

Université de Montréal

**Autonomie et pouvoir dans les pratiques d'intervention en
santé mentale en milieux communautaires : perspectives
d'intervenantes**

par Camille Rivet

Département de sociologie, Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en sociologie

Décembre, 2019

© Rivet, 2019

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales, Département de sociologie

Ce mémoire intitulé

**Autonomie et pouvoir dans les pratiques d'intervention en santé mentale en
milieux communautaires : perspectives d'intervenantes**

Présenté par

Camille Rivet

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Christopher McAll

Président rapporteur

Cécile Van De Velde

Membre du jury

Deena White

Directrice de recherche

Résumé

Cette étude sociologique porte sur le travail des intervenantes communautaires en santé mentale en relation avec les personnes qu'elles accompagnent. Le contexte actuel dans lequel se déroulent les pratiques d'intervention en santé mentale est caractérisé par une injonction contraignante à l'autonomisation des personnes accompagnées. C'est pourquoi, nous avons fait le pari de comprendre comment se traduit l'autonomie dans les pratiques d'intervention en santé mentale dans des organismes communautaires, à travers la perspective d'intervenantes.

En nous inscrivant dans une démarche exploratoire et analytique, s'appuyant sur un cadre d'analyse interactionniste, incluant les concepts d'autonomie et de la *street-level-bureaucracy*, nous avons décortiqué d'une part, comment les intervenantes exercent leur pouvoir discrétionnaire dans le cadre d'actions situées, régulées par des contraintes de nature organisationnelle, et d'autre part, comment les interactions d'intervention sont des espaces d'observation des jeux d'autonomie.

Pour ce faire, nous avons privilégié une méthode qui nous permet d'entrer au cœur des pratiques des intervenantes communautaires en santé mentale, soit *l'entretien d'explicitation*. À travers ces entretiens, les interviewées ont produit un récit d'une situation d'intervention choisie. Ces données sont découpées en trois corpus (contextuel, narratif et représentatif) que nous avons analysés sous la forme d'études de cas transversales. Celles-ci nous informent sur les spécificités de la relation dynamique entre l'autonomie des professionnelles et celle des personnes accompagnées, selon les professionnelles de l'intervention.

Ainsi, nous concluons que les jeux d'autonomie prennent une forme bidirectionnelle qui découle en « cascade », c'est-à-dire que l'autonomie des professionnelles influence directement celle des personnes accompagnées. Les jeux d'autonomie sont aussi empreints d'une hiérarchie relationnelle, alors que tous et toutes ont une « reddition de compte » à faire pour l'expression de leur autonomie, les intervenantes envers leur milieu de pratique et les personnes accompagnées envers les professionnelles.

Mots-clés : Autonomie, interactionnisme, intervention, *empowerment*, *entretien d'explicitation*, organismes communautaires, pouvoir, santé mentale, *street-level bureaucracy*

Abstract

This sociological study focuses on relational work of community mental health workers. The current context in which community mental health intervention occurs is characterized by a binding rule to empower the people they accompany. This leads us to seek to better understand how personal autonomy in mental health intervention unfolds in the context of specific situations that arise in community organizations.

The thesis presents an exploratory and analytical study, based on an interactionist framework, and guided by two approaches. First, street-level-bureaucracy, which allows us to capture the strategies of relational workers in constraining organisational contexts; and second, the concept of “autonomy” defined as dynamic relational power in contexts of interaction. We analyzed how community mental health workers, on the one hand, exercise their discretionary power within their work milieu, and on the other hand, how they see their own autonomy and that of a person they were accompanying, in the context of a situated intervention.

Our principal method of data collection, the *explicitation interview*, allowed us to delve deeply into the practices of community mental health workers, as they were invited to produce a detailed narrative of a specific intervention situation. These narratives were then integrated and reconstructed in the form of three textual data sets (contextual, narrative and reflexive) that were coded using both thematic and grounded theory procedures, and analysed transversely to produce insights into the situated autonomy of the community mental health workers, and their negotiated autonomy in the context of intervention interactions.

We found that, from the perspective of the community mental health workers we interviewed, autonomy in the context of intervention has a bidirectional dynamic, in that the autonomy of the workers influences that of the people they accompany, but is also conditioned by the autonomy exercised by the people they are helping. There is none the less a hierarchical cascade that can be observed, in so far as the workers must justify their strategic intervention choices to the community organizations in which they work and to their colleagues, while the people they help must justify their choices to them.

Keywords : Autonomy, community organization, empowerment, *explicitation interview*, interactionism, intervention practices, mental health, power dynamics, street-level bureaucracy

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	viii
Remerciements.....	x
Introduction.....	11
1. L'autonomie : enjeux des pratiques d'intervention	20
1.1. La problématique de l'autonomie	20
1.1.1. Injonction morale à l'autonomisation	21
1.2. L'intervention communautaire en santé mentale	24
1.2.1. Caractéristiques des pratiques.....	24
1.2.2. Formes et fonction des pratiques	27
➤ Accompagnement thérapeutique.....	27
➤ Contrôle social	29
➤ Activation ou <i>Empowerment</i>	30
1.2.3. Acteurs et actrices	32
➤ Les intervenantes	32
➤ Les personnes accompagnées	34
2. L'ordre interactionnel de l'intervention.....	36
2.1. Jeux d'autonomie	37
2.1.1. Entre autonomie et dépendance	38
2.1.2. Pouvoir en relation	39
➤ Formes du pouvoir	41
2.2. Interactionnisme.....	44
2.2.1. Négociations	46
➤ La <i>street-level bureaucracy</i>	49
3. Accéder aux pratiques d'intervention explicites et tacites.....	53
3.1. Plan de la recherche	53

3.1.1.	Enjeux et positionnements épistémologiques	54
➤	Surmonter l'impossibilité d'observer les pratiques	54
➤	Interviewer un seul groupe d'acteurs ou d'actrices	56
➤	Rupture épistémologique entre pratique et recherche.....	57
3.1.2.	Une analyse de cas transversale	58
3.1.3.	Choix des cas	58
➤	Choix des intervenantes	59
➤	Choix des <i>épisodes</i> d'intervention	60
➤	Nombre d' <i>épisodes</i> sélectionnés.....	62
3.1.4.	Les données.....	63
➤	Objectifs et modalités de <i>l'entretien d'explicitation</i>	63
➤	Nature des données	64
3.2.	Démarches méthodologiques	65
3.2.1.	Processus de recrutement.....	65
3.2.2.	Profils des interviewées	68
3.2.3.	Construction des données	70
➤	Entretiens préliminaires	70
➤	<i>Entretiens d'explicitation</i>	71
3.2.4.	Analyse des données	72
➤	Étapes préparatoires : la mise en forme des corpus de données	73
➤	L'analyse des épisodes d'intervention	75
➤	Analyse transversale	76
3.2.5.	Questions de validité.....	77
3.2.6.	Éthique	78
4.	L'autonomie située : l'expérience des intervenantes	79
4.1.	Stratégies de déploiement de leur pouvoir discrétionnaire	81
4.2.	Un contexte organisationnel contraignant	82
4.2.1.	Des ressources limitées	82
4.2.2.	Une pluralité de rôles à endosser	85
4.3.	Une large marge de manœuvre pour répondre aux contraintes	91
4.3.1.	Modulation de leur rôle.....	91

4.3.2.	S'appuyer sur divers registres d'influence.....	94
4.3.3.	S'arrimer aux besoins des personnes accompagnées.....	95
4.4.	Une marge de manœuvre élastique.....	99
4.4.1.	Des limites à construire.....	99
4.4.2.	Contraintes par leurs paires.....	101
4.5.	Conclusion.....	105
5.	Les relations d'intervention comme espace de négociation de l'autonomie.....	108
5.1.	Les négociations : la rencontre de buts divergents.....	110
5.2.	Jeu d'autonomie et désordre interactionnel.....	113
5.3.	Jeux d'autonomie pour rétablir la réciprocité.....	117
5.4.	Déstabilisations mutuelles.....	120
5.4.1.	Marchandage.....	120
5.4.2.	Contrôle de l'information.....	124
5.4.3.	Provoquer l'incertitude.....	125
5.4.4.	Mise en scène du risque.....	127
5.4.5.	Discréditer.....	129
5.5.	Désengagement.....	133
5.6.	Conclusion.....	140
6.	Conclusion.....	143
	Bibliographie.....	i
	Annexe I : Document récapitulatif des consignes pour <i>l'entretien d'explicitation</i>	xii
	Annexe II : Appel à candidatures sur <i>Facebook</i>	xiii
	Annexe III : Document de sollicitation par courriel.....	xiv
	Annexe IV : Portraits des épisodes d'intervention sélectionnés tels que présentés par nos interviewées.....	xv
	Angela accompagne Geneviève.....	xv
	Cécile accompagne Michel.....	xvi
	Javier accompagne Carole.....	xvii
	Sophie accompagne Gilles.....	xviii
	Véronique accompagne Marc.....	xix
	Yasmine accompagne Denis.....	xx

Annexe V : Grille d’entretien préliminaire.....	xxi
Annexe VI : Parcours des interviewées et profil des organismes.....	xxii
Angela, intervenante de milieu en contexte de crise.....	xxii
Parcours.....	xxii
Organisme.....	xxii
Cécile, conseillère en défense des droits.....	xxv
Parcours.....	xxv
Organisme.....	xxv
Javier, intervenant mobile dans un organisme de suivi communautaire	xxvii
Parcours.....	xxvii
Organisme.....	xxvii
Sophie, conseillère en employabilité	xxix
Parcours.....	xxix
Organisme.....	xxix
Véronique, intervenante de milieu dans un hébergement transitoire.....	xxxi
Parcours.....	xxxi
Organisme.....	xxxi
Yasmine, intervenante de milieu pour des logements subventionnés.....	xxxiii
Parcours.....	xxxiii
Organisme.....	xxxiii
Annexe VII : Grille <i>d’entretien d’explicitation</i>	xxxv
Annexe VIII : Formulaire de consentement.....	xxxvii
Annexe IX : Certificat d’éthique.....	xxxix
Annexe X : Stratégies d’intervention.....	xl

Liste des tableaux

Tableau I. Portrait des interviewées	69
Tableau II. Dyades d'intervenantes et de personnes accompagnées	80
Tableau III. Stratégies d'intervention	xl

Liste des figures

Figure 1. Mise en forme et analyse des données	75
--	----

À mes Marguerites

Remerciements

Tout d'abord, merci à ma directrice Deena White, pour le temps et l'énergie investis sans relâche, du début jusqu'à la fin, dans ce projet qui nous apparaissait parfois comme une montagne, mais toujours profondément essentiel.

Merci à mes parents, Guylaine et Yvon, pour leur soutien, leur amour et leur tolérance, chacun et chacune bien à leur façon. Merci à mes grands-mères, Marguerite, d'avoir été des modèles de force et de résilience. Merci pour ce que vous avez semé en moi. Merci au reste de ma famille pour votre soutien à plein d'égard, et à tous ceux et celles qui forment la famille que l'on se choisit.

Merci à ceux et celles dont l'amitié est incomparable : Amélie, Anthony, Caroline B-L., Caroline H., Christine, Élyse, Isabelle et Nancy.

Merci aux sociologues en devenir qui ont croisé mon passage et m'ont permis de travailler mon regard critique et ma pensée créatrice : Alizée, Aziz, Félix, Ksenia, Maryline C-G. et Maude.

Merci à Baptiste d'avoir cru en moi et de m'avoir fait confiance, je ne serais pas la chercheuse que je suis aujourd'hui sans son mentorat.

Merci aux intervenantes qui continuent de m'inspirer et de m'émouvoir : Claudelle, Évelyne, Maryline F., Mélanie et toutes celles qui ont participé de près ou de loin à ce mémoire.

Finalement, un remerciement tout spécial à Cédric, qui s'est fait porte-étendard de la persévérance et du courage, tout au long de ce parcours. Merci de croire en moi infiniment.

Introduction

En tant que sociologue, notre appréhension du social est avant toute chose une poussée de curiosité envers ce que font les êtres sociaux. À cet effet, notre réflexion s'inscrit dans un souci d'observation et de compréhension des pratiques sociales. C'est pourquoi, les questions de recherche que l'on retrouve au sein de ce mémoire sont avant tout des questionnements qui émergent de nos connaissances expérientielles et pratiques.

Durant les trois années précédant ce travail de recherche, nous avons eu la chance de travailler en tant qu'intervenante psychosociale dans des organismes communautaires qui viennent en aide à des individus en situation de souffrance et de détresse psychologique.¹ Alors que nous travaillions dans des contextes où l'on faisait la promotion d'une approche centrée sur l'*empowerment* des personnes, avec des outils professionnels et des ressources très limitées, nous nous sentions souvent prises entre « l'arbre et l'écorce ». Trop souvent, nous avons entendu des formules du genre : « elle doit être autonome dans ses démarches, donc laisse la y aller seule » ou encore « il ne peut pas être admis à l'hébergement, parce qu'il ne peut pas gérer sa médication de façon autonome ». Pourquoi l'autonomie occupait-elle une place aussi centrale au sein de ces pratiques? Pourquoi nous apparaissait-elle plutôt comme une manière de se désinvestir de certaines interventions?

Ainsi, un questionnement central occupait toutes nos pensées : comment favoriser l'autonomie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, tout en les accompagnant? Plus en détail, nous nous interrogeons quant au rôle de ces professionnelles², dont nous avons fait et

¹ Dans un souci de distanciation de notre objet d'étude, bien que nous sommes conscientes que la distanciation implique des enjeux épistémiques plus grands, dont nous tiendrons aussi compte, nous avons fait le choix de cesser notre travail comme intervenante psychosociale pour la durée de notre travail de recherche.

² Dans ce mémoire, l'usage du féminin est utilisé pour désigner le groupe d'intervenants et d'intervenantes en santé mentale, et ce, pour deux raisons. La première étant la prépondérance des femmes dans les métiers du « care », qui encore aujourd'hui occupent en proportion 80% de ces emplois (Cloutier-Villeneuve et Rabemananjara, 2016). La seconde étant par souci de représentativité de notre échantillon d'interviewées composé d'un seul homme pour cinq femmes. Ainsi, puisque le langage est le reflet de la société, nous pensons qu'il est crucial de s'appuyer sur une

faisons partie, qui doivent intervenir en étant coincées entre leurs possibilités d'action, les besoins de la personne accompagnée³ et leur lecture de chaque problématique située. Comment favoriser l'autonomie des personnes qu'elles accompagnent, sans les « abandonner » ou les laisser à elles-mêmes? Comment ne pas osciller entre un désinvestissement et une prise en charge de nature *paternaliste*?

Le choix de ce sujet n'était donc pas anodin pour nous ou exempt d'affects. Nous appuyant sur ces interrogations de sens commun, nous avons tenté un travail de déconstruction puis de reconstruction sociologique des enjeux propres à l'autonomie au sein de l'intervention psychosociale en santé mentale en contexte communautaire. Et ce, par l'élaboration d'une réflexion, de questionnements et d'une problématisation « nouvelle » de notre objet. Le tout, nous permettant de proposer la question de recherche suivante qui guidera l'ensemble de notre travail : *Comment se traduit l'autonomie dans les pratiques d'intervention en santé mentale dans des organismes communautaires?*

Une prise de conscience de notre posture nous a aussi conduits à élaborer une « sociologie réflexive », soit une distanciation de notre objet, mais également de notre propre position (Paugam, 2008). Ainsi, dans l'optique de s'affranchir de nos prénotions sur la question, nous nous sommes appuyés sur un corpus portant sur la problématisation de l'autonomie dans ce contexte.

À cet égard, il existe une littérature foisonnante en travail social et en sociologie sur la question des pratiques d'intervention en santé mentale en contexte communautaire québécois (Laberge, 1988, Lamoureux, 1994, Fleury, Grenier, Québec et Le commissaire à la santé et au bien-être, 2013, Gagné, 1996, Mercier et White, 1995, Rhéaume et Sévigny, 1988, Roberge et White, 1995-2000, Sévigny, 1983-85-87, White, 1993-94). D'une part, celle-ci nous apprend que dans

épistémologie féministe pour décrire les pratiques des intervenantes (Lessard et Zaccour, 2017). En ce qui a trait à l'ensemble des autres acteurs et actrices mentionnées dans le cadre ce mémoire, nous le ferons selon les règles de l'Office de la langue française pour une rédaction épiciène (Lamothe, 2017).

³ Plusieurs termes sont employés pour désigner les groupes de personnes qui reçoivent des services d'intervention : « patient/patiente », « client/cliente », « usager/usagère », etc. Nous avons plutôt fait le choix de les désigner en faisant référence à leur relation avec les intervenantes, soit un lien d'accompagnement.

ce contexte, l'autonomie des intervenantes est augmentée, car les organismes communautaires s'inscrivent en marge d'une normalité clinique, soit de la sphère médicale dominante qui fait appel aux disciplines scientifiques quant à son approche de la santé mentale (Sévigny, 1985). D'autre part, leurs interventions souffrent de la multitude d'approches qui existent au sein des milieux communautaires et qui contribuent à précariser leur statut. Dans les faits, les pratiques des intervenantes oscillent entre des impératifs politiques, les attentes des gestionnaires ou des commandites qui les financent et l'approche de chaque milieu. Les professionnelles ne possèdent alors pas la reconnaissance et l'autonomie nécessaires, à une intervention qui ne serait pas brimée par une chasse gardée des pouvoirs par la sphère institutionnelle de la santé mentale (Godbout, 1982). D'ailleurs, elles travaillent souvent avec peu d'information et une reconnaissance variable de leur crédibilité auprès d'autres organismes ou instances (White, 1993).

Tout comme, l'autonomisation ou *l'empowerment* des personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale a longuement été exploré (Clément, 2011-15, Pelletier, 2015, Rivest, 2017). Le tout, nous permettant de comprendre qu'il persiste une représentation différenciée de l'autonomie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, qui entretient une dualité normative quant à la manière d'évaluer et de déterminer l'autonomie de chacun et chacune (Bolton et Banner, 2012).

Ainsi, à la lumière de ce corpus, nous avons constaté que peu se sont attardés à penser la rencontre de ces deux autonomies – celle des professionnelles et celle des personnes accompagnées, dans le cadre des interactions que sont les pratiques d'intervention en santé mentale. Peu se sont penchés sur ces rapports d'influence en triangulation entre les intervenantes, les milieux de pratiques et les personnes accompagnées. C'est ce que nous ferons à travers le prisme des intervenantes, dans une perspective interactionniste, en tentant de répondre à notre question de recherche.

Mais avant de plonger au cœur de cette analyse, il importe de définir quelques assises de notre étude, notamment le contexte sociohistorique dans lequel ont lieu ces interventions, ainsi qu'une manière de cerner les problématiques de santé mentale en lien avec les enjeux d'autonomie.

Les milieux d'intervention sur lesquels nous nous pencherons appartiennent à la sphère communautaire. Mais la prise en charge massive des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des *fous* et des *folles*⁴ n'a pourtant pas toujours eu lieu dans ce contexte. D'un « grand renfermement » des individus dans des institutions médicales que l'on appelait *asiles*, lieu où on y considérait ces derniers comme des patients nécessitant une prise en charge totale et souvent coercitive, s'est suivi un « grand *désenfermement* », soit une injection des individus dans la communauté, et finalement un « grand renversement », où chacun et chacune est devenu acteur et actrice de son problème de santé mentale (Otero, 2005).

Ainsi, bien que la désinstitutionnalisation de la *folie* soit envisagée comme la clé de voûte permettant de sortir les individus aux prises avec des problèmes de santé mentale d'un déséquilibre relationnel, voire d'une position où ils demeurent structurellement subordonnés dans le cadre de leurs soins, il serait utopique de croire qu'elle a fait du *fou* et de la *folle* un citoyen et une citoyenne socialement reconnue, valorisée et autonome. En effet,

le retour du fou [et de la folle] dans la communauté (...) avait rétabli le minimum de respect juridique et d'égalité formelle que tout individu mérite dans une société de droit, mais cela ne faisait pas de lui [ou d'elle] un citoyen [ou une citoyenne] à part entière et ne constituait pas un soutien réel à l'autonomie sociale minimale que la société lui réclamait (...) (Otero, 2015: 35).

De façon globale, malgré les intentions humanistes du mouvement réformateur, visant à sortir les individus des institutions médicales, on constate que la prise en charge de ces derniers est passée d'une vision totalitaire associée à une déresponsabilisation en tant que

⁴ Nous avons fait le choix de mettre de l'avant le mot « folie » et la désignation « fou/folle » dans le cadre de notre introduction, dans une perspective de *reclaim* de la terminologie, dans la lignée des *Mad studies* :

(...) people in resistance against sanism and mind control have been invoking “madness” both as a means of self-identifying, and as a point of entry into the fields of power where their encounters with organized psychiatry, and their very lives, play out. Once a reviled term that signalled the worst kinds of bigotry and abuse, madness has come to represent a critical alternative to “mental illness” or “disorder” as a way of naming and responding to emotional, spiritual, and neuro-diversity. » (Lefrançois, Menzies et Reaume, 2013).

Nous nous référons aussi au groupe d'individus avec la formule « personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale » dans l'optique de mettre de l'avant qu'elles sont avant tout des êtres à part entière, dont les problématiques ne sont qu'une condition ou une facette de leur personne et de leur réalité, et non une finalité ou une étiquette permanente et englobante.

« patient/patiente », à une hyper-responsabilisation en tant qu' « usager/usagère » des services communautaires. Leur autonomie qui était alors remise en question et brimée, devient la clé de voute de la libération au sein d'accompagnements qui l'investissent comme obligation.

Conséquemment, nous pourrions aujourd'hui parler d'une « pseudo » communautarisation des services réservés aux individus aux prises avec des troubles de santé mentale, alors que l'on constate que ceux-ci vivent une *remarginalisation* urbaine, errants dans les villes à défaut d'être dans la communauté (Otero, 2015). Bien qu'il y ait une autonomie socialement réclamée pour ce groupe d'individus, celle-ci se couple à la prétention de l'existence de « communautés » disposées et désirant accueillir ces personnes (White et Roberge, 2000). Ainsi, le courant de pensée actuellement valorisé dans les sociétés occidentales relève de l'idée qu'un traitement efficace des troubles de santé mentale requiert une autonomisation des individus –les rendant acteurs de leur problématique (White et Roberge, 1995). Le transfert de la prise en charge de ce groupe vers la communauté est associé à un transfert des responsabilités sans moyens ou ressources nécessaires pour que les organismes communautaires puissent les assumer. Le tout, ne favorisant ni l'autonomie des organismes, ni celle des personnes qu'ils accompagnent.

Partant de ces larges prémisses historiques quant aux cycles de prise en charge sociale de la folie, nous désirons mettre en lumière des dynamiques de pouvoir qui s'inscrivent dans les relations entre ces acteurs et actrices (professionnelles et personnes accompagnées). Mais pour ce faire, cernons d'abord ce dont nous parlons lorsque nous utilisons la désignation « problèmes de santé mentale ».

Le champ de la santé mentale pose ses propres défis quant aux questions d'autonomie. Plutôt que de chercher à définir la sphère des problèmes de santé mentale en se basant sur l'appartenance des personnes à l'un ou l'autre des catégories ou diagnostics employés en psychiatrie, il nous apparaît plus pertinent de penser ces enjeux selon leurs représentations sociales. Dans une certaine mesure, on ne met plus l'accent sur ce que sont les problèmes de santé mentale, mais plutôt sur la manière de regrouper les individus portant cette étiquette –sous des lois et des programmes spécialement mis en place pour eux, sans jamais s'entendre sur qui *ils* et *elles* sont. D'ailleurs, *ils* et *elles* ne sont pas nécessairement un groupe d'individus particuliers, reconnaissables par un ensemble de caractéristiques qui leurs sont propres, mais

sont plutôt regroupés en une catégorie administrative, pour pouvoir les distinguer d'un ensemble dont la santé mentale ou les comportements ne seraient pas déviants (Otero, 2005).

À cet égard, on peut constater que lorsqu'il est question des problèmes de santé mentale, on oscille entre l'usage d'un vocabulaire centré sur la *santé mentale*, en opposition à un discours centré sur la *maladie mentale*. C'est-à-dire, que l'approche médicale de la santé mentale s'inscrit dans un contexte de valorisation de la science au 21^e siècle. En effet, «l'intervention selon le paradigme médical est née avec et pour les sociétés industrielles» (Roberge et White, 1995). L'individu est alors investi comme lieu de contrôle de toute forme d'anomalie, d'où la responsabilité que l'on place entre ses mains quant à la prise en charge de son bien-être : symbole de son autonomie. Le tout, est caractérisé par une dualité entre une perspective médicale de la problématique et une autre relevant plutôt du social, voir du normatif.

Le fractionnement des individus, des diagnostics et de la symptomatologie, tel est le constat d'une absence de critères opérationnels univoques pour parler des problématiques de santé mentale. Par contre, nous défendons l'idée que ce n'est pas le fait d'établir des critères neutres permettant l'identification d'une maladie, d'un individu malade, troublé psychiquement et socialement, qui permettrait une meilleure compréhension de l'intervention en santé mentale. Les assises que nous souhaitons investir sont plutôt les interventions mises en œuvre sur la base de services prévus pour cette grande catégorie d'individus.

Pour faire le point, on peut dire qu'il n'existe à ce jour aucune définition opérationnelle et univoque des problèmes de santé mentale, et que l'étude que nous en ferons ci-dessous ne peut se faire sans prendre en compte que ceux-ci sont constamment perçus selon des cadres interprétatifs qui varient. Une absence de consensus sur leur existence, leur nature et leur prévalence est indéniablement liée à une absence de solution univoque pour les approcher. En ce sens, ce qui nous importe principalement ici est de prendre en considération ces individus selon la façon dont ils sont regroupés, par des politiques et services les concernant. Actuellement, leurs problématiques se retrouvent indéniablement à la frontière entre le médical et le social. Elles sont pensées comme un amalgame de symptômes, médicalement définis et comme un dysfonctionnement social; on parle alors de «mental pathologique et de social problématique» (Otero, 2015). Mais la désignation des personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale renvoi à des individus au parcours de vie très varié et dont

l'expression de difficultés ou de souffrances est aussi variable dans leur propre vécu. Ce qui justifie comment nous définissons le groupe.

Plus particulièrement, en ce qui a trait au travail de recherche que l'on retrouve dans cette étude, il vise à répondre principalement à cette question:

- Comment se traduit l'autonomie dans les pratiques d'intervention en santé mentale dans des organismes communautaires?

Composé de ces deux sous questions :

- Comment les intervenantes exercent-elles leur pouvoir discrétionnaire dans le cadre d'actions situées, régulées par des contraintes de nature organisationnelle?
- Comment les interactions d'intervention sont-elles des espaces d'observation des jeux d'autonomie et de pouvoir entre les intervenantes et les personnes accompagnées?

Voici comment il a été pensé et divisé :

Dans le cadre du premier chapitre de ce mémoire, nous nous attarderons à cerner plus en détail pourquoi l'autonomie est un enjeu au cœur des pratiques d'intervention communautaire en santé mentale. Pour ce faire, nous tenterons de comprendre ce qui forme ces pratiques et les acteurs et actrices qui s'y rencontrent. Nous y découvrirons, entre autres choses, que le contexte actuel dans lequel se déroule les pratiques d'intervention en santé mentale est caractérisé par une injonction contraignante à l'autonomisation des personnes accompagnées; symbole de leur volonté à « travailler » leur bien-être. Le tout, augmentant les responsabilités des professionnelles et contraignant leur autonomie, par la mise en œuvre de pratiques qui oscillent entre des registres de contrôle et d'accompagnement thérapeutique. De ce fait, caractérisant la « gestion » de ce « problème » social, par l'investissement des individus en tant qu'acteurs de leur parcours de vie autonome.

Dans le cadre du second chapitre, nous cernerons en quoi consiste cette autonomie « en relation » et comment elle s'imbrique dans des rapports de pouvoir. En mobilisant un cadre interactionniste (Fine, 1991-92, Goffman, 1973-74, Strauss, 1981-93), l'objectif sera de saisir les dynamiques relationnelles; comme expression de l'agentivité des acteurs et actrices et de ce qui les influencent (le contexte). Nous y aborderons comment l'autonomie peut être pensée

comme un jeu interactionnel, s'inscrivant sur un continuum entre la liberté et la dépendance. Ainsi que comment ce concept implique aussi des jeux de pouvoir, qui s'expriment en interaction –de manière bidirectionnelle, et ce, malgré des différences de positions, de savoirs et des inégalités de risques et de droits, qui marquent le parcours des intervenantes et des personnes qu'elles accompagnent. Finalement, nous verrons, comment ses tiraillements se traduisent en négociations qui ont pour but l'élaboration de mutualités. Le tout, en tenant toujours compte du contexte interactionnel (la structure organisationnelle), qui module la marge de manœuvre des professionnelles –tel que théorisé dans la *street-level bureaucracy* (Lipsky, 1971).

Dans le cadre du troisième chapitre, sur la base d'un objet interactionnel, nous explorerons des situations concrètes qui renvoient à des *épisodes* d'intervention –tels que racontés par des intervenantes communautaires en santé mentale, dans le cadre *d'entretiens d'explicitation*. Ces données seront complétées par des entretiens préliminaires, effectués avec ces mêmes professionnelles, nous informant sur le contexte interactionnel propre à chaque épisode. Bien que nous aurions souhaité présenter les perspectives du binôme que forment les professionnelles et les personnes qu'elles accompagnent, c'est à travers le regard des intervenantes uniquement que nous explorerons les dynamiques relationnelles. Notre étude se penche donc sur six cas à partir desquels nous construirons un corpus de données qualitatives –segmentées en trois volets : des données contextuelles, narratives et représentatives. Nous analyserons d'abord chaque cas individuellement, pour en arriver à une analyse transversale, qui s'appuie sur notre cadre d'analyse (autonomie, interactionnisme, et *street-level bureaucracy*) et permet de répondre à nos questions et sous-questions de recherche.

Ensuite, nous présenterons nos résultats dans le cadre de deux chapitres. Le premier portant sur la manière dont les intervenantes déploient leur marge de manœuvre face aux contraintes de leur milieu de pratique. Nous verrons aussi comment cela définit leurs possibilités d'intervention et module leur rapport aux personnes qu'elles accompagnent. Notamment, comment, lorsqu'elles ont plus de marge de manœuvre, les professionnelles peuvent favoriser l'expression de l'autonomie des personnes accompagnées. Cette rencontre entre les deux parties sera d'ailleurs au cœur de notre second chapitre de résultats, soit les négociations qui découlent de l'interaction ou de la mise en lien entre l'autonomie des professionnelles et celle des personnes qu'elles

accompagnent. Nous y explorerons, à travers la perspective des intervenantes, les négociations qui prennent forme lorsque se rencontrent au sein de la relation des buts divergents et la manière dont les relations d'intervention se construisent sur la base de mutualités. Ce récit des tiraillements nous permettra aussi de comprendre comment les personnes accompagnées modulent tout autant l'autonomie professionnelle des intervenantes. Nous laissons envisager que les contraintes de l'autonomie sont bidirectionnelles au sein des pratiques d'intervention en santé mentale.

Enfin, nous aborderons dans le sixième et dernier chapitre les grandes lignes de ce que nous avons découvert dans le cadre de cette recherche. Nous passerons en revue comment la dynamique entre l'autonomie des intervenantes et celle des personnes qu'elles accompagnent nous informe sur les spécificités de l'intervention en santé mentale dans un contexte communautaire, selon les intervenantes. Nous y proposerons également des pistes réflexives pour envisager des manières de prendre en compte l'autonomie dans les pratiques d'intervention, selon des nuances philosophiques.

1. L'autonomie : enjeux des pratiques d'intervention

À la lumière de ces éléments contextuels, une compréhension plus pointue des spécificités des problématiques de l'autonomie et du pouvoir dans le cadre des pratiques d'intervention en santé mentale dans le domaine communautaire s'impose. C'est-à-dire, pourquoi importe-il de s'intéresser à ces pratiques? En quoi consistent-elles? Qui sont les acteurs et actrices qui les mettent en œuvre ou qui les réclament? Le tout, vers une meilleure compréhension de notre question de recherche, soit : *comment se traduit l'autonomie dans les pratiques d'intervention en santé mentale dans des organismes communautaires?*

1.1. La problématique de l'autonomie

Concernant le concept d'autonomie, nous en proposons la définition suivante, pour mieux le problématiser : question normative et pragmatique, l'autonomie renvoie à la subjectivité individuelle (Ehrenberg, 2009), soit une sphère d'actions protégées, libres d'interférence ou de coercition, qui ne concernent que soi (Radoilska, 2012). Mais nous ne pouvons ignorer que «l'autonomie est toujours définie par les capacités fonctionnelles de l'individu et fait peu référence à l'environnement de la société au sens global (...)» (Ennuyer, 2013 :148), de ce fait, évacuant ses composantes relationnelles. C'est d'ailleurs ce que nous tenterons de mieux saisir dans le cadre de cette recherche.

En ce qui a trait au contexte de la problématique, force est de constater qu'il existe aujourd'hui des dynamiques nouvelles qui caractérisent le projet thérapeutique d'intégration sociale des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale. Nous avons assisté à une transition sociale, d'une prise en charge d'un groupe d'acteurs et d'actrices par des institutions médicales et totalitaires, vers la mise en scène d'un sujet, co-responsable de son intervention. Ce qui, sans équivoque, transforme le lien entre les actrices de l'intervention et les personnes qu'elles accompagnent en contexte d'intervention communautaire. Il faut donc décortiquer la valorisation du concept *d'empowerment* ou d'autonomie pour mieux comprendre comment il contribue à masquer les inégalités et rapports de pouvoir présents dans les pratiques d'intervention. À cet effet, explorons en détail comment ce changement de paradigme suscite un enjeu autour de la question de l'autonomie.

1.1.1. Injonction morale à l'autonomisation

La fin du 20^e siècle et le début du 21^e siècle sont marqués par un changement de posture quant à la prise en charge sociale des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. On voit entre autre apparaître une sommation morale, pour ces dernières, à identifier les manifestations de leur mal-être dans une optique de « protection » personnelle et sociale, qui prend la forme d'une auto surveillance. Dès lors, nous sommes dans une injonction à la responsabilité, « (...) [qui] renouvelle la manière de créer du lien [...] et d'aider » (Clément et Paquet, 2006 : 241). Au-delà du projet social qui peut être associé à ce changement de norme, cette investiture de la responsabilité et de l'autonomie est l'apanage d'une société de sujets.

Ainsi, tant la complexité des neurosciences, que la parole de l'accompagnatrice thérapeutique, sont traversées par les tensions produites entre les règles de l'individualité contemporaine et le processus complexe de définition des multiples visages de l'«inadaptation» cognitive, comportementale, affective et sociale que l'on attribue aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Au carrefour des discours scientifiques, des normes sociales et de l'action de groupes d'intérêts particuliers, se définissent des modèles de comportements «adaptés», qu'il s'agit de valoriser et de reconduire, et des modèles de comportements «inadaptés», qu'il faut réadapter, gérer ou mieux encore, prévenir par leur dépistage «à la source» -que celle-ci soit biologique, psychologique, psychosociale, comportementale, sociale, ou autre. (Otero, 2005 :6).

C'est pourquoi nous nous demandons : comment peut-on aborder le passage d'un acteur ou d'une actrice historiquement objectivé, à son acquisition du statut de sujet? Comment les approches néolibérales, sous le couvert du bien-être, font-elles la promotion d'une injonction à l'autonomisation des individus marginalisés? Ou encore, comment se traduit l'invalidation de ce groupe d'individus, sur la base d'une « individualité » considérée en péril?

Nombreux sont les auteurs et autrices qui ont théorisé l'injonction à l'autonomie qui accompagne la santé mentale (Castel, 1981-88, Ehrenberg, 2001-09-14, Ehrenberg et Lovell, 2000, etc.). Entre autre, Ehrenberg (2011) qui considère comme un tournant dans les manières de faire société, la place centrale qu'occupe la responsabilité personnelle dans la vie sociale. Les concepts de choix, d'initiative, et de responsabilité, étant les assises sur lesquelles se fondent la

conception du « travail de son bien-être ». En ce sens, on peut dire que la fin du 20^e et le début du 21^e siècle sont marqués par des impératifs individualistes. C'est également Ehrenberg (2009) qui nous invite à penser l'autonomie et la santé mentale d'un point de vue sociologique, à la fois comme question normative et pratique. Sa particularité moderne tournant autour du fait que l'autonomie est « identifiée à la subjectivité individuelle » (Ehrenberg, 2009 :4). Dès notre plus jeune âge, nous sommes « invités » à nous développer comme individu, soit « devenir soi-même ». C'est le concept d'autonomie qui en est le moteur; l'action autonome est à la fois celle qui obtient le plus de reconnaissance, voire de « prestige » et celle qui est considérée comme la plus efficace –une finalité en soi de la vie en société. Chez Castel (2011), la modernité se traduit par le façonnement d'un individu « entrepreneur de lui-même ». Ainsi, les travaux de Robert Castel et d'Alain Ehrenberg sont particulièrement intéressants pour comprendre comment l'autonomie est devenue partie prenante de la construction de soi, en tant qu'acteur ou actrice de son récit de vie.

En ce sens, la montée de l'individualisme a provoqué une nouvelle forme d'autonomie, qui est aussi faite de contraintes. C'est-à-dire, qu'autonomie et dépendance ne sont plus forcément les deux facettes de la même réalité. L'imposition normative à l' « autonomisation » prend aussi la forme d'une obligation contemporaine (une dépendance), soit l'autonomie comme expression du conformisme social. C'est d'ailleurs ce qui forme la matrice des pratiques d'intervention en santé mentale, en contexte communautaire.

L'accompagnement psychosocial en santé mentale se distancie alors grandement d'une forme protectionniste, mais non moins normée, dans la mesure où l'on y fait la promotion d'un idéal prescriptif d'intégration sociale. Clément et Paquet (2006) stipulent que « si la période asilaire s'est caractérisée par le –trop- d'encadrement, on semble aujourd'hui être passé au –trop- de responsabilités, et ce tant pour l'utilisateur que pour celui qui l'accompagne » (Clément et Paquet, 2006 :250).

Se côtoient alors deux modèles d'intervention : un modèle selon lequel l'intervenante aide directement, soulage la souffrance, et un autre modèle selon lequel l'intervenante se limite à accompagner, à donner son support, soit à prendre le risque que la personne souffre davantage ou plus longtemps pour mieux respecter son rythme (Sévigny, 1986 : 18). Cela s'accompagne de plus grandes responsabilités pour l'intervenante, dans la mesure où il relève de son jugement

de définir et d'indiquer le moment où la personne accompagnée cesse d'être considérée comme autonome. On peut alors se demander à partir de quand l'intervenante cesse d'être une accompagnatrice, pour devenir l'autorité responsable (Clément et Paquet, 2006 :249).

On constate aussi que l'autonomie n'est pas conceptualisée selon divers niveaux au sein des pratiques d'intervention. On ne pense pas séparément ou on confond parfois une autonomie réflexive (capacité à se penser et penser son parcours de vie par soi-même), une autonomie décisionnelle (capacité à faire des choix libres d'influence) et une autonomie d'exécution (capacité à mettre en œuvre les choix et décisions prises). Sans compter, que l'on évacue de la littérature sur l'autonomie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, la manière dont l'autonomie professionnelle détermine ou influence les possibilités d'accompagnement dans une optique d'autonomisation.

Finalement, force est de constater cette hégémonie discursive autour du concept d'autonomie qui pénètre les sphères de l'intervention sociale en santé mentale. L'autonomie n'est pas un allant de soi, ni théorique, ni dans ses traductions pragmatiques, mais bien un construit social. Et bien que l'on s'entende sur la nécessité morale de l'autonomie –permettant à chacun de développer un regard critique sur sa vie, une conscience, une participation citoyenne, ainsi qu'une indépendance (Juhila et al., 2015), penser ses formes et ses applications n'est pas si simple. Cette transformation du social et des représentations de la santé mentale s'accompagne d'une segmentation des identités des personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale, en deux pôles. Le premier est empreint d'une obligation à l'autonomie. Il relève alors de la personne accompagnée d'exercer son pouvoir décisionnel. Le second est caractérisé une impossibilité à lui reconnaître la capacité à être responsable, et dans un effort de protection, l'intervenante s'interpose. Aussi, pour penser l'autonomie des personnes accompagnées, il faut concevoir ce que les intervenantes ont la liberté de faire dans le cadre de leurs pratiques d'accompagnement. Le concept comporte donc des enjeux relationnels lorsque l'on traite des pratiques d'intervention en santé mentale; c'est la rencontre de l'autonomie de la professionnelle et de celle de la personne qu'elle accompagne.

1.2. L'intervention communautaire en santé mentale

Dans un désir de saisir ce que font les intervenantes en santé mentale dans des organismes communautaires, nous explorerons ce qui définit leurs interventions et la manière dont elles se mettent en œuvre. Nous souhaitons aussi préciser en quoi le fait de s'attarder aux pratiques d'intervention est un observatoire particulièrement riche pour comprendre les enjeux d'autonomie. Le fond et le sens des pratiques d'intervention sont pertinents à situer, dans la mesure où nous concevons que le soin n'a pas une forme prédéterminée, mais qu'il est un « processus toujours ouvert » (Mol, 2009 : 37). En d'autres mots, l'intervention consiste en une mise en relation, ancrée dans la parole entre une professionnelle et une personne ayant des besoins, auxquelles l'intervenante a le mandat de répondre. Ces pratiques d'intervention psychosociale en santé mentale, nous avancerons, sur la base d'un large corpus à leur sujet, qu'elles sont une combinaison de domination, de sollicitude et de soin attentif, d'où leurs liens étroits aux enjeux d'autonomie et de pouvoir. Ainsi, les pratiques renvoient tout autant aux logiques internes qui les constituent, qu'à leurs finalités en interactions.

C'est pourquoi, puisque les pratiques d'intervention sont un observatoire sans équivoque de la manière de penser collectivement et prendre en charge les problématiques de santé mentale, nous souhaitons les mettre de l'avant dans le cadre de cette recherche. Mais pour ce faire, il importe d'abord de mieux comprendre quelles sont leurs caractéristiques en contexte communautaire et comment ces dernières nous informent sur les dynamiques d'autonomie en leur sein. Nous explorerons donc les différents registres de pratiques qui cohabitent au sein de l'intervention, soit ceux de nature thérapeutique, normative et d'activation. Puis, nous nous pencherons sur les acteurs et actrices qui sont au cœur de ces interactions interventionnelles. Le tout, dans l'optique de mieux saisir les enjeux d'autonomie qui émergent de la rencontre entre les professionnelles et les personnes qu'elles accompagnent.

1.2.1. Caractéristiques des pratiques

Un premier élément à saisir quant aux pratiques d'intervention communautaire en santé mentale c'est qu'elles ne constituent pas un champ monolithique, c'est-à-dire qu'elles prennent des formes multiples, qui se traduisent par des objectifs et interventions variés. Globalement, les interventions en contexte communautaire sont caractérisées par un développement

dynamique. C'est-à-dire, un désir de laisser la pratique se définir à partir du groupe auprès duquel elle est employée. Ces pratiques prennent donc racine dans leur caractère intentionnel, structuré et leur dimension communicationnelle (Rhéaume et Sévigny, 1988). Ce qui s'accompagne généralement d'une plus grande latitude octroyée aux professionnelles. Mais elles sont aussi à la fois influencées par les impératifs politiques desquels elles découlent, les attentes des gestionnaires ou des bailleurs de fond publics ou privés, l'influence du groupe de professionnels et de professionnelles qui travaillent au sein de chaque milieu, etc. C'est pourquoi, les pratiques d'intervention sont caractérisées par le déploiement de *stratégies* « (...) qui mise[nt] sur le potentiel des individus, des réseaux primaires, des groupes, ainsi que des collectivités en général » (Bourque, 1985: 329). On y valorise l'identification de besoins, la mobilisation de ressources et la mise en place de plans d'action, caractérisés par le renforcement social de l'autonomie. Cela implique, dans le domaine de la santé mentale, de ne pas mettre l'accent uniquement sur les déficits, les besoins ou les difficultés d'un point de vue médical, mais aussi, et surtout, sur les forces, capacités et aspirations d'un point de vue du rétablissement. Le tout, dans l'optique d'accentuer la capacité de chacun et chacune à développer son potentiel et tendre vers de libres choix (Drake, Szmukler, Mueser et Thornicroft, 2011).

Par ailleurs, les pratiques d'intervention communautaire, s'inscrivent dans une logique d'éthique libérale, ou l'optique n'est pas de faire usage de la norme pour arriver à une homogénéisation des conduites ou des états d'être; la standardisation n'étant pas le but ultime. On vise plutôt « une distribution stratégique autour de la norme, des comportements qui posent problème, en partant des individus et des groupes qui les incarnent » (Otero, 2005: 66). Il serait faux par contre de croire que la régulation des risques, qui est caractéristique des interventions en santé mentale, peut se produire dans une dynamique exempte de domination ou de rapports de force, même au sein de pratiques reconnues pour leurs aspects moins normatifs.

Qu'en est-il alors des dynamiques de pouvoir qui se traduisent en leur sein? Les sociologues White et Roberge (2000) proposent de considérer les organismes communautaires comme lieu d'élaboration d'un nouveau paradigme. Celui-ci se distancierait du pouvoir institutionnel et médical, en ne s'appuyant pas sur un savoir scientifique. Ainsi, l'approche au sein des milieux communautaires ne viserait pas une intervention sur le corps ou l'individualité. En effet, un aspect central de certaines pratiques communautaires en santé mentale est d'évoquer, comme

point d'origine des difficultés psychologiques, la communauté plutôt que l'individu (White et Roberge, 1995 : 6). Par contre, en faisant la promotion du maintien des individus le plus longtemps possible dans la communauté, la ligne est parfois mince entre la valorisation de l'indépendance et de l'insécurité (Castel, 1988).

