *Front. Psychol.***2015**, *6*, 1494. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01494>.
- (115) Hinshaw, S. The Development of Children When a Parent Experiences Mental Disorder: Stigma, Communication, and Humanization. *Hum. Dev.***2018**, *61* (2), 65–70.
- (116) Gray, B.; Robinson, C.; Seddon, D. Invisible Children : Young Carer of Parents with Mental Health Problems – The Perspectives of Professionals. *Child Adolesc. Ment. Health***2007**, *13* (4), 169–172. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2007.00477.x>.
- (117) Foster, K.; Goodyear, M.; Grant, A.; Weimand, B.; Nicholson, J. Family-Focused Practice with EASE: A Practice Framework for Strengthening Recovery When Mental Health Consumers Are Parents. *Int. J. Ment. Health Nurs.***2019**, *28* (1), 351–360. <https://doi.org/10.1111/inm.12535>.
- (118) Piché, G.; Vilatte, A.; Bourque, S. A. *Trouble Mental Chez Le Parent. Enjeux Familiaux et Implications Cliniques*; Les Presses de l'Université Laval, 2021. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1v7zd09>.
- (119) International Early Psychosis Association Writing. International Clinical Practice Guidelines for Early Psychosis. *Br. J. Psychiatry***2005**, *187* (S48), s120–s124. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s120>.
- (120) Lines, E. *L'intervention Pendant Les Premiers Stades de La Psychose*; Association canadienne pour la santé mentale: Toronto, 2000.

- (121) Chen, F. A Fine Line to Walk: Case Managers' Perspectives on Sharing Information With Families: *Qual. Health Res.* **2008**, *18* (11), 1556–1565. <https://doi.org/10.1177/1049732308325539>.
- (122) Gray, B.; Robinson, C.; Seddon, D.; Roberts, A. “Confidentiality Smokescreens” and Carers for People with Mental Health Problems: The Perspectives of Professionals. *Health Soc. Care Community* **2008**, *16* (4), 378–387. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00748.x>.
- (123) Rapaport, J.; Bellringer, S.; Pinfold, V.; Huxley, P. Carers and Confidentiality in Mental Health Care: Considering the Role of the Carer's Assessment: A Study of Service Users', Carers' and Practitioners' Views. *Health Soc. Care Community* **2006**, *14* (4), 357–365. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00631.x>.
- (124) Slade, M.; Pinfold, V.; Rapaport, J.; Bellringer, S.; Banerjee, S.; Kuipers, E.; Huxley, P. Best Practice When Service Users Do Not Consent to Sharing Information with Carers. National Multimethod Study. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **2007**, *190*, 148–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024935>.
- (125) Yesufu-Udechuku, A.; Harrison, B.; Mayo-Wilson, E.; Young, N.; Woodhams, P.; Shiers, D.; Kuipers, E.; Kendall, T. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* **2015**, *206* (4), 268–274. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147561>.
- (126) Giroux, M. T.; Terreau, P. Confidentialité et Secret Professionnel: Des Obstacles à l'implication Des Proches et Des Partenaires?, 2021.
- (127) Familles et personnes significatives. *Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)*.
- (128) Landeweer, E.; Molewijk, B.; Hem, M. H.; Pedersen, R. Worlds Apart? A Scoping Review Addressing Different Stakeholder Perspectives on Barriers to Family Involvement in the Care for Persons with Severe Mental Illness. *BMC Health Serv. Res.* **2017**, *17* (1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2213-4>.
- (129) Curateur public du Québec. Les droits de la personne inapte <https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/inaptitude/droits/index.html> (accessed 2020 -05 -10).
- (130) Comité d'éthique clinique et de l'enseignement du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le Secret Professionnel et La Confidentialité En Santé Mentale Dans Les Relations Des Intervenants Avec Les Proches de l'utilisateur et Avec Les Partenaires de Soins et Services : Enjeux Juridiques et Éthiques., 2020.
- (131) Barreau du Québec. *La protection des personnes vulnérables*, Éditions Yvon Blais.; 2011; Vol. 330.
- (132) s-4.2 - Loi sur les services de santé et les services sociaux <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2> (accessed 2021 -01 -29).
- (133) *Code de déontologie des psychologues*.
- (134) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Approches et interventions de soutien pour les personnes qui nécessitent des soins psychiatriques et qui ont ou sont à risque d'avoir la Covid-19*; 2020; p 11.
- (135) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *COVID-19 et les effets du contexte de la pandémie sur la santé mentale et mesures à mettre en place pour contrer ces effets*; 2020; p 22.
- (136) Commission de la santé mentale du Canada. *Prodiguer Des Soins à l'heure de La COVID-19 : À Quoi s'attendre et Comment s'adapter*. April 2020.
- (137) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Réponses rapides dans le contexte de la COVID-19*, INESSS.; Québec, 2020.

- (138) Morin, M.-H.; Levasseur, M. A. Collaborer et Soutenir Les Familles et Les Proches Aidants En Temps de Covid-19. 2020.
- (139) Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Meilleurs Ensemble : Réintégration Des Proches Aidants Comme Partenaires de Soins Essentiels Pendant La Pandémie de COVID-19.
- (140) Association canadienne pour la santé mentale. Transition entre les services de santé mentale pour les jeunes et les mêmes services pour adultes. <https://ontario.cmha.ca/fr/documents/transition-entre-les-services-de-sante-mentale-pour-les-jeunes-et-les-memes-services-pour-adultes/> (accessed 2020 -03 -17).
- (141) Broad, K. L.; Sandhu, V. K.; Sunderji, N.; Charach, A. Youth Experiences of Transition from Child Mental Health Services to Adult Mental Health Services: A Qualitative Thematic Synthesis. *BMC Psychiatry***2017**, *17* (1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1538-1>.
- (142) Embrett, M. G.; Randall, G. E.; Longo, C. J.; Nguyen, T.; Mulvale, G. Effectiveness of Health System Services and Programs for Youth to Adult Transitions in Mental Health Care: A Systematic Review of Academic Literature. *Adm. Policy Ment. Health***2016**, *43* (2), 259–269. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0638-9>.
- (143) Mulvale, G. M.; Nguyen, T. D.; Miatello, A. M.; Embrett, M. G.; Wakefield, P. A.; Randall, G. E. Lost in Transition or Translation? Care Philosophies and Transitions between Child and Youth and Adult Mental Health Services: A Systematic Review. *J Ment Health***2019**, *28* (4), 379–388. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124389>.
- (144) St-Onge, M.; Tessier, L. Les Personnes d'âge Adulte Ayant Des Troubles Mentaux et La Diversité de Leurs Besoins : Des Repères Pour l'action. In *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie / sous la direction de Roxanne Emard et Tim Aubry.*; Psychologie; Les Presses de l'Université d'Ottawa: Ottawa, 2004.
- (145) Craddock, E. Supporting Mental Health Carers' Role in Recovery. *Nurs. Times***2013**, *109* (47), 22–24.
- (146) MacFarlane, M. M. Family Centered Care in Adult Mental Health: Developing a Collaborative Interagency Practice. *J. Fam. Psychother.***2011**, *22* (1), 56–73. <https://doi.org/10.1080/08975353.2011.551100>.
- (147) Mottaghipour, Y.; Woodland, L.; Bickerton, A.; Sara, G. Working with Families of Patients within an Adult Mental Health Service: Development of a Programme Model. *Australas. Psychiatry***2006**, *14* (3), 267–271. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1665.2006.02261.x>.
- (148) Amaresha, A. C.; Venkatasubramanian, G.; Muralidhar, D. Needs of Siblings of Persons with Psychosis: A Systematic Descriptive Review. *Clin. Psychopharmacol. Neurosci.***2014**, *12* (2), 111–123. <https://doi.org/10.9758/cpn.2014.12.2.111>.
- (149) Heinisch, R.; Lefebvre, J.; Lacharité, C.; Baker, M. Anna et La Mer : Une Initiative Communautaire Favorisant La Résilience Chez Des Enfants et Des Adolescents. In *Trouble mental chez le parent. Enjeux familiaux et implications cliniques*; Piché, G., Villatte, A., Bourque, S., Eds.; Les Presses de l'Université Laval, 2021; pp 297–314. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1v7zd09.20>.
- (150) Piché, G.; Villatte, A.; Habib, R. FAMILLE+, un nouveau programme d'intervention préventive s'adressant aux parents ayant un trouble dépressif majeur et à leurs enfants âgés de 7 à 11 ans. *Quintessence Accès Au Savoir***2019**, *2*.
- (151) Piché, G.; Vetri, K.; Villatte, A.; Habib, R. Évaluation Pilote d'un Programme d'intervention Préventive Ciblant Les Familles Comprenant Un Parent Ayant Vécu Un Trouble Dépressif. *Revue canadienne de psychoéducation*. 2021.