À cet égard, certains auteurs et auteures avancent l'idée que les organismes communautaires ne sont qu'un des éléments d'un réseau plus complexe de prise en charge de la santé mentale, né post-désinstitutionnalisation. En effet, puisqu'en grande partie les organismes communautaires sont subventionnés par l'état et régulés par des plans d'action ministériels, leur approche ne peut jamais complètement s'émanciper de celle institutionnelle. Castel (1988 : 169) avance l'idée que « (...) l'intervention se confond alors de plus en plus avec la gestion de programmes établis à partir d'analyses *objectivantes* des populations et des problèmes. [...] Ce qui conduit l'intervention à se penser de plus en plus comme technologie de gestion efficace ». En ce sens, nous assistons à l'avènement d'une prise en charge où « les possibilités de contestation du système sont autorégulées par le système lui-même » (Castel et al., 1979: 35).

Dans un contexte où l'état libéral favorise les solutions bon marché pour la gestion des problèmes sociaux, le contrôle mis en place par les organismes communautaires prend plutôt la forme d'une promotion de l'individu –réduit à un élément du système à réadapter, et non à développer en tant que sujet (Laberge, 1988). En outre, les organismes communautaires innovent par leur vocation politique, soit, par l'établissement de lieux d'appartenance, par la promotion de l'autocontrôle, par l'implication des personnes accompagnées dans les structures de gestion et par la valorisation de l'entraide. Le tout, à travers l'idée que les personnes accompagnées et les intervenantes s'apportent mutuellement. Mais cette image des formes d'intervention alternatives en santé mentale s'ancre aussi dans une vision idéalisée de la réalité communautaire. Au même titre que toute autre forme de vie collective, les rapports que l'on retrouve en son sein sont empreints de structures de pouvoir. Également, ce qui tend à dénaturer les revendications sociopolitiques des organismes communautaires en santé mentale, est le fait qu'il existe un lien direct entre ceux-ci et les institutions étatiques –ce qui les enclavent dans des jeux de pouvoir et de financement.

1.2.2. Formes et fonction des pratiques

Alors qu'elles sont coincées entre un objectif de faire « différemment » et des impératifs à s'inscrire dans les politiques sociales et les programmes qui les subventionnent, comment les pratiques d'intervention communautaire prennent-elles forme? Nous faisons l'hypothèse qu'elles sont tout autant divisées que le contexte dans lequel s'inscrivent les organismes. En effet, les intervenantes communautaires qui œuvrent auprès de clientèles marginalisées, exclues ou stigmatisées, se retrouvent souvent à endosser plusieurs rôles, dont les frontières peuvent sembler évasives. On discerne globalement deux pôles quant aux registres langagiers utilisés pour définir les pratiques. D'une part, on se réfère à des verbes tels accompagner, soutenir, informer ou supporter, etc. Alors que l'autre volet de leur rôle peut se caractériser par des actions telles, superviser, administrer, encadrer, prévenir, etc. Les premiers renvoient au vocable historiquement associé aux professions du « care », du soin et de la thérapie. Bref, favoriser l'autonomie dans une perspective d'accompagnement. Les secondes, à un registre foncièrement normatif, une expression du pouvoir et de la régulation sociale. C'est-à-dire, exercer un contrôle social réduisant l'autonomie. Aussi, dans un contexte de valorisation sociale de l'autonomisation, s'ajoute un registre de l'ordre des verbes d'action tels mobiliser, *habileté*, renforcer ou responsabiliser, etc. C'est-à-dire, une injonction à construire et mettre en œuvre son autonomie. C'est pourquoi, pour mieux comprendre les formes et les fonctions des pratiques d'intervention et leur lien aux enjeux d'autonomisation, nous nous attarderons à nuancer ces trois grandes catégories : du soin, du contrôle et de l'activation.

➤ **Accompagnement thérapeutique**

Les pratiques d'intervention dans la sphère communautaire se caractérisent entre autres choses par des aspects relationnels, soit la mise en œuvre d'un espace pour développer un lien entre les professionnelles et les personnes qu'elles accompagnent. Accueil, écoute, acceptation inconditionnelle, reconnaissance de la personne, de sa parole et de ses enjeux, sans jugements ou aprioris, sont au cœur de ces pratiques. On leur accorde alors une valeur émancipatrice, soit une aide non intrusive qui consiste à donner et indiquer les outils pouvant être mobilisés par une personne, dans une situation de difficultés. Les interventions prennent la forme d'une « (...) rencontre de l'autre et de son empathie dans des situations de souffrance extrême » (Brum

Schappi, 2008 :145). Soit, une forme de considération pour la personne accompagnée comme individu à part entière; lui permettant de quitter une position socialement dévaluée.

Dans la même veine, les travaux de Sévigny (1983) sur l'intervention en santé mentale, l'on amener à concevoir l'accompagnement thérapeutique comme un instrument de changement, voir un canal de production de sens. C'est-à-dire, telle une forme d'accompagnement qui mène à une meilleure connaissance de soi, qui permet un travail sur l'estime et le développement de potentiel. C'est ce que nous associons dans l'imaginaire collectif à la « relation d'aide ». Ce sont des rapports intersubjectifs positifs et de soutien qui engendrent des transformations dans le potentiel relationnel, mais qui travaillent aussi les rouages de l'épanouissement social. Pour l'ethnologue Anne-Marie Mol (2009 :11), dont les travaux portent sur les rapports thérapeutiques, « (...) soigner, ne veut pas dire intervenir sur des corps pour traiter des maladies (...). À l'opposé, soigner veut dire prendre en charge la vie quotidienne au jour le jour. C'est une activité, d'une manière ou d'une autre, que l'on partage ». Les pratiques thérapeutiques peuvent donc avoir un pouvoir émancipateur. En effet, lorsque les comportements ou émotions associées aux problèmes de santé mentale sont socialement perçus comme déviants, la relation d'intervention peut être un espace de pleine expression de leur autonomie pour les personnes accompagnées.

Aussi, les pratiques qui prennent la forme d'un accompagnement thérapeutique sont caractérisées par l'interactivité du processus, ce qui inclut des composantes flexibles, ouvertes, définies et redéfinies dans une dialectique. Ce lien donne lieu à des espaces de dialogue et de légitimité, qui permettent une intervention qui ne serait pas source de traversions (Clément, Gélinau et McKay, 2009 : 32). La parole y est centrale. La professionnelle aide l'individu à redonner sens à son expérience. L'intervention permet de repenser le rapport à soi.

Par ailleurs, cette idée de vocation thérapeutique, elle est aussi présente chez Clément et Paquet (2006) qui défendent le caractère primordial du lien de confiance dans l'intervention, comme beaucoup d'autres. De ce fait, le lien significatif que la personne suivie établit avec l'intervenante devient une base de soutien quotidien. L'intervention sert alors de pont pour une reprise de pouvoir à la jonction entre une adéquation sociale et une transformation personnelle, qui sont contributives au bien-être.

La relation d'accompagnement thérapeutique, incluant ses caractéristiques qui renvoient à une forme de « dépendance », peut être une source d'autonomisation pour la personne. Par contre, l'accompagnement thérapeutique, dont la visée est le soutien non intrusif, peut être un objet de questionnements pour les professionnelles, qui doivent sans cesse resituer leur implication auprès de la personne. Ce sont donc des relations qui peuvent devenir complexes à créer et à maintenir, dans tout ce qu'elles impliquent d'aller-retour entre droits et obligations. Regardons à présent une autre des formes que peuvent prendre les pratiques, soit le contrôle social.

➤ **Contrôle social**

Robert Castel définit le contrôle social tel « [...] une lutte contre la désintégration sociale, l'anomie ou si l'on préfère, les différents facteurs d'éclatement qui travaillent les sociétés modernes» (Castel, 1988: 67). Le contrôle social est donc un principe organisateur qui permet à la fois la régulation et l'intégration sociales. Paradoxalement, malgré la difficulté à cerner ce qu'est la normalité psychique, il existe des interventions qui visent à prendre en charge le malaise social. Elles se traduisent par de la supervision, de l'encadrement et un souci pour le conformisme. On parle ici d'une forme d'administration sociale de l'altérité, sous le couvert d'impératifs préventifs. En ce sens, historiquement, nous avons fabriqué le sujet de l'intervention en santé mentale comme objet d'examen et de contrôle. Le contrôle et la surveillance au nom de la prévention et de la protection (Otero, 2005-15, Castel, 1988). À cet égard, Castel (1988 :45) décrit les pratiques d'intervention, telle une dynamique qui consiste à « (...) prendre en charge, assister, gérer certaines populations spécifiques (...) ».

Becker (1963) quant à lui, parlerait des intervenantes comme des entrepreneures de morale. En effet, en raison du caractère d'altérité associé aux problématiques de santé mentale, les actrices qui exercent des formes d'intervention auprès des populations que l'on caractérise ainsi, sont alors affublées d'un rôle de régulation. Elles doivent prendre en charge le malaise social, pour prévenir la désorganisation (Merton, 1996). Les pratiques d'intervention sont donc profondément normatives. La norme sert de référence pour toute prescription ou régulation des comportements; c'est le point de comparaison socioprofessionnel et le lieu de justification des pratiques (Otero, 2005: 66). Sévigny (1983) parle aussi de la figure de l'intervenante communautaire telle une «gestionnaire du social». Les professionnelles de l'intervention portent

une responsabilité envers la personne accompagnée, mais également une responsabilité envers la société.

Par contre, les formes que peut prendre le contrôle social n'ont pas toujours une composante coercitive. Leur portée peut aussi s'exercer sur de longues périodes, ce qui sédimente les rapports entre les professionnelles et les personnes accompagnées. Dans ce contexte, le contrôle social ne prend pas forcément explicitement une forme contraignante, mais peut plutôt prendre les airs d'une relation à la fois thérapeutique, mais aussi transformatrice. Par exemple, lorsque l'on promeut le maintien dans la communauté des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale, on assigne aux intervenantes le rôle de « gardienne du fonctionnement social ». Dans l'optique d'éviter des « rechutes » ou des « désorganisations », menant à de multiples admissions dans des centres hospitaliers, on engage l'intervenante dans un processus de supervision de la médication ou du respect des plans d'intervention élaborés par le corps médical. Ces mesures naissent d'une crainte pour la désaffiliation sociale et contribuent à restreindre l'autonomie des personnes accompagnées (De Gaulejac, Hanique et Roche, 2007).

En ce sens, les pratiques communautaires rappellent l'héritage coercitif de l'intervention institutionnelle. On peut donc se demander quelle est la ligne entre le *management* thérapeutique et le développement de compétences individuelles favorisant l'adaptation sociale. Comment les prises du contrôle social se travaillent-elles à même la perception de l'individu en tant que sujet ou objet de l'intervention? Une avenue à emprunter, pour à la fois contrer la désaffiliation sociale, mais aussi éviter un accompagnement trop *paternaliste*, est d'amener les personnes accompagnées à être les actrices de leur intervention; maîtres de leur autonomie. C'est ce que nous explorerons dans la prochaine forme des pratiques que nous présentons, soit celle qui favorise l'activation des personnes accompagnées.

➤ **Activation ou *Empowerment***

Dans un effort de normalisation des parcours de vie et des conduites des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les interventions peuvent aussi prendre la forme d'une activation ou de la mobilisation. Ici, les pratiques sont à mi-chemin entre des processus de reproduction des normes et de régulation sociale par un encadrement des marges, mais

également une valorisation de l'individualisation, par un souci pour l'autonomisation et la responsabilisation d'autrui.

Les interventions visent alors la stimulation des personnes accompagnées, favorisant le développement de soi comme acteur ou actrice autonome, dans une perspective dynamique. On parle parfois de « développement de potentiel » lorsqu'on fait référence à ce type de pratiques d'intervention. Ou encore, d'une forme d'habilitation qui consiste à « (...) aider les personnes à mobiliser et utiliser ces ressources dans le creuset des situations sociales qu'elles traversent » (Oboeuf et al 2016:179). Ici, l'intervention a comme objectif d'offrir à la personne accompagnée les conditions lui permettant d'exercer son pouvoir.

Un incontournable dans la littérature sur le sujet est l'emploi du concept *d'empowerment* (Bacqué et Biewener, 2013) pour décrire les pratiques d'intervention. En effet, concept clé de la littérature et des pratiques du travail social d'aujourd'hui, la définition de *l'empowerment* ne fait pas l'unanimité. Nous utiliserons comme point de repère celle proposée par Israël, Schultz et Zimmerman (1994 : 37) :

Empowerment in its most general sense, refers to the ability of people to gain understanding and control over personal, economic and political forces in order to take action to improve their life situations. Individual empowerment will enhance capacity for self-management and promote the adoption of healthier lifestyle behaviours, reducing the risk of poor health outcomes.

Cette définition permet à la fois de penser le caractère positiviste du concept, entre autre le développement individuel d'aptitudes, mais aussi, sa forme plus contraignante, à travers des impératifs d'activation.

Ainsi, il existe un rapprochement entre *l'empowerment* et les injonctions à la responsabilisation individuelle. À cet effet, Tremblay et CRDC (2002) considèrent que de favoriser une approche centrée sur la valorisation de *l'empowerment*, est une façon de nier le caractère injuste des possibilités de développement, d'accès et d'épanouissement de chacun et chacune en société. En ce sens, ils défendent que le concept « (...) serait plus ou moins l'apanage de ceux dont le niveau d'autonomie est déjà suffisant pour effectivement être en mesure de s'engager sur cette voie » (Tremblay et CRDC, 2002 :81). C'est ce qui les amène à constater que ce sont rarement les individus en situation de discrimination ou de précarité (notamment psychologique) –et qui en auraient le plus besoin, qui ont les moyens de profiter de ce type d'intervention. C'est un des

enjeux de la traduction de *l'empowerment* en pratiques d'intervention. À cet effet, le praticien et chercheur Henri Dorvil (1987, 1990, 2007) croit que nous sommes passés d'une ère de *l'empowerment* en tant que processus, à une époque où sa pertinence est centrée uniquement sur sa finalité.

Conséquemment, cette décortication des pratiques en trois grandes catégories, selon leur forme et leur fonction, nous permet d'envisager que le déroulement des interactions entre les professionnelles et les personnes accompagnées, dans les organismes communautaires, est assez complexe. Entre un soutien inconditionnel, un impératif à contenir l'expression de la marginalité en société et un désir d'engager la personne au prise avec de problèmes de santé mentale vers une mise en action quant à son parcours de vie et de bien-être, les intervenantes adoptent différents rôles et diverses responsabilités qui modulent l'autonomie des personnes accompagnées, et ce, en fonction de leur propre autonomie professionnelle.

1.2.3. Acteurs et actrices

Pour mieux comprendre en quoi consiste l'intervention en santé mentale dans les milieux communautaires et quels sont les enjeux quant à l'autonomie, il importe aussi de saisir qui en sont les acteurs et actrices. D'une part, les professionnelles et d'autre part, les personnes qu'elles accompagnent.

➤ Les intervenantes

En ce qui a trait aux intervenantes qui travaillent dans des organismes communautaires, elles le font généralement sur la base d'une formation en relation d'aide (psychoéducation, psychologie, sexologie, travail social, etc.). Une grande majorité a un diplôme universitaire (Pigeon et Fortin, 2005). Pour les autres, elles ont des formations en intervention de niveau collégial (technicienne en travail sociale, éducatrice spécialisée, etc.) ou ont apprises par expérience. Certaines sont arrivées dans le milieu par des expériences de bénévolat et travaillent sur la base de leurs connaissances pratiques. Aussi, la plupart des milieux ont des équipes qui se composent d'intervenantes de suivis, qui travaillent à temps plein et d'intervenantes ponctuelles, qui travaillent à temps partiel et sur appel. Pigeon et Fortin (2005) ont aussi relevé

un roulement important des intervenantes dans les organismes communautaires, soit une présence marquée d'intervenantes qui travaillent dans leur milieu depuis moins de cinq ans.

De plus, en contexte communautaire, bien qu'il y ait des gestionnaires, c'est avant tout les intervenantes, en contact direct avec les personnes qu'elles accompagnent, qui mettent en œuvre les interventions. Dans ce contexte, leur autonomie professionnelle est un élément clé qui façonne les pratiques d'intervention. Tout autant, que l'autonomie des personnes accompagnées vient directement influencer les pratiques, puisqu'elles s'élaborent en relation. Aussi, leurs pratiques sont teintées de l'influence de leurs collègues, qui travaillent dans les mêmes milieux ou dans d'autres organismes. Ceux-ci et celles-ci occupent un rôle de régulation des pratiques; par une remise en question et une supervision de ces dernières. À ce sujet, Castel (1979 : 69) avance « (...) qu'à travers leurs rationalisations, s'accomplissent des fonctions sociales et politiques cachées ». Aussi, au sein du réseau de soins et de services, elles ne possèdent pas la reconnaissance et l'autonomie nécessaires à une intervention qui ne serait pas brimée par une chasse gardée des pouvoirs par la sphère institutionnelle de prise en charge des problèmes de santé mentale (Godbout, 1982). L'intervention ne relève alors pas toujours de leur propre vision, mais est soumise à des exigences organisationnelles, ce qui inévitablement influence la relation thérapeutique. En ce sens, certaines contraintes structurelles (temps, financement, disponibilité, etc.) les amènent à favoriser certains aspects de la philosophie communautaire dans leurs pratiques plutôt que d'autres (White et Roberge, 2000 : 40).

En conséquence, un des éléments qui distingue leurs pratiques de celles des professionnelles du milieu institutionnel est la mobilisation de leur pouvoir discrétionnaire. Dans l'optique où la matrice de leur travail autant sur le plan organisationnel, que sur le plan du capital financier ou professionnel est limitée, la mise en place de techniques ou de stratégies d'intervention visant la gestion de la surcharge est inévitable. Considérant le nombre toujours croissant de demandes, elles en viennent à étiqueter et trier pour pouvoir prioriser.

Ainsi, la posture des intervenantes communautaires est caractérisée par une plus grande souplesse quant à leurs pratiques, en opposition à celle des professionnelles travaillant dans des milieux institutionnels très règlementés. Mais le manque de crédibilité, la régulation des pratiques par les paires, le sous-financement des organismes et le fait que les interventions se

construisent en relation avec les personnes accompagnées, limitent leur autonomie professionnelle.

➤ **Les personnes accompagnées**

Pigeon et Fortin (2005 :8) qui ont mené une étude sur les personnes accompagnées qui bénéficient d'un suivi alternatif communautaire en santé mentale au Québec, ont constaté que la plupart ont reçu dans leur parcours de soins et de services un ou des diagnostics psychiatriques. Ces personnes vivent avec leur problème de santé mentale depuis plusieurs années. La plupart ont une médication et des suivis dans les milieux institutionnels également (avec un ou une psychiatre en hôpital, avec un ou une travailleuse sociale en CLSC, etc.). Plus de la moitié vivent de l'isolement et des difficultés relationnelles. Il existe aussi une comorbidité entre leurs problématiques de santé mentale et des problèmes de toxicomanie, de judiciarisation et d'itinérance. D'ailleurs, de par ces enjeux psychosociaux et les dynamiques de prise en charge qui en découlent, on assiste à une remise en question constante de leurs capacités. Elles appartiennent donc à un groupe stigmatisé, dont l'autonomie est souvent remise en question.

En ce qui a trait à leurs rapports aux services communautaires, pour qu'une aide soit sollicitée, il faut d'abord qu'une personne se rende jusqu'aux organismes. Elles évoluent dans un système où *l'outreach*⁵ n'est pas la norme. C'est plutôt l'identification d'un problème ou d'un besoin par la personne ou son entourage qui donne lieu à l'intervention. Duford (2013 :31) défend « (...) que si un problème existe objectivement, mais n'est pas perçu comme tel par les personnes elles-mêmes, leur entourage ou la société, il ne donne lieu à aucune demande d'aide ». On constate aussi qu'il y a une inadéquation entre « (...) les besoins de soins tels que perçus par la personne et tel qu'évalué de façon externe» (Lamboy, 2005 :590). Le tout, questionnant l'autonomie *réflexive* des demandeurs et demandeuses de services et leur possibilité de choisir des interventions ou des organismes qui leur conviennent. En bref, ont-ils ou ont-elles accès à toute l'information nécessaire? Aussi au sein des organismes communautaires, tout comme en

⁵ *L'outreach* est une forme de dispensation des services où les professionnels et professionnelles de l'intervention (tout autant que ceux et celles du domaine des soins et des services) vont rencontrer et offrir des services aux individus dans leur milieu de vie (ex : à domicile).

milieux institutionnels, les espaces de résistance se font rares pour les personnes accompagnées et l'expression de leur désaccord est généralement garante d'une exclusion de la ressource.

En somme, ce sont les propos de la sociologue de l'intervention sociale Maryse Bresson (2012: 73-4) qui résument bien ce que nous avons décortiqué précédemment, lorsqu'elle avance que l'intervention vise à

(...) résoudre les problèmes sociaux, par la transformation des individus. (...) C'est pourquoi l'accompagnement combine l'aide, la persuasion et la contrainte et mobilise, de la part de l'intervenant [ou de l'intervenante], une compétence moins psychologique que relationnelle. (...) Autrement dit, l'accompagnement permet de gouverner les conduites en transformant la personne en sujet individuel, ayant intériorisé la norme de l'individu autonome (ou en parcours vers l'autonomie).

Par contre, il subsiste des ambiguïtés quant aux rôles et devoirs des intervenantes. En effet, entre des impératifs de développement individuel et social, l'intervenante peut se retrouver à endosser un ensemble de responsabilités variées, impliquant un accompagnement du plus thérapeutique (favorisant l'autonomie de la personne accompagnée) au plus coercitif (réduisant l'autonomie de la personne accompagnée). Le sens et la pertinence sociale de ses pratiques dictent ses responsabilités, mais leur traduction en contexte relationnel demeure à explorer. À quels types de pratiques la rencontre entre une autonomie professionnelle réduite et les besoins des personnes accompagnées donne-t-elle lieu?

2. L'ordre interactionnel de l'intervention

Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons aux relations qui émanent, se construisent et se travaillent en situation d'intervention, à travers le prisme des professionnelles. En conséquence, il nous semble tout indiqué de mobiliser un cadre d'analyse interactionniste pour mieux comprendre les particularités de ces liens sociaux. Nous souhaitons étudier les caractéristiques de cette dialectique relationnelle entre les intervenantes et les personnes qu'elles accompagnent, et la manière dont elle est empreinte de jeux d'autonomie. Et ce, dans la mesure où l'autonomie est un enjeu des pratiques d'intervention en santé mentale en milieux communautaires. C'est-à-dire, que l'on y retrouve une dynamique paradoxale entre le fait de favoriser le pouvoir d'agir des personnes accompagnées et les impératifs de régulation sociale de leurs comportements; des pratiques qui oscillent entre des registres de contrôle et d'accompagnement. Les intervenantes naviguent alors ces impératifs contradictoires pour élaborer leurs interventions, et ce, au sein des contraintes organisationnelles qui déterminent leurs propres possibilités d'actions.

Ainsi, un cadre d'analyse interactionnel nous permet d'envisager, à travers la perspective des intervenantes, la rencontre de deux autonomies, dans la mesure où nous concevons l'autonomie telle l'expression de la subjectivité individuelle. Pour cela, nous faisons l'hypothèse que les pratiques d'intervention sont une mise en relation, un point de rencontre entre deux individus, fondé et solidifié sur la base d'interactions. Nous concevons les interventions comme le fruit d'une (co)construction, soit l'élaboration d'une mutualité par la rencontre des professionnelles et des personnes accompagnées dans un rapport dynamique d'interdépendance.

Nous souhaitons également comprendre ce qui module ces interactions. Nous faisons l'hypothèse qu'une forme de dialectique comprend toujours des tensions. Nous cherchons donc à mettre en lumière comment les données recueillies, auprès des professionnelles, nous informent sur les particularités de ces espaces relationnels –tel un laboratoire d'observation des tensions, de l'établissement des réciprocitys, de la mise en scène du rôle de chacun et chacune et de l'élaboration de collaborations et d'ententes. Comment se construit le lien? Comment se travaillent les réalités, intérêts, besoins et impératifs changeants et divers de chaque partie? Et comment le contexte définit-il ce qu'il est possible de réaliser dans le cadre d'une interaction?

D'ailleurs, précisons que ce n'est pas sur les résultats ou finalités du processus interactif que nous nous pencherons. Notre attention se portera plutôt sur les processus qui forment cette relation distincte, ainsi que les particularités du cadre dans laquelle on la retrouve. Conséquemment, dans ce chapitre, nous nous attarderons à délimiter et définir les concepts facilitants sur lesquels s'appuient notre recherche, ainsi que les particularités d'une analyse portant sur les jeux d'autonomie et les interactions en contexte.

2.1. Jeux d'autonomie

Nous avons précédemment exploré en quoi la modernité est caractérisée par une valorisation prégnante de l'autonomie au sein de l'intervention en santé mentale. Nous aborderons ici une manière de comprendre et théoriser la rencontre entre l'autonomie des personnes accompagnées et celle des professionnelles. Pour ce faire, notre étude sociologique du concept se fera en considérant que l'autonomie doit avant tout être pensée en relation. C'est-à-dire, que « l'autonomie de l'acteur [ou de l'actrice] n'est jamais illimitée. En effet, elle est contrainte par la nécessité de la coopération dans l'action collective, donc par la dépendance à autrui, dont il faut mobiliser la contribution » (Friedberg, 2009:16).

L'autonomie est avant tout un rapport contingent dans le cadre de l'intervention en tant que jeu interactionnel. En ce sens, nous avançons que l'autonomie est un concept qui se pense dans le cadre d'une dynamique relationnelle plutôt que l'expression d'une individualité. Cet exercice s'inscrit dans la suite de celui fait par plusieurs chercheurs et chercheuses (Sennett, 1981, Ehrenberg, 2009, Geay, 2009, Zielinski, 2009, Rigaux 2012 et Ennuyer, 2013). Plutôt, que de penser les êtres comme des atomes libres et isolés, il nous importe de comprendre comment leur autonomie est le fruit de leur affiliation comme êtres sociaux.

À cet égard, Geay (2009) nous parle d'une « fabrique sociale de l'autonomie », où l'autonomie n'est pas la panacée d'une individualité privée, mais bien une question d'ordre social. Nous abondons dans ce sens afin de dépasser l'association entre l'autonomie et la raison individualisée. Rigaux (2012), quant à elle, défend que l'autonomie est définie au cœur d'un réseau d'interdépendances, amenant tout un chacun à être intrinsèquement vulnérable, dans le tissage de ce que sont la solidarité et la réciprocité.

Conséquemment, si le concept est à envisager d'un point de vue relationnel, c'est avant tout parce qu'il se joue au sein de la socialisation, qui rend possible l'émancipation et les rapports de domination. C'est-à-dire, que « c'est dans les modalités de la socialisation des individus que se constituent les compétences cognitives et les dispositions affectives qui rendent possible l'autonomie » (Renault, 2009). Finalement, on peut concevoir que « favoriser le lien, c'est par la même [occasion] contribuer à la reconnaissance de l'autonomie de l'autre » (Lemoine et al., 2014 :89).

2.1.1. Entre autonomie et dépendance

Maintenant que nous avons établi que nous définissons avant tout l'autonomie comme un rapport d'interdépendance, voyons comment nous pouvons penser ses formes, ses niveaux et ses dimensions.

Les mots dépendance et autonomie renvoient, selon Ennuyer (2013), aux modes de relation entre les individus dans notre société. Ainsi, nous défendons qu'entre autonomie et dépendance, il existe un continuum avec une variété de positionnements, qui sont adoptés par différents acteurs et actrices, et ce, dans différents contextes, relations ou moments d'une même relation ou d'un même contexte.

À un pôle, nous pourrions placer l'autonomie absolue, comme figure de l'extraction de tout type de dépendance ou de relation sociale. À l'autre, la dépendance totale à autrui. Plus en détail, l'autonomie dans sa forme la plus absolue serait la liberté d'être, sans besoin d'approbation, d'aide ou de collaboration. Le contrôle de soi en est la forme ultime, selon Sennett (1981). Ce premier pôle serait l'expression d'un mouvement d'extraction de l'obligation à entretenir un rapport ouvert et mutuel avec les autres. C'est ce que l'on peut rapprocher d'une forme d'autosuffisance : une capacité à agir sans l'autre et sans être affecté par un ensemble de contraintes. Dans cette mesure, on peut réfléchir des formes de résistance (Foucault, 1976) ou de protection au pouvoir des autres. Il s'agit d'un désengagement relationnel absolu.

Le pôle de la dépendance totale, quant à lui, peut être envisagé comme la forme la plus contraignante d'attachement à une personne, à un groupe (institution) ou à un objet. Memmi (1979) ajoute à cette définition que la dépendance s'exerce généralement dans l'optique de satisfaire ou de répondre à un besoin, pour lequel il est impossible de le faire seul. Aussi, dans

sa forme moins extrême, on peut envisager la dépendance comme condition implicite de la condition humaine –de par son caractère fondamentalement relationnel. Elle est caractérisée par un mouvement de réciprocité. Mais ces pôles sont évidemment des *idéals types*, dont la matérialisation totale pourrait être considérée comme impossible. Voyons maintenant comment ces jeux d'autonomie prennent forme à travers l'expression du pouvoir de chacun et chacune.

2.1.2. Pouvoir en relation

Les relations d'intervention, comme toutes autres, sont empreintes de dynamique de pouvoir. Nous proposons donc de penser l'autonomie, entre autres comme incarnation du pouvoir. Dans le sens de Friedberg (2009 :16), la relation de pouvoir en est une : « (...) dans laquelle une des [personnes] est dans une meilleure position que ses partenaires. Mais si elle suppose toujours une inégalité, elle comporte aussi toujours une réciprocité ». Le tout laissant supposer que les relations d'intervention, comme expression d'une dynamique interactionniste, impliquent que le pouvoir y est toujours contingent; on ne peut pas savoir qui en exercera plus ou comment. En effet, dans le cadre de la section précédente sur l'autonomie, nous avons brièvement effleuré les rapports d'oppression qui structurent son déploiement en relation. Nous prendrons ici un moment pour voir plus en profondeur les spécificités du pouvoir, tel que vécu, exercé et reconduit par les acteurs et actrices qui nous intéressent : les intervenantes psychosociales et les personnes auprès de qui elles travaillent.

Ce n'est pas en termes de ressources ou encore de positions des acteurs et actrices dans la sphère sociale que nous proposons de définir le pouvoir. Mais avant tout, comme ce qui existe dans un espace relationnel. À cet effet, Renault (2009) vient appuyer notre idée que l'autonomie ne peut être envisagée comme une totalité libre d'influence, puisqu'elle se joue en relation –relations qui sont teintées de dynamiques de pouvoir. D'ailleurs une manière d'envisager le pouvoir d'un point de vue spécifiquement relationnel est de penser les éléments qui le façonnent. C'est à la jonction entre un pouvoir *sur*, un pouvoir *de* et un pouvoir *avec* que s'exprime le pouvoir en relation. Le pouvoir *sur* renvoie à l'expression du contrôle d'une des parties de l'interaction sur l'autre. C'est l'exercice d'une influence sur autrui, qui permet de dire que « j'ai du pouvoir ». Ainsi, le pouvoir *sur* implique qu'un individu exerce son autonomie (et l'influence nécessaire) pour en amener un autre, à faire quelque chose qu'il n'aurait pas fait sinon. Il peut prendre la

forme d'une domination, d'une influence ou encore d'une coercition. Mentionnons que nous faisons ici usage des concepts : autorité, influence ou contrôle, de manière interchangeable.

D'ailleurs, en ce qui concerne le pouvoir en relation, le concept d'autorité y est aussi central (Sennett, 1981), car c'est l'expression émotionnelle du pouvoir; les chaînes qui unissent les acteurs et actrices sociales dans des rapports inégaux. On parle alors de pouvoir *de*. C'est notamment l'apanage du *paternalisme*, qui se situe à un pôle extrême de ce qu'est l'autorité; le pouvoir exercé « pour le bien des autres » (Sennett, 1981 : 84). Cette forme de domination peut aussi s'exprimer par la disqualification des compétences, des désirs, des besoins ou de la vision du monde de certains individus. C'est un exercice dépréciatif incrusté dans l'ordre social et relationnel (Renault, 2009). C'est pourquoi on peut penser que « (...) si l'autonomie doit être définie dans un contexte social marqué par la domination, elle ne peut jamais être définie comme une qualité que posséderaient certains types de jugements, d'actions, ou d'existence, mais seulement comme un processus de libération de l'action » (Renault, 2009 : 11). Soit, une libération du pouvoir *de*. C'est ce qu'on associe au dé-assujettissement. Le pouvoir *de* implique l'agentivité des acteurs et actrices en contexte, d'où l'importance de penser le pouvoir *de* chacun et chacune en relation. Soit, comment l'exercice de son pouvoir peut avoir un effet transformateur sur autrui. C'est sa forme la plus proche de l'autonomie; la projection et l'objectivation de la volonté individuelle.

Finalement, le pouvoir *avec* relève plutôt de la collaboration. Ce sont les particularités de la construction du pouvoir dans l'échange; dans la dépendance. Non pas comment les individus répondent à un objet, mais comment ils se répondent entre eux. Comment la mise en commun de plusieurs personnes augmente la portée de l'action. Cela leur donne entre autres un pouvoir de négociation. Le pouvoir *avec*, ce sont aussi les formes institutionnalisées de dépendance entre les acteurs et actrices –tel que celle qui existe entre les professionnelles du soin et leurs accompagnés et accompagnées. C'est-à-dire, que le pouvoir *avec* vient travailler les spécificités du pouvoir *de* et du pouvoir *sur*. C'est pourquoi, dans une dynamique relationnelle, l'autonomie relève de l'expression du pouvoir exercé par l'un qui rencontre celui exercé par l'autre. Plus en détail, ce pouvoir en relation prend aussi plusieurs formes, que nous explorerons ici-bas.

➤ **Formes du pouvoir**

Envisageons ensuite comment le pouvoir s'établit, et ce, plus particulièrement chez des individus qui ne sont pas dans des positions sociales élevées (supérieures). En raison de leur statut de « subalterne » à un cadre organisationnel donné, employée ou sous-traitante des services institutionnalisés/publics, les intervenantes communautaires entrent dans cette position. En raison de leur vulnérabilité, associée à la souffrance qu'ils éprouvent et à leur besoin d'aide pour y faire face, c'est aussi la réalité des individus qu'elles accompagnent. En ce sens, élaborons de trois manières comment le pouvoir prend forme, selon : 1) la position des acteurs et actrices, 2) leur savoir situé et 3) les risques que comportent la relation pour eux et elles.

Premièrement, en ce qui a trait au statut, rappelons que nous avons évoqué plus haut que nous souhaitons penser le pouvoir en relation et non uniquement en termes de positions. Par contre, nous ne pouvons nier que les relations qui se tissent entre les individus sont aussi teintées par la spécificité de leurs statuts (Mechanic, 1962, Rugkasa et al., 2014). C'est pourquoi on avance, que bien qu'une personne ne possède pas d'autorité formelle dans une situation (par exemple de par un statut hiérarchiquement inférieur), elle peut tout de même être en position favorable.

Ainsi, la position des individus en relation interventionnelle doit avant tout être pensée en fonction de ce qui distingue la professionnelle de la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale, soit, un état psychique qui diffère. On pense ici les particularités d'une perception ou d'un rapport à soi, qui n'est pas le même pour les deux parties (Zielinski, 2011). C'est-à-dire, que nous pouvons envisager le pouvoir sur soi (ou l'autonomie) comme étant composé d'un bien-être psychique. Rugkasa et al. (2014), dans ses travaux sur la question de l'autorité dans les pratiques des professionnelles de l'intervention, avancent l'idée que c'est d'abord ce besoin (d'aide, de services, d'accompagnement, etc.) provenant de la personne accompagnée, qui est un facteur de contraintes pour ces dernières, lorsqu'elles sollicitent une relation d'intervention. C'est la source d'une asymétrie positionnelle.

À cet égard, Sennett (1981) défend qu'une des caractéristiques du travail des intervenantes, tel qu'il est rendu de plus en plus bureaucratique, est d'éliminer toute forme de vulnérabilité ou d'affecte au sein de l'exercice de la profession. Nous faisons l'hypothèse que plusieurs intervenantes font preuve de détachement émotionnel, en se basant sur le fait qu'il est de leur

devoir d'apparaître comme figure neutre, détachée, mais aussi solide et inébranlable. C'est ce que Sennett (1981) appelle de « l'indifférence professionnelle ». Non pas par absence de soucis ou d'intérêts, mais par devoir de ne pas démontrer leur vulnérabilité. En ce sens, la fragilité peut apparaître comme une menace à l'autonomie; une perte de leurs moyens.

Deuxièmement, en ce qui concerne les savoirs, proposons une définition de l'expertise : comme caractère attribué à un acteur ou une actrice qui possède une connaissance socialement valorisée. En ce sens, la professionnelle est généralement celle à qui on attribue cette connaissance de par son statut. C'est-à-dire, qu'elle se prévaut d'un pouvoir qui s'établit sur la base des compétences qui émergent de sa formation professionnelle ou académique et de son expérience technique ou pratique. Il s'agit d'une hiérarchie des savoirs, alors que la personne accompagnée possède une connaissance expérientielle, dont la reconnaissance et la valorisation est moindre. Cette expertise est donc la matrice sur laquelle se construit la relation d'aide.

Par contre, même s'il existe une disproportion quant aux connaissances théoriques ou aux compétences de la professionnelle et des personnes accompagnées, ces dernières peuvent exercer leur pouvoir en cachant, modelant ou tout simplement en ne donnant pas d'informations permettant le travail des intervenantes; exerçant une « chasse gardée » sur leurs savoirs expérientiels (Mechanic, 1962). Les professionnelles peuvent en contrepartie mobiliser leur pouvoir et leurs savoirs pour évaluer et déterminer les aptitudes de la personne qu'elles accompagnent à être considérée comme agent épistémique crédible (Ehrenberg, 2013). Le jugement posé sur leurs capacités prédit la latitude de liberté qui leur sera accordée (Radoilska, 2012). Le pouvoir, d'un côté comme de l'autre, peut aussi être le fruit d'une expertise quant au contexte et à ses règles. Mechanic défend que

(...) lower participants who are familiar with an organization and its rules can often find rules to support their contention that they not do what they have been asked to do, and rules are also often a rationalization for inaction on their part. » (Mechanic 1962:364).

Ainsi se travaille l'autonomie en contexte et en relation, à travers l'épistémè de chacun et chacune.

Troisièmement, quant aux formes du pouvoir, il faut envisager que les relations d'intervention sont toujours teintées par des *inégalités de risques* (Goffman, 1982). C'est-à-dire, que ce que chaque partie retire de la relation et ce que chacun et chacune peut perdre, si elle décide de la

quitter ne s'équivalent pas. Les intervenantes peuvent se désengager plus librement des relations interventionnelles, car il y a une grande quantité de personnes qui attendent leurs services, bien que cela s'accompagne aussi d'un échec quant à leur rôle professionnel. La personne accompagnée, elle, ne sait pas s'il y a d'autres services, ou sait qu'il n'y en a pas d'autres et est donc très dépendante de la relation à l'intervenante. De plus, les conséquences de s'extraire de la relation ne sont pas les mêmes pour chacune des parties, dans la mesure où si l'on présume que la personne est en souffrance et que celle-ci n'est pas accompagnée, elle est appelée à empirer.

Il existe aussi des *inégalités de droits* (Goffman, 1982) au sein de la relation. C'est l'intervenante qui a le devoir de répondre à un besoin ou une demande; l'origine de son action lui est alors extérieure (Zielinski, 2011). Et on s'attend d'elle qu'elle sache trier, discerner, reconnaître et même solutionner la situation en jeu. Lévinas (1974) soulève la nuance suivante quant à l'asymétrie dans la relation d'aide : elle pourrait plutôt être pensée en fonction du fait que la personne en position de vulnérabilité, exerce la forme la plus autonome de pouvoir. Et ce, parce que c'est elle qui « appelle » à la responsabilité chez la professionnelle (Zielinski, 2011). C'est elle qui définit le fondement du travail de cette dernière; sans demande, l'intervenante ne peut pas travailler. Aussi, malgré elle, de par la réception du discours de l'autre et l'observation de son non verbal, l'aidante est constamment en position d'exposition. Ainsi, ce n'est pas seulement l'interaction, mais aussi sa forme, qui est prenante. C'est l'injonction, de devoir répondre à cette souffrance, qui est engageante (Zielinski, 2011). La vulnérabilité implique donc une perte de contrôle (de pouvoir) et une interdépendance. Les deux parties ne peuvent pas non plus se désengager de la relation selon les mêmes droits, ceux-ci s'accompagnant de devoirs que toutes deux portent. Ces inégalités influencent directement les échanges quant aux démarches à accomplir, en limitant l'exercice de l'autonomie des personnes accompagnées, et en les engageant de facto, dans une position de dépendance plus accrue.

Finalement, le but de cette section était de poser les bases nous permettant de comprendre les enjeux d'autonomie et de pouvoir qui peuvent exister au sein des relations d'intervention. À tout moment, en tout contexte, le pouvoir de chaque personne peut être revu, réduit ou révoqué par l'expression de l'autonomie de l'autre (Zielinski, 2009). Le tout couplé au fait que l'autonomie est contingente. C'est-à-dire qu'elle n'est pas prédéterminée et doit donc être pensée en relation;

en interaction. En ce sens, nous valorisons une théorisation de l'autonomie à travers les particularités de son élaboration au sein des liens sociaux. C'est ainsi que l'on peut concevoir dans le cadre de relations empreintes de pouvoir, que l'autonomie émerge comme phénomène de vulnérabilité à la fois malléable et fluctuant.

2.2. Interactionnisme

Tout acteur ou toute actrice en position d'exercer des choix et de moduler son récit de vie le fait au sein des relations dans lesquelles il ou elle est imbriqué. Les relations d'aide qui nous importent n'en sont pas exclues, d'où l'importance d'en comprendre les particularités. C'est pourquoi nous privilégierons une approche goffmanienne de l'interactionnisme dans le cadre de notre analyse. Goffman (1973-74) s'intéresse à l'organisation sociale de l'expérience d'une situation, c'est-à-dire l'ordre de l'interaction. Cela, dans l'optique de transcender une interprétation de l'interaction uniquement en fonction du sens que lui attribuent les acteurs et actrices qui y sont impliqués, ce qui relèverait plutôt de l'interactionnisme symbolique. Nous n'évacuerons pas pour autant les représentations de notre réflexion, mais le ferons en les pensant toujours en lien avec les spécificités de l'action située.

Successeurs de Goffman, ce sont principalement les travaux de Barry Fine (1991,92) et d'Anselm Strauss (1981,93) qui nous guideront dans notre élaboration analytique. Sociologues de la seconde moitié du 20^e siècle et du début du 21^e siècle, Strauss et Fine développent tous les deux des cadres interactionnistes qui permettent à la fois de comprendre les particularités de l'agentivité des acteurs et actrices en situation (en interactions), mais tout en relevant le défi de rendre compte des structures organisationnelles qui les contiennent, les influencent, et sont à leur tour (re)produites par les rapports interactifs.

Ainsi, une définition simple des interactions pourrait les résumer à un processus qui implique plus d'une personne et dans lequel, une mutualité de sens partagés est développée. Pour Goffman, les interactions sont non seulement situées dans un contexte donné, mais elles se déroulent forcément en face à face, en co-présence⁶. Une perspective interactionniste conçoit

⁶ Bien que cette définition de l'interaction fût repensée à l'ère numérique (Knorr-Cetina, 2009), elle est toujours d'actualité en ce qui a trait à notre objet.

donc que l'ordre est créé et maintenu –ou encore changé- dans une certaine direction, à travers l'action. Cela implique de penser les interventions comme des processus continus, créés et transformés dans le cadre de chaque rencontre, entre les intervenantes et les personnes qu'elles accompagnent. Pour « observer » le déroulement de ces rapports, les interactionnistes privilégient les concepts *d'engagement* et *de désengagement*. Ils permettent de rendre compte des consensus interactionnels qui s'élaborent entre les acteurs et actrices de l'action et de saisir les ruptures qui caractérisent leurs interactions.

Les fondements de ce cadre d'analyse, s'appuient aussi sur le concept de *réciprocité*, soit, un ordre basé sur les représentations que se font chaque partie de la relation et qui les amènent à être en lien les unes avec les autres, selon un bassin de significations partagées. Cette *réciprocité*, selon Goffman (1983), est le fruit d'un *sens interactionnel* qui est construit sur les assises de ce que chaque partie peut présumer, quant à ce que l'autre cherche à faire émerger de leur rencontre. Par ailleurs, si un acteur ou une actrice est inconfortable dans une situation, il ou elle provoquera un changement (Strauss, 1993). Aussi, lorsque les attentes sont clairement établies, le sentiment d'efficacité de l'interaction en est augmenté. C'est pourquoi l'interaction dépend à la fois de la stabilité des normes, mais aussi des attentes qu'ont les acteurs et actrices quant à la volonté des uns, des unes et des autres à s'engager dans l'interaction (Fine, 1992). Fondamentalement, l'élément qui maintient les interactions dans le temps est le partage de *mutualités*, que l'on peut aussi conceptualiser telle l'élaboration de familiarités.

Aussi, dans une perspective interactionniste, la communication entre les acteurs et actrices de l'intervention permet de situer leur relation. En complément, il faut concevoir que la mise en relation, dans le cadre de pratiques d'intervention, dépasse le langage. Cette communication s'étend au non verbal et à la démonstration des affectes: aux sourires, aux pleurs, aux soupirs, aux mimiques faciales, etc.

Puis, il faut aussi tenir compte du fait que les contraintes contextuelles (Fine, 1991,92, Strauss, 1981,93) structurent les interactions et les décisions prises par les acteurs et actrices en situation; soit comment se construisent, se travaillent et se déroulent les relations d'intervention en tant qu'*action située* (Goffman, 1974). À cet effet, Goffman nous dit :

Je définirais une situation comme un environnement fait de possibilités mutuelles de contrôle, au sein duquel un individu se trouvera partout accessible aux perceptions directes

de tous ceux qui sont “présents” et lui sont similairement accessibles. (Goffman, 1988: 146)

Le social est donc construit dans la situation, soit le contexte qui la structure; l'action est située. La réalité n'a pas une plasticité infinie, elle se réinvente constamment, mais dans un créneau de règles sociales données. C'est pourquoi, pour comprendre de qui se joue dans les interactions entre les intervenantes et les personnes accompagnées, nous devons d'abord en saisir le contexte; le contexte détermine l'arène d'interactions (Fine, 1992). C'est le contexte particulier dans lequel les acteurs et actrices se retrouvent qui balise leurs actions. Ce que les individus actualisent en relation repose sur des codes qui énoncent les règles des possibles dans le cadre d'actions situées. Mais c'est aussi en mettant en œuvre des actions, qu'ils définissent les balises du prescrit et du proscrit. En conséquence, c'est à travers une « redondance de certains comportements au sein d'un même système que les comportements deviendront prévisibles, que des règles du jeu s'établiront » (Oboeuf et al., 2016:180).

Nous cherchons donc à comprendre comment dans le cadre de l'élaboration de *mutualités*, comme résultat d'un jeu *d'engagement* et de *désengagement* à la relation d'intervention, les acteurs et actrices exercent leur autonomie pour négocier les modalités de la rencontre, tout autant que ces finalités, et ce, dans un contexte donné et structuré par des influences organisationnelles.

2.2.1. Négociations

Nous avançons ici que l'interactionnisme goffmanien se traduit en *négociations*. Dans l'approche goffmanienne, la présentation de soi est vue comme un exercice de *négociations*, dans la mesure où les individus offrent une vision d'eux-mêmes, selon des contextes d'interactions changeants, que leurs interlocuteurs et interlocutrices peuvent choisir d'accepter ou de remettre en question. *Ce jeu de négociations* est le but de l'interaction en soi. Goffman avance que chaque acteur ou actrice de la situation projette une définition ou impression de la situation d'interaction en fonction de la manière dont ils ou elles la conçoivent (Tseelon, 1992). Ainsi, « tout comportement d'une des parties se fait en direction des autres, comporte une signification vis-à-vis des autres, et est toujours décodé et interprété par les autres » (Friedberg 2009:17).

Pour la définir simplement, la *négociation* est avant tout une activité sociale ou «un acte relationnel où se marchandent des gestes, des attitudes ou des capacités d'action» (Bourque et Thuderoz, 2002 :22). Les *négociations* peuvent être manifestes ou cachées, standardisées ou improvisées, générales ou spécifiques. Elles peuvent former des « patterns », et conséquemment ne sont ni arbitraires, ni accidentelles, ni le résultat du hasard (Bourque et Tuderoz, 2002). Elles peuvent aussi être teintées par l'imprévisibilité des individus en interaction, ce qui n'est d'ailleurs qu'une autre manière de mobiliser leur autonomie (Friedberg, 2009). Dans la lignée d'Allain (2004: 25), nous faisons l'hypothèse que « la négociation permet de rendre compte des situations de tensions dans l'espace social et des modes d'organisation des rapports sociaux à travers lesquels ont traitent ses tensions ».

Le choix de mobiliser ce concept pour analyser les spécificités de l'autonomie dans les interactions en contexte d'intervention psychosociale, relève du caractère particulier de cette relation. En effet, notre intérêt pour l'exercice de l'autonomie des intervenantes et des personnes accompagnées peut être envisagé à travers les tensions qui émanent de leurs rapports. Dans la mesure où le contexte ne contraint jamais totalement l'action, et que la situation peut aussi être alimentée par les réactions des acteurs et actrices en interactions, il devient central pour eux et elles d'avoir le *pouvoir* de persuader ou encore de négocier. Le tout, pour arriver à une fin donnée (et souhaitée) quant à l'interaction. Cela implique de travailler à la construction de *buts communs* (qui ne sont pas forcément explicités au sein de l'interaction au départ), tout autant que cela implique la possibilité de tiraillements qui mènent à des changements. En santé mentale, la perte du sens de la négociation peut aussi être le résultat d'un discours incohérent (ou perçu comme tel) chez la personne accompagnée –portant atteinte à ses capacités d'acteur ou d'actrice crédible. Cela vient compromettre l'élaboration de *mutualités*.

Aussi, dans le cadre des situations d'intervention, les négociations peuvent être envisagées tel un mécanisme de résolution de conflits et de prise de décisions, au sein duquel s'établissent des *règles*. On peut dire que les négociations sont des actes de construction du lien social. La *négociation* continue de l'ordre des choses permet non seulement le déroulement du quotidien (interactif), mais aussi la réification d'un ordre organisationnel –plus formalisé et permanent; un *ordre négocié*. Soit, l'établissement de conventions et d'ententes, qui à leur tour serviront à baliser de futures *négociations* (Strauss, 1993). Si l'interactionnisme symbolique s'intéresse à

l'interaction en tant que construction mutuelle du sens de la situation, l'interactionnisme goffmanien, sur lequel nous nous appuyons, envisage l'interaction comme *ordre négocié*. C'est-à-dire, une structuration mutuelle, informelle et indéterminée des relations d'interdépendance au sein d'un contexte donné.

De plus, bien qu'il puisse exister des rapports de forces sous-jacents dans les rapports entre les acteurs et actrices, notamment de par le statut professionnel des intervenantes, qui leur donne accès à plus de crédibilité épistémique et/ou d'autorité, nous faisons l'hypothèse que de « (...) souligner la perspective instrumentale de la négociation revient [...] à la réduire au seul rapport de force initial » (Friedberg 2009:18). Les positions (et pouvoirs associés) peuvent aussi être appelées à être repensées ou redistribuées en relation.

Aussi, la négociation passe par un *désengagement* de son autonomie et par la mise en place d'ententes, de contrats ou encore d'alliances entre les deux personnes impliquées; un *engagement* à l'interaction. La *négociation* des attentes, limites et obligations bidirectionnelles peut aussi être comprise comme un contrat marchant. Un jeu de *pouvoir* et la mise en œuvre de *stratégies* ou d'injonctions qui servent à convaincre l'autre que sa perception de la réalité est celle qui est juste. À cet égard, Friedberg (2009) avance que :

Le couple conceptuel pouvoir/stratégie est en réalité un trio, puisqu'il n'a de sens qu'arrimé au concept de «jeu», concept qui suppose et souligne l'interdépendance des acteurs, l'existence de «règles du jeu» qui sont à la fois contrainte et ressource pour les participants, et un processus de construction-modification-recréation de ces règles. (Friedberg, 2009:16)

Cette relation de pouvoir n'est donc pas une « imposition unilatérale » de la volonté d'une des parties sur l'autre, mais bien un exercice d'engagement négocié dans le cadre d'un rapport d'interdépendance (Friedberg, 2009). Le lien n'est pas donné, mais bien construit par «des échanges répétés [qui] produisent le lien social, en réduisant l'incertitude face aux comportements d'autrui, et en augmentant l'attraction interpersonnelle» (Bourque et Thuderoz, 2002 :68). Ainsi, la relation d'autonomie dans l'intervention n'est pas une relation de domination, par exemple, mais un *ordre négocié*, indéterminé, socialement construit, dans un contexte dynamique à double échelle : celle de l'interaction en soi et celle des contextes organisationnels et intentionnels dans lesquels elle est située. En ce sens, les *négociations* sont toujours empreintes de moments d'accord et de moments de conflits. La construction des *règles*

du jeu est donc le fruit d'allers-retours d'influences, qui ne supposent pas une imposition unilatérale des manières de fonctionner ou de penser, par exemple de la professionnelle vers la personne accompagnée.

C'est pourquoi la mobilisation du concept de négociation permet de penser plus finement le processus *d'élaboration des réciprocités*, qui se joue dans la dialectique relationnelle. Allain (2004) défend en ce sens que « "l'interdépendance" entre les acteurs [et actrices] est à la fois ce qui est source possible de divergences de points de vue et/ou de conflits d'intérêts, mais aussi ce qui fonde la possibilité d'une coopération » (Allain, 2004 : 31). C'est parce que le changement est possible qu'il peut exister des formes de résistance, des frictions et des *leviers d'action* mobilisés par les acteurs et actrices de ces rapports interactifs. La négociation est possible seulement parce que le contexte peut l'accueillir. En cas contraire, il émerge des ruptures dans *l'ordre interactionnel* (Fine, 1992). C'est pourquoi, pour plusieurs auteurs et auteures interactionnistes, la structure sociale est le résultat de la reconduction, dans la durée, de conditions situées. Les interventions, par exemple, ne sont pas des situations routinières ou encore planifiées (dans leur totalité) à l'avance, telle que pourrait l'être une procédure chirurgicale. Les intervenantes et les personnes accompagnées ne connaissent que partiellement leur(s) rôle(s), d'où la marge de flexibilité qui est la leur, face au contexte dans lequel ils et elles évoluent; c'est le lieu de l'expression de leur autonomie.

➤ **La *street-level bureaucracy***

Lorsque les professionnelles de l'intervention se trouvent face aux besoins des personnes qu'elles accompagnent, c'est aussi grâce à la possibilité de déroger du cadre organisationnel et des impératifs construits avec leurs collègues qu'elles négocient leur posture interventionnelle. Les règles peuvent être brisées consciemment, évitées ou encore transformées, avec la rationalisation appropriée. Dans le cadre de ses travaux en hôpitaux psychiatriques, Strauss (1981) constata que les professionnels et professionnelles développent des *stratégies* d'intervention en parallèle à celles existant au sein la structure institutionnelle, lorsqu'elles les jugent insuffisantes ou inadéquates. Et ce, dans la mesure où aucune règle n'est universellement prescriptive, chacune demande d'être appliquée avec jugement et de façon spécifique à chaque cas (Strauss, 1981). Elles relèvent d'une interprétation du sens à donner à une situation, et sont

forcément le produit d'une construction. C'est dans cette optique que nous tenterons d'explicitier la relation entre l'agentivité des intervenantes et la structure organisationnelle, entre les possibilités individuelles d'action et les rigidités structurelles.

Pour nous guider dans notre compréhension de *l'action située*, la théorie de la *street-level bureaucracy* introduite par Lipsky (1971) nous offre des outils conceptuels pour mieux saisir ce qui se joue entre l'intervenante, son milieu de pratique et la personne qu'elle accompagne. Nous faisons l'hypothèse que le contexte seul ne peut pas garantir que la professionnelle ait le pouvoir de déterminer ce qui se déroulera dans l'interaction interventionnelle. Elle possède une agentivité qui est à la fois contrainte par le contexte organisationnel, mais aussi, dans une perspective d'*ordre négocié*, par son rapport avec la personne accompagnée.

À cet effet, au début des années 70, Lipsky élabore la théorie de la *street-level bureaucracy*, qui renvoie aux particularités du travail des *street-level bureaucrats*, soit des travailleurs et travailleuses de première ligne représentant l'état, par exemple, des travailleurs et travailleuses sociales, des enseignants et enseignantes et des policiers et policières. C'est-à-dire, les professionnels et professionnelles qui travaillent en contact direct avec la population, et souvent, ses pans les plus marginalisés ou jugés problématiques. Lipsky (1971) s'intéresse à la manière dont les *street-level bureaucrats* jonglent avec les impératifs organisationnels et les demandes des personnes qu'ils et qu'elles accompagnent. Dans la même veine que Strauss (1981) il cherche à saisir comment ces contraintes incitent les intervenants et les intervenantes à mobiliser des *stratégies* (hors de celles préconisées ou proposées dans leur cadre professionnel) pour répondre aux besoins des personnes accompagnées. Il avance l'idée que cela est possible selon la *marge de manœuvre* qui leur ait laissé et le déploiement de leur *pouvoir discrétionnaire* dans ces contextes.

En santé mentale, l'intervenante communautaire exerce ses fonctions dans un cadre plus souple et plus autonome que celui que l'on retrouve en milieu institutionnel. Ainsi, la *marge de manœuvre* qui découle de structures organisationnelles souples, permet le déploiement de son *pouvoir discrétionnaire* au sein du milieu communautaire (Davis, 1976). Par contre, dû à une grande latitude professionnelle et un manque d'encadrement, elles portent de manière plus marquée la responsabilité de leurs décisions. Ce qui donne lieu à un contexte d'intervention

paradoxal, au sein duquel des professionnelles qui s'attendent à pouvoir contrôler leurs pratiques peinent à trouver des points de repères pour situer celle-ci (Wells G., 1997).

Conséquemment, on peut poser l'hypothèse que l'agentivité des intervenantes (ou travailleuses de première ligne) est à la fois 1) relative à leur niveau d'autorité et le niveau de contraintes organisationnelles qui pèsent sur elles, mais aussi, 2) définie par un important niveau de *pouvoir discrétionnaire* (Hupe et Hill, 2007). Dans la lignée de Bertaux et Hirlet (2012), ce n'est pas une opposition entre « liberté de positionnement » et une « détermination par des contraintes extérieures intériorisées » que nous souhaitons explorer les particularités de leur travail, mais bien en pensant une articulation de ces positionnements.

Ainsi, le *pouvoir discrétionnaire* qui est la base du travail des intervenantes et qui s'exerce dans des milieux clos (privé) leur permet une forme de liberté, soit pour mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées ou pour les trier en fonction du niveau d'urgence et d'un nombre restreint de services (d'interventions) qu'elles peuvent offrir (Lipsky, 1971). Il peut parfois se traduire par du favoritisme, l'application de stéréotypes ou encore, de mécanismes routiniers et standardisés (Bertaux et Hirlet, 2012). En opposition, l'exercice de leur *pouvoir discrétionnaire* peut aussi permettre d'offrir de plus amples ressources ou des interventions plus soucieuses des individus qu'elles rencontrent. À cet effet, les procédures de fonctionnement organisationnel sont sans cesse ignorées, réinterprétées ou modifiées par les professionnelles (Evans, 2011).

Ainsi, le positionnement des intervenantes est toujours le résultat de ce qu'elles décident de faire, avec le pouvoir qui est à leur disposition. En ce sens, une des stratégies qu'elles mobilisent consiste à réduire la complexité de leur travail, décidant (consciemment ou non) de traiter de façon simplifiée, automatisée et avec des éléments clés, l'information qu'elles reçoivent. Il s'agit d'une *simplification* de la réalité des personnes qu'elles accompagnent. Une autre stratégie consiste à *généraliser* l'ensemble des problématiques et des besoins des personnes accompagnées. La généralisation est ainsi associée à un sentiment de plus grande réussite pour les professionnelles, mais renforce grandement la création de marges dans lesquelles sont placés certains individus. Une autre stratégie consiste à *trier et classifier* les individus selon leur « potentiel d'intervention », permettant d'en classer certains comme « impossibles à aider ». Le tout, permettant à l'intervenante de centrer son énergie (limitée) sur un nombre réduit de

personnes. D'ailleurs, nous sommes convaincues qu'il émergera de notre corpus de données de plus amples stratégies.

Sommes toutes, on peut envisager les possibilités d'interactions comme un éventail d'actions possibles, et le contexte organisationnel comme un système de limites de ces actions; de l'expression du *pouvoir discrétionnaire*. Aussi, le jeu interactif suit des normes et règles qui sont propres au milieu de pratiques dans lequel elles s'inscrivent. En ce qui a trait aux intervenantes, « (...) leur capacité de compréhension des problèmes sociaux des usagers, [et la] mise en œuvre des réponses à leur apporter reste importante et s'exprime en particulier dans des mouvements de résistance à cette gouvernance (...) » (Bertaux et Hirlet, 2012 : 158).

Les personnes accompagnées jouent aussi de leur pouvoir en relation. C'est donc l'interaction qui détermine l'autonomie relative de chacun et chacune, qui la questionne ou la réifie à travers des *négociations*. L'autonomie n'est jamais donnée, mais toujours travaillée à travers les échanges entre les professionnelles et les personnes accompagnées. Ainsi, « la dynamique d'interaction n'est pas dans les têtes, elle se joue là dehors, dans la situation. » (Goffman, 1973 :18-19). Ce sont ces dynamiques que nous voulons capter, à travers le discours des professionnelles, pour mieux comprendre les jeux d'autonomie.

En effet, nous croyons que les concepts sensibilisants de l'interactionnisme : soit d'une part l'élaboration de *mutualités* à travers l'engagement des parties à l'interaction, et d'autre part les *négociations* qui permettent de construire des *ordres négociés*, nous permettrons de répondre à notre deuxième sous question de recherche, soit : *comment les interactions d'intervention sont-elles des espaces d'observation des jeux d'autonomie et de pouvoir entre les intervenantes et les personnes accompagnées?* Puis, nous croyons que les concepts sensibilisants de la *street-level bureaucracy* : soit la *marge de manœuvre* attribuée aux professionnelles de l'intervention et le déploiement de leur *pouvoir discrétionnaire*, nous permettrons de répondre à notre première sous-question de recherche, soit : *comment les intervenantes exercent-elles leur pouvoir discrétionnaire dans le cadre d'actions situées, régulées par des contraintes de nature organisationnelle?* Finalement, il faut concevoir que notre exploration et notre définition des concepts d'*autonomie* et de *pouvoir* permettent d'envisager globalement notre question de recherche globale, soit : *comment se traduit l'autonomie dans les pratiques d'intervention en santé mentale dans des organismes communautaires?*

3. Accéder aux pratiques d'intervention explicites et tacites

Dans la mesure où l'objet qui nous intéresse est de nature interactionnelle, c'est-à-dire les jeux d'autonomie qui se traduisent dans les relations d'intervention, nous avons tenté d'en comprendre les particularités en décortiquant des situations concrètes. En effet, en considérant que les relations d'intervention sont constituées de négociations complexes qui se jouent en contexte, nous pouvons mieux les saisir en les observant. Par contre, cela se présente comme un des défis majeurs de notre plan de recherche, dans la mesure où il n'était pas possible d'assister aux interventions et d'observer directement ces interactions. Nous avons plutôt réalisé des *entretiens d'explicitation* avec des intervenantes (seules), nous donnant accès à des comptes rendus verbaux, détaillés et approfondis, d'une intervention donnée.

Nous souhaitons également comprendre ce qui module ces pratiques professionnelles, au-delà des interactions entre les parties impliquées dans l'intervention, c'est-à-dire en s'attardant au contexte. Le tout, en nous appuyant sur nos deux interrogations centrales : 1) *comment les intervenantes exercent-elles leur pouvoir discrétionnaire dans le cadre d'actions situées, régulées par des contraintes de nature organisationnelle?* et 2) *comment les interactions d'intervention sont-elles des espaces d'observation des jeux d'autonomie et de pouvoir entre les intervenantes et les personnes accompagnées?* En prévoyant des études de cas et une analyse transversale, selon l'approche interactionniste, nous avons construit un corpus de données qualitatives qui nous permettent de comprendre en détail des *épisodes* d'intervention. Ces données révèlent comment les interventions constituent des espaces de jeux d'autonomie et de pouvoir où le contexte organisationnel intervient. Pour expliquer plus précisément comment nous avons procédé, nous présenterons d'abord notre plan de recherche et l'épistémologie qui le sous-tend, pour ensuite exposer les démarches spécifiques entreprises, incluant leurs forces et leurs faiblesses.

3.1. Plan de la recherche

Rappelons tout d'abord que l'objectif de notre recherche est de répondre à la question suivante : *comment se traduit l'autonomie dans les pratiques d'intervention en santé mentale dans des organismes communautaires?* Pour ce faire, nous avons réalisé six études de cas.

Chacun de ces cas est constitué d'une situation d'intervention. Aux fins de ce mémoire, les cas n'ont pas été sujets à une analyse individuelle, qui aurait permis de comprendre les jeux d'autonomie comme une construction relationnelle dans le temps. Les contraintes d'espace et de temps nous ont menés à opter plutôt pour une analyse transversale des cas, axée sur les jeux d'autonomie situés. Dans les sections suivantes, on retrouve le plan de notre recherche. D'abord, en ce qui a trait à notre positionnement épistémologique, puis quant à la construction de notre corpus de données.

3.1.1. Enjeux et positionnements épistémologiques

Dans le cadre de cette section, nous souhaitons présenter les principaux enjeux épistémologiques soulevés par notre recherche et les avenues que nous avons empruntées pour nous positionner en fonction de ces derniers. Nous découperons la problématique épistémologique en trois niveaux. Premièrement, nous regarderons comment construire des données sur une situation d'interaction de nature interventionnelle, alors que nous ne l'avons pas observé directement. Deuxièmement, nous nous attarderons à la manière de travailler à partir de données construites subjectivement par un seul des deux groupes d'acteurs et d'actrices formant la dyade de l'interaction : l'intervenante. Troisièmement, tenterons de comprendre comment favoriser la rupture de notre double identité de chercheuse et de praticienne de l'intervention psychosociale en santé mentale.

➤ Surmonter l'impossibilité d'observer les pratiques

Tout d'abord, nous croyons que si l'on veut appréhender une réalité qui se cache dans les relations d'intervention, nous devons miser sur la parole des sujets eux-mêmes, pour en comprendre les logiques sous-jacentes (Mouchet, 2014). Ainsi, lorsqu'il ne nous est pas possible, pour des raisons de confidentialité, d'observer les interactions directement (en assistant à des rencontres entre les intervenantes et les personnes qu'elles accompagnent) ou encore indirectement (en regardant une vidéo de ces rencontres ou en écoutant un enregistrement audio), il importe d'élaborer une méthodologie alternative valide. C'est à cet égard que *l'entretien d'explicitation* nous est apparu comme une technique assez fiable, nous permettant de recueillir des données portant sur les interactions dans le cadre d'interventions (Vermesche, 1998, 2016; Martinez, 1997; Manchet, 2014; Lemonie, 2014).

Cette technique d'entretien consiste à conduire l'interviewée dans la production d'un compte rendu d'un *épisode* d'interaction, qui s'éloigne le plus possible d'un récit de la pratique en général. Il porte plutôt sur la reproduction cognitive et minutieuse du déroulement de l'intervention, avec comme objectif d'accéder aux pratiques tacites aussi bien qu'explicites. (Vermersch, 1994). Ainsi, on amène les interviewées à rester le plus près possible du déroulement des interactions (par exemple : l'ordre des actes de chacun et chacune, les gestes qui les accompagnent, les mots employés, les motifs précis, etc.). La force de cette technique est de faire ressortir la connaissance incarnée dans les actions, par les actrices de celles-ci, de la façon la plus fidèle possible (Fabre, 2006).

Par contre, la faiblesse principale de cette méthode est que la rétrospection peut être trompeuse. L'*entretien d'explicitation* est un outil pour travailler la mémoire, ce qui soulève un enjeu dans la mesure où la mémoire n'est pas infaillible. En contrepartie, la méthode ne cherche pas à établir la validité des connaissances que nous avons tenté de reconstruire en fonction de leur similitude à une matérialité donnée. Elle vise plutôt l'accompagnement des interviewées dans un travail de reconstruction de leurs pratiques; les rendant intelligibles (Van der Maren, 2006). Elle cherche alors à éliciter le récit d'un épisode ou d'une activité singulière (Vermersch, 1994, Martinez, 1997).

Ainsi, pour pallier à cette première limite qu'est la rétrospection, et mobiliser *l'entretien d'explicitation* comme outil de collecte privilégié, nous nous appuyons sur la nature même de ces entretiens. C'est-à-dire, où on y préconise comme point de départ : une tâche réelle, performée par les répondantes, en l'occurrence, par les professionnelles de l'intervention, en interaction avec une personne accompagnée. En ce sens, nous encourageons la répondante à faire appel à des outils mnésiques, tels que ses notes de travail, pour reconstruire l'épisode. D'ailleurs, les questions doivent l'orienter dans une construction chronologique et fine des événements, en cherchant le plus de détails, permettent de réduire des écarts de mémoire et de faire ressortir une plus grande complétude d'informations. Et ce, dans la mesure où l'objectif, au-delà d'une traduction la plus littérale que possible de la réalité, est de faire ressortir les éléments d'un sens subjectivement élaboré par les intervenantes, et influencé par la construction que s'en font les personnes qu'elles accompagnent, lors de leurs interactions. Il s'agit d'une

épistémologie interprétative, alors que la connaissance émerge d'un travail de construction d'un sens subjectif –avec plusieurs sources d'influences.

➤ **Interviewer un seul groupe d'acteurs ou d'actrices**

Deuxièmement, mentionnons que l'emploi de *l'entretien d'explicitation* pour collecter un récit de pratiques auprès d'un seul des groupes d'acteurs et d'actrices de la dyade interventionnelle, est une autre faiblesse de la méthode. Nous avons sélectionné uniquement les intervenantes comme groupe témoin des interventions, car nous croyons que leur posture, à la fois d'observatrices et d'actrices des enjeux et problématiques propres à l'objet de leurs interventions rendent leur description de ces dernières très riches. Soulignons que pour obtenir un portrait plus complet des situations que nous analysons, nous devrions également inclure la perspective des personnes accompagnées à notre étude, mais pour des raisons pragmatiques, cela fera l'objet d'une autre recherche comportant des méthodes de collectes de données diversifiées. En effet, nous n'avons pas cru favorable de réaliser des *entretiens d'explicitation* avec les personnes accompagnées, car nous croyons que la distinction entre la reconstruction d'un épisode clinique et une discussion d'ordre clinique pourrait être un glissement difficilement évitable. C'est pourquoi, le fait d'obtenir des données pertinentes et symétriques, en dehors d'une observation des épisodes d'intervention, était un défi en soi.

Par ailleurs, nous pourrions considérer que dans la dyade interactive, nous nous sommes arrêtés à interviewer les actrices (les intervenantes) qui sont en position avantageuse, en opposition aux personnes accompagnées. On pourrait alors croire que l'on présente une version de la réalité de l'intervention de la perspective du « dominant ». Mais comme nous le savons (White et Roberge, 1995-2000), il n'est pas du tout à tenir pour acquis que l'intervenante est dans une position avantageuse. Elle a certains avantages (de par son expertise, son autorité, etc.) – et, à travers un *entretien d'explicitation*, il est possible d'apprendre si et comment elle les déploie dans ses interventions auprès des personnes qu'elle accompagne. Par contre, si elle fait face à des résistances provoquées par les manifestations de l'autonomie des personnes accompagnées, qui limitent son influence, ou si elle se sent coincée dans son autonomie par le cadre organisationnel dans lequel se déroule l'intervention, ou toute autre raison la contraignant, cela ressortira aussi dans le cadre d'un *entretien d'explicitation*. En somme, loin d'être une solution

parfaite à l'absence d'accès à des données symétriques des deux participants et participantes, l'*entretien d'explication*, avec un seul membre de la dyade, peut permettre une interprétation valide, si partielle, de l'interaction entre les deux.

➤ **Rupture épistémologique entre pratique et recherche**

Troisièmement, nous devons aussi réfléchir à la rupture épistémologique dans le cadre de ce travail de recherche, notamment compte tenu de notre propre identité d'intervenante. Considérons le postulat qui consiste à dire que la chercheuse ne peut pas sortir de sa condition d'interprète, c'est-à-dire que c'est à elle que revient la tâche de situer le sens donné par les intervenantes à leurs pratiques (Racine, 2006). Notre posture, dans ce contexte, est de nature particulière et comporte des faiblesses, puisque nous avons une connaissance expérientielle de notre objet. Les questions qui émergent dans le cadre de cette recherche s'enracinent d'abord dans nos propres pratiques d'intervention. Cela comporte des risques, tel que celui de construire des données en se référant à notre *empathie* pour les actrices qui nous les présentent.

C'est pourquoi, pour pallier à cette faiblesse et arriver à opérationnaliser cette rupture, il est central en tant que sociologue de se donner une problématique différente de celle mise de l'avant par les actrices de la situation à l'étude (Fabre, 2006). Alors que le discours des intervenantes se centre sur les détails d'une interaction, proposant des significations cliniques, stratégiques et réflexives, de tout ce qui s'est passé, notre regard de chercheuse se pose plutôt sur les jeux d'autonomie et de pouvoir qui ressortent de ce discours. Ainsi, par cette problématique de recherche et des concepts sensibilisants, tel qu'explorés dans le chapitre précédent (cadre d'analyse), nous pouvons dépasser un simple effort de reproduction du sens donné à la situation par les interviewées. Nous sommes alors dans un travail d'interprétation de deuxième ordre (une interprétation des interprétations que font les intervenantes de leurs pratiques) qui s'appuie sur notre cadre d'analyse; qui lui relève de notre problématique de recherche. En nous appuyant sur un cadre alternatif –théorique, qui nous permet de prendre de la distance, nous nous aidons à limiter cet enjeu épistémologique qu'est la double posture.

À la lumière de ces faiblesses épistémologiques et des pistes réflexives que nous avons empruntées pour nous positionner quant à ces dernières, il nous est possible d'entrer au cœur de notre démarche. D'ailleurs, les sections qui suivent nous permettront de mieux cerner comment

les choix méthodologiques effectués dans le cadre de cette recherche, notamment par l'emploi d'une technique d'*entretien d'explicitation*, ainsi que nos choix théoriques, sont tout autant les conditions de limites que d'une validité épistémologique.

3.1.2. Une analyse de cas transversale

Pour analyser l'intervention, l'étude de cas est à privilégier parce que l'unité d'analyse – soit l'*épisode* d'intervention – est toujours un processus unique, construit socialement par les acteurs et actrices spécifiques en présence, et situé dans un contexte particulier (Yin, 2017). Effectivement, notre étude se penche sur six cas, ou encore le déroulement de six *épisodes* spécifiques d'intervention. Cela dit, alors qu'une analyse *intra-cas* nous permettrait d'examiner la manière dont les jeux d'autonomie se déroulent au sein d'une situation d'intervention précise, et qu'une analyse *inter-cas* nous inviterait à comparer les cas quant au déroulement de chacun d'entre eux, nous avons plutôt opté pour une analyse *transversale* des cas. Celle-ci appelle à un traitement de l'ensemble des cas comme constituant un seul corpus de données. Il nous donne des informations sur les enjeux d'autonomie qui, potentiellement, traversent l'ensemble des situations d'intervention, sans égard à la spécificité de chaque couple intervenante/personne accompagnée, ni de chaque contexte.

D'ailleurs, en voulant, par notre analyse, dépasser la singularité de chaque épisode d'intervention pour retrouver ce qui est récurant entre eux, nous ne nions pas cette singularité. À cet égard, Goffman a insisté sur l'intérêt de prendre l'interaction située comme un objet d'étude *sui générés*; dans le but d'apprendre sur les processus à l'œuvre dans des situations semblables (Goffman, 1983). Cela va sans dire que nous avons tout de même sélectionné ces cas, selon certaines logiques qui favorisent la construction de données cohérentes et valides, en fonction de notre objectif. C'est ce qui fait l'objet de la section suivante.

3.1.3. Choix des cas

Nous en arrivons à présenter comment nous avons effectué la sélection de nos cas –les *épisodes* d'intervention. Tout d'abord, rappelons que nous concevons les jeux d'autonomie tel le fruit d'interactions entre les intervenantes et les personnes qu'elles accompagnent. L'*unité d'analyse* est donc un épisode d'intervention, soit, une interaction qui se déroule durant une

période restreinte et spécifique, et qui, s'inscrit dans une série d'épisodes d'intervention qui sont connectés les uns aux autres. Puisque nous n'avons pas accès directement aux notes et dossiers d'intervention des interviewées, les épisodes sur lesquels portent les *entretiens d'explicitation* devaient être choisis par les intervenantes. Le choix des cas a donc été réalisé par des intervenantes que nous avons d'abord sélectionnées, selon les critères ci-dessous.

➤ **Choix des intervenantes**

Nous avons fait le choix d'interviewer des professionnelles correspondant aux critères suivants :

- L'intervenante doit travailler dans un organisme communautaire.
- Cet organisme doit offrir des services à des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.
- L'intervenante doit y travailler depuis au moins un an.
- L'intervenante doit réaliser des suivis, des rencontres ou des interventions individuels.
- L'intervenante doit faire des interventions d'une durée d'au moins trente minutes.

Considérant que notre objectif de recherche est de mieux comprendre les jeux d'autonomie et de pouvoir dans l'intervention en santé mentale dans le milieu communautaire, nos deux premiers critères nous permettent de sélectionner des professionnelles qui travaillent dans des organismes communautaires offrant des services à des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Puis, nous avons choisi de faire appel à des intervenantes qui ont au moins un an d'expérience dans leur milieu, pour s'assurer qu'elles ne sont plus en période d'apprentissage du fonctionnement organisationnel et qu'elles sont en mesure de bien connaître les spécificités –puisque'il nous importe de comprendre en détail le contexte organisationnel, pour situer les épisodes. Notre choix s'est également arrêté sur des intervenantes qui réalisent des interventions individuelles, et ce, pour avoir accès à des récits d'*épisodes* d'intervention réalisés en duo avec les personnes qu'elles accompagnent –une interaction en binôme. Finalement, nous avons établi que pour être en mesure d'interroger les intervenantes sur un épisode d'intervention, dans le cadre d'un *entretien d'explicitation*, il était préférable que ces dernières aient une durée

minimale de trente minutes, nous permettant d'explorer plus en profondeur les dynamiques interactives. Nous n'avons cependant pas fixé de limite de temps à leurs interventions, souhaitant recueillir des récits les plus détaillés et complets possibles.

À la lumière de ces critères de sélections peu restrictifs, les intervenantes sélectionnées ont des profils qui varient sur plusieurs axes. Elles travaillent dans des organismes communautaires dont la mission et l'offre de service s'adressent à des personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale. Par contre, nous n'avons pas fixé de critères stricts quant à la référence à la santé mentale, par exemple à un diagnostic en particulier. Ainsi, son usage par nos interviewées et sa conception varient selon les organismes où elles travaillent ou en fonction de leur formation professionnelle (diversifiée). Parfois, elles ont évoqué les problématiques de santé mentale en faisant appel au diagnostic psychiatrique (dépression, trouble d'anxiété généralisé, schizophrénie, etc.) ou encore à des manifestations et des symptômes (phobie sociale, dissociation, angoisse, etc.). De plus, nous avons sélectionné des intervenantes qui travaillent dans des organismes qui ont des approches ou des philosophies d'intervention variées.

Nous faisons l'hypothèse que cette mise en parenthèses des problématiques spécifiques (en santé mentale) des personnes accompagnées, des approches pour les aborder, de la formation professionnelle de nos interviewées et de leurs expériences de travail, est possible, car il existe une conception transversale de l'intervention en santé mentale, qui vise l'*autonomisation* des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. En ce sens, c'est cette logique contextuelle sous-jacente à leurs pratiques qui est essentielle, plutôt que la mise en place de critères de sélection très précis. Corolairement, nous avons fait le choix de nous concentrer sur des *épisodes* d'intervention ayant eu lieu dans des organismes communautaires, car considérant le contexte sociopolitique de l'intervention en santé mentale –tel qu'abordé dans l'introduction, nous croyons que les professionnelles de ces milieux connaissent des réalités transversales, qui ne sont pas forcément l'apanage de celles travaillant dans la fonction publique. Regardons maintenant comment ont été sélectionnés nos cas –soit le choix des *épisodes* d'intervention.

➤ **Choix des *épisodes* d'intervention**

C'était donc le rôle de ces intervenantes, ayant accepté de s'engager dans l'aventure d'un *entretien d'explicitation*, de choisir l'épisode d'intervention à nous raconter; mais sur la base de

consignes précises et longuement discutées avec chacune d'entre elles. Il a d'abord fallu décider du « type » de situations les plus propices à l'exploration des jeux d'autonomie et de pouvoir entre les acteurs et actrices de l'intervention. C'est pourquoi nous avons arrêté notre choix sur des *situations non routinières*; c'est-à-dire, des situations empreintes de moments tendus. Elles nous apparaissent comme étant les plus propices pour faire ressortir des tiraillements, ou encore, des différends, des négociations et l'exercice du pouvoir de chacun et chacune. Elles offrent aussi la possibilité de mieux comprendre les contraintes qui s'inscrivent dans le contexte de l'interaction et qui pèsent sur celle-ci.

De plus, un tel *épisode* ou une telle *situation non-routinière* pouvaient être clairement identifiables par une intervenante –en contraste à une situation routinière. Également, cela limitait le risque que le choix se fasse sur la base d'une personne ou d'un cas « intéressant » selon leur regard clinique, plutôt qu'en fonction de nos intérêts théoriques et empiriques.

Pour guider la sélection de cet *épisode*, effectué par les intervenantes, nous leur avons fourni au préalable des consignes et des conseils. Voici les éléments qui ont servi à guider leur choix :

- Vous devez sélectionner un épisode d'intervention : cela fait référence à une période distincte d'interactions, avec une seule personne accompagnée, d'une durée d'au moins 30 minutes.
- Cette intervention peut être de nature plus formelle (exemple : sur la base d'un rendez-vous ou d'un suivi) ou plus informelle (exemple : sur la base d'une demande spontanée de la personne ou lors d'une situation de conflit ou de crise).
- Vous devez choisir une intervention *non routinière*, qui comporte soit des moments tendus, des malentendus, des désaccords, des objectifs divergents, une interprétation différente d'une situation, etc. Que ça se soit exprimé sous la forme d'hésitations de par ou d'autre, ou qu'il y ait eu une difficulté à aborder un enjeu ou à s'expliquer franchement.
- L'intervention doit avoir eu lieu auprès d'une personne avec qui vous n'intervenez pas pour la première fois (idéalement).

- L'épisode d'intervention devrait avoir eu lieu dans les 7 jours précédents *l'entretien d'explicitation*.

Fondamentalement, ces critères visaient à faire en sorte que les intervenantes choisissent une situation empreinte de tensions, pour nous permettre de relever les jeux d'autonomie et de pouvoir en son sein. Aussi, nous voulions éviter qu'elles sélectionnent une rencontre de courte durée ou de type informatif, tel que pourrait l'être une première rencontre qui vise à présenter les services offerts à l'organisme. Nous avons aussi insisté pour que l'*épisode* choisi soit le plus frais possible dans leur mémoire. Pour faciliter le respect de ces critères, un document récapitulatif (annexe I) des consignes et conseils présentés ci-haut, pour guider et identifier le choix de l'épisode, fut remis aux interviewées avant *l'entretien d'explicitation*.

➤ **Nombre d'épisodes sélectionnés**

Par ailleurs, notre objectif de recherche étant de l'ordre de la généralisation à la théorie, plutôt que de la généralisation à la population (Yin (2017)), nous avons arrêté la sélection de nos cas au nombre de six. Yin (2017) défend que les études de cas ont des objectifs limités, dont la validité n'est pas mesurée en fonction du nombre de cas. Nous ne tentons donc pas de montrer que le corpus de données nous informe sur, ou est représentatif d'une population donnée. Nous nous inscrivons plutôt dans une démarche de sélection de cas, qui favorise le développement de connaissances théoriques sur l'opération des relations d'autonomie, dans le cadre des interventions en santé mentale communautaire.

De plus, ce choix de restreindre nos cas au nombre de six est conséquent avec la méthodologie que nous avons employée, qui exige deux entretiens par cas; un premier pour situer le contexte de l'épisode et un second pour explorer en détail l'épisode, le tout totalisant plus de deux heures d'entretien avec chaque interviewée. Cette méthodologie était donc très exigeante pour les intervenantes, qui avaient non seulement à s'engager à réaliser deux entretiens, mais aussi, à fournir temps et efforts pour identifier les cas correspondant à nos critères de sélection. Dans le contexte de pénurie des ressources dans les organismes communautaires en santé mentale, il était fort difficile de convaincre les intervenantes de s'investir dans ce type d'engagement énergivore et chronophage.

Voyons maintenant comment nous en sommes arrivés à construire les données pertinentes à partir des récits sur les *épisodes* d'intervention que des intervenantes nous ont racontés.

3.1.4. Les données

Le corpus global est constitué de données qualitatives, élicitées par des *entretiens d'explicitation* où les intervenantes interviewées ont produit des discours portant sur un *épisode* d'intervention considéré par celles-ci comme étant « tendu » (selon les critères de sélections mentionnés ci-haut). Ainsi, ces épisodes sélectionnés et racontés par les intervenantes étaient l'occasion de reconstruire, le plus fidèlement possible, la trame de la négociation entre les professionnelles et les personnes qu'elles accompagnent. La pertinence de guider les répondantes (les intervenantes) dans la production d'une *épistémologie de leurs pratiques*, s'inscrit dans ce que Lémonie (2014) conçoit telle la construction d'une connaissance incorporée dans les pratiques. Nous précisons donc dans cette section, en quoi *l'entretien d'explicitation* nous permet de construire un corpus de données qui répond à nos objectifs de recherche, malgré les défis que pose une analyse interactionniste –dans laquelle nous n'avons pas d'accès direct à l'interaction.

➤ Objectifs et modalités de l'entretien d'explicitation

Explorons d'abord quelles sont les spécificités de *l'entretien d'explicitation*. Cette approche élaborée par Pierre Vermersch (1998) à la fin du 20^e siècle a pour objectif de viser l'étude de tout le domaine de la « pensée privée » des interviewées; permettant à la fois de produire une connaissance sur « ce qui s'est réellement passé », ainsi que des connaissances implicites qui sont inscrites dans l'action. Elle permet un point de vue en première personne sur un événement, plutôt qu'en tant que témoin. C'est la vision de la personne qui a expérimenté l'action qui est mise de l'avant (Vermersch, 2016). Aussi, cette méthode d'entretien implique un exercice « évocatif », qui allie à la fois le vécu du sujet et ses représentations (Martinez, 1997). De ce fait, bien que la technique ne se concentre pas sur le recueil d'informations quant au ressenti de l'interviewée, la mobilisation de tout aspect sensoriel ou de tout affecté, lors de l'entretien, est à la fois un facilitateur mnésique, mais également un indicateur pour la chercheuse du niveau d'engagement de la personne dans le retour à des ancrages événementiels.

Vermersch (1994) parle de « prise de conscience provoquée », qui sans l'aide d'un facilitateur ou d'une facilitatrice ne peut être portée à la conscience de l'interviewée.

L'*entretien d'explicitation* renvoie au caractère d'unicité des pratiques et ne cherche pas à établir de généralité (Martinez, 1997). Le but étant d'amener l'interviewée à décrire, de la façon la plus fine possible, les processus qui sont engagés dans l'interaction et leurs effets sur leur expérience de la situation (Lémonie, 2014). Nous faisons l'hypothèse que les pratiques de la sphère clinique se prêtent bien à une méthodologie de la sorte, dans la mesure où elles relèvent d'un produit intangible. Cette méthode est toute désignée, car elle permet d'appréhender les pratiques comme une interaction –une dynamique en dyade (Lémonie, 2014). Elle donne accès à « (...) l'inobservable travail conjoint de deux expériences intersubjectives qui coproduisent l'interaction en même temps qu'elles s'y co-construisent » (Lémonie, 2014 :103).

En complément, nous nous sommes questionnés à savoir quels outils ou techniques il serait pertinent de mobiliser pour guider ce type d'entretien. Nous avons sélectionné les trois suivants : 1) nous avons d'abord proposé à l'interviewée un *contrat de communication* en amont, stipulant que nous nous permettrions de limiter ou réorienter son discours, si celui-ci sortait du récit d'explicitation (par exemple, en déviant vers des généralités ou des jugements), 2) nous avons fait l'usage d'une grille d'entretien, visant à mener une entrevue majoritairement de style directif et permettant de centrer l'interviewée sur les aspects procéduraux de ses pratiques, et finalement, 3) nous nous sommes attachés à éviter des formulations de questions qui engendrent de rapides montées en généralités chez l'interviewée; l'objectif étant plutôt de les amener dans une posture où elles sont ancrées dans leur corps, et centrent leur discours non pas sur ce qui est pensé, mais plutôt sur ce qui est fait.

➤ **Nature des données**

Somme toute, *l'entretien d'explicitation* vise la mise en mot de l'action. Dans la mesure où les actions relèvent d'un acte de traitement et de cryptage de l'information, et s'inscrivent à la longue dans des mécanismes inconscients (habitus), le réflexe est d'en parler de la même manière. Plus concrètement, dans le cadre de cette recherche, les *entretiens d'explicitation*, qui visent l'élaboration des *épisodes* d'intervention, ont été présentés à nos interviewées en ayant comme objectif de générer un récit de pratiques détaillé d'une de leurs interventions –afin de

comprendre le mieux possible ce qui se passe au sein de leurs pratiques. Nous leur avons demandé de nous présenter un *épisode* d'intervention de la façon la plus concrète et approfondie envisageable, en expliquant comment il s'est déroulé et en étant le plus fidèle possible à la réalité. D'ailleurs, le fait d'avoir demandé aux intervenantes de limiter leur récit à des espaces/temps particuliers favorise aussi la localisation et la précision de leurs propos (Vermersch, 1994). Nous les avons encouragés à ne laisser aucun détail de côté : expression émotive, non verbale, ton de la voix, etc. Il leur a été demandé d'essayer de rester le plus près possible des mots utilisés par quiconque lors de la rencontre; en restituant des extraits de la conversation, à la manière d'une pièce de théâtre où l'on donne les « lignes ». L'objectif de l'entretien était d'arriver à cerner ce que Martinez (1997) qualifie de « déclencheur d'acte réfléchissant », donnant accès à la fois aux représentations, mais aussi aux détails de l'action.