- (152) Falloon, I. R. H.; Boyd, J. L.; McGill, C. W. *Family Care of Schizophrenia: A Problemsolving Approach to the Treatment of Mental Illness.*, Guilford Press.; New York, 1984.
- (153) Gosselin, D.; Viau, H. *Famille et Psychose, Guide d'intervention.*, 2004.
- (154) Gouvernement du Québec. *Vivre avec une personne atteinte d'une maladie mentale* <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/vivre-avec-un-proche-atteint-de-maladie-mentale> (accessed 2021 -05 -06).
- (155) Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale. *L'indispensable - Guide à l'intention Des Membres de l'entourage d'une Personne Atteinte de Maladie Mentale.* 2013.
- (156) Santé publique Ottawa; Association canadienne pour la santé mentale; Association canadienne de santé publique; Mental Illness Caregivers Association; Services aux familles des militaires. *Guide des proches aidants en santé mentale: Un guide pour les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale ou aux prises avec un trouble de santé mentale.* 2016.
- (157) Bélanger, L. *Normes Pour l'exercice de La Profession de Thérapeute Conjugale et Familiale,* 2006.
- (158) Chan, B. W. Y.; O'Brien, A.-M. The Right of Caregivers to Access Health Information of Relatives with Mental Illness. *Int. J. Law Psychiatry***2011**, *34* (6), 386–392. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.10.002>.
- (159) Ferguson, G.; Abi-Jaoude, A.; Johnson, A.; Saikaly, R.; Woldemichael, B.; Maharaj, A.; Soklaridis, S.; Nirula, L.; Hasan, M.; Wiljer, D. Collaborating with Families: Exploring Family Member and Health Care Provider Perspectives on Engaging Families Within Medical Education. *Acad. Psychiatry***2018**, *42* (3), 329–337. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0878-y>.
- (160) Lakeman, R. Practice Standards to Improve the Quality of Family and Carer Participation in Adult Mental Health Care: An Overview and Evaluation. *Int. J. Ment. Health Nurs.***2008**, *17* (1), 44–56. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00510.x>.
- (161) Briand, C.; St-Paul, R.-A.; Dubé, F. Mettre à Contribution Le Vécu Expérientiel Des Familles : L'initiative Pair Aidant Famille. *Santé Ment. Au Qué.***2016**, *42* (1), 177–195.
- (162) Albert, R.; Simpson, A. Double Deprivation: A Phenomenological Study into the Experience of Being a Carer during a Mental Health Crisis. *J. Adv. Nurs.***2015**, *71* (12), 2753–2762.
- (163) Hörberg, U.; Benzein, E.; Erlingsson, C.; Syrén, S. Engaging with Families Is a Challenge: Beliefs among Healthcare Professionals in Forensic Psychiatric Care. *Nurs. Res. Pract.***2015**, *2015*, e843717. <https://doi.org/doi.org/10.1155/2015/843717>.
- (164) Corrigan, P. W.; Wassel, A. Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.***2008**, *46* (1), 42–48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080101-04>.
- (165) Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale. *La Lutte Contre La Stigmatisation et La Discrimination Associées Aux Problèmes de Santé Mentale Au Québec,* 2014.

ANNEXE B. TABLEAU DU MODÈLE LOGIQUE DE PARTENARIAT AVEC LES USAGERS ET PROCHES

MODÈLE LOGIQUE :

LE PARTENARIAT ENTRE LES USAGERS ET PROCHES ET LES INTERVENANTS ET INTERVENANTES DU RSSS: APPROCHES THÉORIQUES ET INTERVENTIONS SUR LE TRERRAIN

Par Didier Kaba, étudiant au doctorat professionnel en éducation, Université de Sherbrooke

Problématique	<p>Les politiques publiques, conçues par les législateurs, considèrent le partenariat comme modèle à adopter pour garantir une participation et une communication optimale entre professionnels et usagers/proches pour assurer une meilleure qualité de prestation des actions publiques. En reprenant cette orientation visant l'amélioration des relations partenariales entre les parties prenantes de même qu'avec les populations, les établissements du RSSS répondent favorablement à la volonté exprimée par les législateurs. Toutefois, l'observation de la réalité vécue sur le terrain nous amène à constater que ces politiques sont difficilement actualisées. Dans certains cas, elles demeurent de l'ordre de l'intention et ne transparaissent pas dans la pratique des professionnels.</p> <p>Le partenariat de soins et services avec et pour les usagers et proches est identifié comme une activité éminemment importante pour tous les acteurs du RSSS. Sa mise en œuvre contribue à la réussite du plan d'intervention ou du plan de service individualisé de la personne. Malgré cette affirmation, très peu de professionnels ou d'intervenants sont capables de dire ce qu'est un partenariat de soins et services optimal et ne savent comment le mettre en œuvre de façon efficace.</p> <p>Quelques questions ont orienté la réflexion qui nous a conduit à mettre en place des interventions pour soutenir les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none">- Comment faire pour aider les professionnels, les intervenants et les gestionnaires à mieux comprendre ce qu'est un partenariat efficace, à le mettre en place et à le faire fonctionner de façon optimale?- Les professionnels du RSSS peuvent-ils s'inspirer de modèles théoriques pour mieux organiser le partenariat avec les usagers et proches (arrimages théorie/pratique – savoirs expérientiel/savoirs professionnels)?- Peut-on s'appuyer sur l'expérience des professionnels et le vécu des usagers et proches pour identifier les bonnes pratiques qui peuvent garanti d'établir un partenariat efficace (modélisation, savoirs ancrés, intervenants leaders)?
---------------	---