En somme, le corpus de six *entretiens d'explicitation* (totalisant huit heures d'entretien, retranscrit en 155 pages de verbatim) constitue des données textuelles détaillées – descriptives, interprétatives et affectives, sur le déroulement de l'intervention communautaire en santé mentale. Plus particulièrement, en ce qui a trait à des situations tendues ou à des épisodes d'interactions teintés de différends, poussant les acteurs et actrices à négocier fortement les conditions de la continuation de la relation interventionnelle. Ce corpus est alors sujet à une analyse de type ancrée, en mobilisant les concepts sensibilisants que nous avons présentés dans le chapitre précédent, et qui visent à faire ressortir les jeux d'autonomie et de pouvoir qui y sont imbriqués.

3.2. Démarches méthodologiques

Ayant présenté le plan de l'étude et justifié nos choix méthodologiques, nous détaillerons ici les démarches entreprises, notamment en ce qui a trait au recrutement de nos interviewées, au déroulement des entretiens et à l'analyse des données. Nous considérerons en plus les limites de l'étude et les enjeux éthiques.

3.2.1. Processus de recrutement

Le recrutement des interviewées a posé un défi de taille et s'est déroulé selon deux méthodes, réalisées en simultané. Le processus de recrutement comporte donc plusieurs étapes :

d'une part, la sollicitation de volontaires a permis de valider trois des dix intervenantes mettant leur candidature de l'avant; d'autre part, le processus de recrutement dans nos propres réseaux a permis de recruter quatre personnes de plus, plaçant le nombre total d'intervenantes retenues à sept; enfin, une de ces dernières fut éliminée une fois le processus de collecte de données commencé avec elle, nous laissant avec 6 *entretiens d'explicitation* complétés. Les différentes étapes du processus de recrutement se sont déroulées durant les mois de juin à septembre 2018. Regardons maintenant chacune d'entre elles plus en détail.

Tout d'abord, pour identifier nos interviewées potentielles, nous nous sommes basés sur une méthode *d'échantillonnage volontaire*, en passant par un appel ouvert à tous et à toutes dans un groupe d'intervention sur *Facebook*, soit : *Intervenant.es psychosociales de Montréal*. Nous croyons qu'en utilisant ce type de plateforme cela nous permet de rejoindre un vaste ensemble de professionnelles ayant des formations et des milieux de pratiques divers. Par contre, pour attirer la participation d'intervenantes correspondant à nos critères de sélections (présentés à la section *choix des intervenantes*), nous avons préparé un court document de sollicitation (annexe II). Il avait pour titre : *À la recherche d'intervenant.es travaillant dans des organismes communautaires en santé mentale*, et invitait, à l'aide d'une question, à la participation : *Vous désirez contribuer à une meilleure connaissance des spécificités de l'intervention en santé mentale?* Dans l'appel à candidatures, nous avons volontairement choisi de ne pas exposer notre objet de recherche : l'autonomie, pour éviter la production d'un discours centré sur celui-ci.

Suite à cet appel à candidatures, dix intervenantes ont pris contact avec nous par courriel ou via la plateforme de chat de *Facebook*. Après avoir posé des questions à chacune d'entre elles pour valider que leur profil correspondaient à nos critères de sélection (présentés à la section *choix des intervenantes*), nous en avons retenu sept. Puis, nous avons validé avec elles que les interventions qu'elles réalisent se prêtaient à un *entretien d'explicitation*, selon nos critères pour sélectionner un *épisode* d'intervention (présentés à la section *choix des épisodes d'intervention*). Nous avons exclu deux d'entre elles, car elles n'effectuaient que très rarement des interventions individuelles, leur travail consistant plutôt à des interventions de groupes. De ces cinq dernières, seulement trois ont accepté de s'engager dans le processus de recherche, certaines n'étaient pas disponibles pour réaliser deux entretiens selon nos échéanciers ou considéraient cet engagement trop fastidieux. Nous laissant alors avec trois interviewées.

Aussi, nous avons investi simultanément un processus de recrutement par une méthode de *bouche à oreille* auprès de notre entourage professionnel et académique. Quatre intervenantes nous ont été recommandées ou nous ont contactées directement. Nous leur avons alors remis un document de sollicitation par courriel (annexe III), expliquant le type d'interviewées que nous recherchions (selon les critères présentés aux sections *choix des intervenantes* et *choix des épisodes d'intervention*), ainsi que l'engagement qu'elles avaient à fournir. Ce document comportait des informations plus détaillées, en comparaison à celui utilisé pour effectuer la sollicitation sur les réseaux sociaux. Ces quatre intervenantes ont été retenues et ont accepté de s'engager à la réalisation de deux entretiens. Finalement, nous avons exclu l'une d'entre elles pour la réalisation des *entretiens d'explicitations*, suite à l'entretien préliminaire. Nous avons conclu, d'un commun accord, que ses interventions n'étaient pas propices à la réalisation d'un *entretien d'explicitation*, puisqu'elles étaient toutes de trop courte durée (moins de trente minutes).

Mentionnons aussi que tout au long du processus de recrutement, nous avons indiqué à nos potentielles participantes que leur participation à l'entretien était de nature individuelle (n'impliquait pas leur milieu de travail), volontaire et non rémunérée. Finalement, nous avons invité les six intervenantes sélectionnées et désirant s'engager dans la recherche à nous décrire les organismes où elles travaillent (en quelques mots clés, sur l'offre de service, la nature du financement, etc.) et à substituer le nom de la personne accompagnée à des fins d'anonymat.

Nous avons pris la décision d'arrêter nos efforts pour recruter plus d'interviewées à ce stade, pour des raisons d'ordre pragmatique et empirique. C'est-à-dire, qu'en tenant compte du temps nécessaire à investir pour le recrutement (tel que nous l'avons expérimenté jusqu'à présent), la valeur ajoutée au fait de recruter quelques intervenantes supplémentaires ne nous apparaissait pas significative. En effet, ayant déjà amorcé l'analyse des premiers *entretiens d'explicitation*, durant la période de recrutement et de collecte des données, nous avons jugé que le corpus en développement était déjà assez riche pour nous permettre de réaliser une analyse valide de la manière dont se joue l'autonomie et l'expression du pouvoir dans les interactions entre les intervenantes et les personnes qu'elles accompagnent. C'est-à-dire, que des catégories de codification semblables émergeaient d'un entretien à l'autre et il était déjà possible de repérer des éléments récurrents.

3.2.2. Profils des interviewées

Le Tableau I dresse un portrait de l'appartenance professionnelle et organisationnelle des six intervenantes avec qui nous avons réalisé les *entretiens d'explicitation*. Dans ce tableau, tout comme dans les chapitres suivants et les annexes, les noms des intervenantes, ainsi que des personnes accompagnées sont fictifs. Le tableau I facilitera la lecture des chapitres de résultats, où connaître les couples intervenantes/personnes accompagnées servira de point de repère à la compréhension de l'analyse.

Aussi, mentionnons que dans la mesure où les informations recueillies sur les personnes accompagnées nous viennent des intervenantes, nous ne présentons pas des portraits de ces dernières. Quelques informations de base, telles que mentionnées par les intervenantes durant les entretiens, sont cependant comprises dans nos portraits des *épisodes* d'intervention à l'annexe IV. Enfin, rappelons que ce sont les interactions qui se déroulent durant les *épisodes* d'intervention qui sont l'objet de cette recherche, et non les intervenantes, qui elles, constituent notre source de données sur ces interactions.

Tableau I. Portrait des interviewées

Intervenantes (Noms fictifs)	Personnes accompagnées (Noms fictifs)	Type d'organisme	Fonction de l'intervenante	Années de pratique dans cette ressource	Formation scolaire et professionnelle	Âge de l'intervenante	Années d'expérience en intervention
Angela	Geneviève	Centre de crise	Intervenante de milieu, contexte de crise	2 ans	BAC- psychologie et études féministes BAC -Travail social	27 ans	3 ans
Cécile	Michel	Collectif de défense des droits	Conseillère en défense des droits	14 ans	DEP-Éducation spécialisée BAC- Psychoéducation	47 ans	28 ans
Javier	Carole	Suivi dans la communauté	Intervenant mobile, suivi transitoire	3 ans	Formation en éducation spécialisée D.E.S.S. - intervention en santé mentale	42 ans	9 ans
Sophie	Gilles	Programme de réadaptation et maintien en emploi	Conseillère en employabilité	2 ans	DEP-Éducation spécialisée BAC-Psychologie et Psychoéducation	31 ans	11 ans
Véronique	Marc	Hébergement transitoire	Intervenante de milieu, suivi transitoire	1 an	BAC- Psychologie et sociologie	25 ans	1 an
Yasmine	Denis	Logements sociaux	Intervenante de milieu, suivi long terme	2 ans	BAC- Criminologie BAC- Sociologie	43 ans	5 ans

3.2.3. Construction des données

Passons maintenant en revue la manière dont sont constituées les données qui nous permettent de faire notre analyse des jeux d'autonomie au sein des *épisodes* d'intervention. Nous avons réalisé deux entretiens avec chaque interviewée. Un premier, portant sur leur cheminement professionnel et leur milieu de travail. Puis un second : l'*entretien d'explicitation*, portant sur un *épisode* d'intervention. Les premiers entretiens, de type semi-directif, ont eu lieu entre juin et septembre 2018. Puis, nous avons rencontré chaque interviewée une seconde fois lors d'*entretiens d'explicitation*, qui se sont déroulés entre juillet et octobre 2018. Le tout, totalisant environ une douzaine d'heures d'entrevue.

Les entretiens ont été réalisés dans des lieux divers. Pour deux d'entre elles, ils se sont tenus sur leur milieu de travail –à l'extérieur de leurs heures de pratiques. Pour deux autres, ils ont eu lieu à leur domicile ou celui de la chercheuse. Dans une seule situation, l'entretien préliminaire a eu lieu dans un café, et pour une autre au téléphone. Finalement, les entretiens avec une interviewée ont eu lieu dans des bureaux de recherche auxquels nous avons accès. L'objectif était toujours d'offrir un contexte calme et propice à l'échange. L'absence de bruit ambiant permettant aussi, avec le consentement des interviewées, l'enregistrement des séances d'entretiens à des fins de retranscription. Regardons maintenant plus en détail la spécificité des données constituées à l'aide de chaque entrevue.

➤ Entretiens préliminaires

La première vague d'entretiens visait à recueillir des informations sur les contextes de l'intervention –soit tout élément susceptible de modifier les pratiques des intervenantes. Il s'agit d'entretiens d'une durée d'environ quarante-cinq minutes (entre 37 min et 47 min). En ce qui concerne les outils de collecte de données mobilisés pour les entretiens préliminaires, nous avons privilégié une grille précise, mais succincte (annexe V). Cela nous permettait de nous y référer, sans décrocher de la spécificité du discours de l'interviewée. L'objectif était d'obtenir des informations sur leur cheminement professionnel, ainsi que leur milieu de travail.

À la lumière de ces entretiens, pour comprendre plus en profondeur le parcours de nos interviewées et bien situer leur bagage professionnel, mais aussi personnel, nous avons réalisé de courts portraits descriptifs de ceux-ci (annexe VI). Ces résumés comportent entre autres des

détails concernant leur formation académique, leurs expériences de travail comme intervenante psychosociale et ce qui influence leur vision de l'intervention. Nous avons également précisé quel type de poste elles occupent et les responsabilités et tâches qui y sont associées. En complément, pour mieux situer les particularités des organismes dans lesquels elles travaillent respectivement, nous avons décrit l'approche d'intervention, les services offerts et les critères d'admission à ceux-ci, à la suite des profils des intervenantes. Nous avons aussi identifié ce qui les distingue quant aux modalités d'organisation et de coordination (Mintzberg, 1986).

Ces portraits étoffés du contexte de travail des interviewées sont particulièrement pertinents comme référence, lors de l'analyse de l'intervention; comme espace de déploiement de la marge de manœuvre des intervenantes dans des conditions situées (chapitre 4). Ces informations nous ont aussi permis de mieux contextualiser le *récit d'explicitation*, qu'elles nous ont présenté lors du second entretien.

➤ ***Entretiens d'explicitation***

La seconde vague d'entretiens, toujours avec les mêmes interviewées –sauf une avec qui nous avons uniquement réalisé un entretien préliminaire qui n'est pas présenté dans le cadre de notre recherche, avait comme objectif de guider précisément les intervenantes dans la production d'un récit sur l'*épisode* d'intervention choisi. C'est celui-ci qui est au centre de ces entretiens. Pour réaliser ces entretiens, une grille d'entrevue a aussi été préparée (annexe VII). Dans la première section (+/- 60 minutes de l'entretien), celle qui élicite l'explicitation à proprement dit, nous avons d'abord abordé le contexte physique et temporel de la situation, ainsi que la manière dont elle s'inscrivait dans la relation d'intervention globale. Puis, nous avons invité l'interviewée à produire une description chronologique, profonde et détaillée des échanges qui se sont déroulés entre elle et la personne accompagnée, durant cet *épisode* d'intervention. Nous marquions parfois des pauses dans leur explicitation de la situation, pour les ramener en arrière et les inciter à préciser encore mieux les échanges, décrire l'atmosphère, le non verbal des acteurs et actrices de la situation ou les encourager à se rappeler les mots exacts employés par l'un, l'une ou l'autre.

Dans la seconde section de cet entretien (+/- 20 minutes), plutôt réflexive, nous avons invité les interviewées à nous expliquer pourquoi elles avaient choisi cette situation et comment elles

percevaient leur rôle auprès de cette personne accompagnée. Finalement, nous leur avons demandé leur perception de la place de l'autonomie dans le contexte de l'intervention en santé mentale, leur laissant la liberté de répondre en fonction de la leur (professionnelle) ou de celle des personnes qu'elles accompagnent. Nous avons choisi de poser cette question à la suite des deux entretiens, car nous ne voulions pas dévoiler l'objet de notre recherche avant, sans pour autant passer à côté du fait de recueillir le discours des interviewées sur celui-ci. Les entretiens d'explicitation ont duré environ une heure trente (entre 60 min et 98 min).

Notons au passage que l'entretien d'explicitation s'inscrit toujours dans une relation (ici, celle entre l'intervieweuse et l'interviewée) et ne peut donc être réduit à une simple application mécanique d'une technique donnée. Il nous a donc fallu nous ajuster et développer une technique de prise de notes pour arriver à suivre les interviewées dans leur récit et identifier les relances pertinentes, ce qui fût un des défis majeurs de la collecte de données. Pour ce faire, nous avons élaboré une prise de notes en deux colonnes lors des entretiens : l'une portant sur la suite des événements racontés; nous permettant d'explorer chaque nouveau palier d'action chronologiquement, et l'autre, portant sur des éléments de relance en lien avec notre cadre d'analyse. En contrepartie, un des éléments qui nous a agréablement surpris est le fait d'avoir pu observer des indicateurs que *l'explicitation* avait bel et bien lieu. Par exemple, lorsque l'intervenante rapportait des segments de l'échange, elle changeait de ton ou modifiait sa gestuelle en imitant la personne qu'elle accompagne, le tout, marquant une césure entre ses propos et ceux de cette dernière.

3.2.4. Analyse des données

Pour guider notre démarche analytique, il importe d'abord de rappeler les objectifs de notre recherche. En premier lieu, nous cherchons à mieux comprendre les enjeux d'autonomie et de pouvoir au sein des interactions situées entre des intervenantes et des personnes accompagnées, dans le cadre de suivis en santé mentale dans des organismes communautaires. Plus particulièrement, nous souhaitons répondre aux trois objectifs suivants :

- 1) cerner l'autonomie propre aux intervenantes en fonction du déploiement de leur marge de manœuvre et des leviers et freins propres au contexte organisationnel qui orientent leurs stratégies d'intervention.

2) cerner dans les négociations entre les intervenantes et les personnes accompagnées comment se mettent en œuvre des ententes réciproques et comment chacun et chacune exercent son pouvoir sur l'autre.

3) comprendre les spécificités de l'intervention en santé mentale dans un contexte communautaire, à travers la relation dynamique entre l'autonomie des professionnelles et celle des personnes accompagnées.

Pour ce faire, nous avons réalisé quelques étapes préparatoires, nous permettant de mettre en forme nos différents corpus de données, ainsi qu'une analyse transversale.

➤ **Étapes préparatoires : la mise en forme des corpus de données**

Pour constituer les corpus sur lesquels s'appuie notre analyse, nous avons d'abord traité les matériaux à notre disposition. Pour ce faire, nous avons effectué une retranscription détaillée des deux entretiens –entretiens préliminaires et *entretiens d'explicitation*, réalisés avec six intervenantes. Aussi, dans le cadre de cette restitution des données nous avons fait parvenir aux interviewées les retranscriptions de leurs deux entretiens, pour leur permettre de poser un regard en rétrospective sur ceux-ci, en les invitant à les commenter. Les objectifs étaient la complétude des informations recueillies, ainsi que de permettre aux intervenantes d'avoir le dernier mot sur le matériel utilisé pour l'analyse. Nous avons noté quelques questions dans la marge des verbatims pour les amener à clarifier ou préciser certains de leurs propos. Dans quelques cas, des extraits ont été retirés ou bonifiés par des explications et précisions.

Également, notre matériel empirique est composé de notes de terrain (quatorze pages) qui ont été prises dès nos premiers contacts avec les interviewées, ainsi que lors de nos échanges pour valider leur participation et à la suite à chaque entretien –et ce, avec chaque interviewée. Ces notes contiennent des informations cruciales (concernant leur milieu de travail, leur vision de l'intervention, la spécificité des *épisodes*, etc.) qui nous ont parfois été partagées dans des moments informels ou qui n'ont pas été enregistrées. De plus, on retrouve dans ces notes une analyse préliminaire du discours des intervenantes, en lien avec notre cadre d'analyse. Nous y avons aussi consigné les expressions faciales, le ton et le non verbal des intervenantes –éléments qui échappent parfois aux enregistrements. Finalement, on y retrouve des indicateurs que les *entretiens d'explicitation* étaient bel et bien réussis, soit des marqueurs de l'engagement des

intervenantes dans la narration des épisodes (par exemple, lorsque leur regard décrochait durant l'entrevue, pour se concentrer sur la remémoration des événements).

Ensuite, nous avons réalisé un travail de mise en forme des données provenant de ses trois matériaux (les entretiens préliminaires, les *entretiens d'explicitation* et les notes de terrain), que nous divisons en trois corpus : contextuel (1), narratif (2) et représentatif (3).

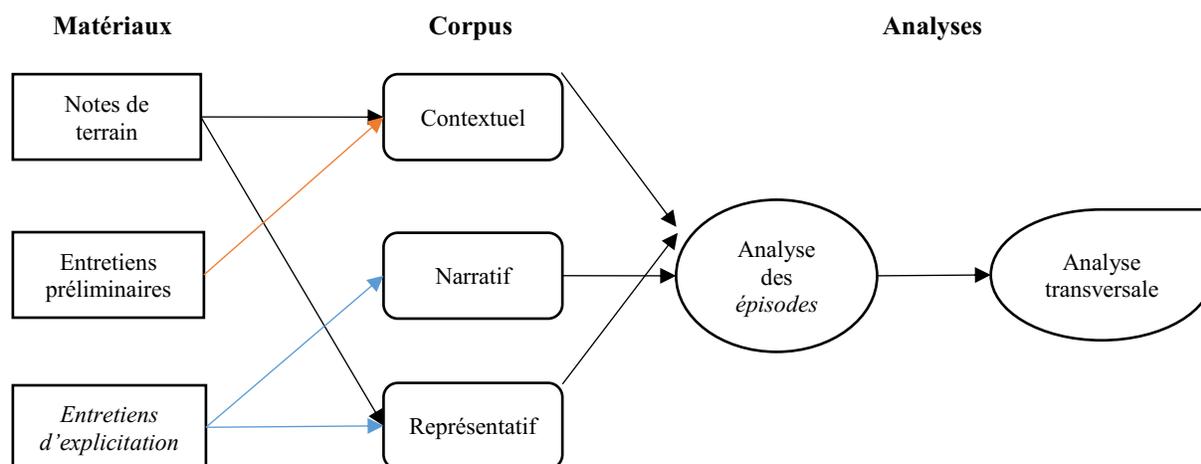
Le premier corpus –*contextuel*– renvoie au contexte des épisodes d'intervention. Il s'appuie sur les entretiens préliminaires et les notes de terrain, résumés à l'annexe VI. D'ailleurs, les données retenues dans ces résumés reflètent les dimensions des contextes organisationnels et professionnels qui peuvent jouer sur la marge de manœuvre des intervenantes (en l'augmentant ou la diminuant). Le tout, s'appuyant sur les concepts sensibilisants de la *street-level bureaucracy*, tel que le pouvoir discrétionnaire des professionnelles.

Le second corpus –*narratif*– est constitué du narratif détaillé de l'*épisode* d'interaction, tel que raconté par les intervenantes, lors de l'*entretien d'explicitation*.

Finalement, le troisième corpus –*représentatif*– renvoi aux représentations, interprétations et réflexions des intervenantes sur ce qui s'est passé dans le cadre de cet *épisode* et pourquoi l'interaction s'est déroulée ainsi. La constitution de ce corpus s'appuie sur les entretiens d'explicitation et les notes de terrain.

La logique derrière une telle division de nos matériaux (en trois corpus) était de faire ressortir comment chacun d'entre eux contribue de façon différente à l'analyse des *épisodes* d'intervention. En ce sens, le corpus *narratif* est l'objet principal d'analyse et le corpus *représentatif* sert à interpréter la signification de ces premières données. Par exemple, il nous permet de comprendre l'analyse que font les interviewées, de la manière dont elles ont agi lors de l'interaction, ainsi que les raisons sous-jacentes à leurs décisions et actions. Le corpus *contextuel* permet, quant à lui, de comprendre le cadre dans lequel s'est déroulé l'interaction et les éléments qui modulent les possibilités de chaque acteur et actrice dans ce contexte. La figure I rappelle cette construction des corpus (incluant les matériaux, la nature des corpus et le type d'analyse), selon les logiques élicitées précédemment.

Figure 1. Mise en forme et analyse des données



➤ L'analyse des épisodes d'intervention

Ensuite, nous avons procédé à l'analyse des *épisodes* d'intervention, qui constituent nos cas d'analyse. Pour ce faire, nous avons mobilisé les trois corpus présentés ci-haut. Nous avons pris le temps de revisiter l'ensemble de nos matériaux en lisant et annotant chaque verbatim « à la main » –avec des codes de couleur, s'appuyant sur notre cadre d'analyse. Le tout, guidé par une grille d'analyse inspirée des concepts propre à l'autonomie, à l'interactionnisme et à la *street-level bureaucracy*. Nous avons ensuite rédigé une fiche analytique d'environ vingt pages sur chaque cas, avec comme objectif de faire ressortir une première esquisse des stratégies mobilisées par les intervenantes et les personnes accompagnées pour augmenter leur marge de manœuvre dans le cadre des interactions. Des exemples de négociations réciproques et de l'exercice de leur pouvoir respectif ont été soulevés. Ces fiches comportent aussi des extraits pertinents du discours des interviewées, qui sont mobilisées dans le cadre de notre analyse (chapitre 4 et 5).

Plus concrètement, voici comment ont été analysés les épisodes d'intervention –en deux temps, en fonction des corpus de données qui sont ressortis de nos fiches analytiques. Premièrement, dans le corpus narratif (2) de chaque épisode d'intervention (constitué des extraits *d'entretiens d'explicitation*) nous avons identifié des enjeux et moments charnières de l'interaction. Deuxièmement, une analyse interprétative de ce même corpus nous a permis de dégager et de mieux comprendre les stratégies que les intervenantes déploient lorsqu'elles font face à ces

moments charnières. Ces données ont aussi été construites à l'aide du corpus contextuel (1) qui fournit des données factuelles sur le contexte des interventions, ainsi que du corpus représentatif (3), nous permettant d'intégrer les explications et justifications des interviewées à notre compréhension de la mise en œuvre de leurs stratégies d'intervention. Ces étapes d'analyse des *épisodes* d'intervention ont favorisé une connaissance en profondeur de chacun des *épisodes* et l'identification de pistes d'analyses prometteuses pour l'analyse transversale.

➤ **Analyse transversale**

L'analyse transversale des six *épisodes* d'intervention s'est quant à elle déroulée en deux étapes. Premièrement, une analyse transversale des trois corpus par la codification, encore une fois, « à la main » avec des codes de couleur, selon la même grille d'analyse (autonomie, interactionniste et *street-level bureaucracy*). Par contre, dans ce contexte, elle était bonifiée par les apprentissages réalisés lors de la rédaction des fiches analytiques sur chaque cas. Deuxièmement, nous avons réalisé une analyse transversale en déployant l'approche de la théorie ancrée, c'est-à-dire, sans grille. La construction de nouveaux concepts se fait alors sur la base de la découverte de dynamiques non prévues, au sein des corpus. Ces dynamiques peuvent alors être empruntées à même les représentations ou le discours réflexif des intervenantes.

Le tout, nous permettant d'en arriver à la rédaction de deux chapitres de résultats divisés selon nos objectifs : 1) comment cerner l'autonomie propre aux intervenantes en fonction du déploiement de leur marge de manœuvre et des leviers et freins propres au contexte organisationnel qui orientent leurs stratégies d'intervention (chapitre 4) et 2) comment cerner dans les négociations entre les intervenantes et les personnes accompagnées –comment se mettent en œuvre des ententes réciproques et comment chacun et chacune exercent son pouvoir sur l'autre (chapitre 5). Cela, en mobilisant l'ensemble des résultats de toutes les étapes de l'analyse qui nous permettent globalement de répondre à notre objectif 3) comment comprendre les spécificités de l'intervention en santé mentale dans un contexte communautaire à travers la relation dynamique entre l'autonomie des professionnelles et celle des personnes accompagnées (chapitre de conclusion).

3.2.5. Questions de validité

Plutôt que de tenter d'identifier si notre démarche est scientifiquement valide en s'appuyant sur le postulat qu'il existe un sens de la validité transcendant, nous abondons dans le sens de Savoie-Zajc (2006) qui propose d'accorder le critère de validité à toute recherche qui tient compte du point de vue des acteurs et actrices concernées, qui tente de comprendre l'objet d'étude dans sa complexité et qui cherche à donner du sens aux multiples interactions qui constituent un phénomène. Van der Maren (2006: 21) abonde dans le même sens :

Les questions sont de savoir, d'une part, si nos résultats de recherche apportent des réponses aux questions qui se posaient avant la recherche et, d'autre part, si ces réponses ont du sens dans le contexte où les questions ont été posées. Subsiste aussi la question de savoir si la démarche [...] a une valeur en termes de connaissances nouvelles.

Dans cette optique, en réalisant des *entretiens d'explicitation* qui servent à reconstituer l'expérience des actrices de l'intervention, nous tenons compte de leur point de vue situé. Aussi, en s'attardant à démystifier les pratiques explicites, mais aussi tacites, qu'elles mettent de l'avant et en ayant le souci de contextualiser ces dernières –tel que nous l'avons fait grâce aux entretiens préliminaires, il nous est possible d'avancer que nous tentons de comprendre notre objet de recherche dans toute sa complexité. Puis, en mobilisant une approche interactionniste dans le cadre de notre analyse, nous pouvons défendre que nous tentons de donner du sens aux multiples interactions qui constituent le phénomène à l'étude.

Aussi, envisageons la validité de notre recherche en fonction de Lahire (2006) qui avance que les interprétations de la chercheuse peuvent être qualifiées de scientifiques, si elles s'appuient sur des matériaux empiriques, dont est présenté –aussi précisément que possible, les principes théoriques de sélection, puis les modes de production de ces matériaux. Tout autant qu'il importe de désigner les contextes spatio-temporels de l'observation des matériaux et de fabrication des résultats, à partir de ces derniers –soit les modes de traitement des données. Ces exigences de validité, nous y avons répondu en appuyant notre recherche sur des matériaux empiriques solides et riches, formés par deux entretiens pour chaque cas. Des entretiens où le contexte des données recueillies a été mis de l'avant et dont l'analyse des différents corpus de données est explicitée dans la section précédente.

Il n'en demeure pas moins que notre recherche comporte des faiblesses. D'abord, il y a une absence de triangulation dans notre collecte de données, alors que nous nous basons sur un seul point de vue de l'interaction –celui des intervenantes. De plus, le nombre de cas qui y est présenté est limité à six. En ce sens, un souci rigoureux pour la méthode permet de mettre en œuvre des efforts pour surmonter les biais inhérents de cette recherche. Sans compter, que nous ne prétendons pas non plus que les résultats proposés représentent l'ensemble des interventions en santé mentale dans le contexte communautaire, mais nous informons plutôt sur certains jeux d'autonomie et de pouvoir en leur sein. Ces cas forment aussi un ensemble hétérogène, dans la mesure où on ne s'attarde ni aux diagnostics particuliers des individus accompagnés, ni aux formations des professionnelles de l'intervention, ni aux approches préconisées par leur milieu. Le tout, nous permet alors de produire une analyse de l'intervention située *sui generis*, plutôt qu'une analyse surdéterminée par le contexte.

Ainsi, pour surmonter les limites présentées ci-haut, nous nous sommes attardés à livrer, aussi précisément que possible, les principes théoriques de sélection, puis les modes de production de nos matériaux empiriques (chapitre 2 et 3). Nous avons clairement désigné les contextes spatio-temporels situés de l'observation des *épisodes* d'intervention (chapitre 2 et annexe IV). Finalement, nous avons explicité les modes de fabrication des résultats, à partir des matériaux produits (chapitre 3).

3.2.6. Éthique

Nous avons fait parvenir au Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CÉRAS) de l'Université de Montréal une demande de certificat d'éthique (en avril 2018) accompagnée de notre projet de recherche –comprenant la méthodologie et les grilles d'entretien, sous le titre: *Pratiques d'intervention en santé mentale; perspective d'intervenantes*. Nous avons aussi soumis le formulaire d'informations et d'autres documents présentés aux candidates, ainsi que la lettre de consentement éclairé (annexe VIII) qui était signée par moi-même et chacune des intervenantes ayant participé aux entretiens. Cette documentation explique les mesures que nous prenons pour assurer la confidentialité. Nous avons obtenu un certificat d'éthique du CÉRAS pour ce projet le 7 juin 2018, renouvelé annuellement (annexe IX).

4. L'autonomie située : l'expérience des intervenantes

Ce chapitre permet une meilleure compréhension des conditions qui produisent l'ordre interactionnel dans le cadre de l'intervention en santé mentale dans un contexte communautaire. Nous faisons l'hypothèse que c'est en s'interrogeant sur la manière dont l'autonomie des intervenantes est modulée par les milieux dans lesquels leurs stratégies d'intervention évoluent, que nous pouvons en arriver à une connaissance de ces dynamiques. Pour ce faire, nous croyons qu'il est essentiel de s'intéresser à la fois à ce qui définit et ce qui module les pratiques de nos interviewées. Ainsi, ce chapitre permet de répondre à notre première sous-question de recherche, soit : *comment les intervenantes exercent-elles leur pouvoir discrétionnaire dans le cadre d'actions situées, régulées par des contraintes de nature organisationnelle?*

Conséquemment, pour répondre à cette question, nous nous appuyerons sur les trois corpus de données élaborés et analysés de manière transversale : le corpus contextuel (1), narratif (2) et représentatif (3). D'ailleurs, le fait d'avoir demandé le récit d'une situation non routinière à nos interviewées, nous permet d'expliquer 1) ce qu'elles font : leurs interventions (narratif), 2) pourquoi elles le font, c'est-à-dire en raison de quelles influences (contextuel) et 3) comment elles l'expliquent ou le justifient, soit quelles stratégies elles mobilisent pour déployer leur pouvoir discrétionnaire (représentatif). Cela nous permet donc de diversifier les laboratoires d'observation du déploiement de l'autonomie professionnelle de nos interviewées, à travers une variété de mise en scène de pratiques racontées par nos interviewées.

Ainsi, nous avançons que pour comprendre ce qui se joue au sein de ces relations, nous devons d'abord saisir l'arène dans laquelle elles ont lieu. C'est pourquoi, nous nous intéresserons à la manière dont les conditions propres aux différents milieux de pratiques modulent les possibilités d'action des professionnelles. L'objectif est d'explorer l'ensemble des conditions organisationnelles qui caractérisent certains organismes communautaires en santé mentale. Parmi ces conditions organisationnelles, certaines sont immuables (tels le type de services financés ou encore la pénurie de personnel), alors que d'autres sont changeantes et contingentes (telles les relations entre les collègues). De nature contraignante ou facilitante, ces conditions définissent la marge de manœuvre des professionnelles, et déterminent la manière

dont elles peuvent faire appel à leur pouvoir discrétionnaire à travers diverses stratégies d'intervention. Ces stratégies sont le noyau des pratiques que nous tentons de mieux saisir.

Également, nous souhaitons démontrer comment ces conditions modulent les rapports entre les intervenantes et les personnes qu'elles accompagnent. Le tableau II sert de point de référence pour comprendre les duos formés par les intervenantes et les personnes accompagnées.

Tableau II. Dyades d'intervenantes et de personnes accompagnées

Intervenantes	Personnes accompagnées
Angela	Geneviève
Cécile	Michel
Javier	Carole
Sophie	Gilles
Véronique	Marc
Yasmine	Denis

Ainsi, dans ce chapitre, on explore plus en détail, à l'aide d'exemples tirés des trois corpus de données : les contraintes organisationnelles, la marge de manœuvre des intervenantes et sa remise en question. En complément, on retrouve à l'annexe X un tableau présentant de manière holistique les stratégies d'intervention déployées par les intervenantes –en réponse au contexte organisationnel. Le tout, bonifiant notre compréhension de la manière dont l'autonomie des professionnelles de l'intervention en santé mentale, telle que modulée par le contexte organisationnel, a des implications pour la relation d'intervention. C'est-à-dire, que leur autonomie professionnelle module l'autonomie des personnes accompagnées.

4.1. Stratégies de déploiement de leur pouvoir discrétionnaire

Nous nous intéressons donc à la manière dont les intervenantes créent leurs propres politiques d'action pour guider leurs pratiques, face aux contraintes avec lesquelles elles doivent travailler. C'est pourquoi, malgré la variété des organismes dans lesquels les intervenantes que nous avons rencontrées travaillent, nous pouvons tout de même établir des ponts entre les éléments qui conditionnent leurs interventions. Ce qui nous intéresse est la manière dont, au sein de conditions de l'action prédéterminée, les intervenantes se positionnent face aux personnes qu'elles accompagnent, notamment lorsqu'il s'agit de répondre à leurs demandes. Rappelons également que notre objet d'intérêt principal est l'intervention en soi –et les stratégies de négociation de la relation qui y sont construites, et non les acteurs et actrices de celles-ci ou les milieux où elles ont lieu.

En ce qui a trait aux stratégies de déploiement de leur pouvoir discrétionnaire, employées par les intervenantes, leur nombre et leur variété sont grands. Le tableau III, que l'on retrouve à l'annexe X, regroupe l'ensemble des stratégies que nous avons recensées, identifiées ou empruntées à même les représentations des intervenantes –au sein de l'ensemble de nos trois corpus. On y retrouve d'une part, les stratégies déployées par les professionnelles en réponse au contexte contraignant, et d'autre part, les stratégies de déploiement de leur marge de manœuvre (ce qui forme leur autonomie professionnelle). Finalement, on peut y constater les stratégies qu'elles mettent en place lorsque le déploiement de leur marge de manœuvre est source, non seulement de liberté, mais aussi de responsabilités.

En ce qui a trait aux sous-sections subséquentes, elles permettent d'explorer plus en profondeur certaines de ces stratégies mobilisées par nos interviewées (voir l'annexe X), pour négocier leur autonomie professionnelle dans le cadre d'un contexte organisationnel contraignant. Nous y verrons aussi quelles stratégies relèvent du déploiement de leur marge de manœuvre. Celui-ci étant à la fois un vecteur d'autonomisation, mais aussi de responsabilisation. Puis, nous explorerons les responsabilités qui donnent lieu à la mise en œuvre de stratégies différentes.

4.2. Un contexte organisationnel contraignant

Les intervenantes que nous avons rencontrées nous ont parlé explicitement de certains obstacles qui limitent leurs interventions, que nous explorerons dans le cadre de cette section. Alors qu'elles œuvrent dans un contexte communautaire, qui est peu normé et peu bureaucratique, elles font tout de même face à des contraintes organisationnelles importantes et immuables. Les limitations auxquelles elles font le plus référence sont 1) le type de services financés dans l'organisme (ressources limitées) et 2) la pénurie de professionnels et professionnelles (les obligeant à endosser une pluralité de rôles) –face à la demande de services. À leur tour, ces limitations affectent le temps qu'elles peuvent consacrer à une personne accompagnée, ainsi que leur disponibilité attentionnelle. Ces contraintes influencent donc directement leurs interactions avec les personnes qu'elles accompagnent, en limitant et orientant leurs stratégies d'intervention. Explorons comment ce contexte organisationnel contraignant (selon les différents types de contraintes) les amène à mobiliser des stratégies, en relation avec les personnes qu'elles accompagnent.

4.2.1. Des ressources limitées

Tout d'abord, les intervenantes que nous avons rencontrées ont toutes mentionné qu'elles travaillent à partir de programmes qui ont des durées données : quelques semaines d'hébergement de crise, un accompagnement transitoire, un programme de soutien au retour en emploi de quelques mois, etc. Ce qui implique, selon elles, qu'elles doivent limiter les services qu'elles offrent ou y mettre fin éventuellement pour permettre un « roulement »⁷ au sein des personnes qu'elles accompagnent. Elles disent alors, qu'elles évaluent constamment les besoins: 1) pour pouvoir répondre au plus grand nombre de demandes qu'elles reçoivent et 2) pour s'assurer que la personne accompagnée présente un profil qui correspond aux critères de l'organisme. En ce sens, les intervenantes sont appelées à mobiliser ce que nous considérons

⁷ Les mots en *italique* et entre guillemets dans le texte renvoient à des expressions utilisées par nos interviewées.

telles des stratégies *d'évaluation, de tri et de sélection*⁸. Aussi, lorsqu'elles constatent que ces contraintes dépassent leurs capacités, elles en arrivent à *se désengager* des relations d'intervention, voire de la pratique en bloc.

Selon Angela, qui travaille dans un centre de crise, les personnes qui utilisent les services ont l'obligation de rencontrer les intervenantes; elles doivent avoir « *besoin* » de leurs interventions pour être éligibles aux services. Sinon, elles sont considérées comme « *occupant la place de quelqu'un qui en aurait plus besoin* ». En contrepartie, nous constatons que les ressources (temps et nombre d'intervenantes) sont limitées dans ce milieu et que les professionnelles doivent donc en rationner l'usage. C'est-à-dire, empêcher certains résidents et certaines résidentes de monopoliser leurs temps et leur attention.

*C'est rare que [l'utilisation du service] soit forcé. Si la personne dit non...la personne peut toujours dire non. Mais, elle doit quand même nous rencontrer. L'idée de venir dans un centre de crise ce n'est pas juste de bénéficier d'un toit, mais aussi de participer à la structure et de bénéficier du support offert. Donc, si quelqu'un veut venir au centre, mais ne souhaite pas nous parler du tout, ça ne fait aucun sens. (...) D'un autre côté, si une personne demande des rencontres sans arrêt, nous pouvons aussi mettre des limites et l'encourager à gérer toute seule pendant quelques instants. (Angela_1-3: 14)*⁹

Ainsi, la fenêtre de disponibilités est assez mince, entre d'une part, les interventions qui doivent être sollicitées (selon les critères et l'approche de l'organisme) et d'autre part, les limites de ce qui peut être alloué à la personne accompagnée par les intervenantes. Ici, Angela agit comme filet pour *évaluer, trier* et indiquer une utilisation équitable et arrimée à l'approche organisationnelle du temps des intervenantes, par les résidents et résidentes. Par contre, on peut aussi percevoir son désir de respecter l'autonomie décisionnelle des personnes qui refusent les

⁸ Les stratégies mobilisées par les intervenantes pour faire face aux contraintes organisationnelles ou exercer le déploiement de leur marge de manœuvre, tel que nous les avons identifiées, sont présentées en *italique* dans le texte. Pour une meilleure idée de l'ensemble des stratégies qu'elles mettent de l'avant, se référer au Tableau III (voir l'annexe X).

⁹ Les extraits d'entretiens sont identifiés ainsi : Nom fictif de l'intervenante_Numéro du corpus de données mobilisés : page de l'extrait. Concernant les corpus de données, le numéro 1 renvoi au corpus contextuel, le numéro 2 au corpus narratif et le numéro 3 au corpus représentatif.

services proposés, lorsqu'elle mentionne d'abord que la personne peut refuser les rencontres. En ce sens, on constate que lorsque les intervenantes en santé mentale travaillent avec des ressources limitées, ce sont les relations d'intervention qui en sont affectées –modulant les possibilités d'accompagnement.

Puis, lorsque les services à offrir aux personnes ou les moyens pour le faire (ex: avoir une équipe d'intervenantes disponibles) sont insuffisants, les intervenantes disent avoir à «*se diviser*» entre des tâches, des besoins et des attentes qui surpassent les capacités d'une seule personne. C'est pourquoi elles en arrivent à se *désengager* des relations d'intervention, face aux demandes qu'elles savent qu'elles ne pourront pas combler.

Yasmine nous raconte qu'à ses débuts dans son poste actuel, comme intervenante de suivis au sein d'unités de logements subventionnés, elle devait assurer l'entièreté des suivis seule. Récemment, une augmentation des ressources financières de l'organisme –par l'attribution de deux subventions gouvernementales- a permis d'employer des intervenantes supplémentaires.

(...) [j'ai] 130 personnes environ à ma charge. Il va y avoir une troisième intervenante qui va venir bientôt. Avant j'étais là pour tout, mais il y a eu une hausse de subvention qui permet d'engager une autre intervenante. Une année, j'ai travaillé pour 170 personnes, j'ai fait les suivis individuels, j'ai tout fait. (Yasmine_1: 4)

D'ailleurs, plusieurs intervenantes se disent soulagées par l'absence de besoins exprimés par certaines des personnes qu'elles accompagnent, décidant de ne jamais entrer en relation d'intervention avec elles. À cet égard, Yasmine nous dit: «*Et [c'est] tant mieux, parce qu'on les considère comme des gens qui sont autonomes.*» (Yasmine_3: 5). Dans cet exemple, l'intervenante investie l'autonomie des personnes accompagnées pour justifier son désengagement –causé par une surcharge de travail. Cette stratégie est mobilisée pour pallier les déficits quant à la disponibilité des ressources humaines, auxquels les intervenantes font face.

Dans la même veine, on peut penser que le manque de ressources est contraignant lorsque les milieux ont de hautes attentes quant à la disponibilité des intervenantes et offrent peu de ressources de support, de ce fait, limitant leur autonomie professionnelle.

(...) à un moment, je trouvais ça vraiment difficile, et j'ai voulu arrêter. Après ma première année, (...) je ne sentais pas que j'étais assez outillée pour intervenir avec des problématiques aussi grandes. (Sophie_3: 1)

Dans ce contexte, on a pu constater un mouvement de *désinvestissement* de leurs tâches, voire de leur pratique en bloc.

En effet, plusieurs des intervenantes que nous avons rencontrées se sentent sur-sollicitées par des milieux qui manquent d'effectifs ou de ressources de soutien. On constate que lorsqu'elles se retrouvent dans ces positions, elles adoptent une variété de stratégies, tel un travail de *tri des demandes*, de *routinisation*¹⁰ des accompagnements ou d'*interventions « à l'aveugle »* (par manque d'information). Elles tentent aussi de *pallier les manques* que peuvent percevoir les personnes qu'elles accompagnent – par une absence de services à offrir, ou encore, lorsqu'elles disent qu'elles se sentent dépassées, elles en viennent à se *désengager* de l'intervention.

D'ailleurs, en effectuant un parallèle entre les réalités fixes de leurs conditions de travail actuelles et celles identifiées par Lipsky (1971) au début des années 70, on constate que l'organisation pragmatique de leur profession – en contexte communautaire, demeure un enjeu qui influence leur marge de manœuvre lorsqu'il y a peu de ressources disponibles à leur portée. Lorsque les intervenantes de première ligne sont épuisées (physiquement et émotionnellement), qu'elles sont à court de services, d'attention ou de patience à offrir, leurs interventions en écopent. Les amenant, entre autres choses, à *sélectionner* les personnes auprès de qui elles interviennent et à ne pas chercher à intervenir auprès des celles qui ne les sollicitent pas – étant déjà débordées avec celles qui le font.

4.2.2. Une pluralité de rôles à endosser

Les intervenantes que nous avons rencontrées travaillent dans des organismes dont l'approche et la mission sont assez variées, mais nous constatons qu'ils ont en commun de demander aux professionnelles d'endosser plusieurs rôles. C'est ce qui nous amène à considérer que malgré ces divergences d'approches avec lesquelles elles travaillent, elles effectuent toutes

¹⁰ Pour chaque sous-section, les stratégies qui n'y sont pas présentées en détail le sont dans le tableau III (voir l'annexe X).

un travail complexe pour traduire concrètement ces attentes et contraintes organisationnelles en pratiques et répondre aux besoins des personnes qu'elles accompagnent. Nous considérons qu'elles développent des stratégies qui consistent à *jongler avec différents rôles*, parfois même en en endossant plusieurs simultanément; un *chevauchement des rôles*. Et ce, en travaillant aussi sur la base d'un impératif à *évaluer constamment le risque* que peut poser une personne pour elle-même ou pour autrui.

Ainsi, les intervenantes que nous avons rencontrées nous ont présenté la pluralité des tâches qu'elles ont à accomplir et à porter constamment comme charge mentale. « Observer », « évaluer », « informer », « expliquer », « accompagner », « cadrer », « prévenir », « protéger », etc., ce sont tous des verbes employés par les professionnelles de l'intervention psychosociale que nous avons interviewées, pour décrire ce qui est attendu d'elles dans le cadre de leur emploi. Aussi, on constate que les responsabilités qu'elles ont renvoyé parfois à des registres normatifs complètement dissemblables (professionnels, relationnels, organisationnels, etc.), proviennent de sources diverses et/ou impliquent différentes tâches (administratives, thérapeutiques, pragmatiques, etc.).

En plus d'*enchaîner et de sélectionner les rôles* qu'elles endossent, nous avons pu découvrir que les intervenantes apprennent à en assumer plusieurs simultanément. Notamment, entre des accompagnements très ouverts et l'imposition de balises très normatives.

Nous retrouvons donc d'une part un discours centré sur l'émotion, le soutien, l'écoute et l'empathie, lorsqu'elles décrivent leur rôle.

C'est beaucoup de prendre soin. (...) Si la personne vit quelque chose dans sa vie personnelle, mais qu'il y a beaucoup d'impact sur [sa démarche] (...) on va décortiquer ensemble. (Sophie_1: 6)

(...) assurer vraiment le support émotionnel dans la réalisation du (hésite) plan que chaque personne s'est établi. (Angela_1: 8)

Et d'autre part, des fonctions qui relèvent plus de dynamiques de pouvoir : poser un regard de jugement sur les démarches de la personne accompagnée ou son état psychologique, remettre en question, valider, corriger, évaluer la performance, le rendement, l'évolution des démarches des personnes accompagnées, servir de point de référence pour indiquer à la personne si elle

correspond aux attentes, etc. En bref, contenir l'expression du déploiement de l'autonomie d'autrui.

(...) les rencontres de suivis [portent sur]...est-ce qu'au niveau des objectives, il se donne tous les moyens pour les atteindre ? Est-ce qu'on a besoin de s'en donner d'autres, est-ce que c'est réaliste? (Sophie_1: 6)

On remarque qu'elles peuvent aussi laisser une certaine liberté à la personne accompagnée ou céder de leur pouvoir, dans le cadre de ces rôles plus stricts, mais l'accompagnement est toujours empreint de supervision.

(...) on fait des plans d'intervention, avec la personne. C'est la personne qui va faire le premier jet et on aide pour la suite; pousser plus loin. (Sophie_1: 4)

En conséquence, nous faisons l'hypothèse qu'il naît une ambiguïté quant aux responsabilités que portent les intervenantes: entre des interventions qui consistent à faire preuve de flexibilité et l'application d'un cadre strict. Ces impératifs qui s'opposent sont pourtant intégrés par les professionnelles comme stratégie de *chevauchement des rôles* au cœur de leur pratique. Le tout, les amenant à mobiliser l'une ou l'autre des approches préconisées dans leur milieu, et ce, selon divers contextes.

Une de mes principales responsabilités c'est de fournir l'environnement. C'est de m'assurer que les personnes ont un environnement sécuritaire et stimulant pour travailler; pour faire leurs propres erreurs. On appelle ça un laboratoire d'expériences. Moi je fournis cet environnement-là. (...) mais c'est aussi de maintenir le cadre, (...), de recadrer... (Sophie_1: 5)

Ainsi, Sophie décrit ses pratiques en utilisant des registres évoquant la liberté d'action laissée aux personnes accompagnées, tout comme les contraintes qui leur sont imposées. D'une part, il y a la création d'espace de liberté au sein de la relation interventionnelle pour que la personne accompagnée puisse tester, apprendre à se connaître, faire des essais et développer sa vision d'elle-même. D'autre part, il y a des composantes normatives de rigidification des démarches et de validation ou d'invalidation de ces dernières, selon d'autres référents organisationnels. Le rôle de l'intervenante, qui est régi par des contraintes organisationnelles, est aussi de veiller à la structure, à la réalisation du programme et à la temporalité.

De plus, s'assurer que la personne accompagnée n'est pas un risque pour elle-même ou pour autrui, est une responsabilité centrale que portent constamment les intervenantes en santé mentale. Ainsi, une stratégie d'*évaluation constante du risque* est en trame de fond de tout autre rôle qu'elles endossent. La majorité des intervenantes disent qu'elles sont constamment en train de mesurer cet aspect, conjointement à la mise en œuvre d'un ensemble d'autres pratiques relationnelles –écoute, soutien dans les démarches, renforcement, etc.

(...) l'évaluation de l'état de la personne est réalisée constamment. Parce que justement, on essaye de garder un œil, de s'assurer (...) que l'état de la personne s'améliore, donc qu'il ne se détériore pas. Juste de s'assurer que la personne est dans une pente montante et pas une pente descendante. (...) Donc ça, c'est quelque chose qui est tout le temps présent. (Angela_1: 14-5)

Endosser constamment ce rôle réduit leur autonomie professionnelle en ne leur permettant pas de déterminer la nature de leur posture dans le cadre de leurs suivis. Lorsque l'impératif d'évaluation de l'état d'autrui et de gestion des risques est au cœur du travail des intervenantes que nous avons rencontré –et que ce rôle est joué par nos interviewées, il en résulte un fonctionnement où plusieurs rôles se chevauchent. Ainsi, l'impératif à jauger le risque amène les intervenantes à vouloir couvrir un ensemble de sujets dans leurs discussions avec les personnes qu'elles accompagnent, en plus de leur posture d'écoute et d'accompagnement.

Si la cliente est en train de me dire: "Ben là je ne me sens pas en sécurité, il y a des gens dans la rue..." Minimalemt, je vais essayer de comprendre: "Ben là qu'est-ce qui se passe?" (...) Ça, c'était plus en lien avec ce qu'on a dans notre mandat. Mais aussi, il faut que je comprenne un peu..."D'où est-ce que tout ça sort? (...) Qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que tu te sentes plus en sécurité?" Ou : "Qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que tu te sentes moins persécuté?" Mais c'est sûr que dans les intentions, il y a les intentions de l'intervention et I guess, un objectif un peu caché; qui est celui de l'observation (...) (Angela_2: 20)

En fonction de l'extrait précédent, on peut en déduire que les temps d'écoute demandés par les personnes accompagnées deviennent des moments (ou des prétextes) pour que l'intervenante obtienne de l'information sur son état. Dans cet exemple, on peut observer à même les pratiques

d'Angela qu'elle doit à la fois être disponible mentalement pour écouter Geneviève, tout en évaluant, mesurant ou en étant à l'affût de certains signes et indicateurs de son état émotionnel/psychologique. Au fur et à mesure que l'intervention progresse, plutôt que d'écouter ou de questionner Geneviève sur le fil de son récit, Angela nous explique comment elle développe des objectifs parallèles –selon ce qui est attendu d'elle dans le cadre de ses fonctions diverses.

Aussi, lorsque les professionnelles que nous avons rencontrées, qui travaillent dans des hébergements, nous ont parlé des situations de « crise » avec lesquelles elles composent, nous avons pu observer que leurs pratiques se divisent alors entre divers impératifs, soit, 1) ce qui est propre au bien-être de la personne en crise, 2) les intérêts du groupe de résidents et résidentes présentes à l'hébergement, mais aussi 3) leurs responsabilités sociales d'évaluation, de prévention et de gestion des risques qui pourraient porter atteintes à des individus en dehors des milieux d'intervention.

(...) contenir ses symptômes, pour que ça soit juste moi et lui qui les vivons. J'essaye de faire en sorte que le moins de personnes possible ne soient touchées par ça. Parce que c'est mon travail dans un sens, que tout le monde soit en sécurité, et que les autres puissent continuer leur bien-être et leur vie (...) ça crée des symptômes supplémentaires chez les autres, et tu en as assez avec lui! (Véronique_2-3: 21-2)

Le discours de Véronique permet de comprendre comment, pour éviter d'avoir à endosser un rôle supplémentaire, soit : avoir à apaiser l'ensemble du groupe suite aux répercussions d'une « crise », elle tente de contenir celle-ci à un espace restreint d'intervention entre la personne qu'elle accompagne et elle-même. En contexte d'hébergement particulièrement, on constate qu'une des responsabilités des intervenantes est de baliser les impacts que le mal-être d'une personne peut avoir sur les autres. Elles nous ont dit être les « gardiennes de la dynamique », permettant aux lieux d'hébergement en santé mentale d'être un milieu d'appartenance et de sécurité pour tous et toutes. C'est pourquoi, en contexte de groupe, elles tentent parfois de limiter l'autonomie d'expression des personnes auprès de qui elles interviennent.

[On fait] très attention au niveau des sujets de conversation à table aussi. Donc, à ce niveau-là, quand j'ai parlé de contexte plus autoritaire, c'est à ça que je fais référence,

c'est qu'on fait un peu de micro-management....dans la vie quotidienne. Pour des raisons qui sont censées...des fois, on a des gens qui commencent à parler de leur situation de manière très graphique à table et on a quelqu'un d'autre qui a vécu quelque chose de très traumatisant...on ne peut pas avoir ça! Donc ça, c'est une responsabilité qu'on porte.
(Tania_1-3: 8)

Bref, on constate que pour éviter un *chevauchement de leurs rôles*, les intervenantes tentent de limiter les possibilités d'actions, de décision ou de parole des personnes auprès de qui elles interviennent (soit, l'expression de leur autonomie); calculant que cela est de mise pour préserver le bien-être collectif. Tout autant, que la prévention et *l'évaluation constante des risques* forment la trame de fond de tout autre rôle qu'elles endossent, les faisant osciller entre une posture de contrôle et d'accompagnement. Leurs responsabilités se chevauchent et demandent un travail de hiérarchisation, de priorisation ou de sélection de celles-ci –elles apprennent à *jongler avec divers rôles*. Finalement, l'amplitude et la variété des responsabilités, ainsi que leur caractère changeant –travaillant toujours avec de nouvelles personnes et face à des situations non routinières-, impliquent des jeux complexes de négociation de leur autonomie professionnelle. Ces contraintes viennent notamment du fait qu'elles ont à travailler à partir d'impératifs provenant de sources diverses : leurs milieux d'intervention, les situations auxquelles elles font face, les besoins spécifiques de chaque personne qu'elles accompagnent, leur collaboration avec d'autres instances ou acteurs et actrices de l'intervention en santé mentale, etc. Pour travailler dans ce contexte, certaines optent alors pour un *conformisme quant aux approches* à mettre en œuvre, notamment en *intériorisant les attentes qu'ont leurs paires* envers elles.

En conclusion, en ce qui concerne les contraintes organisationnelles, telles des ressources limitées et des approches basées sur de nombreux rôles à endosser, on constate que les actions des intervenantes sont conditionnées, non seulement par celles-ci, mais aussi par un ensemble d'autres registres qui renvoient à leurs formations, leurs valeurs, leurs savoirs expérientiels et leurs connaissances d'elles-mêmes comme professionnelles (leurs forces et leurs limites). Ces conditions, qui limitent et orientent leurs stratégies d'intervention, soit leur autonomie professionnelle, sont donc la matrice de leurs interactions avec les personnes qu'elles accompagnent. Ce qui favorise la sélection de certaines personnes auprès de qui intervenir et

réduit leur pouvoir discrétionnaire, quant aux rôles qu'elles veulent endosser auprès de ces dernières.

4.3. Une large marge de manœuvre pour répondre aux contraintes

En l'absence de normes strictes et d'une hiérarchie rigide pour réguler les interventions de nos interviewées, nous pouvons aussi tirer la conclusion que leurs pratiques d'intervention sont mises en œuvre selon une large marge de manœuvre. Ceci implique qu'elles peuvent, dans une certaine mesure, sélectionner les rôles qu'elles endossent, et ce, en fonction de ce qui fait sens pour elles. Le tout, laissant beaucoup de place pour mobiliser leurs formations, leurs valeurs, leurs savoirs expérientiels, leur réflexivité, etc. dans le développement de stratégies pour faire face aux contraintes organisationnelles. Il s'agit de contextes facilitant le déploiement de l'autonomie professionnelle pour la réalisation d'accompagnements plus arrimés aux besoins des personnes qu'elles accompagnent. Explorons plus concrètement comment elles déploient cette marge de manœuvre, selon leur pouvoir discrétionnaire à 1) moduler leurs rôles, 2) s'appuyer sur divers registres pour mettre en œuvre leurs interventions et 3) personnaliser ces dernières selon les personnes accompagnées.

4.3.1. Modulation de leur rôle

Lorsque les intervenantes que nous avons rencontrées nous disent qu'elles sentent qu'il n'est pas possible pour elles de répondre aux besoins des personnes qu'elles accompagnent, dans le cadre de la durée fixe du temps de rencontre qu'elles peuvent leur allouer, certaines adoptent pour une stratégie qui consiste à aller au-delà de ce qui est attendu d'elles par leurs milieux de pratiques; elles *dévient de leur rôle*.

Alors que Carole verbalise qu'elle s'inquiète de manquer de temps pour réaliser l'ensemble des démarches dans lesquelles elle souhaite que Javier l'accompagne, celui-ci en vient à lui proposer une solution qui ne cadre pas dans ses fonctions; rester disponible pour elle à long terme. Et ce, alors qu'il assure un suivi temporaire et doit transférer celle-ci vers le suivi long terme.

"Ma collègue elle connaît bien le quartier (...) elle connaît bien les ressources! Si elle ne connaît pas quoi que ce soit, moi je suis là en back-up aussi. Parce que moi je les connais." Donc, j'essayais de rassurer Carole. (Javier_2-3: 7)

Dans cet exemple, on constate que Javier s'appuie sur son autonomie professionnelle pour proposer à Carole de maintenir un lien avec elle, malgré le fait que ce ne soit pas la façon de procéder selon les normes organisationnelles de la division des tâches dans son milieu de pratique (telles qu'il nous les a présentées). À cet effet, nous avons validé quelle est la place laissée à l'autonomie de Javier dans ses interventions et les stratégies qu'il emploie face à ce genre de situation. En conséquence, nous lui avons demandé si face à un tel cas de figure, il était possible pour lui de flexibiliser ses pratiques et de jouer un autre rôle auprès de Carole.

Je lui disais que MOI je resterais...ce n'est pas quelque chose que je fais beaucoup, parce que moi je préfère qu'une fois que la personne est attribuée à un autre intervenant, je préfère me RETIRER! Un petit peu, tu vois. Oui, je vais être en back-up si par exemple cet intervenant part en vacances, parce que moi je connais la personne. (...) Mais admettons, on préfère faire le moins de rencontres possible; notre équipe, le transitoire. Pour que la personne se rende au suivi continu le plus rapidement possible! (Javier_3: 7-8)

Cet extrait nous permet de voir comment Javier en vient à proposer un type d'intervention alternatif à ce qui est propre à son rôle, pour pallier la finitude de l'intervention (imposée par le cadre) et pour répondre aux besoins spécifiques de la personne qu'il souhaite rassurer, et qui, selon lui, présente des «*traits anxieux*». Nous en concluons que pour réaliser une *intervention plus personnalisée*, tout en étant contraint dans sa marge de manœuvre par une impossibilité à prolonger le temps ou le nombre de rencontres, il propose de poursuivre son accompagnement à titre de «*back-up*». Il nous explique que c'est le sentiment «*d'angoisse*» qu'il perçoit chez Carole qui l'a motivé à flexibiliser la durée de l'accompagnement prévu auprès de cette dernière. Aussi, nous avons exploré dans la section précédente que lorsque les intervenantes ne possèdent pas les ressources nécessaires, elles en viennent à mobiliser des stratégies leur permettant de s'extirper des situations d'intervention (*se désengager*). Dans d'autres cas, par contre, elles peuvent choisir de mobiliser leur pouvoir discrétionnaire pour *dévier de leur rôle*, leur

permettant ainsi de répondre plus en spécificités aux demandes des personnes accompagnées – c'est-à-dire de réaliser des *interventions plus personnalisées*.

Par contre, pour d'autres, l'ambivalence à adopter une posture ou une autre en concordance avec différentes responsabilités n'est pas toujours si aisément modulable. Dans cette optique, elles en viennent plutôt à *sélectionner les rôles* qu'elles souhaitent endosser, bien que cela leur fasse vivre des tiraillements internes; tel que nous les présente Cécile, quant à un accompagnement en défense des droits.

C'est ben, ben, ben technique, c'est très objectif. C'est un processus; voici...étape 1, étape 2, étape 3. Et de l'autre côté, je suis quand même sensible à ce qu'il vit à travers ça et comment lui perçoit la situation. (...) (Hésite) Mais en même temps... "moi je suis là pour l'éclairer sur le processus", et comment il le vit, comment il le perçoit, ça lui appartient...et je peux l'aider un peu à dépoussiérer certaines de ses perceptions, mais au final, moi je suis là pour l'accompagner dans un processus. (Cécile_3: 22)

On constate dans cet exemple que Cécile exerce un travail de négociation interne entre un engagement empathique (voire émotionnel) auprès de Michel et l'impératif des démarches à accomplir, dont elle est la «gardienne». On peut clairement y lire les allers-retours de l'intervenante entre les deux postures. On voit ici comment, de par la mise en pratique de son pouvoir discrétionnaire, Cécile accepte d'endosser une certaine variété de tâches pour s'adapter à des accompagnements diversifiés. Mais sur d'autres registres, elle identifie plutôt des limites, en indiquant qu'un certain type d'intervention ne relève pas de son rôle.

Un autre exemple dans lequel cette stratégie de *sélection des rôles* est mobilisée est lorsque, par manque de temps pour pouvoir remplir un éventail de tâches, Yasmine décide de se *désinvestir* d'un des rôles que le contexte organisationnel lui fait porter: celui de médiatrice.

"Si vous avez un conflit, on considère que vous êtes des gens adultes, responsables. Parlez correctement ensemble! (...) Moi, si vous me dites: "Telle personne me dérange, je veux que tu ailles voir la personne et lui dire qu'elle me harcèle". "Écoute, je suis désolée, je ne peux rien faire pour toi!" (...) Par contre, je suggère toujours: "Réglez le problème vous-mêmes! Ça fait partie de votre autonomie." Et moi je ne me considère pas comme médiatrice, parce que je n'ai pas fait d'études là-dessus. (...) mon

coordonnateur m'a demandé de faire ça, mais j'ai dit NON! (...) Je lui ai dit: "Je ne peux pas être intervenante et médiatrice, ce n'est pas possible!" (Yasmine_2-3: 5-6)

Alors qu'elle est contrainte par son milieu de pratique à endosser des rôles divers, Yasmine nous expose comment elle s'oppose ouvertement aux impératifs hiérarchiques qui lui paraissent trop demandant et prenant. De ce fait, elle désinvestit ce rôle de médiatrice et responsabilise collectivement les résidents et résidentes avec qui elle travaille. Le bon fonctionnement du «voisinage» relève, selon elle, de l'exercice de leur autonomie. Ce qui nous amène à considérer que les intervenantes en arrivent aussi à *sélectionner certains rôles* plutôt que d'autres, lorsqu'elles se disent débordées.

En complément, on constate que l'autonomie qu'ont les intervenantes pour décider de mettre en œuvre certaines décisions plutôt que d'autres leur vient principalement des possibilités qu'elles ont au sein de leur cadre organisationnel, leur permettant de se désengager de certaines interventions trop contraignantes. En effet, lorsqu'il existe d'autres moyens de répondre aux besoins des personnes accompagnées, cela a pour effet de limiter la quantité de rôles qu'elles doivent endosser. Cela leur permet de *sélectionner* ceux qui s'arriment à leurs valeurs professionnelles et de recommander certaines personnes accompagnées vers d'autres services pour le reste de leurs besoins. Ce sont dans ces espaces qu'elles remettent en question, modulent (*dévient de leurs rôles*), ou tout simplement ignorent certaines des responsabilités qui sont les leurs (*sélectionnent leurs rôles*); transformant du même coup leurs relations d'accompagnement, en y intégrant des aspects plus personnalisés ou impersonnels.

4.3.2. S'appuyer sur divers registres d'influence

Les intervenantes que nous avons rencontrées ont parlé du rôle que joue leur formation, leurs valeurs et leurs expériences dans la construction de leur « style » d'intervention. Ainsi, nous avons dénoté que lorsque les approches préconisées par leurs milieux, et qui conditionnent leurs pratiques, ne correspondent pas à leur vision de celles-ci, de leur rôle ou de leur profession, cela peut devenir particulièrement contraignant. C'est ce qui peut se produire lorsqu'elles ont le sentiment que la vision de l'intervention ou les méthodes privilégiées au sein du cadre organisationnel dans lequel elles travaillent ne permettent pas de répondre aux besoins spécifiques et contextualisés des personnes qu'elles accompagnent. C'est ce qui les engage,

entre autres choses, à les remettre en question ou à les assouplir, à l'aide d'une stratégie qui consiste à *s'appuyer sur leur expertise*.

Globalement parlant, trois des intervenantes rencontrées mentionnent travailler à partir d'une approche qui ne correspond qu'en partie à leurs valeurs personnelles et/ou professionnelles. Elles « *clash* » avec leur formation et leur vision de l'intervention. De plus, certaines intervenantes ont mentionné l'importance « *d'être fidèle à soi* » et de ne pas se laisser être « *changée* » par les impératifs de l'approche à mettre en œuvre. Nous faisons l'hypothèse que cette posture est un espace incomparable de résistance et déploiement de leur pouvoir discrétionnaire. En effet, leurs valeurs et leurs formations prennent alors le dessus sur les contraintes organisationnelles. C'est ce que nous partage Véronique.

Vu que j'ai la liberté d'intervenir comme je veux et d'être l'intervenante que je veux, j'essaye de...je me dis: Véronique tu ne changeras pas parce qu'il est psychanalyste (son patron) et aimerait que je sois telle, telle, et telle personne. J'y vais avec mon instinct et ma formation que j'ai. C'est comme ça que je négocie. Et si je déroge de ça, c'est là que je perds mes moyens. Si j'essaye d'être la fille qui veut faire de la psychanalyse (...) ça ne marche pas. (...) Donc, je reste l'intervenante que je suis. (Véronique_3: 5)

En outre, on constate que les approches d'intervention sont parfois contraignantes pour les professionnelles de l'intervention communautaire, dans la mesure où elles apprennent à intégrer des modes d'intervention qui ne vont pas de soi pour elles, ou elles s'autocensurent dans leurs pratiques, pour cadrer dans le moule. Par contre, elles développent aussi des stratégies pour jongler avec ces impératifs en les réactualisant selon leurs « *couleurs* », et ce, en interactions avec les personnes qu'elles accompagnent. Par contre, deux d'entre elles nous ont aussi mentionné que cette inadéquation entre leurs valeurs personnelles et professionnelles, et celles de l'organisme où elles travaillent, les poussent à remettre en question la durée de leur carrière dans leur milieu de pratique.

4.3.3. S'arrimer aux besoins des personnes accompagnées

De manière générale, nous *observons* que les professionnelles font un travail de négociation avec les contraintes organisationnelles auxquelles elles font face, et ce, pour offrir des interventions qui sont plus arrimées avec les besoins des personnes accompagnées. Cela

peut se traduire par le fait d'offrir des services plus adaptés que ce qui est prévu par les organismes: des suivis sans limites strictes, des critères d'acceptation plus diffus ou des accompagnements qui sortent des cadres prescrits, etc. Et ce, en adoptant entre autres une stratégie qui consiste à *flexibiliser les critères d'admission aux services*. Elles nous disent qu'il est alors possible pour elles de choisir de manière autonome comment elles effectuent leurs interventions; notamment, pour faire en sorte que l'accompagnement qu'elles offrent prenne une teneur plus équitable (aligné avec les besoins des personnes accompagnées), qu'égalitaire (également réparti). Il s'agit d'*intervention plus personnalisées*. À cet effet, encore une fois, nos interviewées ont mentionné pouvoir se fier à leur jugement ou leurs valeurs, pour interpréter avec plus de flexibilité les critères d'admission ou d'octroi des services.

Cécile nous explique que le critère d'éligibilité aux services qu'elle offre, soit de l'accompagnement en défense des droits, est le suivant: être une « (...) *personne ayant ou ayant eu un problème de santé mentale, qui se reconnaît ainsi, qui veut défendre [ses] droits ou exercer un recours, parce qu'elle se dit, à ce moment-là, victime d'une injustice*» (Cécile_1:3). Par contre, lorsqu'interrogée sur la question, elle dit accepter de suivre des personnes qui ne cadrent pas exactement dans cette définition.

(...) il faut que la personne se sente, soit victime d'une injustice de la part du système de santé. (...) Donc, ça se peut qu'elle, elle ne se reconnaisse pas comme ayant un problème de santé mentale, mais qu'il y ait de l'abus de la psychiatrie (...). (Cécile_1: 8)

Libre à l'intervenante d'évaluer la situation et d'offrir les services qui lui semblent adéquats en *flexibilisant les critères d'admission aux services*.

Cécile nous partage aussi qu'elle a la possibilité d'accompagner un individu ayant fait appel à elle pour un problème qui serait un peu à l'extérieur de sa mission. Ainsi, elle possède la marge de manœuvre de décider d'accepter ou de transférer certaines personnes, au-delà de la mission de l'organisme. L'exercice de son pouvoir discrétionnaire lui permet de s'adapter à son contexte de travail et aux réalités et besoins des personnes qu'elle accompagne.

D'ailleurs, nous pouvons constater que cela a un ensemble de répercussions pour les personnes accompagnées : allant du simple fait de recevoir des services, à l'accès à des alternatives lorsque les services prévus ne leur correspondent pas, ou encore à recevoir un accompagnement, et ce,

indépendamment de la mission de l'organisme qu'elles ont contacté. Ainsi, lorsque les intervenantes mobilisent leur marge de manœuvre pour répondre aux besoins des personnes accompagnées, cela évite entre autres qu'elles aient à cogner à différentes portes dans le réseau, à se perdre dans un dédale systémique ou à devoir raconter à répétition leurs enjeux, pour avoir accès à un accompagnement. C'est l'inverse de ce qui arrive lorsque les organismes fonctionnent en silos très perméables et se limitent à des tâches très localisées –tel que nous l'avons exploré lorsque nous avons abordé les contraintes organisationnelles qui limitent l'autonomie professionnelle des intervenantes communautaires en santé mentale.

Parallèlement, nous dénotons que ce n'est pas uniquement la quantité de services pouvant être offerts, mais aussi leur variété qui influence le travail des intervenantes. Dans un contexte organisationnel où les professionnelles sentent qu'elles sont libres de déterminer certains aspects de leurs relations interventionnelles, elles nous disent que cela facilite leurs pratiques en leur permettant d'arrimer plus finement leurs interventions aux besoins particuliers des personnes qu'elles accompagnent.

Des fois, la personne qui nous appelle trouve que pour le moment, le support téléphonique est assez. À ce moment-là, on essaye de définir ensemble comment est-ce que le support sera donné; selon ce qui fait le plus de sens pour la personne. Par exemple, un appel au besoin, un appel par jour en matinée : car la personne a de la difficulté à s'activer, ou deux appels par jour: le matin pour s'activer et le soir pour faire un retour de la journée, ou autre. (Angela_1-2: 4)

Dans ce contexte de déploiement de leur marge de manœuvre, la nature ainsi que la fréquence des services à prodiguer sont déterminées avec la personne accompagnée. Dans cet exemple, on en conclut que puisque l'intervenante peut faire preuve de souplesse, ayant accès à divers services pouvant être offerts, elle peut respecter l'autonomie décisionnelle de la personne accompagnée. Ainsi, ces dernières n'ont pas à faire la justification de leurs besoins pour recevoir un service, puisque des alternatives sont mises à la disposition des intervenantes.

De plus, nous constatons qu'elles s'appuient aussi sur d'autres stratégies pour travailler, notamment leur *connaissance de leurs accompagnés et accompagnées*. Dans l'exemple qui suit, Véronique nous explique qu'elle se fie aux enjeux propres à la personne auprès de qui elle a

l'habitude de faire certaines interventions : « j'y vais avec ce que je sais de lui, son historique, et ce qu'on fait d'habitude. » (Véronique_3: 28), plutôt que de considérer des impératifs organisationnels (telle l'approche de l'organisme), pour élaborer ses pratiques.

Mes interventions sont axées davantage sur le portrait clinique qu'on a du résident que d'un portrait clinique généralisable d'une maladie. (...) Ce que je veux dire par là c'est que l'intervention avec [Marc] était très personnalisée, basée sur ce que je sais qui peut l'apaiser. (Véronique_2: 29)

Lorsqu'il s'agit d'intervenir à partir d'une lecture des problématiques de santé mentale de Marc, l'intervenante s'appuie aussi sur son pouvoir à travailler selon ces propres observations. Ainsi, la référence à une norme qui s'instaure dans la durée et la répétition devient à la fois une stratégie d'intervention, mais aussi une explication pour justifier (par exemple auprès de ses pairs) la dérogation du cadre organisationnel, soit, la mise en œuvre de son pouvoir discrétionnaire.

On en comprend que lorsque les intervenantes ont la marge de manœuvre nécessaire pour travailler sur la base d'une approche qui inclue une considération pour les rythmes, les capacités et les objectifs de chaque personne accompagnée (*s'appuyant sur leur connaissance de celle-ci pour intervenir*), cela leur permet d'être porteuses de cette flexibilité. L'inactivation ou alors une activation moins élevée que celle demandée serait acceptée et accompagnée, selon une stratégie de *tolérance face aux échecs*. C'est dans ce cadre aussi qu'elles *innovent face à la diversité des demandes* ou encore *flexibilisent leurs horaires* et les critères d'*admission aux services* pour réaliser des interventions plus personnalisées.

En conclusion, chacune des structures organisationnelles dans lesquelles elles travaillent offre des possibilités d'action à nos interviewées. Les contraintes organisationnelles servent à établir des limites et une direction pour les pratiques d'intervention, elles forment l'arrière-plan des interactions. Mais les milieux de pratiques communautaires sont aussi caractérisés par une souplesse hiérarchique et un espace pour le déploiement de la marge de manœuvre des intervenantes. Ainsi, ces dernières modulent leurs accompagnements en fonction des rôles qu'elles choisissent de porter, selon leurs valeurs et leurs formations, sur lesquelles s'appuient aussi leurs interventions. Et ce, dans l'optique d'offrir des suivis plus axés sur l'accompagnement, que sur l'évaluation ou l'activation des personnes accompagnées dans le

cadre de programmes ou de démarches donnés. Ainsi, elles font preuve de plus de patience et de tolérance envers l'expression de l'autonomie des personnes auprès de qui elles interviennent, en les accompagnants dans divers registres d'expériences.

4.4. Une marge de manœuvre élastique

Nous avons vu comment les intervenantes rencontrées mobilisent leur marge de manœuvre à travers diverses stratégies qui leur permettent de pallier les limites du contexte dans lequel elles interviennent. Par contre, cette marge de manœuvre très large se traduit aussi en une organisation de leurs pratiques qui les responsabilise. Ainsi, alors que le contexte d'intervention communautaire favorise la mise en place de stratégies de déploiement du pouvoir discrétionnaire des professionnelles, il les engage aussi dans la création de leurs propres cadres de référence, leur permettant de situer leurs interventions. Une plus grande marge de manœuvre étant à la fois une forme de liberté, mais aussi une forme de responsabilité. Sans compter, qu'en l'absence d'une hiérarchie rigide, une régulation entre paires de l'expression de l'autonomie professionnelle de chacune se met en place, ce qui forme des contraintes muables et contingentes. Regardons donc à l'aide d'exemples tirés du discours de nos interviewées comment elles doivent 1) construire leurs propres limites pour définir leurs pratiques et 2) manœuvrer à travers une marge de manœuvre qui est contrainte par leurs paires.

4.4.1. Des limites à construire

Lorsque les modalités d'attribution des services ne sont pas dictées clairement et/ou ne s'accompagnent pas de formes d'application rigide de la part des milieux, par exemple : la durée des séjours ou des suivis, le nombre ou la durée des rencontres entre les intervenantes et les personnes accompagnées, etc., une professionnelle mentionne qu'il relève de ses fonctions d'évaluer les contours et les limites et de faire preuve de plus ou moins de souplesse dans ses interventions (*construire ses propres limites*).

C'est-à-dire, que lorsque des attentes ambiguës deviennent la matrice de leur travail, elles doivent se fier à leur propre lecture des enjeux pour établir les balises de leurs interventions.

(...) on est très libre dans nos interventions, même qu'on l'est trop pour moi. (...). Tout ce que je fais, toutes mes interventions c'est moi-même, je me fis juste sur moi. (Véronique_1: 29)

Ceci est un bon exemple de la manière dont l'accès à plus de marge de manœuvre n'est pas forcément facilitant pour les intervenantes. Véronique mentionne d'une part avoir trop de liberté, être «*laissée à [elle]-même*» et devoir évaluer et prendre des décisions concernant ses interventions, et d'autre part, être «*contrainte* » par le fait qu'elles doivent cadrer dans des exigences organisationnelles données. Elles pourraient aussi être potentiellement sanctionnées, si l'intervenante choisit ou applique mal une stratégie.

Ainsi, nous avons pu constater que cela donne lieu à des pratiques parfois paradoxales –alors qu'il relève de la subjectivité de chaque professionnelle de déterminer l'ampleur des services offerts à une personne. Concernant la durée des séjours, Angela explique qu'il y a un fonctionnement à la fois flexible et rigide.

L'hébergement, c'est en moyenne une semaine, maximum deux semaines. C'est sûr qu'il y a toujours des exceptions, on peut toujours prolonger un petit peu....ou moins! Cela est variable. Par exemple, quelqu'un qui vient à l'hébergement dans le but de se relocaliser et qui trouve une place, mais que celle-ci est seulement disponible après la date fixée de fin de séjour. Dans un tel cas, on pourrait lui proposer de rester au centre pendant encore quelques jours et lui éviter d'aller dans les gîtes. (...) Aussi, si la personne ne respecte pas les règles, on peut toujours leur demander de quitter avant la date établie initialement. (Angela_1: 5)

Cette explication nous permet de bien cerner comment il relève du pouvoir discrétionnaire de l'intervenante d'évaluer la durée des hébergements, au sein de son organisme, et ce, en fonction d'une négociation entre le cadre à appliquer (propre à la mission/l'approche) et les situations particulières de chaque personne accompagnée. Angela nous explique que lorsque la personne accompagnée est en période de transition imminente, les balises qui déterminent la disponibilité des services peuvent être assouplies. Ou encore, elles peuvent être resserrées lorsque son séjour est jugé difficile par les professionnelles de l'intervention.

D'ailleurs, nos interviewées nous ont mentionné que cette responsabilité dévaluer l'accès aux services, est un travail sans relâche. Pour certaines, il ne se fait pas seulement au moment de la demande de services, mais aussi tout au long du suivi.

(...) si en ce moment il n'est pas en démarches et qu'il n'est pas en action par rapport à l'emploi, c'est peut-être parce qu'on n'est pas la meilleure ressource pour lui en ce moment. Donc, il y avait un peu se soucie-là, de: est-ce qu'on le réfère ailleurs? Qu'est-ce qu'on fait? (Sophie_2: 3)

Dans cet exemple, à la suite de plusieurs semaines où un organisme de réinsertion en emploi offre du soutien à Gilles dans sa démarche, Sophie évalue la pertinence de continuer à lui fournir ce soutien. Le travail de flexibilisation ou de rigidification des limites des services offerts est aussi toujours teinté par la manière dont l'intervenante perçoit l'investissement de la personne accompagnée. Dans ce contexte, la marge de manœuvre laissée à l'intervenante permettra d'évaluer qu'une personne ne «cadre» pas dans un programme ou un hébergement. Face à des ressources limitées, les intervenantes utilisent leur jugement pour faire le tri.

Conséquemment, on comprend que dans le cadre d'interventions communautaires en santé mentale, si les personnes accompagnées ont l'autonomie de refuser un service, elles n'ont pas pour autant l'autonomie de choisir leurs services, ni d'y rester, puisque les intervenantes sont appelées à en rationner l'accès. Ainsi, une personne accompagnée peut demander un service, et ne pas le recevoir, ou elle peut être référée ailleurs, même si elle préférerait rester à l'organisme. L'accès est entre les mains des intervenantes : elles utilisent leur marge de manœuvre pour faire le tri, selon leur évaluation de la situation, mais elles sont aussi contraintes à en faire un, à sélectionner qui recevra ou ne recevra pas (ou plus) le service demandé. C'est pour cela que l'on parle d'une marge de manœuvre élastique, qui peut être à la fois une formule très intéressante d'autonomie professionnelle, tout autant qu'une contrainte –de par la responsabilisation qui en découle pour l'intervenante de porter les conséquences d'un cadre, qu'elle établit elle-même.

4.4.2. Contraintes par leurs paires

Dans la mesure où la marge de manœuvre est contingente, soit, dépendante des actions imprévisibles de la part des autres acteurs et actrices en relation et des dynamiques de pouvoir et d'autorité, on constate que le rapport à leurs paires module cette dernière. Les actions des

autres professionnelles qu'elles côtoient peuvent restreindre leur marge de manœuvre, en mettant de la pression ou en imposant une normativité outre celle (très faible) de l'organisation. À cet égard, bien que les intervenantes que nous avons rencontrées travaillent toutes sous la supervision d'un ou d'une cadre, ce ne sont pas ceux-ci et celles-ci qui exercent une influence et contraignent leur travail principalement. Ce sont plutôt leurs collègues (du même organisme ou d'un organisme partenaire): *«j'ai des collègues qui sont plus rigides que certains superviseurs» (Angela_3: 13)*. Ainsi, chaque interaction entre une professionnelle et une personne accompagnée est influencée par un réseau d'interactions, dont les influences sont intégrées et reconduites par les intervenantes. D'ailleurs, les pressions provenant des paires sont associées pour plusieurs de nos interviewées à la manière dont leurs pratiques évoluent dans un contexte de *«culture de remises en question»*, qui limite l'expression de leur autonomie professionnelle. Et malgré un aspect constructif, ces jeux de questionnements entre paires les amènent plutôt à devoir *naviguer à travers les contraintes d'une surveillance constante*, soit alterner entre une déviation et une application des impératifs mis de l'avant par leurs collègues. Pour Angela, c'est cette obligation à devoir partager, discuter et valider l'information à de multiples reprises dans son quart de travail avec ses collègues, qui prend la forme d'un monitoring contraignant.

Habituellement, on doit vérifier chaque médicament que le client prend et le nombre de pilules, puisque le fait de prendre la médication tel que prescrit fait partie des conditions pour venir au centre. (...) Par contre, plusieurs de nos clients sont parfaitement capables de gérer leur médication et je trouve cela trop contrôlant de vérifier à chaque fois. Dans ces cas-là, je reste avec eux pendant la prise de médication, mais je ne vais pas vérifier systématiquement chaque pilule. (...) Et je me suis fait reprendre (rires) par des collègues: "Mais là, elle ne les prend pas comme prescrit. Il faut qu'on appelle la pharmacie et qu'on vérifie avec la pharmacie que c'est correct. (...) Donc, j'ai dû le faire! (ton exaspéré). (Angela_1-3: 27)

Pour cette professionnelle, malgré des impératifs à agir selon un ordre donné, elle trouve des espaces de déploiement de son pouvoir discrétionnaire pour dévier de l'approche préconisée dans le cadre de ses pratiques. Elle nous dit qu'elle mobilise son jugement pour établir quand elle peut faire preuve de plus ou moins de souplesse, selon les spécificités de chaque personne

qu'elle accompagne. Mais ses « écarts de conduite » ne sont pas une stratégie des plus simples à établir dans le cadre de ses relations professionnelles. Cet exemple nous permet d'envisager la manière dont ses collègues ayant jugé qu'elle aurait fait preuve de trop de flexibilité, la rappellent à l'ordre; par un rappel du cadre organisationnel. Dans ce contexte, nous constatons que les pratiques mises de l'avant par Angela favorisent les décisions autonomes des personnes qu'elle accompagne quant à leur prise de médication, mais la remise en question de ses interventions (et du déploiement de sa marge de manœuvre) par ses paires, l'amène à plus de conformisme dans ses pratiques –restreignant alors l'autonomie décisionnelle des accompagnés et accompagnées. Le tout prend la forme d'une stratégie qui consiste à *naviguer à travers les contraintes d'une surveillance constante*.

Aussi, ce regard constamment posé sur leur travail par leurs collègues, peut-être un entre-deux entre la réduction de leur pouvoir discrétionnaire et la création d'un espace de validation et de structuration de leur travail, dans une optique sécurisante. Nous identifions alors une stratégie de *justification de leur déviation du cadre organisationnel*.

(...) des fois, mes collègues vont me dire: "Ce soir-là, tu n'as pas rencontré X, quand on avait discuté qu'on aurait peut-être dû le rencontré, POURQUOI?" Alors là, si je prends des actions, je pèse qu'il y a toujours une attente de: "C'est quoi le rationnel derrière ça?" (...) Des fois, c'est stressant, car ça donne l'impression que je dois toujours me justifier. Par contre, je trouve que ça permet également de prévenir et/ou rattraper certaines erreurs de jugement qui peuvent être faites. (Angela_1-3:9)

Ainsi, ces remises en question offrent aussi un filet de sécurité lui permettant d'exercer son autonomie décisionnelle, mais tout en sachant qu'elle doit le faire de manière juste et adéquate, car elle est « *constamment* » observée par ses collègues qui s'assureront de la questionner sur ses interventions pour les valider. Cet exemple permet aussi d'envisager que les pressions qui contraignent l'expression de l'autonomie des intervenantes ne s'incarnent pas toujours en situation, mais peuvent agir de manière différée, alors que l'intervenante devient la propre observatrice de ses pratiques.

Par contre, les contraintes provenant des collègues sont aussi une manière de pallier les responsabilités que portent les intervenantes seules, lorsqu'il relève de leur pouvoir de

déterminer leurs interventions (*construire leurs propres limites*). En parallèle à l'emprise que les collègues peuvent avoir sur l'autonomie des intervenantes, elles peuvent aussi agir comme facilitatrices quant à leurs possibilités d'action. Elles offrent des points de repère ou exercent une fonction de mentor. Dans les changements de quarts et les réunions, les intervenantes nous disent mettre en commun leurs manières d'intervenir. Elles y développent des stratégies ou y collectivisent leurs expériences. Par exemple, en s'interpellant: «*Hey toi ce genre de situation là, as-tu déjà eu ça?*» (Cécile_2: 9).

Leurs contacts avec des paires leur permettent aussi de mieux comprendre les stratégies qu'elles déploient pour intervenir. On constate qu'elles se comparent et se remettent en question sur cette base. En partageant leurs expériences avec les autres, les professionnelles nous disent qu'elles peuvent trouver des points de repère qui font du sens pour elles.

Peut-être que je n'ai pas les bons mots, je ne sais pas. Peut-être que certains de mes collègues sont plus stricts avec lui. (...) Est-ce que je pense que ça fonctionne mieux? Je ne crois pas. Mais, peut-être que je pourrais être un peu plus impérative.» (Véronique_3: 24)

Pour d'autres, elles expriment que la limite entre des dynamiques de «coaching» et de pouvoir est assez mince. La remise en question et le partage permettant à la fois une construction de soi comme professionnelle, mais pouvant aussi potentiellement être contraignants.

(...) on est une équipe assez serrée. On est une équipe qui se supporte beaucoup mutuellement, donc ça, c'est très bien! Par contre, on est aussi une équipe très exigeante. Une équipe qui se donne beaucoup de "feedback"! Beaucoup de retours, beaucoup de remises en question sur ce qu'on fait, tout le temps, tout le temps. (Angela_1: 9)

D'une part, en servant de points de repère cliniques, on constate que les collègues permettent de briser le sentiment d'isolement que vivent certaines intervenantes, se sentant «*laissées à elle-même*», face à la complexité de leur travail. La particularité de leurs dynamiques, qui ne relèvent pas de jeux de pouvoir, se trouve dans les partages, conseils et idées qui circulent entre paires. Les interviewées font appel à leurs paires comme stratégie pour construire, limiter et valider leurs pratiques. D'autre part, cela peut devenir contraignant –nous laissant croire que les paires conditionnent la marge de manœuvre des professionnelles de l'intervention de manière nuancée.

Enfin, on peut comprendre que malgré une autonomie professionnelle marquée, dans les milieux communautaires, les intervenantes ont à négocier avec des contraintes immuables qui les responsabilisent, quant au déploiement de leur marge de manœuvre –les forçant à *construire leurs propres limites* dans le cadre de leurs pratiques. Le contexte dans lequel celles-ci travaillent n'est quant à lui pas immuable, mais constamment modulé par les autres qui gravitent autour d'elles et contribuent à normaliser leurs pratiques. Dans ce contexte, bien que les intervenantes possèdent une marge de manœuvre pour définir les situations d'intervention dans lesquelles elles se retrouvent, il persiste une « réalité » contraignante, mais contingente, basées sur les remises en question provenant de leurs pairs et les engagent dans une stratégie de *navigation d'une surveillance constante*. Sans compter, qu'elles ont parfois à *justifier leur déviation du cadre organisationnel*. Ainsi, les actions imprévisibles de la part des autres acteurs et actrices de l'intervention en relation (autant leurs collègues que les personnes accompagnées) et les dynamiques de pouvoir et d'autorité présentes au sein de celles-ci, les amènent à devoir négocier une *gestion de leurs loyautés*, qui contribue à former une marge de manœuvre élastique.