But et objectifs	<p>Pour le personnel du RSSS : Renforcer la compréhension du modèle de partenariat et développer des savoirs professionnels y relatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former les intervenants et les professionnels de même que les usagers et proches à mieux comprendre et à intégrer l'approche de partenariat dans leurs pratiques professionnelles pour leur permettre d'amener les usagers à exercer une plus grande influence sur leur santé et leur bien-être; - Renforcer et/ou développer leurs savoirs professionnels relatifs à la mise en place et à la conduite de partenariats efficaces avec les usagers et proches. <p>Pour les usagers et proches : Identifier les conditions et caractéristiques permettant de construire un partenariat efficace et favoriser leur participation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire en sorte que les usagers et proches soient considérés comme membres des équipes de soins et services et qu'ils participent aux décisions qui les concernent ; - Participent à la planification et à l'organisation des soins et services et à la gouvernance des établissements en mettant leurs savoirs expérientiels à profit. 	
	Objectifs spécifiques	En contexte de soins et de services
<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité, la pertinence, la sécurité et l'expérience des soins et services des usagers et de leurs proches; - Améliorer l'expérience au travail pour les intervenants et les autres acteurs du RSSS; - Développer les compétences et les attitudes facilitant le recours à l'approche de partenariat; - Développer une relation partenariale de qualité entre les usagers et proches et les intervenants où l'utilisateur et proches sont considérés comme partenaire et leurs savoirs respectifs sont reconnus; - Favoriser l'implication des usagers et proches dans la prise de décision en tenant compte de leurs besoins, de leurs attentes et valeurs. 		<ul style="list-style-type: none"> - Développer une culture de partenariat basée sur l'intégration pratique des éléments provenant des cadres théoriques de l'approche de partenariat permettant de mobiliser tous les acteurs; - Améliorer la qualité de l'expérience au travail et les relations interpersonnelles avec les parties prenantes au partenariat; - Soutenir le développement des compétences et des attitudes des acteurs pouvant faciliter la mise en œuvre de l'approche de partenariat avec les usagers et proches en tenant compte de différents contextes.

Notre recherche-action s'est réalisée, en respect des balises proposées par les cadres théoriques retenus : (1) le modèle de Montréal axé sur les approches paternaliste, centrée sur la personne et partenariale (Pomey et al., 2018, 2021; Karazivan et al., 2015); (2) la pédagogie sociale de l'intervention (Bouchard et Kalubi, 2006); (3) la théorie des échanges sociaux (Nolet, Cousineau, Maheu et Gervais, 2017, Ross, Loup, Nelson, Botkin, Kost, Smith et Gehlert, 2010; Cropanzano et Mitchell, 2005; Blau, 1964); (3) l'approche dite systémique de l'organisation apprenante (Senge, 2016).

Ces différents cadres théoriques proposent de considérer le partenariat avec l'utilisateur comme :

- Une relation de qualité établie entre l'utilisateur et proches et les divers acteurs du réseau de la santé et des services sociaux;
- Une dynamique relationnelle qui mise sur la reconnaissance de la valeur des ressources et de la complémentarité, de l'interdépendance des savoirs respectifs des usagers, proches et des différents acteurs engagés dans le partenariat;
- Une relation axée sur le partage équitable de ces savoirs et sur la façon avec laquelle les partenaires travaillent ensemble (le processus de co-construction), en tenant compte des besoins et des attentes des usagers et proches.

Cibles d'interventions

- Complétion d'un questionnaire portant sur la connaissance de l'approche usager-partenaire; Identification des traces d'éléments justifiant l'application de l'approche;
- Organisation des ateliers de formation pour offrir aux acteurs du RSSS ainsi qu'à leurs partenaires la possibilité de découvrir, de comprendre les fondements théoriques de l'approche de partenariat et de les intégrer dans leur pratique afin d'être capables d'établir des partenariats efficaces.

Comme objectifs, le projet vise à :

- Développer les compétences professionnelles des intervenants pivots en matière de gestion et de suivi de partenariat efficace;
- Développer les compétences et savoirs expérientiels des usagers et proches engagés dans des activités de partenariat afin d'optimiser leur participation;
- Soutenir l'établissement d'une relation partenariale de qualité et efficace entre les usagers, les proches et les intervenants dans laquelle tous les acteurs sont considérés comme des partenaires égaux et où leurs ressources et leurs savoirs sont reconnus et valorisés.