4.5. Conclusion

Dans le cadre de ce chapitre, dans l'optique de répondre à la question : *comment les intervenantes exercent-elles leur pouvoir discrétionnaire dans le cadre d'actions situées, régulées par des contraintes de nature organisationnelle*, nous avons illustré la relation entre l'agentivité ou le déploiement de l'autonomie ou de la marge de manœuvre des intervenantes et les conditions données de leur milieu de pratique. Plus précisément, c'est l'expression de l'autonomie des professionnelles de l'intervention, en relation avec les conditions qui influencent leurs possibilités d'action au sein de leur milieu de travail, que nous avons voulu décortiquer.

Dans la première sous-section de ce chapitre, nous avons donc construit, de la manière la plus détaillée possible, un portrait des conditions contraignantes et facilitantes qui produisent l'ordre social –soit les pratiques d'interventions, et ces implications pour le déploiement de la marge de manœuvre de nos interviewées. Nous nous sommes donc attardés, d'une part, à la manière dont le contexte et les structures sociales forment les ancrages des actions. Et d'autre part, à la

manière dont on peut concevoir sociologiquement des enjeux d'ordre individuel et de choix, soit d'autonomie, dans la construction des actions de nos interviewées (leurs interventions). Un tableau récapitulatif (tableau III) de l'ensemble des stratégies qu'elles mobilisent en réponse à ces conditions, pour pouvoir intervenir, se trouve à l'annexe X.

Puis, à la seconde sous-section de ce chapitre, nous avons exploré certaines des stratégies mobilisées par les professionnelles pour composer avec des ressources limitées et une panoplie de rôles à endosser, tout en répondant aux besoins des personnes accompagnées.

Puis, alors que ces conditions facilitent et contraignent l'autonomie réflexive et décisionnelle de nos interviewées, nous avons démontré, dans la troisième sous-section de ce chapitre, comment elles mobilisent un ensemble de stratégies de déploiement de leur marge de manœuvre. Le tout nous amène à considérer que leurs actions sont aussi conditionnées par un ensemble d'autres registres qui renvoient à leurs formations, leurs valeurs, leurs savoirs expérientiels, leur connaissance d'elles-mêmes (forces et limites) comme professionnelles, etc. À cet égard, les travaux de Lipsky (1971) et d'Evans (2004) sur la *street-level bureaucracy*, nous ont permis d'assoir l'idée que dans un contexte organisationnel, conditionnant les pratiques, les intervenantes déploient leur pouvoir discrétionnaire pour répondre aux besoins des personnes accompagnées. Au-delà des conditions de l'action située, nous avons pu comprendre comment les choix des intervenantes structurent leurs interventions, en les amenant à offrir des services plus arrimés avec le cadre général qu'elles doivent appliquer ou directement en lien avec la spécificité des besoins et enjeux des personnes qu'elles accompagnent.

Finalement, la mobilisation des récits des mêmes intervenantes d'une section à l'autre nous permet aussi de comprendre que les conditions de leurs actions ne sont pas toujours fixes dans le temps et sont modulées par les autres acteurs et actrices qui gravitent autour d'elles et contribuent à normaliser leurs pratiques. Nous avons donc présentés, dans le cadre de la quatrième sous-section de ce chapitre, comment leur marge de manœuvre est élastique et comporte non seulement des limites, mais s'accompagne aussi de responsabilités –telle celle de construire leurs propres balises pour répondre aux demandes des personnes accompagnées et devoir naviguer le regard constant de leurs paires.

Enfin, les intervenantes peuvent toujours tenter de déterminer ou de définir les situations comme elles le veulent, mais l'ensemble des implications qui en découlent ne sont pas le fruit unique de leur contrôle, le contexte comporte toujours une part d'inflexibilité. Bien que les actrices possèdent un pouvoir de définition -vecteur de leur autonomie - des situations d'intervention dans lesquelles elles se retrouvent, il persiste une réalité basée sur des contingences, des contraintes, des actions imprévisibles de la part des autres acteurs et actrices en relation et des dynamiques de pouvoir et d'autorité.

Au regard de cette analyse, une des conclusions centrales que l'on peut tirer relève de la relation entre les possibilités de déploiement de la marge de manœuvre des intervenantes et l'expression de l'autonomie des personnes accompagnées. Enfin, plus elles sont face à des conditions rigides d'action (des contraintes organisationnelles) limitant l'expression de leur autonomie professionnelle et plus elles mettent en œuvre des interventions contraignant l'expression de l'autonomie des personnes accompagnées. En contrepartie, plus leur marge de manœuvre est grande et plus leurs accompagnements sont souples –et ce, même si l'on considère qu'elles y construisent leurs propres limites. Le tout, nous permettant d'envisager une « autonomie en cascade » dans le discours de nos interviewées. C'est-à-dire, que les possibilités d'expression de l'autonomie des intervenantes –face à leur milieu de pratiques, conditionnent le déploiement de l'autonomie des personnes accompagnées au sein de la relation interventionnelle –dans le cadre des relations d'intervention en santé mentale, en contexte communautaire.

C'est pourquoi, pour pouvoir répondre à notre question de recherche, soit : *comment se traduit l'autonomie dans les pratiques d'intervention en santé mentale*, il faut non seulement envisager l'agentivité des professionnelles, mais aussi l'implication de celle-ci en relation aux personnes qu'elles accompagnent. En conséquence, comprendre les dynamiques de négociation qui se jouent entre les structures organisationnelles et les professionnelles de première ligne, nous permet de mettre la table à une compréhension des négociations qui se déroulent à un niveau relationnel avec les personnes qu'elles accompagnent –selon leur perspective. C'est pourquoi nous explorerons dans le cadre du chapitre subséquent les spécificités de l'expression de l'autonomie au sein des dynamiques relationnelles d'intervention et ce, en les envisageant comme une rencontre faite de *négociations*. Le tout, en s'appuyant sur les récits d'intervention *non routinière*, tel que produit par nos interviewées.

5. Les relations d'intervention comme espace de négociation de l'autonomie

Nous avons appris que les intervenantes possèdent une grande marge de manœuvre dans leurs interactions avec les personnes qu'elles accompagnent, mais que celle-ci doit entre autres servir à composer avec les contraintes lourdes et les normes tacites provenant des organismes communautaires où elles travaillent. Partant de ce postulat, où l'autonomie des intervenantes est importante, mais déjà partiellement orientée, nous nous demandons quelles sont les implications pour la relation d'intervention –alors que se rencontrent leur autonomie et celle des personnes accompagnées. En ce sens, nous faisons l'hypothèse qu'au même titre que les structures organisationnelles, les relations d'intervention sont des espaces, qui selon diverses modalités plutôt contraignantes ou facilitantes, permettent l'expression et la négociation de l'autonomie des intervenantes et des personnes qu'elles accompagnent. Ainsi, ce chapitre permet de répondre à notre seconde sous-question de recherche soit : *Comment les interactions d'intervention sont-elles des espaces d'observation des jeux d'autonomie et de pouvoir entre les intervenantes et les personnes accompagnées?*

L'objectif du chapitre est de cerner dans les négociations entre les intervenantes et les personnes accompagnées, comment ils et elles arrivent à des ententes réciproques et comment chacun et chacune exercent du pouvoir sur les autres. C'est pourquoi, lorsque nous avons rencontré les intervenantes qui œuvrent dans différents organismes communautaires venant en aide aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, nous leur avons demandé de nous faire le récit d'un épisode d'intervention *non routinier*; fait d'instabilité et de tensions. Les *récits d'explicitation* de nos interviewées sur leurs interventions servent donc « d'observatoire » d'interactions contextualisées. Il s'agit de notre corpus de données narratives (2), qui est au cœur de ce chapitre de résultat. En complément, nous y mobiliserons aussi nos corpus contextuel (1) et représentatif (3), qui viennent bonifier la compréhension des situations de tiraillement entre les professionnelles et les personnes accompagnées.

Ainsi, c'est à la fois ce qui définit ces situations relationnelles, mais aussi comment elles se construisent à travers des tiraillements qui nous intéressent. En ce sens, le concept de

négociation nous permet de comprendre comment dans l'élaboration de *mutualités*, notamment d'un but commun quant aux interventions et aux démarches à accomplir, des tensions émergent, se confrontent et permettent, le cas échéant, la construction de finalités partagées par les professionnelles et les personnes qu'elles accompagnent. Ces relations qui se construisent au sein des pratiques d'intervention nous donnent une idée plus claire des dynamiques de pouvoir (*pouvoir sur, de et avec*) et d'autonomie qui les façonnent, alors que les acteurs et actrices s'y *engagent* et s'y *désengagent*.

Nous nous demandons donc, comment des échanges discursifs et non verbaux permettent à ces deux catégories d'acteurs et d'actrices d'élaborer une forme de réciprocité dans leurs rapports. Quels sont les objets des tensions qui éveillent leur ferveur à mobiliser un pouvoir qui leur est propre? Comment se mettent en scène des rapports de forces émergeant d'une autonomie différenciellement distribuée? Comment se construit le sens interactionnel –qui décide, de quoi et avec quelles possibilités? Finalement, comment s'élaborent les collaborations et ententes entre les parties?

C'est « l'observation » des tensions, de l'élaboration des réciprocités et de la construction des liens au cœur des interventions que nous présenterons et analyserons au sein de ce chapitre. Globalement, nous explorerons comment, sur le continuum, de la dépendance à l'autonomie, professionnelles et personnes accompagnées jouent de *stratégies* pour se tirer l'une et l'autre dans un état de *dépendance* plus accrue, ou pour affirmer leur indépendance. Nous nous pencherons aussi sur la manière dont l'*engagement* ou le *désengagement* de chaque partie, quant aux contenus des échanges et des démarches, permet la construction de ceux-ci selon une logique de tiraillements.

Pour ce faire, nous explorerons dans la première sous-section, selon la perspective des intervenantes, comment se mettent en œuvre des négociations au sein de la relation, comprise comme la rencontre de buts divergents. C'est-à-dire, comment la mutualité sur laquelle l'ordre interactionnel se fonde est constamment menacée. Ensuite, nous passerons en revue, dans la seconde sous-section, les ruptures au sein de l'interaction, produite par une incompréhension persistante des deux parties dans leurs échanges. Puis, dans le cadre de la troisième sous-section, nous nous attarderons à la manière dont l'autonomie peut aussi être utilisée comme outil pour élaborer et maintenir des réciprocités. La quatrième sous-section, quant à elle, nous permettra

de saisir les déstabilisations mutuelles (l'exercice de leur pouvoir) qui s'opèrent en relation, lorsque chaque partie mobilise des stratégies pour reprendre le contrôle de l'interaction lorsqu'elle est instable (impossibilité persistante à établir des mutualités). Finalement, nous regarderons ce qui arrive lorsque l'échange apparaît impossible et qu'ils et elles en viennent à s'en désengager, dans le cadre de la cinquième sous-section de ce chapitre.

5.1. Les négociations : la rencontre de buts divergents

Rappelons que les épisodes d'interventions qui constituent les cas à l'étude sont par définition des situations *non-routinières* et conflictuelles. Dans un contexte de tiraillements, la prémisse est qu'il y a un différend à concilier; c'est la rencontre de deux réalités qui se contredisent. Au-delà du motif de la rencontre et de la trajectoire de l'intervention, telles que prétendues, il existe en parallèle des buts tacites de part et d'autre qui guident l'interaction et qui sont parfois divergents. C'est pourquoi la mutualité sur laquelle l'ordre interactionnel se construit est constamment menacée et chacun et chacune déploie des stratégies pour tenter de l'élaborer. Explorons donc plus en détails ces dynamiques d'allers-retours, afin d'identifier les sources de tiraillements et la manière dont chacun et chacune tente d'augmenter son pouvoir (*pouvoir de*) en relation.

Tout d'abord, on constate que les interventions sont des espaces de négociations dans la mesure où les buts et les agendas (explicites, cachés, tacites) des intervenantes et des personnes accompagnées ne sont pas les mêmes. Lorsque les personnes auprès de qui elles interviennent ne partagent pas les mêmes buts que les intervenantes, elles refusent parfois en bloc ce que propose la professionnelle. C'est le cas, lorsque Denis¹¹ parle de son mal-être relationnel et de son problème de toxicomanie à Yasmine.

"Je sais que je ne vais pas bien"

J'ai dit: "(...) Si tu veux, moi je te donne mon téléphone. Appelle maintenant un endroit pour demander de l'aide"

"Non, non, non, je ne veux pas faire ça." (Yasmine_2 : 10)

¹¹ Le tableau II (p.81) permet de rappeler qui forme les duos d'intervenantes et de personnes accompagnées.

Cette négociation autour des buts de l'intervention peut aussi prendre la forme de démarches dans lesquelles les intervenantes tentent d'engager les personnes accompagnées, alors que leur besoin est d'une autre nature. Par exemple, alors que Cécile tente de convaincre Michel de s'engager dans la réalisation d'une seconde expertise psychiatrique (telle que demandé par la *Régie des rentes du Québec* pour avoir accès à un revenu d'invalidité), elle nous rapporte les propos de celui-ci qui exprime à plusieurs reprises qu'il ne souhaite pas entamer cette démarche : « *"Il n'en est pas question! Je ne veux rien savoir!"* » (Cécile_2 : 12). Plutôt que d'accepter le refus d'implication de Michel, Cécile s'engage dans une argumentation –car les buts de l'accompagnement sont centrés autour de cette démarche pour la professionnelle.

"OK. Qu'est-ce que toi tu as à gagner, entre guillemets, de jouer cette game-là?" (...)
"OK. Est-ce que quand même ce [premier] revenu supplémentaire là n'a pas tempéré certaines affaires?" (...) *"Est-ce qu'un revenu encore plus élevé que celui-là ne tempèrerait pas encore plus certaines affaires?"* (Cécile_2 : 16-7)

L'intervenante fait appel à *l'établissement de réciprocités*¹² dans le cadre de démarches passées et des retombées positives qu'elles ont eues pour l'accompagné, pour le convaincre de s'engager à nouveau dans une démarche où les buts sont partagés.

Aussi, lorsque les deux parties sont déjà engagées dans une démarche, à la suite d'une entente sur les buts de l'intervention, on retrouve dans les récits de nos interviewées des exemples où les personnes accompagnées ne les mènent pas à terme ou ne font pas ce qui est considéré par les intervenantes comme « *leur côté de la démarche* ». Par contre, on constate que les professionnelles font preuve de flexibilité quant à ces situations où les buts demeurent divergents (ou à négocier) malgré une entente préliminaire. Elles nous disent que dans ces contextes les buts élaborés sont sûrement inadéquats pour la personne accompagnée: c'était « *une démarche qui a été trop difficile pour lui de faire* », « *on lui demandait des choses avec lesquelles il n'était pas d'accord* » ou encore, ça prenait « *beaucoup trop d'investissement de*

¹² Les stratégies mobilisées par les intervenantes et les personnes pour exercer le déploiement de leur autonomie ou de leur pouvoir, en relation, sont présentées en *italique* dans le texte.

sa part ». Ce qui nous permet de comprendre comment se jouent et se rejouent des négociations en relation sur la base d'agendas différents et changeants.

De plus, à la lumière des récits d'explicitation de nos interviewées, nous remarquons que les intervenantes tentent d'investir la personne accompagnée dans des démarches cohérentes avec leurs rôles, alors que cette dernière recherche parfois tout simplement de l'écoute. Dans certaines situations, une disjonction entre les buts de chacun et chacune donne lieu à des échanges qui ressemblent à deux monologues en parallèle, où chaque partie met en scène son pouvoir de traiter de ce qui lui semble important au sein des échanges.

"C'est ça, tu le sais qu'ils m'ont demandé une deuxième expertise? Tu vois bien, je te l'avais dit qu'ils n'allaient pas me lâcher!"

(...) Donc, on est allé s'asseoir à la table, là il est venu pour repartir avec le même discours et j'ai dit: "D'abord, et avant tout, j'aimerais ça que tu me parles de la première expertise que tu as passée au mois de juillet. J'aimerais ça que tu me parles de ça. Tu sais, tu anticipais que ça allait être très difficile, donc parle-moi en!" (Cécile_2 : 8)

Dans les propos que nous rapportent Cécile, on en comprend que Michel, dès le début de la rencontre, tente de verbaliser son découragement quant au fait de devoir subir une seconde expertise psychiatrique. Cécile, qui n'a pas eu de rencontre avec lui depuis le déroulement de la première expertise –dans laquelle elle l'a accompagné, souhaite plutôt que Michel s'engage à discuter des démarches passées: *"Oui Michel, je sais tout ça. Je sais tout ça. Je veux que tu me parles de CETTE journée-là, comme ç'a été?"* » (Cécile_2 : 8). Elle exerce son pouvoir pour provoquer une césure dans le contenu discursif dans lequel s'est engagé Michel, car le but premier de la rencontre n'est pas celui-ci, selon elle.

Alors, on peut en déduire que Cécile tente d'investir Michel dans une conversation cohérente avec son rôle : discuter du déroulement d'une démarche passée dans laquelle elle l'a accompagné. Mais, elle nous rapporte que Michel, lui, souhaite plutôt parler de ce qu'il ressent face à la venue d'une nouvelle évaluation. On constate qu'il refuse de parler de la démarche en soi et déploie alors son pouvoir pour tenter d'engager l'intervenante dans une posture d'écoute.

En ce sens, au sein de la relation d'intervention, la mutualité sur laquelle l'ordre interactionnel se construit est constamment menacée par des buts divergents (explicites ou tacites) et chacun

et chacune déploie des stratégies pour tenter de maintenir l'échange. Par exemple, pour engager Michel dans un récit qui fait sens pour elle, l'intervenante choisit une stratégie qui consiste momentanément à *valider ses perceptions*, pour ensuite utiliser ce moment où elle cède de son pouvoir, comme monnaie d'échange pour remettre de l'avant son objectif : parler des démarches en jeux.

(...) au-delà de ça, tu as trouvé la journée longue, je l'entends, je le comprends et je suis d'accord avec toi 9H à 5H30, oui même moi j'aurais trouvé ça long! MAINTENANT, l'expert était comment avec toi? Comment est-ce que tu as vécu ça?" (Cécile_2: 9)

Ces allers-retours nous permettent de constater les dynamiques interactives qui se mettent en place lorsque les buts explicites et implicites des professionnelles et des personnes qu'elles accompagnent ne sont pas les mêmes. Ils nous permettent de voir comment, chacun et chacune à leur tour, ils et elles jouent de leur pouvoir pour mettre de l'avant un but différent au sein de l'interaction interventionnelle.

Sommaires toutes, les récits d'intervention de nos interviewées nous ont permis de constater que les interventions sont des espaces de négociation, car, pour assumer leur autonomie et exercer leur pouvoir, les personnes qu'elles accompagnent décident parfois ne pas investir certaines démarches proposées par les professionnelles –donnant lieu à des buts divergents au sein de la relation. Dans l'intervention, la mutualité sur laquelle l'ordre interactionnel se fonde est donc constamment menacée. Notamment, parce que les intervenantes tentent d'investir la personne accompagnée dans des démarches cohérentes avec leurs rôles (dicté par leur milieu de travail), alors que l'on constate que celle-ci semble parfois tout simplement chercher à être écoutée.

5.2. Jeu d'autonomie et désordre interactionnel

Au-delà d'une divergence quant aux buts de l'interaction, nous avons aussi trouvé dans les *récits d'explicitation* de nos interviewées des exemples où ce sont les personnes accompagnées qui déploient leur pouvoir pour engendrer un désordre interactionnel, soit, une rupture de l'interaction produite par une incompréhension persistante dans les échanges, par une démonstration d'émotivité ou encore d'agressivité. Le tout force l'intervenante à changer de stratégie d'intervention, afin de rétablir un ordre interactionnel.

Par exemple, lorsque les échanges entre la personne accompagnée et l'intervenante sont marqués par une incompréhension de l'information qui est partagée, l'intervention est alors caractérisée par un désordre interactionnel. C'est ce qui arrive lorsqu'Angela nous raconte comment elle tente de comprendre les habitudes de consommation d'alcool de Geneviève, en lui demandant quel est le dernier moment où elle a consommé.

Parce qu'elle m'a dit: "Il y a 2 semaines."

"Il y a 2 semaines? Tu es sûr que c'était il y a 2 semaines?"

"Non, non, non"

Parce que je lui dis: "Mais je pensais que tu étais à l'hôpital?"

Elle est comme: "Ah non, il y a quelques semaines!" (...)

J'ai dit: "Mais tu n'étais pas à l'hôpital il y a quelques semaines?" (Angela_2 : 17)

Alors qu'elle s'engage sur la trame narrative du récit de Geneviève, on constate que l'intervenante en devient vite dépendante. En réponse, elle nous raconte comment elle *remet en question* le discours de l'accompagnée, pour tenter de trouver l'information « *véridique* », sans quoi l'intervenante en arrive à adopter une stratégie de *résignation*.

C'était quand même difficile d'intervenir, je pense que sur le coup, à un certain moment, j'ai juste lâché prise. Parce que je me suis dit: OK, je vais essayer d'avoir le plus d'informations que je peux, mais en ce moment...le fait de fouiller et d'avoir toutes les informations ce n'était pas productif! Tu sais, je peux bien essayer, mais je n'arriverai pas à avoir ce que je veux! (Angela_3 : 17)

Face à ce désordre interactionnel, on dénote qu'Angela perd ses repères de sens et en vient à remettre en question la possibilité de l'interaction. Plutôt que de poursuivre une négociation visant à établir un récit cohérent, Angela se retire de l'échange.

Le désordre interactionnel peut aussi renvoyer à la manière dont les personnes accompagnées interagissent avec l'intervenante, de manière à créer une rupture dans la discussion, lorsque le *partage de leur récit est chargé émotionnellement*.

(...) il part de : je souris (...) à je pleure en (claque des doigts) 3 secondes. Donc, la majorité du temps où on est en rencontre, il est plus dans le : je pleure et là tu poses une question, tu re-focusses sur quelque chose de bien concret, il se calme, et 3 minutes après il repart dans l'émotion qui est toujours là, qui est toujours difficile. (Cécile_2 : 13)

Dans l'extrait précédent, Cécile nous décrit comment Michel exprime son vécu selon une montagne russe d'émotions, à la fois explicitées, mais aussi dans son non verbal (sourire, pleurs, etc.). On constate que l'intervenante travaille constamment à sortir de cet espace émotif pour travailler et arriver à comprendre l'information qui lui est présentée. Elle exerce en amont un travail de *détachement de l'émotivité* qui accompagne le récit de Michel, mais celui-ci suscite aussi des émotions chez elle, qui ébranlent la construction de mutualités au sein du lien.

(...) c'est la personne qui me fait passer par toutes sortes de gammes d'émotions et...je passe de "ah le petit criss" à "maudit qu'il est attachant, il a quelque chose". Je passe de "je ne crois pas à son potentiel" à "il a tellement de potentiel, et mon dieu que j'y crois!" Tout ça en dedans de...des fois à l'intérieur de la même rencontre. (...) Et il m'en fait voir de toutes les couleurs des fois. (Cécile_3 : 31)

C'est d'ailleurs sur la base de cette difficulté à travailler avec ces affectes (ceux de la personne accompagnée, mais aussi ceux provoqués chez elle par celle-ci) que Cécile nous dit qu'elle identifie cette intervention comme l'illustration d'une situation empreinte de tiraillements.

Aussi, c'est parfois au niveau du contexte physique dans lequel est livré le récit que l'intervenante sent qu'elle perd de son autonomie, étant contrainte par la personne accompagnée à l'écouter. En *occupant les espaces de l'intervenante*, elle l'engage, malgré elle, dans l'échange.

(...) il a tendance à arriver très proche de mon bureau (...) il arrive et il est carrément devant (mimique qu'il entre dans son espace physique) (...) il reste dans ma bulle. (Véronique_2 : 15)

En effet, Véronique nous raconte que lorsque les personnes qu'elle accompagne sont imposantes physiquement, qu'elle perçoit dans leurs comportements un potentiel d'agressivité (verbale ou physique) ou encore un risque, elle se sent engagée par obligation à écouter leur récit; bien

qu'elle a l'impression que ses propres mots sont sans portée. C'est ce qui caractérise le désordre interactionnel.

(...) tu sais des fois, il peut être un peu agressif (...) et sa force est quadruplée. Et effectivement, tu ne te sens pas vraiment en sécurité quand il est dans cet état-là. Pas parce que je pense qu'il va m'agresser. Pas parce que je pense qu'il peut agresser quelqu'un, mais parce qu'il n'est pas là. Il n'est pas dans le monde réel, il n'est pas là avec moi. Et ma parole ne fait aucun effet. (Véronique_3 : 14)

En conséquence, lorsque la personne accompagnée s'impose physiquement auprès de l'intervenante, cette manifestation de son pouvoir en relation, engage l'intervenante malgré elle dans un échange. En plus, lorsque cette dernière perçoit qu'« *il n'y a pas de discussion possible* », le sentiment de perte de contrôle sur la situation d'intervention est d'autant plus grande pour la professionnelle qui nous dit : *(...) à un moment donné, tu voudrais quasiment "shaker" le résident et dire: "Hey! Tu m'écoutes-tu? Arrête ta crise!"* » (Véronique_3 : 21). En effet, on constate qu'il peut être très confrontant pour ces dernières de perdre le pouvoir que leur procure la parole sur autrui, celle-ci étant leur principal outil de travail. On peut en déduire qu'elles se sentent alors complètement dépendantes de l'absence de réciprocités ou de possibilités d'échanger.

Somme toute, les intervenantes semblent assez dépendantes de ce désordre interactionnel. Elles se disent « *résignées* », « *impuissantes* » ou en « *perte de contrôle* » lorsque les interactions interventionnelles prennent la forme d'un désordre, de par le déploiement de l'autonomie des personnes accompagnées et l'expression de leur pouvoir en relation, qui provoquent une rupture dans l'échange. Cette rupture est parfois produite par une incompréhension persistante entre les deux parties ou par une *démonstration d'émotivité ou d'agressivité* de la part de la personne accompagnée. Les professionnelles mobilisent alors des stratégies qui leur permettent de ne pas céder leur pouvoir en se *désengageant de l'échange* ou en se *détachant de l'émotivité* de la personne accompagnée.

5.3. Jeux d'autonomie pour rétablir la réciprocité

Nous avons exploré comment les négociations prennent forme dans les relations d'intervention, alors que chacun et chacune tente de déployer leur autonomie et d'augmenter leur pouvoir en relation avec les autres. Mais pour que ces négociations aient lieu, il faut avant tout concevoir que l'interaction repose sur un échange fait de mutualités. Ainsi, l'autonomie relationnelle est en jeu dès que se présente le besoin de construire ou de reconstruire la réciprocité dans un contexte de rupture ou de menace (conflit, tension, bris de la relation, etc.). C'est-à-dire, lorsque la réciprocité est menacée par l'exercice du pouvoir de l'une des parties sur l'autre. Les jeux d'autonomie entre les professionnelles et les personnes qu'elles accompagnent peuvent alors permettre de maintenir ou de reconstruire la réciprocité nécessaire au maintien de la relation d'intervention. Les tiraillements peuvent alors favoriser l'élaboration d'ententes collaboratives entre les deux. Pour maintenir ou rétablir la réciprocité, les professionnelles, tout comme les personnes accompagnées, mobilisent une stratégie qui consiste à *céder de leur pouvoir*. Cette stratégie permet, dans la durée, l'élaboration de familiarités entre les deux parties.

Par exemple, lorsque s'installe une situation de tiraillements au sein de l'interaction entre Angela et Geneviève, sur la base de buts divergents (Geneviève souhaite quitter le centre de crise et l'intervenante souhaite plutôt qu'elle y demeure), l'intervenante nous dit qu'elle a d'abord tenté de « *convaincre [Geneviève] d'avoir une communication* » avec elle. Geneviève est alors en train de faire ses valises, et Angela nous rapporte ce qu'elle dit: « *Elle dit : (...) qu'on ne veut pas d'elle ici et qu'on la traite comme une itinérante (...) et qu'elle veut s'en aller* » (Angela_2 :5). Puis, on constate qu'au lieu de forcer l'engagement de la personne dans une interaction ou de contester son départ, Angela cède de son pouvoir en se retirant de l'interaction.

J'ai dit (ton calme): "OK, si tu veux, je vais te laisser finir ton sac. Moi je vais être en bas. Si tu veux qu'on regarde pour les options pour aujourd'hui je vais être en bas, donc quand tu es prête, viens me voir." (Angela_2 : 10)

Cet exemple nous permet de comprendre que lorsque les conditions de base de la mutualité dans l'interaction sont à risque (caractérisées par une impossibilité à communiquer), les intervenantes peuvent opter pour une stratégie qui consiste à *céder de leur pouvoir*. Angela laisse alors

Geneviève déterminer le moment où elles pourront échanger. D'ailleurs, l'intervenante identifie ce moment de « retrait » comme étant l'élément qui a favorisé un échange entre elle et l'accompagnée –le retour de la mutualité.

(...) le temps où je lui ai laissé son espace, et qu'elle se calme, le moment où j'ai perçu qu'elle est devenue calme, c'est le moment où j'ai VALIDÉ et où j'ai CRU son histoire. Comme dès que j'ai dit: "Oui ça doit être difficile ce que tu vis, et oui c'est poche que tu perdes tes vêtements..." Dès que j'ai utilisé cette approche-là... (...) C'est là que j'ai vu la différence. Et du coup, dans l'espace de quelques minutes, c'était deux personnes complètement différentes! (Angela_2-3 : 16)

Aussi, cet échange est caractérisé par un changement de posture chez Angela, passant d'un discours qui tente d'exercer son pouvoir ou son autorité pour « convaincre » (*pouvoir sur*), vers une posture de prise en compte et de reconnaissance de l'information donnée par Geneviève, quant à sa perception de la réalité. Angela nous explique de cela provoque un changement de posture chez cette dernière.

Et là, elle a accepté de venir me voir dans le bureau. Donc, on a pu S'ASSOIR et on a pu en discuter. (...) je n'ai même pas eu besoin de revenir là-dessus...toute seule elle embarquait sur cette histoire-là. (Angela_2-3 : 10)

La personne accompagnée cède alors à son tour de son pouvoir –suspendant sa décision de quitter l'hébergement, pour s'engager dans un échange avec l'intervenante. La co-construction de l'intervention peut donc se faire lorsque chacun et chacune changent de posture. Ainsi, lorsque les personnes accompagnées acceptent de s'engager dans les démarches proposées par l'intervenante, l'élaboration de mutualités se met aussi en œuvre.

Dans le cadre d'un autre exemple de négociations, on dénote que l'intervenante parvient à engager la personne accompagnée dans une démarche qui est le résultat de buts négociés. Élaborer des compromis en relation, qui impliquent que chacun et chacune renoncent à leurs buts individuels et cèdent de leur pouvoir, permet aussi l'établissement de réciprocités. Ce qui implique que chacune des parties cède un peu de son autonomie décisionnelle, pour que les décisions soient prises conjointement.

Il allait continuer sur ses réseaux sociaux, quelques fois par jours, à faire des petits trucs. Mais ça, on avait convenu, que c'était comme une démarche parallèle. Si lui veut continuer à faire ça, c'est parfait, c'est une stratégie comme une autre. Par contre, on voulait qu'il diversifie ses stratégies. (Sophie_2-3 : 7)

Nous constatons que lorsque le cadre organisationnel le permet et lorsque les intervenantes s'engagent à *céder de leur pouvoir* (soit, en étant dépendante de la décision de la personne accompagnée ou en étant dans l'attente de celle-ci) on voit émerger des rapports construits sur la base d'attentes élaborées conjointement. Les personnes accompagnées aussi cèdent de leurs possibilités à décider seules pour travailler en collaboration.

Nous avons également découvert que la *construction de réciprocités* au sein de l'intervention, passe par le partage d'interactions qui sortent du cadre interventionnel. Ce sont des échanges qui renvoient plus à des registres amicaux que professionnels. C'est ce que Cécile nous raconte lorsqu'elle nous explique qu'elle termine toutes ses rencontres avec Michel en parlant des actualités dans le monde du Hockey.

(...) je me suis donné la permission de ne pas juste être fixée sur l'objectif de la rencontre et c'est tout...de me donner la peine d'aller un petit peu plus loin, pour justement renforcer le lien que j'avais avec lui. (Cécile_3 : 10-1)

Elle parle d'une « *complicité* » qui se développe dans la durée, alors qu'elle déploie son pouvoir discrétionnaire pour sortir de son rôle d'accompagnement dans des démarches. Cécile nous explique qu'elle adopte cette stratégie d'intervention, car elle souhaite clore leurs rencontres sur un élément « *positif* » et elle sait que ce sujet est important pour Michel. Elle constate d'ailleurs que cette manière de mettre fin aux négociations, qui peuvent avoir lieu durant la rencontre, semble être positive pour ce dernier, puisque dans ces moments : « (...) *ses yeux s'illuminent, il sourit, il [la] regarde dans les yeux* » (Cécile_2 : 11). Dans l'échange non verbal entre l'intervenante et la personne accompagnée, se construit l'*élaboration de familiarités*, qui favorisent les jeux de réciprocité.

Finalement, bien que les échanges soient empreints de tiraillements –notamment en ce qui a trait à la rencontre de buts divergents, ils ne sont pas forcément caractérisés par un désengagement de la relation de dépendance, fondement des pratiques d'intervention. En effet, parfois, lorsque

l'échange semble impossible, nous avons vu que les intervenantes, tout comme les personnes qu'elles accompagnent, *cèdent de leur pouvoir* pour favoriser la construction de mutualités. L'autonomie relationnelle sert alors à construire ou reconstruire la réciprocité dans des contextes où les tiraillements (conflits, tensions, bris de la relation, etc.) la menacent. En outre, lorsque les intervenantes adoptent une stratégie d'*élaboration de familiarités*, en investissant la construction d'un lien qui va au-delà de leur rôle professionnel, des réciprocités peuvent se tisser dans la durée et pallier les ruptures ou menaces à la relation.

5.4. Déstabilisations mutuelles

Si dans un contexte de désordre interactionnel, les essais des deux parties pour rétablir la mutualité ne portent pas fruit, s'installe alors un jeu où les efforts de chacun et chacune visent plutôt à gagner le contrôle sur l'incertitude qui règne. Cela prend la forme de stratégies pour exercer du *pouvoir sur* l'autre personne. Elles se traduisent entre autres par une dynamique de *marchandage bidirectionnel*, quant aux démarches à réaliser. Pour les personnes accompagnées spécifiquement, on remarque qu'elles prennent la forme d'un *contrôle de l'information* dévoilée à la professionnelle, ou encore, la *mise en scène de situations empreintes d'incertitudes ou de risques*. Dans ces contextes, les intervenantes doivent trouver des manières de pouvoir intervenir malgré ces contraintes, et l'une d'entre elles consiste parfois à remettre en question les propos de la personne qu'elles accompagnent; une stratégie de *discréditation* (aussi utilisée par un accompagné). Ces déstabilisations mutuelles rendent d'ailleurs le rétablissement de la mutualité difficile.

5.4.1. Marchandage

Le marchandage consiste à céder de son pouvoir, pour ensuite utiliser ce legs comme levier pour engager l'autre dans des buts qui font sens pour soi. Pour les intervenantes, cela se traduit par le fait d'*accorder des « temps d'écoute »*, qui deviennent une monnaie d'échange pour ensuite contrôler l'objet des interactions. Ou encore, elles peuvent *mobiliser une information dévoilée par la personne* dans le cadre de la relation, pour la convaincre d'adhérer aux buts qu'elles mettent de l'avant. Les personnes accompagnées, quant à elles, gagnent du

contrôle sur l'incertitude des interactions en *responsabilisant les intervenantes* pour la réalisation des buts de l'intervention.

Ainsi, trois des intervenantes que nous avons rencontrées nous ont décrits dans le cadre de leurs *révélations d'explicitation*, la présence de « *temps d'écoute* » où elles laissent libre cours au discours de la personne accompagnée. Il s'agit d'un moment d'écoute sans interruption, où l'intervenante adopte une posture plus réceptive et où la personne peut « se raconter ». Jusque dans une certaine mesure, elles considèrent ce dévoilement d'information essentiel à leur travail. Par contre, elles nous expliquent qu'elles limitent et balisent aussi ces échanges unidirectionnels, pour amener la personne accompagnée à aborder un sujet (s'engager dans un but) qu'elles considèrent comme plus urgent ou plus important, soit l'objet des démarches en cours.

C'est moi qui nous ai ramenés! Parce que ça commençait à prendre de la place dans la discussion! Et je trouvais ça intéressant ce qu'il m'apportait et je voulais lui donner de l'espace, mais en même temps on déviait de plus en plus du sujet. Donc là, je lui ai dit: "Là Gilles, je vais nous ramener à aujourd'hui. Et à ta recherche d'emploi". (Sophie_2-3 : 16)

Sophie nous explique qu'elle laisse la personne qu'elle accompagne « parler » ou « ventiler », pour ensuite pouvoir la « ramener » au sujet d'intérêt de la rencontre, tel qu'elle l'envisage – contrôlant alors les échanges. C'est ce que l'on envisage telle une stratégie de *marchandage*.

Aussi, dans une dynamique de *marchandage*, les intervenantes peuvent laisser libre cours au discours de l'autre pour ensuite l'utiliser comme levier d'intervention visant à engager la personne dans une démarche. C'est-à-dire, qu'elles remobilisent l'information qui leur est partagée par les personnes accompagnées pour les engager vers un but qui leur semble favorable.

Je lui ai aussi dit à ce moment-là : "Tu me parlais de tes relations tout à l'heure, avec tes collègues et ton besoin de reconnaissance, tes patrons...moi j'ai l'impression que ce qui pourrait VRAIMENT t'aider Gilles, c'est d'avoir un suivi de maintien. Qu'on puisse t'offrir un suivi de maintien ici. Mais pour ça, il faut que tu décroches un emploi! On veut travailler dans ce sens-là ensemble." (Sophie_2 : 18)

Dans cet exemple, on remarque que Sophie établit un lien entre son rôle et le vécu de Gilles. Si Gilles accepte de s'engager activement dans la démarche de recherche d'emploi, et que dans le

cadre de son rôle Sophie peut lui offrir du soutien dans son nouvel emploi, cela serait favorable, selon elle, vu les expériences passées de décrochage qu'il lui a racontées. On en conclut qu'elle utilise ce dévoilement quant à ses échecs, pour l'amener à être plus actif dans ses démarches – et ce, conformément aux attentes du programme.

Par contre, cette stratégie n'est pas uniquement employée par les professionnelles. C'est aussi en *plaçant la responsabilité des démarches sur les épaules de l'intervenante* que la personne accompagnée marchandise son autonomie. Certaines tentent de gagner du contrôle sur la relation d'intervention en se déresponsabilisant quant à la mise en œuvre ou les résultats des démarches entreprises. Cette dynamique d'extériorisation de la responsabilité, vers la relation, permet à la personne accompagnée de s'en désengager. C'est ce que l'on retrouve dans les propos de Gilles, tels que rapportés par Sophie.

"(...) je comprends, vous avez une façon de faire ici à l'organisme. Mais tu sais, ça m'aurait vraiment aidé que quelqu'un soit super à l'aise avec les réseaux sociaux et puisse m'accompagner de cette manière-là." (Sophie_2 : 17)

C'est aussi le cas lorsque l'on constate dans le récit de Cécile, que Michel choisit de ne pas prendre la responsabilité de faire les suivis dans le cadre de sa demande de revenu en invalidité. Il dit à Cécile qu'il a rompu le lien avec l'agente qui lui donne de l'information dans le cadre de cette démarche.

"J'ai reçu un téléphone. Et je me suis pogné avec l'agente."

"OK. (soupir) Bon ben, est-ce qu'elle t'a laissé son nom, son numéro de téléphone, etc.?"

"Oui, j'ai quand même pris la peine de prendre en note ses coordonnées. J'aimerais ça que tu l'appelles." (Cécile_2 : 14)

Cet exemple nous permet de comprendre que les personnes accompagnées arrivent à contrôler les relations d'intervention en remettant la responsabilité de la mise en œuvre de leurs démarches aux professionnelles qui travaillent avec elles. Aussi, lorsque Michel ne souhaite plus prendre part à la démarche, il dit à Cécile –tel qu'elle nous le rapporte- qu'il le fera seulement pour lui faire plaisir, lui faisant alors porter le poids de décider si elle veut ou non qu'il s'y engage.

"Oui, mais tu sais, toi et [une autre intervenante] vous m'accompagnez dans toutes ces démarches-là (...) et je le sais que vous mettez beaucoup d'efforts, je le sais que des fois vous faites même des affaires exceptionnelles pour moi, et je l'apprécie, mais là si j'abandonne j'aurais l'impression que vous pensez que je n'apprécie pas l'aide que vous me donnez." (Cécile_2 : 19)

C'est le début de la négociation, dans la mesure où lorsqu'il dit ne pas se sentir libre de choisir s'il veut ou non compléter la démarche, nous constatons qu'il est plutôt en train de contraindre l'intervenante à statuer sur un enjeu relationnel (soit, son sentiment de déception) pour lui donner une raison de ne pas compléter la démarche (c.-à-d. de se désengager). On peut alors faire l'hypothèse qu'il rejette la responsabilité sur une dynamique extrinsèque (la relation d'intervention) plutôt que d'attribuer ses décisions de manière intrinsèque (à ses propres processus cognitifs autonomes). C'est ainsi qu'il impose à l'intervenante de statuer sur ce qu'il devrait faire, en fonction de ce qu'elle décide. Ce à quoi elle répond : « *On est ici pour qui aujourd'hui Michel? Est-ce qu'on est là pour moi ou on est là pour toi?* » (Cécile_2 : 19). Cette question rhétorique, qui vise à affirmer qu'il est l'acteur principal de la démarche, sert d'outil à Cécile pour refuser la posture de dépendance dans laquelle il la place. Elle passe par contre à côté du fait qu'elle est, elle aussi, une actrice centrale de la démarche.

En effet, nous avons vu dans le chapitre précédent que les professionnelles portent sur leurs épaules un ensemble de responsabilités qui les amènent à prendre certaines décisions quant aux services qu'elles offrent, mais aussi selon quelles contraintes elles doivent le faire. Ce qui, inévitablement, influence leurs attitudes par rapport aux personnes qu'elles accompagnent. Elles mobilisent leur pouvoir pour moduler l'engagement de la personne accompagnée. Elles tentent de les persuader de s'engager dans les démarches qu'elles jugent pertinentes, en leur offrant d'abord du soutien ou de l'attention, qui servent ensuite de levier d'activation. Mais les stratégies qu'elles mobilisent font aussi écho chez les personnes qu'elles accompagnent, qui marchandent leur indépendance en extériorisant la responsabilité des démarches à accomplir, les plaçant sur les épaules des professionnelles ou les enracinant dans des enjeux relationnels.

5.4.2. Contrôle de l'information

De manière unanime, les intervenantes que nous avons interviewées ont affirmé que l'information dévoilée par la personne accompagnée (sur leur passé, leurs émotions, leurs démarches, leurs besoins, etc.) est la matrice de leur travail. Ainsi, pour pouvoir être en relation, les professionnelles doivent d'abord avoir accès à une connaissance que seule la personne auprès de qui elles interviennent possède. Ce pouvoir, qui consiste à se dévoiler ou non, est une forme d'emprise notable pour les personnes accompagnées sur la relation. Et ce, dans la mesure où elles jouent avec les informations qu'elles possèdent pour exercer leur pouvoir.

En effet, lorsque les personnes accompagnées ne dévoilent pas d'informations, sélectionnent ou oblitèrent certains morceaux de leurs récits ou détails de leurs situations actuelles, cela rend le travail des professionnelles profondément instable et difficile. Véronique exprime bien l'état de dépendance dans laquelle cela la place, lorsqu'elle nous dit : « *Je n'ai pas d'autres éléments pour savoir ce qu'il a fait. Tu sais, dans un sens, même si je sais que c'est peu probable, je n'ai pas le choix de me fier à ça.* » (Véronique_2 : 26). Elle est alors forcée de se baser sur ce que la personne lui divulgue; présumant que ce sont les éléments nécessaires à l'élaboration de mutualités ou à la progression de démarches cohérentes. Dans le même ordre d'idées, Sophie nous dit qu'elle ne peut que « *travailler avec ce que la personne [lui] donne* » (Sophie_3 : 21). Elle ajoute qu'elle doit se « *fier* » à ce que Gilles lui dit pour travailler.

Avec le recul, certaines disent avoir été « *flouées* » ou « *jouées* », lorsqu'elles ont l'impression que les personnes accompagnées ont manipulé des informations, pour provoquer les réponses qu'elles cherchaient à obtenir de l'intervenante. On constate donc comment les personnes accompagnées mettent en œuvre leur pouvoir sur l'intervenante en sélectionnant ou refusant de dévoiler certaines informations.