Intrants	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les savoirs professionnels et pratiques collaboratives de base des intervenants et intervenantes; 2) Les savoirs expérientiels des usagers et des proches en lien avec la connaissance de leur vie avec l'incapacité ou la maladie, les impacts des interventions et des traitements sur leur vie et les difficultés relatives à leurs conditions ou à leurs situations psychosociales; 3) Les savoirs cliniques et scientifiques des intervenants / intervenantes et professionnels / professionnelles; 4) Les informations portant sur l'incapacité ou la maladie détenues par l'utilisateur ou les proches; 5) Les connaissances théoriques et habiletés relatives à l'approche de partenariat avec l'utilisateur et proches; 6) Les questionnements de l'utilisateur et proches en quête d'informations pour mieux comprendre l'incapacité ou la maladie. 			
	En contexte de soins et de services		En contexte d'organisation des soins et des services et de gouvernance	
Activités	Usagers et proches	Intervenants du RSSS	Usagers, proches et représentants des comités des usagers	MSSS, réseau et leurs partenaires (organismes d'agrément, MELS, etc.)
	<p>Participation au sondage, au focus-group et aux différentes activités de consultation, concertation;</p> <p>Participation à la conception et élaboration d'ateliers de formation initiale et continue portant sur l'approche de partenariat avec les usagers et les proches;</p> <p>Présentation des éléments de contenu des ateliers aux comités des usagers;</p> <p>Participation aux ateliers de formation, implication comme formateur et participation à la formation des formateurs;</p>	<p>Participation aux ateliers de formation initiale et continue;</p> <p>Formation de formateurs en charge des ateliers dans les différents établissements partenaires;</p> <p>Élaboration de jeux de rôle, de scénarios sociaux ou de simulation permettant de développer leur capacité à prendre des décisions à partir de choix qui respectent les besoins, les attentes et les valeurs des usagers et proches;</p> <p>Contribution à l'élaboration d'outils d'évaluation.</p>	<p>Présentation des éléments de contenu des ateliers aux équipes cliniques, aux communautés de pratiques, aux superviseurs cliniques et aux comités des usagers des établissements partenaires;</p> <p>Promotion, utilisation et diffusion d'informations concernant l'approche de partenariat, les droits des usagers et les rôles et responsabilités des usagers et proches en contexte dispensation et d'organisation de soins et services;</p> <p>Évaluation de l'application</p>	<p>Promotion du cadre de référence ministériel;</p> <p>Présentation des approches théoriques qui explicitent l'approche de partenariat avec les usagers et les proches;</p> <p>Participation des partenaires à la formation et à la formation des formateurs;</p> <p>Participation au développement, au transfert et à l'application des connaissances;</p> <p>Intégration des valeurs et des composantes de l'approche de partenariat dans le corpus de formation</p>

	<p>Contribution à l'élaboration d'outils d'évaluation de l'efficacité du partenariat axée sur la satisfaction de l'utilisateur / proches et des parties prenantes.</p>		<p>optimale des connaissances relatives l'intégration de l'approche de partenariat avec les usagers et proches dans la pratique.</p>	<p>des établissements partenaires; Évaluation de l'impact des connaissances relatif à l'approche de partenariat avec les usagers et proches sur la pratique et la qualité des interventions.</p>
--	--	--	--	--

	En contexte de soins et de services		En contexte d'organisation des soins et des services et de gouvernance	
	Usagers et proches	Intervenants du RSSS	Usagers, proches et représentants des comités des usagers	MSSS, réseau et leurs partenaires (organismes d'agrément, MELS, etc.)
Extrants	<p>La capacité de l'utilisateur ou proche à identifier les ressources à échanger avec les intervenants, professionnels et avec d'autres partenaires;</p> <p>La capacité à valoriser ses ressources et à reconnaître comment les faire valoir auprès des partenaires;</p> <p>La capacité de questionner et à exprimer ses besoins;</p> <p>La capacité de s'exprimer et de participer à la prise de décisions</p> <p>La capacité de contribuer à la création d'un lien de confiance et à l'instauration d'une dynamique d'échange et d'apprentissage;</p> <p>La capacité de contribuer à la mise en place d'un parcours de soins et services en cohérence avec les besoins et les valeurs partagées</p> <p>La capacité de NÉGOCIATION et</p>	<p>La capacité de comprendre et intégrer les principes de l'approche de partenariat dans la prestation de soins et des services;</p> <p>La capacité de prendre en compte le point de vue des usagers et proches et de les CONSIDÉRER comme partenaires dans leurs soins et services;</p> <p>La capacité de valoriser les ressources et les savoirs expérientiels des usagers et proches et de les INTÉGRER dans l'équipe clinique;</p> <p>La capacité d'établir des partenariats efficaces avec les usagers et proches;</p> <p>La capacité de concevoir de concevoir et de partager des ressources pour OUTILLER- les usagers et proches</p> <p>La capacité de mettre en place des communautés de pratique « experte » en pratiques</p>	<p>La capacité d'intégration des usagers et proches comme partenaire dans la gouvernance et l'organisation des soins et services;</p> <p>La participation des usagers et proches dans différents projets structurants, comités stratégiques, tactiques et opérationnels;</p> <p>L'intégration des usagers et proches comme membres des comités d'évaluation de la qualité des services.</p> <p>La participation au sondage sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle</p>	<p>Intégration des valeurs de l'approche de partenariat dans les mécanismes d'assurance qualité (normes, pratiques organisationnelles, guide de pratiques) et dans l'évaluation de la qualité de l'expérience de soins et des services des usagers et des proches (sondage et agrément);</p> <p>Identification des cadres de référence théoriques de l'approche de partenariat.</p> <p>Production et diffusion des connaissances sur les retombées de l'approche de partenariat.</p> <p>Reconnaissance des usagers et proches impliqués dans le processus d'agrément des établissements du RSSS</p>