En réponse, certaines intervenantes nous ont dit qu'elles optent pour une stratégie qui consiste à *consulter des professionnelles* de l'intervention qui travaillent dans d'autres milieux de pratique auprès de la personne, leur donnant accès à une autre forme de connaissance. C'est-à-dire, qu'elles tentent de décupler les sources et la quantité d'information qu'elles ont sur la personne accompagnée, leur permettant de ne pas se fier uniquement sur celle présentée par ces

dernières. Les rendant alors moins dépendantes du pouvoir que les personnes accompagnées exercent sur elles.

En ce qui a trait au contenu des interventions, soit l'information qui y circule, est présentée ou encore laissée pour compte, on en conclue que les personnes mobilisent cette stratégie de contrôle pour tenter de baliser ce qu'elles dévoilent. C'est particulièrement grâce à leur pouvoir de cacher certaines informations que les personnes peuvent jouer de leur autonomie pour gagner du pouvoir sur la professionnelle. Les intervenantes adoptent alors une stratégie qui consiste à se référer plutôt à l'information fournie par leurs pairs pour intervenir; leur permettant de gagner du contrôle sur l'incertitude provoquée par leur dépendance à ce que la personne leur dévoile.

5.4.3. Provoquer l'incertitude

Une autre stratégie de déstabilisation consiste en une prise de contrôle de la situation par la personne accompagnée, lorsqu'elle génère de l'incertitude. C'est une manière de faire la démonstration de son autonomie, en déstabilisant la professionnelle. La contrainte placée sur l'intervenante est ce qui résulte du contrôle exercé par la personne accompagnée sur la situation, car cela engendre une perte de son pouvoir d'agir quant à l'intervention.

Dans l'extrait qui suit, Cécile nous explique le fonctionnement de la prise de rendez-vous pour la tenue des rencontres d'intervention entre elle et Michel.

(...) [il] ne répondra pas à son téléphone! Donc, je lui ai laissé un message sur le répondeur que j'allais le rencontrer cette journée-là, à telle heure, et que si jamais le moment et l'heure ne lui convenaient pas, que c'était à lui de m'appeler pour me le dire. Parce que lui, ça fait des années qu'il ne répond pas au téléphone. » (Cécile_2 : 5-6)

On comprend que pour pouvoir s'engager dans les démarches avec la personne accompagnée, l'intervenante se doit d'accepter les modalités de prise de contact qui font sens pour Michel. Pour pouvoir travailler, l'intervenante ne peut faire autrement que de dépendre de ce fonctionnement, sans quoi, la relation serait impossible. On peut dire qu'elle travaille, dans une certaine mesure, à établir une mutualité « à l'aveugle ». C'est elle qui cède de son pouvoir dans ce contexte; alors qu'elle est placée dans une posture incertaine à chaque nouvelle rencontre.

En ce qui a trait à cette stratégie de mise en œuvre de leur autonomie, elle est aussi possible dans la mesure où ce sont les personnes qui décident de ce qu'elles veulent et peuvent faire. C'est-à-dire, que dans un contexte où elles viennent volontairement s'engager dans une relation d'intervention, c'est ce besoin et cette demande qui est la base du travail des intervenantes. Par exemple, une de nos interviewées mentionne, concernant l'ambivalence de la personne accompagnée à prendre une décision quant au déroulement d'une démarche : « *il nous tire dans son impasse* ». Cette phrase nous permet de bien comprendre la dépendance vécue par l'intervenante qui, pour effectuer son travail, attend de comprendre les intentions, les besoins et les décisions de la personne qu'elle accompagne. Cette incertitude semble d'ailleurs générer des frustrations chez les professionnelles.

Par exemple, alors que Cécile accepte de contacter l'agente de la *Régie des rentes du Québec* à la demande de Michel, elle lui demande de lui faire des « *demandes concrètes* », quant au but qu'il identifie pour cet appel. L'intervenante qui se fait alors porte-parole ou canal de transmission entre une autre professionnelle et Michel, dépend de l'information qu'il consent à faire passer.

"Je lui dis quoi quand je la rappelle Michel? Tu me donnes déjà l'information que son objectif, quand elle t'a appelé, c'était de t'informer qu'ils voulaient t'envoyer passer une deuxième expertise. Je ne pense pas qu'elle me donne de l'information de plus que ça. Qu'est-ce que je lui dis? Est-ce que tu veux aller passer la deuxième expertise? Donne-moi un mandat Michel. Je lui dis quoi?" » (Cécile_2 :15)

Ainsi, pour gagner en contrôle sur la situation d'intervention, les personnes accompagnées peuvent maintenir l'intervenante dans une position incertaine, par exemple en refusant de prendre une décision ou en n'assurant pas la tenue des rencontres. Cette position de dépendance ne laisse pas les professionnelles indifférentes. Elles optent, en alternance, pour une plus grande souplesse, s'ajustant aux besoins des personnes accompagnées, ou encore, pour plus de contrôle, tentant d'amener ces dernières à prendre une décision leur permettant de se débarrasser de ce sentiment d'insatisfaction associé à l'impossibilité de travailler à partir d'une matrice claire.

5.4.4. Mise en scène du risque

Les intervenantes que nous avons rencontrées ont mentionné à plusieurs reprises devoir travailler à partir des risques devant lesquels les personnes accompagnées les places. Parfois, le risque prend la forme d'une inquiétude quant à leur sécurité ou celle d'autrui (par exemple : la mention d'idées suicidaires ou d'un sentiment de persécution). Le risque peut aussi être associé au fait que la personne accompagnée se retrouve dans une posture socialement défavorable (sans logis, sans revenu, sans services, etc.) si elle ne complète pas des démarches. En ce sens, si la personne accompagnée se met à risques, cela change la relation; altère le jeu de pouvoir en sa faveur. Mais c'est entre autres cette mise en scène du risque qui permet aussi de justifier des interventions plus coercitives de la part des intervenantes; leur permettant à leur tour de gagner du contrôle sur l'incertitude qui règne.

Au niveau de l'évaluation du risque, c'est « l'instabilité » de la personne que les intervenantes tentent de mesurer, tel que nous l'explique Cécile : « (...) *quand on fait l'évaluation du risque suicidaire, il est toujours, toujours dans un risque suicidaire; il en parle! Il est à la limite menaçant avec le risque de passage à l'acte.* » (Cécile_2: 1). Ainsi, lorsque le niveau de risque réel, potentiel ou perçu tend à dépasser le niveau tolérable par l'intervenante ou l'approche et/ou les instances qu'elle incarne, l'intervenante met en œuvre un ensemble de mesures et de démarches pour le baliser –pour tenter de gagner le contrôle sur l'incertitude qui règne. C'est une manière dont l'autonomie des personnes accompagnées est restreindre par les intervenantes, dans un effort de prévention et de contrôle.

Dans cette intervention-là, c'était aussi que je voulais que la cliente reste! Et je voulais que la cliente reste parce que je ne la sentais pas stable. (...) Donc, c'est un peu de (hésite) prendre les éléments que la cliente me donne, et les utiliser comme levier d'intervention. (Angela_2 : 23)

Dans d'autres cas, on constate que les intervenantes vont directement remettre en question ou confronter les décisions des personnes accompagnées. Leurs présentations d'options ou de démarches ne sont pas seulement suggestives, mais impératives. C'est une dynamique d'exercice de leur pouvoir pour limiter les risques. À cet égard, Véronique nous explique :

« (...) je le sentais fragile. Disons qu'il avait besoin de se reposer. Donc là, je lui ai redit d'aller dans sa chambre. » (Véronique_2 :12).

Plusieurs ont mentionné que la particularité de leur rôle qui consiste à gérer les « risques » associés à la santé mentale, les amène à « serrer la vis », à « contenir » ou « baliser » les décisions et actions des personnes qu'elles accompagnent. À cet effet, la prénotation qui est souvent mise de l'avant pour justifier l'exercice de leur pouvoir est le fait que l'intervenante pense savoir ce qui est préférable pour la personne accompagnée. On peut alors parler de dynamiques « paternalistes », où cette impression d'être un meilleur juge quant à ce qui est favorable pour le bien-être des personnes accompagnées permet aux intervenantes de trouver des points d'appui pour justifier des interventions plus directives.

Je ne pense pas que j'ai demandé "est-ce que vous le voulez", j'ai dit: "Je vais vous donner votre PRN, [médication « au besoin »]. Je pense que ça va vous faire du bien." (...) Habituellement, on lui impose, parce qu'il ne va jamais la demander, en fait sa médication ça l'angoisse. (Véronique_2 : 8)

Par contre, ces interventions qui mobilisent des registres de restrictions plus fermes (l'exercice du *pouvoir de* l'intervenante *sur* la personne), sont aussi une source de dépendance pour les intervenantes, dans la mesure où elles ne savent pas quelles réponses elles susciteront chez la personne accompagnée (l'exercice du *pouvoir de* la personne accompagnée *sur* l'intervenante). Par exemple, Angela nous dit : (...) *c'est des interventions qui me rendent un peu moins confortable, parce que c'est plus confrontant. Et on ne sait jamais [comment la personne va réagir], c'est comme une boîte à surprise (Angela_2 :15)*. En effet, la mise en jeu du risque est une stratégie mobilisée par les personnes accompagnées pour augmenter l'engagement de l'intervenante à la dynamique d'intervention; lui faisant alors vivre un échec si le risque se concrétise.

D'ailleurs, dans certains cas, elles identifient que ces décisions ou pistes d'actions sont le fruit de leurs propres inquiétudes; leurs tentatives pour gagner du contrôle sur l'incertitude qui règne. C'est ce que nous partage Yasmine, lorsqu'elle dit : « *peut-être que c'est MOI qui voulais que Denis soit vraiment bien. Mais moi je le voyais dans un état, où il n'est même pas conscient de son état.* » (Yasmine_2 : 9). L'intervenante réalise qu'il y a un écart entre son objectif quant à

l'intervention et celui de Denis; ce qui forme la matrice de leurs négociations. Dans une autre situation, l'intervenante avance que la personne accompagnée peut prendre des décisions autonomes, bien que celles-ci ne soient pas forcément favorables pour elle. Elle tolère le risque, pour ne pas être dans une posture coercitive. Par contre, lorsque nous lui demandons si elle considère que la personne accompagnée est en mesure de prendre des décisions, elle nous répond : « *Ah oui! Ça, c'est sûr! Mais est-ce que cette vie est bien pour lui? C'est ça la question.* » (Yasmine_2 : 26). On en conclut que parfois les intervenantes constatent le risque et choisissent de ne pas agir en fonction de celui-ci.

Ainsi, si la personne pose un risque pour elle-même ou pour autrui, cela change la relation et altère le jeu de pouvoir de façon à augmenter son contrôle sur la relation. Par contre, face à la peur que certaines situations néfastes pour les personnes accompagnées se réalisent et dans une optique de prévenir les risques qu'elles posent pour elles-mêmes, les intervenantes déploient leur autonomie pour reprendre du contrôle sur la situation. D'ailleurs, nous faisons l'hypothèse que cette posture de dépendance sert aussi à légitimer le déploiement de leur pouvoir en relation, pour contraindre ou baliser les décisions et actions des personnes qu'elles accompagnent.

5.4.5. Discréditer

Une autre des stratégies utilisée par les deux groupes d'acteurs et d'actrices pour augmenter leur autonomie dans le cadre de la relation, est le fait de discréditer l'autre en tant qu'agent épistémique. Mais ces dynamiques se font ressentir de manière beaucoup plus unidirectionnelle que les autres. C'est-à-dire, que dans un seul récit d'explicitation nous trouvons un exemple où la personne accompagnée remet en question le savoir de l'intervenante. Dans un échange entre Cécile et Michel, l'intervenante rapporte qu'il lui dit à quelques reprises : « *tu ne peux pas comprendre* » ou encore « *tu n'as pas idée* ». Michel envoie le message à l'intervenante qu'elle ne peut pas saisir son vécu, parce qu'elle n'a pas une connaissance expérientielle de ce qu'il lui raconte. La personne accompagnée discrédite alors l'intervention, pour affirmer son autonomie.

Mais, les exemples qui suivent illustrent plutôt des dynamiques où, dans les jeux d'autonomie qui s'élaborent en pratiques, les intervenantes font appel à leur pouvoir de *questionner* ou de *nier des segments* de ce que leur partagent les personnes accompagnées, lorsqu'elles jugent ces

informations « hors propos ». Nous parlons ici d'autonomie différenciellement distribuée, dans la mesure où la remise en question des connaissances d'un groupe par rapport à l'autre n'est pas la même. En effet, c'est leur statut professionnel qui permet aux intervenantes de juger la crédibilité épistémique des personnes qu'elles accompagnent en *triant, sélectionnant, validant ou discréditant l'information* qui leur est présentée.

Parfois, c'est sur la base d'une attribution du discours aux symptômes des problématiques de santé mentale, que leur parole est évaluée ou rejetée. Par exemple, on constate que pour l'une d'entre elles, lorsqu'elle considère que les propos de la personne accompagnée ne correspondent pas à sa manière d'envisager ce qui serait le mieux pour elle, l'intervenante les considère incohérents.

Quand tu continuais la discussion avec Denis tu [frappais] (...) un mur. Parce que Denis...au début c'était bien et tu pouvais le ramener, mais tout à coup, il mélangeait les trucs et il disait n'importe quoi.

Par exemple: "Est-ce qu'une maison supervisée c'est bien pour toi?"

"Oui c'est vrai, pendant 3 ans je n'ai pas consommé et... (prend un ton plus énervé), mais tu sais, oui c'est bien, mais non ce n'est pas bien, parce que (...) je n'étais pas libre"

Il partait dans d'autres directions. (...) Ben moi je coupais ses propos. (...) parce que tu sais Denis, il n'était pas comme ça (mimique un état calme), il était comme ça (se penche et bouge ses bras). Il faisait des mouvements. Des fois, quand je posais des questions il était comme ça (se replie sur elle-même et gratte son cuir chevelu). (Yasmine_2 : 15)

On voit dans cet exemple, comment, lorsque le discours de l'accompagné est empreint d'ambivalence, il est considéré par l'intervenante comme confus. Sans compter, que la forme du discours; décousu, accompagné d'une gestuelle particulière et de mimiques faciales, amène l'intervenante à y accorder moins de sens. La professionnelle parle aussi du fait d'avoir l'impression de « *frapper un mur* », alors que s'installe un désordre organisationnel, parce que la personne accompagnée n'acquiesce qu'en partie à ce qu'elle propose. Ainsi, par des formules telles « *ce n'est pas cohérent* », « *c'est hors propos* », « *c'est irréaliste* » ou encore, « *ce n'est pas constructif* », les professionnelles écartent des segments de ce que leur disent les personnes accompagnées, leur permettant de reprendre le contrôle sur l'échange.

Dans le cadre d'un autre récit d'explicitation, l'intervenante nous explique ce qui l'amène à *remettre en question* ou du moins ne pas baser ses interventions sur l'information donnée par la personne accompagnée. En effet, ce n'est pas tant ce qu'elle dit, mais plutôt « *comment* » elle le raconte; l'intonation de sa voix, la cohérence de ses idées, la temporalité de son récit, etc.

Ce n'est pas que ça ne pourrait pas être vrai...ce n'est pas que je ne crois pas nécessairement son histoire. (...) c'est juste que dans son discours, il y a quand même beaucoup de choses qui sont (rires) quand même improbables! Ce n'est même pas, en termes des faits, plus que de comment elle le raconte! C'est plus de la manière dont elle est en train de l'exprimer, qui est décousue.... (Angela_2 : 18)

D'ailleurs, face à ce discours que l'intervenante qualifie de « *décousu* », elle ajoute aussi que c'est parce que la personne accompagnée « *n'est pas 100% stable* » qu'elle cesse d'essayer de comprendre ce qu'elle lui partage. Plus tard dans l'entretien, dans le cadre de moments plus réflexifs, alors qu'elle n'est pas en plein cœur du récit d'explicitation de l'intervention, l'interviewée ajoute des nuances entre une posture d'écoute et l'attribution de la crédibilité au discours de Geneviève.

Et je pense que mon rôle aussi...même si j'ai des doutes sur certains aspects, c'est d'écouter la cliente, offrir le support, et accepter ce que la cliente me dit comme [étant] vrai. De ne pas faire une remise en question à chaque fois. (...) Mon rôle c'est de la croire. (Angela_2 : 25)

L'intervenante fait alors référence à la manière dont son est rôle est structurellement défini autour de l'importance d'accorder une signification au discours de la personne accompagnée, bien qu'elle remette en question sa véracité en contexte relationnel.

On remarque aussi que certaines intervenantes justifient leur absence de considération pour les informations données par les personnes accompagnées en fonction de leur manque de connaissances ou d'outils linguistiques et/ou cognitifs pour expliquer ce qu'ils et elles vivent ou ressentent.

Mais lui ne s'explique pas vraiment son angoisse; il ne sait pas pourquoi il est angoissé, il ne sait pas pourquoi il a des symptômes d'angoisse. Il fait juste vivre ses symptômes et les exprimer et c'est ça qui fait ses crises. (Véronique_2 : 2)

À la lumière de ce constat, Véronique nous dit qu'elle décide d'appuyer ses interventions sur des perceptions collectivisées avec ses collègues, plutôt que celles que lui fournit Marc. On peut en conclure que certaines intervenantes vont baser leurs interventions sur les informations transmises par la personne accompagnée, seulement si elles ont préalablement déterminé que celle-ci est en mesure de « se raconter ». Il y a donc un travail de hiérarchisation du savoir et de la validité des propos –de par leur contenu ou leur forme- qui s'opère, et à travers lequel les intervenantes exercent du pouvoir sur la relation, en ne tenant qu'en partie compte des informations fournies par la personne auprès de qui elles interviennent.

Par ailleurs, lorsqu'elles considèrent que les personnes qu'elles accompagnent sont en mesure de produire une connaissance sur leur situation qui fait aussi sens pour elles, elles vont valoriser leur crédibilité épistémique et céder de leur pouvoir, pour leur laisser plus de pouvoir au sein de la relation. En effet, la construction de son récit de vie par la personne accompagnée est un indicateur d'autonomie que les intervenantes prennent en compte, lorsqu'elles tentent de mesurer la capacité de cette dernière à s'exprimer: « (...) *il est conscient, il est capable de le nommer. Il voit où ça accroche. Il voit ses "bugs".* » (Sophie_2 : 14). Ainsi, les professionnelles considèrent généralement comme étant favorable les capacités des personnes accompagnées à se dévoiler et à identifier des liens entre leurs démarches et leurs parcours. Elles leur reconnaissent alors des capacités analytiques et réflexives. L'exercice, qui consiste à parler de soi, est perçu par les professionnelles comme gage de leur indépendance réflexive, augmentant la marge de manœuvre qui leur est accordée.

On peut en conclure que les intervenantes possèdent un pouvoir différent de celui des personnes qu'elles accompagnent de par leur statut professionnel, qui leur permet de déterminer la crédibilité des propos de ces dernières. C'est effectivement un élément qui leur donne accès à plus de pouvoir dans la relation, pouvant sélectionner sur quoi elles choisissent d'élaborer leurs pratiques.

Finalement, on constate que dans un contexte de désordre interactionnel, où les efforts pour rétablir la mutualité ne portent pas fruit, les intervenantes et les personnes accompagnées mobilisent des stratégies qui visent à se déstabiliser mutuellement pour reprendre du contrôle sur l'interaction. Ils et elles peuvent tenter de marchander l'élaboration des démarches (buts) en jeu, c'est-à-dire d'offrir quelque chose en échange de l'engagement de l'autre. Ces stratégies

pour exercer du pouvoir sur l'autre prennent majoritairement la forme d'un *contrôle de l'information*, d'une *provocation de l'incertitude* et d'une *mise en scène du risque* pour les personnes accompagnées. Chez les intervenantes, c'est le contrôle de cette incertitude qui justifie des interventions plus coercitives ou qui *remettent en question le discours des personnes*.

5.5. Désengagement

Lorsque les deux parties travaillent à l'élaboration de mutualités, que ça soit au cœur de leurs échanges discursifs ou en ce qui a trait à la mise en œuvre de démarches, on peut dire que les négociations demeurent un jeu sur le continuum de l'autonomie. Bien qu'empreintes par moment de désengagement, la dépendance de l'une à l'autre, pour le maintien de la relation, demeure central; les deux parties travaillent à la réalisation de buts qui ne peuvent être accomplis seuls. Par contre, dans l'impossibilité de rétablir la réciprocité qui fonde l'ordre interactionnel, l'une ou l'autre peut déployer son autonomie ultime pour se *désengager* de la situation entièrement, soit abandonner l'intervention.

Nous avons vu dans le chapitre précédent qu'il existe des conditions organisationnelles (par exemple l'insuffisance des services à offrir ou le manque de temps pour répondre à tous les besoins) qui entraînent les intervenantes dans un désengagement des relations d'intervention. Tout autant, qu'il existe des situations dans lesquelles, pour établir leur autonomie, les personnes accompagnées en viennent à refuser les contacts avec l'intervenante. En fonction de leurs rôles et de leurs responsabilités, les intervenantes ne peuvent pas toujours accepter le désengagement des personnes qu'elles accompagnent, et elles se doivent de rétablir la relation d'intervention à tout prix.

Tout d'abord, dans certaines situations, l'impossibilité à être en relation provient d'un désengagement de la personne accompagnée. Par exemple, Sophie nous dit : « *si on n'est pas en lien, si on n'a pas de nouvelles, on ne peut pas être aidant et on ne peut pas intervenir.* » (*Sophie_3 : 8*). Dans les récits d'explicitation de nos interviewées, nous avons trouvé des exemples où, pour assumer leur indépendance, les personnes accompagnées choisissent de ne pas écouter l'intervenante, de l'ignorer, de quitter les lieux d'une intervention ou encore de partir de l'organisme.

(...) elle ne me laissait pas la chance d'avoir une conversation, parce que quand j'essayais de lui parler, elle, ce qu'elle faisait, c'est qu'elle montait les escaliers et qu'elle partait. Donc, je courrais après elle. (Angela_2 : 5)

Alors que l'intervenante nous explique qu'elle tente d'engager Geneviève dans un échange, cette dernière refuse le contact.

Donc là, étant donné que la cliente était comme: "Non, je m'en vais, je m'en vais, je m'en vais!" J'avais comme, pas trop le choix...je me sentais comme un peu prise...là, il y a comme une certaine partie de l'intervention que je dois faire de toute façon! (...) donc je l'ai comme (hésite) suivie. Juste pour essayer de voir si j'arrivais à négocier avec elle qu'on s'assoit pour en parler. Et, non.» (Angela_2 : 7-8)

On constate que la personne réitère son choix de quitter l'organisme en ignorant l'intervenante. Cette dernière insiste à amorcer un échange, mais elle ne semble pas avoir de stratégie significative pour provoquer une mise en relation. Aussi, en fonction des responsabilités associées à son rôle, Angela nous explique qu'elle doit absolument entrer en interaction avec Geneviève pour lui donner la carte de référence de l'organisme et lui expliquer les services offerts post-hébergement.

On en conclut que bien qu'une des deux parties puisse se désengager de l'intervention, l'autre a toujours le pouvoir de l'y ramener. Face à une personne accompagnée qui l'ignore ou refuse le contact, la professionnelle doit tout de même insister, la plaçant dans une posture de tiraillement entre les impératifs structurels (son rôle) et ceux de la relation. Angela l'identifie lorsqu'elle dit : « *je me sentais comme un peu prise* » (Angela_3 : 7). Aussi, alors que la personne accompagnée se désengage de la relation, l'intervenante ne peut pas le faire de la même manière, car cela représenterait un désengagement de son rôle professionnel –les deux ne possèdent pas la même marge de manœuvre à ce niveau.

Les intervenantes attribuent aussi le désengagement à un manque de réceptivité de la part de la personne qu'elles accompagnent. L'une d'entre elles dit : « *(...) il m'entend, mais tu sais il n'écoute pas, ou il n'est pas attentif à ce que je dis.* » (Véronique_3 : 13). Il s'agit non pas d'un désengagement explicite, mais d'une perte de pouvoir pour la professionnelle quant à l'influence qu'elle peut avoir sur la personne accompagnée.

D'ailleurs, les intervenantes ne perçoivent pas favorablement que les personnes accompagnées mobilisent leur autonomie pour agir sans que cela ait été préalablement négocié en relation. Lorsqu'elles sentent qu'elles n'ont pas de pouvoir sur certains aspects de leurs comportements, elles tentent d'en avoir sur d'autres. Par exemple, lorsque Marc quitte l'hébergement où travaille Véronique, et ce, en passant par la fenêtre de sa chambre et sans l'aviser, celle-ci nous dit qu'elle sent qu'il y a eu une rupture dans le lien d'intervention. Elle tente donc d'en rétablir les balises et de réaffirmer son pouvoir en relation; lorsqu'elle le voit revenir à la maison par la porte principale, elle l'intercepte : « *Je l'arrête évidemment. Et je fais: "Monsieur [Marc] Thérien vous étiez où?"* » (Véronique_2 :11).

Cela nous rappelle entre autres comment l'information prodiguée par la personne accompagnée est la base du travail de l'intervenante; elle ne peut que se fier à ce qu'il lui dévoilera pour savoir ce qui s'est réellement passé. Et ce, parce qu'il a pris la décision de ne plus dépendre de l'intervenante pour agir, notamment en ne l'informant pas de ses actions –créant de ce fait une incertitude au sein de la relation. Il lui répond tout simplement qu'il est allé prendre une marche. Mais Véronique nous dit que cette réponse n'est pas suffisante pour elle.

(...) je veux quand même le conscientisé à ce qui s'est passé... "Là woou un instant, c'est correct que tu reviennes, mais moi ça fait 3 heures que je suis avec toi et ça ne va pas!" (...) Et je me dis que je ne veux pas qu'il aille dans sa chambre, et qu'il aille son "nanan", dans le sens où s'il veut aller se coucher, qu'il l'aille tout de suite. Là, c'est non, on en parle là, là! Ce n'est pas comme: tu rentres et tu fais comme si de rien n'était. Parce que de un, ça fait en sorte que...il va penser que moi je n'ai pas de cadre, tu sais j'ai un cadre à respecter en tant qu'intervenante, c'est moi qui établit ce cadre-là et tu respectes ce cadre-là. Et le fait que tu reviens de ta marche, et tu ne me l'as pas dit, tu es parti par ta fenêtre, alors là tu reviens et je vais t'en parler. (Véronique_2 : 25)

En réaction au déploiement de l'autonomie de la personne accompagnée, jugée trop extrême, l'intervenante demande une justification. D'ailleurs, c'est une dynamique que nous n'avons pas constatée, lorsque les rôles sont inversés (c.-à-d. que la personne accompagnée ne demande pas à l'intervenante de justifier l'exercice de son autonomie), il y a une absence de réciprocité à ce niveau. Lorsque les intervenantes justifient le déploiement de leur autonomie, c'est plutôt vis-

à-vis des structures et de leurs paires qu'elles le font. Alors que les personnes accompagnées le font dans le cadre de la relation d'intervention.

Par ailleurs, les personnes accompagnées n'ont pas le monopole du désengagement de la relation, les intervenantes aussi mobilisent cette stratégie. En ce qui a trait au contenu des échanges, les intervenantes ont diverses manières de montrer aux personnes accompagnées qu'elles ne souhaitent pas y participer. Parfois, en ignorant ce que la personne accompagnée vient de dire, en s'engageant sur un sujet différent ou tout simplement en laissant des silences comme réponse à ce qui leur est présenté.

(...) j'ai fait par exprès de laisser un long, long silence (...) silence radio de ma part. (...) J'étais juste complètement neutre, complètement neutre. Je cherchais son regard, mais lui a rapidement baissé le regard et regardé la table. (Cécile_2 : 15)

Les intervenantes utilisent aussi des signaux dans leur non verbal pour exprimer à la personne accompagnée qu'elle ne souhaite pas s'engager sur un sujet.

Aussi, pour gagner en autonomie face à une personne accompagnée qui les sollicite, elles peuvent faire appel à leurs diverses responsabilités pour justifier le fait qu'elles mettent fin à l'échange; qu'elles s'en désengagent. Par exemple, Véronique dit à Marc qu'elle a « *du travail à faire* », pour l'inciter à sortir de son bureau. Elle nous explique son raisonnement ainsi : « (...) *ce que j'essayais de faire, c'est de couper sa demande, ou son espèce de pensée qui va commencer à être obsessive (...) c'est ma façon à moi de faire [pour] qu'il s'en aille parce que ça ne sert à rien qu'il reste dans le bureau à m'en parler. (...) je n'ai même pas le temps de faire une affaire qu'il revient* » (Véronique_3 : 3).

Aussi, nous avons constaté que les professionnelles de l'intervention ont tendance à s'engager de manière plus marquée dans les échanges lorsque les personnes accompagnées leur présentent des informations ou des pistes d'action nouvelles. En effet, lorsqu'elles attribuent la situation ou l'échange en cours à quelque chose de prévisible, de routinier ou de répétitif –de par la personnalité, le comportement ou encore l'attitude de la personne accompagnée, elles se désengagent de l'échange. Elles mentionnent « *décrocher* » lorsqu'elles sentent que les personnes qu'elles accompagnent se répètent. On en conclue que si pour comprendre l'échange elles peuvent se référer à des ordres passés, elles cessent d'écouter, de tenir compte de

l'information ou de la considérer comme un élément permettant la construction d'une mutualité différente de celles qu'elles ont déjà établies avec la personne. L'absence d'effet de nouveauté dans les échanges est donc un autre moteur de désengagement pour les professionnelles.

De plus, la démonstration de leur prise de distance quant à la relation, peut aussi s'exprimer par un rejet des affectes qu'elles peuvent ressentir. Par exemple, lorsque Cécile dit que son lien avec Michel demeure « *tout à fait professionnel (...) vraiment pas un lien affectif (Cécile_3 : 10-1)* », et ce, même après nous avoir expliqué comment elle a construit un engagement fait d'échanges plus familiers et intimes à travers le temps avec Michel. Cécile ajoute rapidement qu'elle demeure tout de même dans une posture professionnelle, qui la garde à distance d'une dépendance relationnelle et d'un contact plus intime. C'est-à-dire, qu'une manière d'affirmer leur autonomie pour les intervenantes, est de s'appuyer sur la composante « professionnelle » de leur posture, pour réifier une différence de position, de statut, de vulnérabilité et de dévoilement au sein de la relation.

Également, une des formes les plus marquantes qu'ont les intervenantes de jouer de leur pouvoir en relation et de justifier leur désengagement est de le présenter comme étant le symbole de l'autonomisation des personnes accompagnées. Soit, de les responsabiliser pour leurs situations et leurs démarches; il s'agit d'une injonction à l'autonomie. En effet, nous constatons que plusieurs des professionnelles que nous avons interviewées considèrent l'autonomie et l'accompagnement en silos distincts. Lorsqu'une situation laisse croire que la personne accompagnée puisse effectuer une démarche seule, l'intervenante en conclut que c'est un bon moment pour elle de désinvestir l'accompagnement; elle se place en retrait. Les risques et l'échec potentiels associés à la démarche sont alors portés seuls par la personne accompagnée. Par exemple, lorsque Sophie nous dit : « *c'est à lui de poser les actions. Tu sais, c'est SON projet.* » (Sophie_3 : 8). On peut en conclure que les intervenantes se voient comme des actrices au second plan des interventions. Elles expliquent leur retrait par le fait qu'il s'agit de démarches « *personnelles* ». Certaines disent aussi clairement qu'il s'agit d'une composante non pas uniquement de la relation, mais aussi de leur rôle. Par exemple, lorsque Cécile dit à Michel : « " (...) moi je suis ton coffre à outils à côté, mais la construction de tout ça, c'est toi qui la fais!" » (Cécile_2 : 25)

Aussi, Sophie présente ce désinvestissement comme étant une « *technique* » d'intervention vers l'engagement d'autrui; se désengager pour encourager la personne accompagnée à se tourner vers l'intervenante : « (...) *on les laisse s'enfarger pour développer leur capacité à demander de l'aide.* » (Sophie_2 : 24). Une stratégie qui consiste à *générer un vide artificiel* dans la relation, pour augmenter la dépendance. C'est une manière de faire en sorte qu'à la rencontre suivante, la personne s'engage dans les démarches, mais aussi dans une négociation dans laquelle son autonomie est moins centrale. Paradoxalement, le « choix » d'être engagé dans la relation apparaît alors comme le fruit d'une décision autonome prise par la personne accompagnée, et non imposée par l'intervenante.

Tout autant, que l'on constate que lorsque les professionnelles désapprouvent de la posture de la personne accompagnée dans la relation, elles tendent d'établir une distance. Progressivement, elle en arrive à remettre en question cette dynamique relationnelle et considèrent que la responsabilité de s'engager relève d'abord et avant tout de la personne accompagnée.

Moi ça fait déjà un an que je (hésite)...des fois je laisse des silences, je laisse des conversations en plan, et c'est tout à fait conscient. De dire...avant on était très maternantes ou très avenantes, jusqu'à aller lui proposer de NOUS-MÊMES en faire plus pour lui. Ce n'était même pas lui qui le demandait (...) et là...ouf, non. Tu vas au moins le demander à la limite! (...) C'est la constatation que d'être plus maternelle le maintenait, le confortait possiblement, dans un rôle de victime qu'il semble embrasser. (Cécile_2 : 24-5)

Ce que Cécile qualifie d'attitude « *maternelle* » implique une posture de soins, de protection et de soutien réconfortant, qui s'accompagne d'un lien dépendant. C'est ce qui l'amène à jouer de son pouvoir pour mettre de l'avant une posture d'engagement conditionnel à celui de la personne accompagnée. Sans demandes, elle désinvestit l'intervention. Cette idée de ne pas investir un registre du « care », on le retrouve aussi lorsque les intervenantes ont l'impression que leur investissement dans la relation l'intervention est plus grand que celui de la personne accompagnée.

Par ailleurs, il est parfois difficile de distinguer quand le désengagement de l'intervenante, justifié par l'autonomisation de la personne accompagnée, est empreint de libération ou entraîne

plutôt un désinvestissement. Par exemple, concernant un accompagnement dans un guichet de services publics, l'intervenant nous dit qu'il considère qu'il n'a pas à accompagner la personne, car il a confiance qu'elle peut faire sa demande sans lui.

Et étant donné que moi (hésite) je la vois débrouillarde, je l'ai laissé pour qu'elle aille toute seule faire sa demande au guichet du Centre local d'emploi. (...) La seule (hésite) raison de l'accompagner, c'était qu'elle ne savait pas comment se rendre. Mais, je trouve qu'elle est capable de se débrouiller pour cette sorte de démarche en tout cas. (Javier_2 : 5)

L'intervenant place sa confiance dans les capacités de la personne à mener à bon port ses projets et à respecter les ententes prises. Il l'accompagne pour un certain segment de la démarche (le transport), tel que demandé par la personne accompagnée, puis ne poursuit pas cet accompagnement lors d'un nouveau segment, car elle ne le demande pas.

Ainsi, tolérer les incertitudes, se traduit beaucoup à travers la notion de confiance; l'intervenante a confiance que la personne accompagnée effectue ses démarches, qu'elle est disciplinée et motivée. La confiance s'accompagne étroitement d'une posture de dépendance pour la professionnelle, soit de laisser le contrôle à la personne et de prendre le risque que les démarches ne soient pas faites, qu'elle stagne par manque de prise en charge qui viserait une activation, qu'elle n'ait pas les capacités pour accomplir la tâche, qu'elle ne puisse pas évaluer correctement quelles situations lui sont défavorables, etc.

Dans ces conditions, soit une impossibilité de rétablir la réciprocité qui fonde l'ordre interactionnel, les personnes accompagnées tout comme les intervenantes peuvent déployer leur autonomie ultime pour se désengager de la relation d'intervention. Pour les personnes accompagnées, cela consiste à s'extraire de la relation en quittant l'organisme ou en refusant d'écouter l'intervenante. Cette expression de leur autonomie n'est d'ailleurs pas toujours bien reçue par les professionnelles qui la questionnent ou tentent de les « conscientiser » aux retombées possibles du déploiement de leur autonomie. À leur tour, les professionnelles se désengagent du lien en refusant de prendre part à certains échanges, ignorant les demandes, changeant de sujet, etc. Elle accorde aussi moins d'attention à ce qui relève de l'habitude ou de la routine. Finalement, elles s'abstiennent d'être trop intimes dans la relation et se retirent des

accompagnements en faisant la promotion de l'autonomisation de la personne auprès de qui elles interviennent.

5.6. Conclusion

Dans le cadre de ce chapitre, dans l'optique de répondre à la question : *comment les interactions interventionnelles sont-elles des espaces d'observation des jeux d'autonomie et de pouvoir entre les intervenantes et les personnes accompagnées*, nous avons décortiqué comment chacun et chacune exerce du pouvoir en relation et comment se construisent les ententes ou mutualités dans ces interactions. Ainsi, l'intervention, pensée comme mise en relation, comme point de rencontre entre deux individus, fondé et solidifié sur la base d'interactions, est la matrice sur laquelle nous avons basé l'analyse des jeux d'autonomie que nous faisons dans ce chapitre. Plus précisément, nous nous sommes attardées aux stratégies mobilisées par chacune des parties, pour se désengager des relations ou des buts et démarches proposées par l'autre, comme une forme d'expression de leur autonomie en relation.

Nous avons tenté d'illustrer, de la manière la plus fine possible, un portrait des négociations qui émergent des *récits d'explicitation* de nos interviewées. Et ce, en nous appuyant sur les concepts facilitants de l'interactionnisme, telle l'élaboration des mutualités/réciprocités et de l'engagement/désengagement. C'est grâce à ces derniers que nous avons pu comprendre comment les intervenantes et les personnes qu'elles accompagnent cèdent de leur pouvoir en relation. De plus, les différentes formes de pouvoir (*pourvoir de* et *pourvoir sur*), mobilisées en interactions, nous laissent envisager que les relations d'intervention sont des jeux bidirectionnels de négociation.

C'est-à-dire, que nous avons constaté, en nous appuyant principalement sur notre corpus narratif, que les interactions interventionnelles *non-routinières*, sont empreintes de négociations, car elles comportent la rencontre de buts divergents. Qu'ils soient implicites, tacites ou en lien avec le rôle des intervenantes, ces buts mis de l'avant par chacun et chacune nourrissent les tiraillements. Dans ces contextes, les intervenantes mobilisent des stratégies pour engager la personne accompagnée quant aux buts qu'elle juge optimaux pour l'accompagnement. Elles se réfèrent à des ententes passées ou à des informations dévoilées par les personnes accompagnées pour argumenter que leur posture est celle dans laquelle elles

devraient s'engager. Mais lorsque ces dernières n'arrivent pas à engager les personnes accompagnées dans ces démarches, on constate qu'un désordre interactionnel s'installe. Le désordre interactionnel peut prendre la forme d'incompréhensions persistantes entre les intervenantes et les personnes accompagnées, dans le cadre de leurs échanges. D'ailleurs, à la lumière de l'analyse des récits *d'épisodes* d'intervention, on constate que ce sont principalement les personnes accompagnées qui créent ce désordre, notamment en *provoquant une instabilité relationnelle*, par une *démonstration d'émotivité*, voire d'agressivité. Les intervenantes semblent alors s'engager malgré elles dans les interactions.

Aussi, le désordre interactionnel et la rencontre de buts divergents peuvent être des matrices pour l'élaboration de mutualités, lorsque les deux parties mobilisent des efforts en ce sens. En ce qui concerne la manière dont les échanges mènent à une réciprocité, c'est principalement lorsque les professionnelles et les personnes accompagnées *cèdent de leur pouvoir* pour mettre l'interaction avant leurs buts individuels, se façonnent alors des compromis. *L'élaboration de familiarités* dans la durée solidifie ces réciprocités. Mais tout cela n'est possible que si les milieux d'intervention offrent aux professionnelles l'autonomie nécessaire pour pouvoir s'impliquer de manière souple et s'ajuster aux besoins des personnes accompagnées.

Par contre, lorsque les interactions demeurent impossibles, il s'installe un sein de la relation d'intervention un jeu où chacun et chacune tente de gagner ou reprendre le contrôle sur l'incertitude qui règne. Pour ce faire, les deux parties *marchandent* avec l'autre pour que ce soit leurs buts qui soient mis de l'avant. C'est ce qui arrive lorsque les intervenantes offrent des « *temps d'écoute* » aux personnes accompagnées, qui deviennent un levier pour les amener à investir une démarche, telle qu'elles font du sens pour les professionnelles. Les personnes accompagnées quant à elle jouent de leur autonomie et de leur pouvoir en relation, principalement en *refusant de dévoiler certaines informations* les concernant aux professionnelles. Celles-ci se retrouvent alors dépendantes de l'incertitude dans laquelle les places les personnes accompagnées, qui leur retirent leur pouvoir d'agir. La *mise en scène du risque* est également une manière pour les personnes accompagnées de gagner du pouvoir sur la situation en déstabilisant l'intervenante. Par contre, ces manifestations du risque sont rapidement investies par les professionnelles comme appui pour justifier des interventions qui contraignent ou limitent l'expression du pouvoir des personnes accompagnées – jugeant qu'elles

sont dans une posture favorable pour déterminer ce qui est préférable pour la personne accompagnée.

Finalement, lorsqu'ils et elles constatent que la réciprocité est impossible à rétablir, ils et elles déploient leur autonomie ultime qui consiste à s'extraire de la relation d'intervention. Ce *désengagement* est tantôt caractérisé par un refus en bloc pour les personnes accompagnées de s'engager dans les démarches proposées par les professionnelles et tantôt une manière pour les intervenantes de montrer aux personnes accompagnées qu'elles aussi ne s'engageront pas dans les échanges qu'elles proposent. D'ailleurs, les intervenantes demandent des personnes de justifier leur désengagement de la relation, dynamique que nous n'avons pas constatée dans l'autre sens interactionnel. Aussi, les intervenantes disent s'extraire des relations pour favoriser l'autonomie des personnes accompagnées et nous constatons, dans ce contexte, qu'il est parfois difficile de distinguer quand le désengagement de l'intervenante est empreint de libération pour celles-ci ou entraîne plutôt un sentiment de désinvestissement et d'abandon pour la personne accompagnée.

On peut donc dire que les négociations sont des espaces d'échanges, de résolution des tensions et de construction du sens de la relation. Les acteurs et actrices, à tour de rôle, imposent les règles du jeu, de par leur engagement ou leur désengagement au sein de l'intervention. Conséquemment, alors que nous avons exploré dans le cadre de ce chapitre la manière dont chaque groupe d'acteurs et d'actrices met en œuvre des stratégies qui contribuent à former la dynamique de la relation interventionnelle, on peut en conclure que les stratégies de contraintes et de déploiement de l'autonomie sont bidirectionnelles.

En tout et pour tout, ce qui nous a particulièrement étonné quant aux relations dynamiques entre l'autonomie des professionnelles et celle des personnes accompagnées, au cœur des récits des *épisodes* d'intervention, est que les personnes accompagnées contribuent aussi à élaborer l'intervention en l'influençant. Nous avions d'abord cru que le rôle de construction des interventions était uniquement celui des intervenantes. Nous avons aussi été étonné de constater que les professionnelles tendent à distinguer l'autonomie et l'accompagnement comme étant des silos distincts, et ce, à travers les stratégies de désengagement qu'elles mobilisent sous le couvert de l'autonomisation.

6. Conclusion

Sur la base de questionnements émergeant d'une connaissance expérientielle des pratiques d'intervention en santé mentale, nous avons voulu décortiquer la spécificité de certaines d'entre elles, à travers la lunette du concept de l'autonomie. Étant confrontés à un discours sur *l'empowerment*, en tant que finalité, bien plus que comme processus (Dorvil, 2007) nous avons posé la question de départ suivante, pour alimenter ce mémoire : *comment se traduit l'autonomie dans les pratiques d'intervention en santé mentale dans des organismes communautaires?* Nous avons fait le pari d'y répondre tout d'abord, en s'attardant au contexte qui module les pratiques, puis aux jeux interactifs en leur sein.

Pour mieux saisir les spécificités des pratiques d'intervention en contexte communautaire, il nous fallait d'abord comprendre que le contexte social et organisationnel de prise en charge de la santé mentale au 21^e siècle définit le contour des pratiques des professionnelles de l'intervention. À cet égard, nous voulions explorer les conditions de la mise en relation au sein des pratiques d'intervention, comme *action située*, à travers la lunette des intervenantes. Ainsi, en passant en revue les principales conclusions de ce mémoire, il nous est possible de comprendre les spécificités de l'intervention en santé mentale dans un contexte communautaire (*chapitre 4*), à travers la relation dynamique entre l'autonomie des professionnelles et celle des personnes accompagnées (*chapitre 5*). 0

Pour ce faire, nous avons d'abord exploré les relations entre l'autonomie des professionnelles de l'intervention et les conditions de leur milieu de pratique communautaire –qui déterminent leurs possibilités d'action. Nous avons découvert qu'il y a des contraintes (organisationnelles et relationnelles) qui déterminent leurs interventions, tout comme, elles possèdent aussi une large marge de manœuvre pour intervenir. Cette marge de manœuvre s'appuie divers registres (autres que ceux organisationnels), tels leur formation, leurs valeurs, leurs savoirs expérientiels, etc., que les professionnelles mobilisent pour construire leurs interventions. Bien qu'elle comporte une part de responsabilité, nous avons aussi constaté que cette marge de manœuvre leur permet de déployer leur pouvoir discrétionnaire pour répondre aux besoins des personnes qu'elles accompagnent. À la lumière de ces éléments et à travers leur regard, nous pouvons décrire leurs pratiques comment étant soi plus arrimées aux cadres organisationnels des milieux

communautaires dans lesquels elles travaillent ou plus personnalisées et synchronisées à la spécificité des besoins et des parcours des personnes accompagnées.