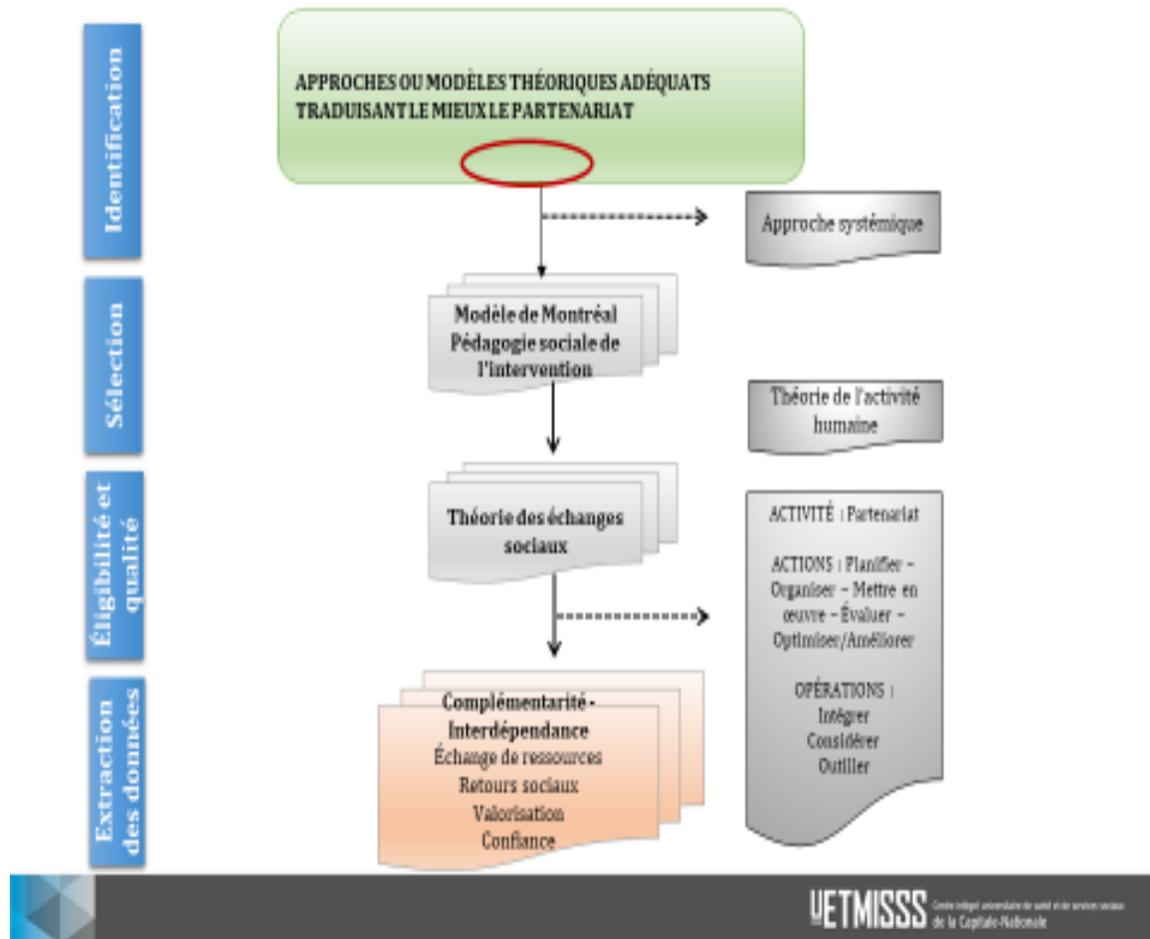
	d'entreprendre des ACTIONS.	collaboratives, leadership collaboratif ou en partenariat avec les usagers et proches.		
--	-----------------------------	--	--	--

Schéma : Transférabilité des savoirs



ANNEXE D. SCHÉMA DES RÉSULTATS

Schéma : Résultats



ANNEXE E. RÉSUMÉ DES ACTIONS ET DES LIVRABLES

RAPPORT DU COMITÉ USAGER-PARTENAIRE EN CHARGE DU PARTENARIAT AVEC LES USAGERS, LES PROCHES ET LA POPULATION :

RÉSUMÉ DES ACTIONS ET LIVRABLES

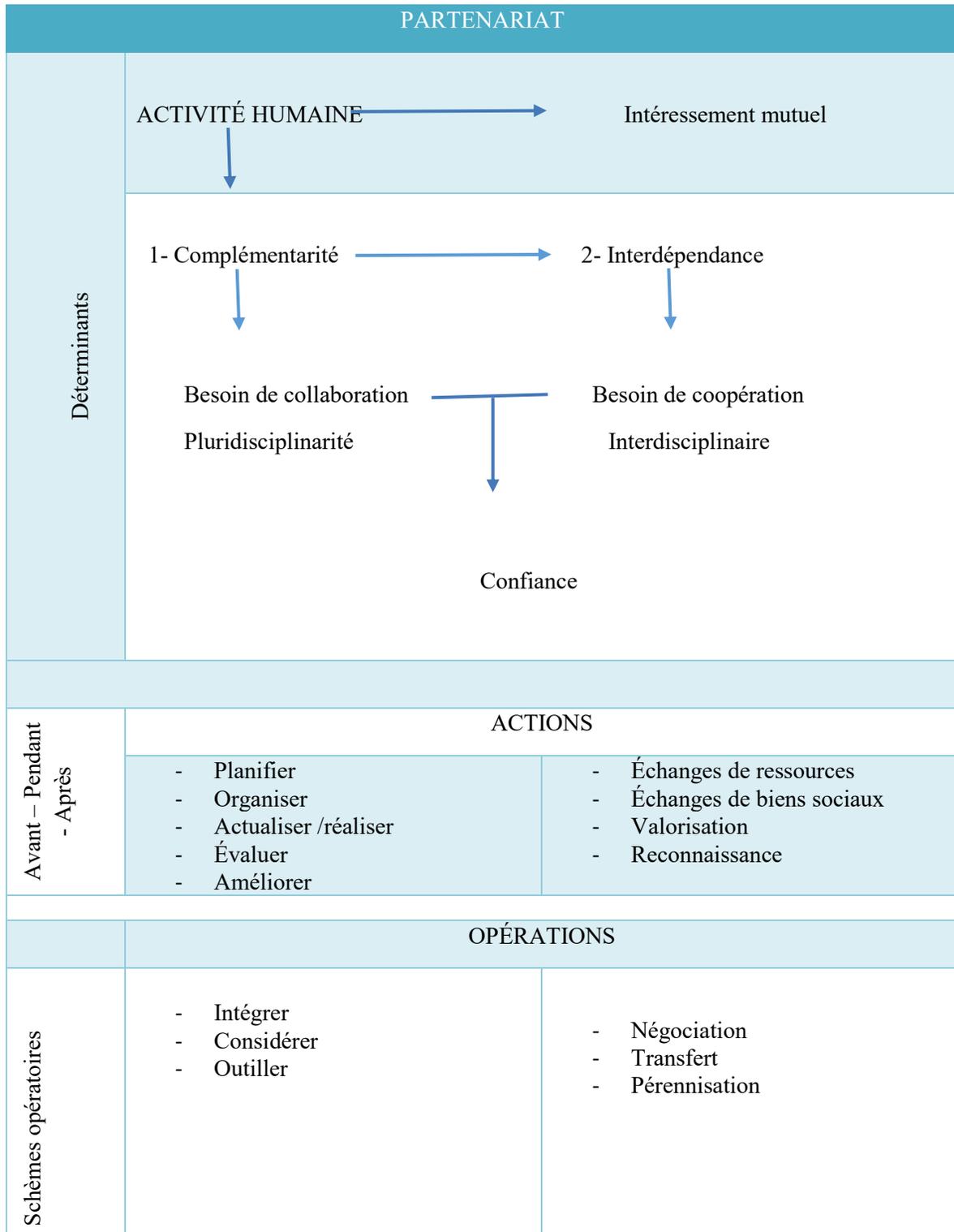
Actions :

<p>1. Comité usager-partenaire (incluant deux usagers-collaborateurs, en collaboration avec la direction des services multidisciplinaires - DSM) Travaux réalisés par le comité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition et appropriation de l'approche • Adaptation du continuum de la participation • Élaboration des trois axes du partenariat avec les usagers • Travaux pour l'élaboration des livrables 1 à 8 (voir tableau des livrables) 	<p>Mis en place en juillet 2016</p> <p>Dissous en juin 2018 (remplacé par comité stratégique)</p>
<p>2. Mise en place d'une section dans l'Intranet de l'établissement pour rendre accessible les documents structurants : informations, supports vidéo et documents structurants sur le partenariat avec les usagers, les proches et la population</p>	<p>Fait</p>
<p>3. Mise en place d'un soutien-conseil et accompagnement de la direction de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) pour les équipes désireuses de recruter et d'intégrer des usagers collaborateurs en amélioration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien-conseil sur l'approche et mise en place d'initiative d'information, de sensibilisation et de formation • Soutien et accompagnement des équipes pour le recrutement et l'intégration • Préparation des usagers à la collaboration 	<p>Mise en place en 2016</p>
<p>4. Mise en place d'un comité de développement stratégique en soutien à l'implantation de l'approche globale de partenariat avec les usagers, les proches et la population</p>	<p>Comité mis en place en 2018</p>
<p>5. Élaboration et diffusion de la politique (la présentation de la politique sera faite par les gestionnaires à partir d'outils proposés. Un suivi des présentations réalisées sera fait)</p>	<p>La politique adoptée par le Conseil d'administration et diffusée</p>
<p>6. Plan de communication</p>	<p>Réalisée automne 2018</p>
<p>7. Suivi et évaluation des implications des usagers collaborateurs en amélioration (sondage sur l'expérience des intervenants ; sondage sur l'expérience des usagers)</p>	<p>La consultation portant sur l'évaluation de l'implication des usagers et sur l'expérience des intervenants a été réalisée</p>
<p>8. Évaluation d'implantation de l'axe « usager collaborateur en amélioration »</p>	<p>L'évaluation a été réalisée e</p>

Livrables :

1. Politique du partenariat avec les usagers, les proches et la population	Fait (adoption CA juin 2018)
2. Document synthèse sur les axes du partenariat au CISSS-CA	Fait
3. Vidéos (pour expliquer l'usager partenaire de ses soins et services, et l'usager collaborateur en amélioration)	Fait
4. Processus de recrutement et d'intégration des usagers collaborateurs en amélioration (tableau synthèse)	Fait
5. Guide d'accompagnement pour le recrutement et l'intégration des usagers-collaborateurs en amélioration	Fait
6. Présentation sur l'approche aux cadres du CISSS (journée de l'équipe de leadership)	Fait (Octobre 2017)
7. Guide d'accompagnement pour les usagers et les proches collaborateurs en amélioration	Fait
8. Articles publiés Interligne	<ul style="list-style-type: none"> • Deux articles parus dans le journal de l'établissement • Cahier spécial à l'automne 2018
9. Divers documents de présentation, d'informations et d'appropriation du type Power Point	Fait
10. Guide méthodologique sur les groupes de discussion (en soutien à la captation de l'expérience)	Fait
11. Guide sur l'entretien par sondage (en soutien à la captation de l'expérience)	Fait
12. Plan de communication détaillé	Fait

ANNEXE F. PARTENARIAT (TABLEAU DU 19 AVRIL 2022)



Représentation des éléments constitutifs du partenariat, Didier Kaba (2022)

Tableau de critères de validé des savoirs professionnels

CRITÈRES	DÉFINITIONS	PREUVES
Validité sociale	Degré d'acceptabilité	Les savoirs professionnels sont identifiés à partir des activités réalisées dans le cadre des projets 1 et 2 : questionnaires, focus-group, ateliers de formation, activités de production du guide de bonnes pratiques, accompagnement des participantes et participants
Validité épistémique	Cohérence entre les savoirs professionnels, les familles de situations et le cadre théorique	Implication des participantes et participants dans la formalisation des savoirs professionnels par la verbalisation et l'auto confrontation lors des échanges en cohérence avec les cadres théoriques
Validité relative à la pertinence pratique	La pertinence des résultats en regard des actions	La satisfaction des participantes et participants La réponse à leurs besoins en regard des objectifs des projets
Validité relative à la pertinence éthique	La démonstration de la prise en compte des considérations éthiques dans les interventions	Le respect de la confidentialité dans le traitement des données issues des réponses au questionnaire, le traitement anonyme des réponses et l'obtention d'un certificat éthique

ANNEXE G. DÉFINITION DES CONCEPTS

1. La collaboration

La collaboration se définit comme l'apport du collectif pour la réalisation d'un travail. Elle nécessite une typologie hiérarchique de relations qui se matérialisent par des activités de cogestion qui peuvent se traduire par une entente de services et une implication dans la réalisation de travaux d'intérêt commun entre des interlocuteurs locaux (Landry, 1994, P. 14). La collaboration accorde une primauté au fait de travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs. Il est fait allusion aux notions de résultats et de coresponsabilité.

En d'autres termes, collaborer se traduit par le fait de travailler ensemble pour l'atteinte d'un objectif commun. Dans son acception la plus commune, la collaboration est le processus par lequel deux ou plusieurs personnes ou organisation s'associent (se mettent ensemble) pour réaliser un travail en fonction des objectifs communs, et par le fait même, partage les mêmes responsabilités et ont la même imputabilité vis-à-vis des résultats.

2. La coopération

La coopération revêt le sens de consensus qui exclue la compétition ou même la saine émulation entre les acteurs, actrices de même que les conflits qui peuvent subvenir dans une dynamique de travail qui engage plusieurs personnes. Même si l'on a tendance à les confondre, la collaboration se distingue de la coopération du faite qu'elle met davantage le focus sur l'importance de travailler ensemble en regard d'un objectif commun (Suzanne Girard, 2014). Au travail, être en coopération (coopérer) signifie « afficher un comportement qui conduit à gérer les relations et les échanges

d'une manière non conflictuelle, non concurrentielle en recherchant des modalités appropriées pour analyser les situations nécessitant de travailler ensemble dans le même esprit pour parvenir à des fins communes et acceptables pour tous ».

3. La concertation

La concertation traduit un rapport plus régulier entre les acteurs et actrices organisés. Ce terme s'emploie souvent pour exprimer la réalité plus connue sous la désignation de « table de concertation ». La concertation favorise le développement et la poursuite des objectifs communs sur le terrain. Il s'agit d'objectifs d'information, de sensibilisation ou d'actions ponctuelles sur le terrain visant à faire naître des liens moins structurés et moins formels que ceux qui existent dans un partenariat régulier (Whiter, Mercier et Roy, 1993).

4. La consultation

La consultation se traduit par un échange d'informations entre différents interlocuteurs, interlocutrices (Jean-François Renée et Line Gervais, 2001).