Par contre, les pratiques ne se définissent pas seulement selon ce qui régit l'autonomie des professionnelles, elles se forment aussi au contact des personnes accompagnées. Nous avons alors exploré comment ces interventions rencontrent parfois, dans les espaces de construction de la relation, des résistances. Entre autres, lorsque les intervenantes et les personnes accompagnées n'ont pas les mêmes buts, c'est-à-dire, lorsqu'elles ne visent pas les mêmes démarches. En ce sens, nous avons découvert que les interventions en santé mentale sont des jeux bidirectionnels de négociation du pouvoir. On peut les penser comme des jeux d'autonomie où chacun et chacune exerce son pouvoir pour gagner du contrôle sur la relation ou favoriser la construction des réciprocitys. On distingue donc deux types d'interactions interventionnelles. D'une part celles qui sont caractérisées par un désordre interactionnel, soit, une rupture de l'interaction produite par une incompréhension persistante dans les échanges. Dans ces contextes, les intervenantes semblent engagées dans la relation malgré elles. Et d'autre part, celles qui sont caractérisées par la construction de mutualités, où les deux parties cèdent de leur pouvoir pour travailler conjointement. Rappelons par contre que ces interactions dépendent toujours de la marge de manœuvre qu'ont les professionnelles au sein de leur milieu de pratique. En outre, la marge de manœuvre des professionnelles permet soit d'augmenter ou de réduire le pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Le tout, nous permet de saisir comment la dynamique entre l'autonomie des intervenantes et celle des personnes accompagnées fait ressortir certaines spécificités de l'intervention en santé mentale dans un contexte communautaire. Au final, nous tirons de ce travail analytique, réalisé à l'aide de matériel recueilli auprès d'intervenantes communautaires en santé mentale, les quatre grandes conclusions qui suivent.

Premièrement, pour mieux comprendre la place de l'autonomie dans les pratiques d'intervention, il faut s'intéresser à la manière dont ce concept relève avant tout d'une mise en relation. Une relation qui est empreinte de jeux de pouvoir et de dépendance. Pour ce faire, nous avons exploré, à travers les *récits d'explicitation* des professionnelles, les stratégies mises de l'avant par chacune des parties (professionnelles et personnes accompagnées) pour jouer de son autonomie en relation. À la lumière de quoi, nous pouvons conclure que les personnes

accompagnées exercent leur pouvoir de diverses façons pour résister aux interventions, leur accordant plus d'influence sur les pratiques que ce que l'on pourrait croire. Le tout, nous amenant à constater que les pratiques d'intervention dépendent de l'autonomie exercée par la personne accompagnée, qui structure et contrôle ce que l'intervenante peut réaliser. C'est-à-dire, que la personne accompagnée est tout autant celle qui construit l'intervention que la professionnelle. En complément, nous avons aussi découvert que les intervenantes sont parfois, malgré elles, obligées de contrôler la situation d'intervention, pour répondre aux exigences organisationnelles qui pèsent sur leurs épaules. Pour ce faire, elles en viennent à imposer des limites, qui diminuent le contrôle qu'elles laissent aux personnes accompagnées sur la mise en œuvre de leurs démarches.

Deuxièmement, en s'attardant aux dynamiques interactionnelles nous avons pu dénoter que les intervenantes investissent parfois le principe d'autonomisation des personnes qu'elles accompagnent comme stratégie de désengagement de leurs pratiques. Nous avons vu dans le cadre du *chapitre 4* que les professionnelles de l'intervention possèdent un pouvoir de définition -vecteur de leur autonomie - des situations d'intervention dans lesquelles elles se retrouvent, mais qu'il persiste aussi une réalité basée sur des contingences et des contraintes. Dans cette mesure, les accompagnements qu'elles peuvent offrir ont une finitude. Investir l'autonomie de la personne accompagnée peut alors être une manière détournée de sélectionner ou de réduire les services qui lui seront offerts. Plus encore, elles en viennent à scinder les pratiques favorisant l'autonomie de celles d'accompagnement. Nous en concluons que le désengagement de la relation d'intervention est parfois présenté comme symbole ultime de l'autonomie des personnes accompagnées. En complément, il faut envisager qu'un discours centré sur l'autonomisation des personnes qui sollicitent les services des organismes communautaires dans le cadre de leur parcours de soin et services ne peut être possible que dans un contexte où les professionnelles qui travaillent directement en relation avec elles ont la marge de manœuvre nécessaire pour les accompagner dans l'expression de cette autonomie, selon la spécificité de leurs besoins et de leurs parcours de vie.

Troisièmement, les récits de pratiques des intervenantes rencontrées nous ont permis de comprendre que lorsque les intervenantes ont moins d'autonomie professionnelle, cela impacte directement l'autonomie laissée à la personne accompagnée dans le cadre de la relation. On

considère cette dynamique telle une autonomie en « cascade ». C'est-à-dire, que lorsqu'elles sont contraintes par un ensemble de facteurs, qui les amènent à mobiliser diverses stratégies pour jongler avec leurs rôles et responsabilités, tel que nous l'avons exploré au sein du *chapitre 4*, elles mettent en œuvre des pratiques de nature plus coercitives et limitent l'expression de l'autonomie des personnes accompagnées. Par contre, selon leur discours, on peut conclure que plus leur marge de manœuvre est grande et plus leurs accompagnements sont souples.

Quatrièmement, on a pu constater que lorsque les intervenantes justifient l'exercice de leur pouvoir, c'est vis-à-vis de leur milieu de pratiques qu'elles le font. Alors que les personnes accompagnées le font dans le cadre de la relation d'intervention, auprès de l'intervenante. On dénote alors une hiérarchie qui se joue dans les relations d'autonomie, dans la mesure où tous et toutes ont une « reddition de compte » à faire. Pour les intervenantes, c'est auprès de l'organisation qui les emploie. Pour les personnes accompagnées, c'est auprès de l'intervenante qui les accompagne.

Finalement, cette relation entre le cadre organisationnel et ce qui se joue en relation est un élément que nous avons pu retrouver à même le discours d'une de nos interviewées.

L'intervention ce n'est pas juste moi qui...tu sais, ça se fait à 2, ça se construit à 2; de A à Z! Donc, en termes d'autonomie, autant pour moi, que pour eux, c'est une co-construction. Que ça soit dans la définition des objectifs, que ça soit dans la manière qu'on échange, que ça soit dans le support. Ça se fait ensemble! C'est sûr que dans le contexte...les règles de l'organisme ça vient un peu brimer ça quelque part. Dans le sens que oui, on peut faire ça ENSEMBLE...mais peut-être aussi que c'est utopique! Parce qu'on a un cadre à respecter, donc on ne peut pas juste, lui et moi, se bâtir...tu sais, il faut qu'on parte avec...on a un certain cadre à respecter. Donc, OUI on peut construire ou co-construire ensemble, mais ça doit se faire déjà à l'intérieur de ce cadre-là! Donc ça, ça vient limiter cette autonomie! Autant de ma part, BEAUCOUP de ma part (rires), et pour eux aussi! (Angela_3 : 28)

Par curiosité intellectuelle, à la fin des entretiens d'explicitation réalisés avec chacune de nos six interviewées, nous leur avons posé la question suivante : *quelle est la place de l'autonomie au sein de vos interventions?* Dubitatives, plusieurs nous ont demandé si la question portait sur la leur ou celle des personnes qu'elles accompagnent. Cela nous laisse croire, que l'enjeu se situe bel et bien aux deux niveaux. Aussi, la plupart nous ont répondu en fonction de ce qui est attendu d'elles : qu'elles favorisent l'expression de l'autonomie des personnes accompagnées,

dans le cadre de pratiques alternatives, où l'on fait la promotion du pouvoir des personnes accompagnées, les laissant être maîtres de leurs décisions et de leurs parcours, etc. Quant à leur autonomie professionnelle, elles nous ont parlé de la philosophie des milieux communautaires : empreinte par des pratiques autonomes, libres et basées sur leurs conceptions de l'intervention. Par contre, lorsque nous nous attardons à leurs récits de pratiques et aux jeux d'autonomie entre : les professionnelles, leurs milieux de pratique et les personnes qu'elles accompagnent, ceux-ci sont bien plus complexes et empreints de tiraillements, que leur représentation de l'autonomie –Angela étant la seule à l'avoir présenté ainsi. Par contre, nous croyons que cet effort de déconstruction et d'analyse de leurs pratiques, tel qu'expérimenté par les interviewées lors de *l'entretien d'explicitation*, pourrait susciter une réflexion quant aux enjeux qui les traversent, souvent à leur insu (Fabre, 2006).

À la lumière de ces constats, nous aimerions soulever des pistes réflexives quant aux manières de penser de paire les interventions psychosociales en santé mentale et le concept d'autonomie. En effet, pour sortir de cette impasse quant à la dynamique autonomisation/accompagnement, nous aimerions proposer de penser les pratiques *d'empowerment* selon cette vision d'Ennuyer (2013), qui nous invite à faire preuve de nuances, quant à un usage interchangé de l'expression dépendance et perte d'autonomie. Si les deux concepts sont souvent présentés comme équivalents, cette équivalence impliquerait que la dépendance est la condition de personnes ne pouvant plus décider de la manière dont elles souhaitent vivre, et ce, dès le moment où elles demandent de l'aide ou de l'accompagnement. On pourrait plutôt privilégier l'usage du concept perte d'autonomie, pour décrire le pôle opposé à l'autonomie. On peut alors, s'appuyer sur le concept « dépendance/lien social » (Ennuyer, 2013) pour penser les formes de l'autonomie et de la mise en relation.

Aussi, nous croyons qu'une réflexion sur le concept « d'autonomie » bonifierait les pratiques d'intervention en santé mentale. En effet, à la lumière de l'ouvrage collectif de philosophie *Autonomy and Mental disorder* (Radoilska, 2012), nous proposons un découpage des niveaux de l'autonomie en trois volets : l'autonomie *réflexive*, *décisionnelle* et *exécutive*, qui permet, nous l'espérons, d'en penser la complexité en relation.

L'autonomie *réflexive*, renvoi aux capacités de chacun et chacune de comprendre, mettre en mot et désigner sa réalité. Dans un système de soins et de services où l'intervention précoce a pour

résultat l'identification et l'étiquetage (par le diagnostic psychiatrique), dès un très jeune âge, des problèmes de santé mentale, ce sont les premières formes d'un bris de l'autonomie *réflexive*. En ce sens, très tôt dans la « prise en charge » médicale et thérapeutique (parfois des années avant la rencontre entre une intervenante et une personne accompagnée), il y a une perte d'autonomie *réflexive* pour la personne à qui on a apposé une étiquette. Ne pas avoir les mots pour interpréter ou communiquer une situation de domination, tel que le sentiment d'être étiqueté injustement a pour conséquence d'amener les individus à se taire sur leur réalité ou encore se blâmer pour celle-ci (Carel et Kidd, 2014). Ainsi, le travail de définition de sa (ses) problématique(s) de santé mentale s'avère crucial dans la mise en place de mesures de pleine citoyenneté pour les personnes accompagnées (Collins et Ison, 2006). Un vecteur d'autonomisation serait d'offrir la possibilité aux individus souffrants de prendre part à la (co)construction d'un savoir sur leur réalité. Cela permettrait aussi de réduire les injustices épistémiques subies par les personnes, dans le cadre de leur parcours d'accompagnement (Fricker, 2007, Carel et Kidd, 2014). L'intervention devient alors un accompagnement dans la recherche du sens à donner à un événement vécu, dans la trajectoire de vie de chacun et chacune. Par contre, la valorisation de cette autonomie *réflexive* peut rapidement se transformer en sommation morale à identifier les manifestations de son mal-être, dans une optique de « protection » personnelle et sociale contre le « risque ». Elle prend alors la forme d'une auto-surveillance.

De plus, au-delà de la capacité à penser qui nous sommes, l'autonomie s'ancre aussi dans les capacités que nous avons tous et toutes à pouvoir décider ce que nous souhaitons voir arriver dans nos parcours de vie, soit une autonomie *décisionnelle*. Par ce niveau d'autonomie, nous entendons la capacité des individus à prendre une décision libre d'influence. L'autonomie *décisionnelle* de chaque personne qui entre dans une quête de services de soutien en santé mentale dépend étroitement de ses capacités à s'informer sur les différents services s'offrant à elle, puis sur les modalités d'accès à ceux-ci. En ce sens, tenir pour acquis que l'accès à l'information ne nécessite pas un capital social, intellectuel ou autre est une forme d'entrave à l'autonomie *décisionnelle* des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale. C'est un facteur de renforcement des inégalités de position entre elles et les professionnelles de l'intervention. Pour favoriser l'autonomie *décisionnelle*, au-delà de l'accès à l'information, il

faudrait nourrir la connaissance; les personnes accompagnées devraient être en mesure d'avoir accès à un deuxième niveau d'apprentissage : «apprendre à apprendre» (Collins et Ison, 2006). Soit, savoir comment contester les normes, les politiques et leurs objectifs qui leur sont offerts et parmi lesquels ils ne peuvent que choisir. En ce sens, le travail d'information ne se résume pas seulement à recevoir de façon unilatérale; une information subjectivement sélectionnée par les professionnelles de l'intervention, mais bien à connaître et pouvoir contester sa réalité. Par contre, le glissement se fait rapidement vers un idéal d'autonomie centré sur un «agent qui décide et agit par lui-même» (Ehrenberg, 2014 :112). Il possède des droits, ainsi que les devoirs qui les accompagnent. Ainsi, en intervention, cette valorisation de l'autonomie *décisionnelle* peut être pervertie et instrumentalisée.

Le troisième palier serait celui d'une autonomie *exécutive*, qui « (...) correspond à l'ensemble des réalisations qu'[une personne] est en mesure d'atteindre, ensemble dans lequel [elle] est à même de choisir sa vie» (Oboeuf et al, 2016:179). Cela transcende le simple fait de choisir, dans la mesure où il y a conversion des décisions en accomplissement. Ainsi, la liberté d'expérimenter et de faire des erreurs est soutenue; favorisant l'accès à l'indépendance et la liberté d'action (Lillehammer, 2012). L'autonomie *exécutive* pour la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale ce n'est donc pas « (...) seulement choisir la vie [qu'elle] désire mener (...) c'est aussi mener réellement la vie [qu'elle s'est] choisie » (Oboeuf et al, 2016:195). L'accompagnement peut alors prendre la forme d'un soutien dans la réalisation de son autonomie *décisionnelle*, soit sa concrétisation en actions (autonomie *exécutive*). Par contre, c'est aussi une perspective que l'on peut rapprocher de la vision du « social actif » et des politiques sociales visant à lutter la « dépendance » des individus vulnérables au système social de soins et de services, en les rendant « actifs ».

C'est pourquoi dans le cadre de recherches futures, nous souhaiterions voir émerger une conception plus fine et décortiquée de l'autonomie, qui prend en compte ces trois paliers et leur potentielle forme de pervertissement, pour comprendre comment elles se traduisent au sein des pratiques d'intervention en santé mentale. Pour ce faire, il va de soi qu'il importe aussi d'inclure les représentations des principaux et principales concernés quant à leur autonomie dans la relation d'intervention; les personnes accompagnées.

Bibliographie

- ALLAIN, Sophie. « La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale », *Négociations*, vol. 2, n°2, 2004, p. 23.
- ANADON, Marta et François GUILLEMETTE. « La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? », *Recherches qualitatives*, vol. 5, Hors Série, 2006, p. 26-37.
- BACQUÉ, M. H., et BIEWENER, C. « L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation? », *Idées économiques et sociales*, vol. 3, 2013, p. 25-32.
- BEAL, Georgiana. *Habit Does the Work of Reason: The Constitution of Community Between People Diagnosed with Schizophrenia and Their Friends*, Thèse présentée au département de sociologie, Université de Montréal, 1996, 381p.
- BECKER, Howard S. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York, Macmillan. 1963, 179p.
- BERTAUX, Roger et Philippe HIRLET. « Les acteurs de l'intervention sociale entre hétéronomie et autonomie du travail », *Vie sociale*, vol. 1, n. 1, 2012, p. 157.
- BLUMER, Herbert. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, University of California Press, 1986, 224p.
- BOLTON, Derek et Natalie BANNER. «Does mental disorder involve loss of personal autonomy», dans RADOILSKA, Lubomira (dir.), *Autonomy and Mental Disorder*, New York, Oxford University Press, 2012, p. 76-97.
- BOURQUE, Denis. « L'approche communautaire en centre local de services communautaires : les enjeux en cause et les conditions requises », *Service social*, vol. 34 n. 2-3, 1985, p.328–339.
- BOURQUE, Reynald et Christian THUDEROZ. *Sociologie de la négociation*, Paris, Découverte-Syros, 2002, 274p.
- BRESSON, Maryse. « La psychologisation de l'intervention sociale: paradoxes et enjeux », *Informations sociales*, n. 1, 2012, p. 68–75.
- BRONCKART, J-P et al. « Agir et discours en situation de travail », Cahier de la section des sciences de l'éducation, n. 103, 2004, p. 312.

- BRUM SCHÄPPI, Paula. *Intervenir auprès des jeunes au Québec : sociologies implicites*, Mémoire présenté au département de sociologie, Université de Montréal, 2008, 183p.
- CAREL, Havi et Ian James KIDD. « Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis », *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 17, n. 4, 2014, p. 529-40.
- CASTEL, Françoise, Robert CASTEL et Anne LOVELL. *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Paris, Grasset, 1979, 366p.
- CASTEL, Robert. « De l'intégration social à l'éclatement du social : l'émergence, l'apogée et le départ à la retraite du contrôle social », *International Review of Community Development*, n. 20, 1988, p. 67-78.
- CASTEL, Robert. *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit, 1981, 224p.
- CEFAI, Daniel et Edouard GARDELLA. « Comment analyser une situation selon le dernier Goffman? », dans PERREAU, Laurent et Daniel CEFAL (dir.), *Erving Goffman et l'ordre de l'interaction*, Paris, PUF, 2012, p. 230-263.
- CLÉMENT, Michèle. « La participation, les temps de la parole et le mouvement des usagers des services de santé mentale au Québec », *Le partenaire*, vol. 20, n° 2, 2011, p. 4-13.
- CLÉMENT, Michèle. « Participation publique et santé mentale: la réponse contrastée et inachevée des utilisateurs de services », *Santé mentale au Québec*, vol. 40, n. 1, 2015, p. 81-100.
- CLÉMENT, Michèle, Lucie GÉLINEAU et Anaïs-Monica MCKAY (dir.). *Proximités: lien, accompagnement et soin*, Québec, Presses de l'Université du Québec, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales, n. 40, 2009, 386p.
- CLÉMENT, Michèle et Steve PAQUET. « Guérir comme responsabilité. Santé mentale, droits et accompagnement », dans dir. GAGNON, Éric et Francine SAILLANT., *De la responsabilité : Éthique et Politique*, Liber, France, 2006, p. 237-254.
- CLOUTIER-VILLENEUVE, Luc et Julie RABEMANANJARA, « Cap sur le travail et la rémunération : Portrait de la situation des Québécoises sur le marché du travail au cours des 35 dernières années », *Travail et Rémunération*, n. 2, Institut de la statistique du Québec, 2016, p.11.

- COLLINS, Kevin et Raymond ISON. «Dare we jump off Arnstein's ladder? Social learning as a new policy paradigm», Edinburg, Proceedings of Participatory Approaches in Science & Technology Conference, 2006.
- COMBESSIE, Jean-Claude. « L'entretien semi-directif », dans COMBESSIE, Jean-Claude (dir.), *La méthode en sociologie*. La Découverte, 2007, p. 24-32.
- DAVIS, Kenneth. *Discretionary Justice: a Preliminary Inquiry*, Illinois, University of Illinois Press, 1976, 248p.
- DE GAULEJAC, Vincent, Fabienne HANIQUE et Pierre ROCHE (dir.). *La sociologie clinique: enjeux théoriques et méthodologiques*, Ramonville Saint-Agne, Erès, coll. Sociologie clinique, 2007, 398p.
- DORVIL, Henri. « Autonomie et santé mentale : relation complexe, mais possible et souhaitable », dans Barreau du Québec (dir.). *Autonomie et Protection*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007, p. 297–316.
- DORVIL, Henri. « La maladie mentale comme problème social », *Service social*, vol. 39, n°2, 1990, p. 44–58.
- DORVIL, Henri. « La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n°1, 1987, p. 55–65.
- DORVIL, Henri. « Réinsertion sociale et regards disciplinaires », dans *Problèmes sociaux Tome II Études de cas et interventions sociales* », Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2001, 700p.
- DRAKE, Robert E., George SZMUKLER, Kim T. MUESER et Graham THORNICROFT. «Introduction to community mental health care», dans THORNICROFT, Graham, George SZMUKLER, Kim T. MUESER et Robert E. DRAKE (dir.), *Oxford text book of community mental health*, New York, Oxford University Press, 2011, p. 3-8.
- DUFORD, Julie. *L'accès aux soins de santé mentale : Le discours des jeunes en difficulté*, Mémoire remis au département d'anthropologie, Université de Montréal, 2013, 133p.
- DUPUIS, Alain et Richard DÉRY. « Les formes organisationnelles selon Henry Mintzberg », *Cahier d'apprentissage : Outils théoriques*, 2013, p. 257-266.
- EHRENBERG, Alain. «Faire société à travers l'autonomie», *Care et professions de santé*, n. 76, 2014, p.107-118.

- EHRENBERG, Alain. « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, 2004, p. 133–156.
- EHRENBERG, Alain. « La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale », *Cahiers de recherche sociologique*, n. 41-42, 2005, p. 17–41
- EHRENBERG, Alain. « La société du malaise: Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie », *Adolescence*, vol. 77, n. 3, 2011, p. 553-570.
- EHRENBERG, Alain. « L'autonomie n'est pas un problème d'environnement, ou pourquoi il ne faut pas confondre interlocution et institution », dans JOUAN, Marlène et Sandra LAUGIER (dir.). *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p. 219-235.
- EHRENBERG, Alain. « Nervosité dans la civilisation : du culte de la performance à l'effondrement psychique », *Université de tous les savoirs*, Paris, Odile Jacob, 2001, p.83-97.
- EHRENBERG, Alain et Anne LOVELL. *La maladie mentale en mutation: Psychiatrie et société*, Paris, Jacob, 2000, 311p.
- ENNUYER, Bernard. « Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse », *Le sociographe*, vol. Hors-série 6, n. 5, 2013, p. 139-157.
- EVANS, Tony. « Professionals, Managers and Discretion: Critiquing Street-Level Bureaucracy », *British Journal of Social Work*, vol. 41, n. 2, 2011, p. 368-86.
- FABRE, Michel. « Analyse des pratiques et problématisation : quelques remarques épistémologiques », *Recherche et formation*, n. 51, 2006, p. 133-145.
- FINE, Gary Alan. « Agency, Structure, and Comparative Contexts: Toward a Synthetic Interactionism », *Symbolic Interaction*, vol. 15, n. 1, 1992, p. 87-107.
- FINE, Gary Alan. « On the Macrofoundations of Microsociology: Constraint and the Exterior Reality of Structure », *The Sociological Quarterly*, vol. 32, n. 2, 1991, p. 161-77.
- FLEURY, Marie-Josée, Guy GRENIER, QUÉBEC (PROVINCE) et Commissaire à la santé et au bien-être. *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec, Commissaire à la santé et au bien-être Québec, 2013, 243p.
- FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976, 688p.

- FOUCAULT, Michel. «Leçon du 23 janvier 1974», dans *Le pouvoir psychiatrique*, Paris, Seuil-Gallimard, 2003, 393p.
- FRICKER, Miranda. *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*, Oxford ; New York, Oxford University Press, 2007, 208p.
- FRIEDBERG, Erhard. « Pouvoir et négociation », *Négociations*, vol. 12, n. 2, 2009, p. 15-22.
- GAGNÉ, Jean. « Le «virage ambulatoire» en santé mentale: un détour qui évite l'alternative? », *Santé mentale au Québec*, vol. 21, n° 1, 1996, p. 15–25.
- GAGNÉ, Jean. « L'approche alternative en santé mentale », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 9, n° 2, 1996, p. 137–146.
- GEAY, Bertrand. « L'impératif d'autonomie... et ses conditions sociales de production », dans JOUAN, Marlène et Sandra LAUGIER (dir.). *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p.151-168.
- GODBOUT, Jacques. «Professionnalisme et pouvoir des usagers», dans HAMEL, Pierre, Jean-François LÉONARD et Robert MAYER (dir.), *Les mobilisations populaires urbaines*, Montréal, Nouvelle Optique, 1982, p.343-349.
- GOFFMAN, Erving. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, États-Unis, Anchor, 1961, 400p.
- GOFFMAN, Erving. *Frame Analysis : An Essay on the Organization of Experience*, New York, Harper, 1974, 600p.
- GOFFMAN, Erving. *La présentation de soi. La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1973, 256p.
- GOFFMAN, Erving. « La situation négligée », dans WINKIN, Y. (dir). *Les moments et leurs hommes*, Paris, Seuil/ Minuit, 1988, p.143-149.
- GOFFMAN, Erving. « The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address », *American Sociological Review*, vol. 48, n. 1, 1983, p. 1-17.
- HAMEL, Jacques. *Étude de cas et sciences sociales*, Paris, L'Harmattan, 1997, 124 p.
- HEAL, Jane. «Mental Disorder and the Value(s) of autonomy», dans RADOILSKA, Lubomira (dir.), *Autonomy and Mental Disorder*, New York, Oxford University Press, 2012, p.2-25.

- HOWE, D. «Knowledge, power and the shape of social work practice», dans DAVIES, Martin (dir.), *The Sociology of Social Work*, London, Routledge, 1991, 259p.
- HUPE, Peter et Michael HILL. « Street-Level Bureaucracy and Public Accountability », *Public Administration*, vol. 85, n. 2, 2007 p.279-299.
- ISRAËL, Checkoway, A. SCHULTZ et M. ZIMMERMAN « Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational and Community Control ». *Health Education Quarterly*, vol. 2, n. 21, 1994, p.149-170.
- JUHILA, K. et al. «Accepting and Negotiating Service Users' Choices in Mental Health Transition Meetings», *Social Policy and Administration*, vol. 49, n. 5, 2015, p. 612-628.
- KNORR-CETINA, K. « The synthetic situation: Interactionism for a global world ». *Symbolic Interaction*, vol.32, n.1, 2009, p.61-87.
- LABERGE, Danielle. « D'une forme instituée à une autre: considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation », *Revue internationale d'action communautaire*, n° 19, 1988, p. 33–40.
- LAHIRE, Bernard. « Nécessité théorique et obligations empiriques », *Revue du MAUSS*, vol. 27, n. 1, 2006, p. 444-452.
- LAMBOY, Béatrice. « La santé mentale : état des lieux et problématique », *Santé Publique*, vol. 17, 2005, p. 583-596.
- LAMOTHE, Jacqueline (dir.), *Guide de féminisation ou la représentation des femmes dans les textes*, UQAM, 2017, 23p.
- LAMOUREUX, Jocelyne. *L'articulation paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires, dans le domaine de la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1994, 235p.
- LEMOINE, E. et al. « Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie », *Éthique & Santé*, vol. 11, n. 2, 2014, p. 85-90.
- LEFRANÇOIS, Brenda A., Robert MENZIES, et Geoffrey REAUME. « Introducing Mad Studies », dans LEFRANÇOIS, Brenda A., Robert MENZIES, et Geoffrey REAUME, *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, Canadian Scholars' Press Inc., 2013, p.1-22.

- LÉMONIE, Yannick. « La coproduction de l'intersubjectivité et ses effets constructifs sur l'expérience individuelle », dans MOUCHET, Alain (dir.). *L'entretien d'explicitation: usages diversifiés en recherche et en formation*, Paris, L'Harmattan, 2014, 302p.
- LESSARD, Michaël et Suzanne ZACCOUR. *Dictionnaire critique du sexisme linguistique*, Éditions Somme Toute, 2017, 264p.
- LÉVINAS, Emmanuel. *Autrement qu'être, ou au-delà de l'essence*, Paris, LGF, coll. Biblio Essais, 1990, 288p.
- LILLEHAMMER, Hallvard. « Autonomy, value and the first person », dans RADOILSKA, Lubomira (dir.), *Autonomy and Mental Disorder*, New York, Oxford University Press, 2012, p. 192-213.
- LIPSKY, Michael. « Street-level bureaucracy and the analysis of urban reform », *Urban Affairs Quarterly*, vol. 6, n°4, 1971, p. 391–409.
- LOVELL, Anne M. et Baptiste MOUTAUD. « Sociologie des troubles psychiatriques », dans GUELFY Julien-Daniel et Frédéric ROUILLON. *Manuel de Psychiatrie* (3ème éd.), Paris, Elsevier-Masson, 2017, p.93-104.
- MARTINEZ, Claudine. « L'entretien d'explicitation comme instrument de recueil de données », *Expliciter*, vol. 21, 1997, p. 2–7.
- MECHANIC, David. « Sources of Power of Lower Participants in Complex Organizations », *Administrative Science Quarterly*, vol. 7, n. 3, 1962, p. 349.
- MEMMI, Albert. *La Dépendance*, Gallimard, Paris, 1979, 224p.
- MERCIER, Céline et Deena WHITE. « La politique de santé mentale et la communautarisation des services », *Santé mentale au Québec*, vol. 20, n. 1, 1995, p. 17–30.
- MERTON, Robert K., *On Social Structure and Science*, Chicago, University of Chicago Press, 1996, 394p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Force des liens (PASM)*, Québec, La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 78p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique de santé mentale*, Québec, La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, 62p.

- MINTZBERG, Henry. *The Structuring of Organizations*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1979, 509p.
- MOL, Anne-Marie. *Ce que soigner veut dire: Repenser le libre choix du patient*, Paris, Presse de l'école des Mines, coll. Sciences sociales, 2009, 199p.
- MOUCHET, Alain. « Subjectivité des acteurs et observation des actions : propositions méthodologiques », dans MOUCHET, Alain (dir.). *L'entretien d'explicitation: usages diversifiés en recherche et en formation*, Paris, L'Harmattan, 2014, 302p.
- MUESER, Kim T. et S. GINGERICH. « Relapse prevention and recovery in patients with psychosis: The role of psychiatric rehabilitation » *Psychiatric Times*, vol. 28, n. 6, 2011, p.66-71.
- OBOEUF, Alexandre, et al. « Chapitre 10. Proposition d'une méthodologie par grille d'observation pour décrypter les capacités: illustration dans un pôle d'Activités et de Soins Adaptés », *Journal International de Bioéthique*, vol. 27, n. 1, 2016, p. 177–202.
- OTERO, Marcelo. *Les fous dans la cité-sociologie de la folie contemporaine*, Montréal, Boréal, 2015, 352p.
- OTERO, Marcelo. « Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation », *Cahiers de recherche sociologique*, n°41-42, 2005, p.5-15.
- OTERO, Marcelo. « Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine », *Cahiers de recherche sociologique*, n°41-42, 2005, p. 65–89.
- PAUGMAN, Serge, *La pratique de la sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008, 198p.
- PELLETIER, Jean-François. « Que la révolution patient-usager-citoyen se poursuive », *Santé mentale au Québec*, vol. 40, n°1, 2015, p. 11–17.
- PERRON, Nadine. « Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 18, n°1, 2005, p. 162–175.
- PIGEON, Marie-Ève et Daniel FORTIN. *Le suivi alternatif communautaire en santé mentale : un portrait de la clientèle, de la pratique et du contexte organisationnel*, Montréal, Service aux collectivités de l'UQAM, 2005, 80p.
- RACINE, Michel. « Quelle place peut prendre le chercheur dans l'interprétation du sens... du sens donné par les acteurs sociaux auprès de qui il fait sa recherche? », dans GUILLEMETTE,

- François et Colette BARIBEAU (dir.). *Actes du colloque Recherche qualitative : Les questions de l'heure*, Recherches qualitatives, Hors-série, n.5, 2006, p. 112–124.
- RADOILSKA, Lubomira. «Introduction: Autonomy and Mental Disorder», dans RADOILSKA, Lubomira (dir.), *Autonomy and Mental Disorder*, New York, Oxford University Press, 2012, 328p.
- RENAULT, Emmanuel. « Modèle du social et modèles de l'autonomie », dans JOUAN, Marlène et Sandra LAUGIER (dir.). *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p.253-66.
- RHÉAUME, Jacques et Robert SÉVIGNY. « Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, vol. 13, n. 1, 1988 p. 156-160.
- RIGAUX, Natalie. « Pour une autonomie relationnelle », *Documents Cleirppa*, cahier n. 45, 2012, p.16-19.
- RIVEST, Marie-Pierre. *Être « patiente » aujourd'hui : entre assujettissement normatif et résistances à l'imposition d'une carrière. Regards croisés sur des expériences au sein d'institutions contemporaines en santé mentale*, Thèse présentée à l'École de travail social, Université d'Ottawa, 2017, 422p.
- ROBERGE, Marie-Claude et Deena WHITE. « L'ailleurs et l'Autrement des pratiques communautaires en santé mentale au Québec », *Canadian Journal of Community Mental Health*, n. 19, vol. 2, 2000, p.31-56.
- ROBERGE, Marie-Claude et Deena WHITE. « Le communautaire dans les politiques de santé mentale: continuité ou innovation? », dans BOUCHARD, L. et D. COHEN, *Médicalisation et contrôle social*, Acfas, 1995, p.81-95.
- RADOILSKA, Lubomira. «Introduction: Autonomy and Mental Disorder», dans RADOILSKA, Lubomira (dir.), *Autonomy and Mental Disorder*, New York, Oxford University Press, 2012.
- RUGKASA, Jorun et al. «Trust, Deals And Authority: Community Mental Health Professionals' Experiences of Influencing Reluctant Patients», *Community Mental Health*, 2014, p.886-895.

- SAVOIE-ZAJC, L. « Validation des méthodes qualitatives », MUCCHIELLI, A. (dir.). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 1996, 303p.
- SENNETT, Richard. *Authority*, New York, Vintage Books, 1981, 232p.
- SÉVIGNY, Robert. « Les années '70 : la fin d'une époque ou le début d'une autre », *Santé mentale au Québec*, n. spécial du vingtième anniversaire de Santé mentale au Québec, 1996, p. 16-21.
- SÉVIGNY, Robert. « L'intervention communautaire : une notion encore à la mode », dans GIFRIC et COSAME (dir.), *Pour un réseau autonome en santé mentale*, 1987, p. 24-28
- SÉVIGNY, Robert (dir.) *L'intervention en santé mentale : premiers éléments pour une analyse sociologique*, Montréal, Les Cahiers du CIDAR, Département de sociologie, Université de Montréal, 1983.
- SÉVIGNY, Robert. «Santé mentale et processus sociaux», *Sociologie et Sociétés*, vol. 17, n. 1, 1985, p.5-14.
- STRAUSS, Anselm L. «Negociated order», dans STRAUSS, Anselm L. *Continual Permutations of Action*, New York, Aldine de Gruyter, 1993, 280p.
- STRAUSS, Anselm L. «Negociated order and the Co-ordination of Work», dans STRAUSS, Anselm L. et al. (dir.). *Psychiatric ideologies and institutions*, New York, Transaction Publishers, coll. Social Sciences Classics, 1981, 418p.
- STRAUSS, Anselm et Juliet CORBIN, «Grounded Theory Methodology: An Overview», dans DENZIN, Norman K. et Yvonna S. LINCOLN (dir.), *Handbook of Qualitative Research*, Californie, Thousands Oaks: Sage Publications, 1994, p. 273-285.
- TREMBLAY, Daniel et Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (CRDC). *Activation des politiques publiques et bien-être de la population: une recension des écrits*, Hull, Université du Québec en Outaouais, 2002.
- TSEELON, Efrat. « Is the Presented Self Sincere? Goffman, Impression Management and the Post Modern Self », *Theory, Culture & Society*, Sage, vol. 9, 1992, p. 115-128.
- VAN DER MAREN, Jean-Marie. « De la construction subjective de l'esprit à la révélation objective du réel, mais le réel est-il la réalité? », dans GUILLEMETTE, François et Colette

- BARIBEAU (dir.). *Actes du colloque Recherche qualitative : Les questions de l'heure*, Recherches qualitatives, Hors-série, n.5, 2006, p. 18–25.
- VERMERSCH, Pierre. « Détacher l'explicitation de la technique d'entretien ? », *Explicititer : Bulletin d'info de l'Association loi 1901*, Grex groupe de recherche sur l'explicitation, n. 25, 1998, 28p.
- VERMERSCH, Pierre. *En formation continue et initiale*, ESF, Paris, 1994, 182p.
- VERMERSCH, Pierre. « L'entretien d'explicitation une superbe imprudence méthodologique! Remémoration et explicitation », *Recherches Qualitatives*, Hors Série : Prudence empirique et risque interprétatif, n. 20, 2016, p.559-579.
- WELLS G., John S. «Priorities, street-level bureaucracy and the community mental health team», *Health and Social Care in the Community*, vol. 5, 1997, p. 333-342.
- WHITE, Deena. « La gestion communautaire de l'exclusion », *Lien social et Politiques*, n.32, 1994, p. 37-51.
- WHITE, Deena. « Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec », *Sociologie et sociétés*, vol. 25, n. 1, 1993, p. 77-97.
- YIN, Robert. *Case Study Research and Applications : Design and Method*, Sage Publications, 6^e édition, 2017, 352p.
- ZIELINSKY, Agata. « Pour une éthique de la relation : la dimension relationnelle de l'autonomie et de la vulnérabilité » dans Actes de colloque : premières rencontres scientifiques sur l'autonomie: évaluer pour accompagner, *Les publications de la CNSA*, Paris, 2009, 100p.

Annexe I : Document récapitulatif des consignes pour *l'entretien d'explicitation*

QUEL GENRE D'ENTRETIEN ALLONS-NOUS RÉALISER?

Le but de cet entretien est de générer un *récit de pratique* détaillé, afin de comprendre le mieux possible ce qui se passe au sein de vos pratiques d'intervention. Vous êtes invité.es à parler **d'une intervention réalisée dans les jours précédents notre rencontre** de la façon la plus concrète et détaillée, en m'expliquant comment elle s'est déroulée et en étant le plus fidèle possible à la réalité. Des éléments de contexte quant à la personne présentée ou en lien avec vos interventions passées auprès de cette personne peuvent servir de mise en contexte pour situer la chercheuse, mais l'essentiel de la rencontre ne doit porter que sur un temps d'intervention. L'objectif est de me permettre de voir et comprendre ce qui s'est déroulé, comme si j'avais pu l'observer. Aucun détail n'est à laisser de côté; émotions, non-verbal, ton de la voix, etc. Je vous invite à essayer de rester le plus près possible des mots utilisés en restituant les extraits de la conversation (ex : de style pièce de théâtre où on donne les lignes). Cet entretien prend la forme d'une rencontre d'**environ 1H30 heure**.

QU'EST-CE QUE J'ENTENDS PAR UN ÉPISODE D'INTERVENTION?

Un épisode d'intervention fait référence à une période distincte d'interaction **avec une personne accompagnée, d'une durée d'au moins 30 minutes**. Cette intervention peut être de nature plus formelle (ex : sur la base d'un rendez-vous ou d'un suivi) ou plus informelle (ex : sur la base d'une demande spontanée de la personne ou lors d'une situation de conflit ou de crise).

COMMENT LA CHOISIR?

L'épisode d'intervention devrait avoir eu lieu **dans les 7 jours précédents l'entretien**, et *idéalement* auprès d'une personne avec qui vous n'intervenez pas pour la première fois. L'entretien serait plus riche, si la situation en était une où vous et/ou la personne accompagnée avez vécu des **moments tendus**. Que ça se soit exprimé par des objectifs divergents ou une interprétation ou une vision différente d'une situation. Que ça se soit exprimé sous la forme d'hésitations de par ou d'autre. Qu'il y ait eu une difficulté à aborder un enjeu ou à s'expliquer pleinement ou franchement. Ou encore qu'il y ait eu un malentendu ou désaccord.

N'hésitez pas à me contacter pour toute question!

Camille Rivet

camille.rivet@umontreal.ca

Annexe II : Appel à candidatures sur *Facebook*

À la recherche d'intervenant.es travaillant dans des organismes communautaires en santé mentale

VOUS DÉSIREZ CONTRIBUER À UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES SPÉCIFICITÉS DE L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE?

PARTICIPEZ À MON MÉMOIRE EN SOCIOLOGIE PORTANT SUR *LES PRATIQUES D'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE;
PERSPECTIVE D'INTERVENANT.E.S*

POUR TOUTES QUESTIONS, SI VOUS HÉSITEZ À SAVOIR SI VOUS POUVEZ PARTICIPER OU POUR PLUS D'INFORMATION:
CAMILLE.RIVET@UMONTREAL.CA

Pour participer :

- ✓ Travailler dans votre milieu depuis au minimum 1 an
- ✓ Être disponible à l'occasion de deux rencontres (rapprochées dans le temps, au lieu de votre convenance)
- ✓ Dont une portera sur le « récit » d'une intervention ayant duré environ 1H (confidentielle et anonyme)
- ✓ N'implique pas votre milieu de travail ou votre employeur; participation à titre individuel

Annexe III : Document de sollicitation par courriel

Bonjour,

J'entre en contact avec vous pour vous inviter à un entretien dans le cadre du projet de recherche *Pratiques d'intervention en santé mentale; perspectives d'intervenant.es*. Ce projet fait l'objet de mon mémoire, dans le cadre de ma maîtrise en sociologie à l'Université de Montréal, sous la direction de Deena White.

Il porte plus particulièrement, sur ce qui forme et définit le contenu des relations d'intervention. Le but étant de mieux saisir les possibilités d'interaction et la manière dont celles-ci sont structurées par le contexte. C'est pourquoi je crois sincèrement que votre expertise et vos expériences d'intervention me permettraient de mieux comprendre et connaître votre réalité professionnelle.

Votre implication consisterait en une rencontre d'une durée d'environ 1H30 heures, pour me permettre de mieux saisir la spécificité de vos pratiques d'intervention. Le but de cet entretien est de générer un récit de pratiques détaillé. Vous êtes invité.es à parler d'une intervention réalisée dans les jours précédents notre rencontre, de la façon la plus concrète possible, en m'expliquant comment elle s'est déroulée, et en étant le plus fidèle à la réalité.

Une première rencontre, d'une durée d'environ 30 à 45 minutes, préalable à l'entretien, nous permettrait de discuter : de la sélection de la situation que vous voudriez proposer, de répondre à toutes vos questions sur le déroulement de cet entretien et de me transmettre quelques informations sur votre cheminement professionnel et votre milieu de travail.

Ces entretiens seront sujets à un enregistrement, suivant votre consentement. Son contenu sera accessible par ma directrice de recherche Deena White et moi-même, exclusivement. Lors de la rédaction de mon mémoire ou de publications scientifiques sur la base des données recueillies, votre nom ou toute autre information permettant de vous identifier ou toute autre personne mentionnée, seront rendus anonymes.

Pour toutes questions concernant le contenu de l'entretien, vos droits dans le cadre de cette participation ou autre, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Camille Rivet

Candidate à la maîtrise en sociologie, Université de Montréal

camille.rivet@umontreal.ca

Annexe IV : Portraits des épisodes d'intervention sélectionnés tels que présentés par nos interviewées

Angela accompagne Geneviève

Informations sur la personne accompagnée : Angela nous explique que Geneviève est admise au centre de crise à la suite d'une hospitalisation psychiatrique de plusieurs semaines, précédée d'une instabilité résidentielle de plusieurs années. Elle est alors en attente d'être admise dans un hébergement à « moyen terme ». Elle rapporte que la travailleuse sociale de l'hôpital favorise que Geneviève ne se retrouve pas dans un motel en attendant. Geneviève a un diagnostic de bipolarité, qu'elle refuse –selon l'information transmise à Angela par d'autres intervenants ou intervenantes. Angela nous dit qu'elle est médicamentée à l'aide d'injection mensuelle et qu'elle est poly toxicomane.

Informations sur la relation : Angela ne connaît pas Geneviève. Elle la rencontre pour la première fois alors que Geneviève est hébergée au centre de crise depuis 2 jours.

Type de rencontre : Angela aperçoit Geneviève à travers la fenêtre du bureau, en train de faire ses valises pour quitter le centre. À ce moment, Angela commence son quart de travail et est en séance de transmission d'informations avec ses collègues. Elle interrompt la rencontre d'équipe pour aller à la rencontre de Geneviève. La rencontre est de nature imprévue et non sollicitée par la personne accompagnée.

L'objet de la négociation : Angela nous rapporte que Geneviève exprime son désir et son intention de quitter le centre de crise, alors qu'elle sent qu'elle est y « traitée comme une itinérante » et que des procédures pour prévenir la présence de punaises de lit dans ses effets personnels auraient engendré des bris. L'intervenante tente de la convaincre de rester, notamment car le centre de crise est un lieu de transition entre l'hôpital et son autre milieu de résidence. L'objectif est que l'accompagnée demeure dans un endroit sécuritaire et qui facilite la transition entre les deux milieux.

Cécile accompagne Michel

Informations sur la personne accompagnée : Cécile nous présente Michel tel un homme dans la cinquantaine, dont le parcours de vie est marqué par des alternances entre des périodes d'emploi actif et de congé de maladie. Elle nous dit qu'il souffre d'un trouble anxieux généralisé, de phobies sociales et de dépressions courantes. L'intervenante observe aussi « certains comportements ou réflexions de paranoïa ». Selon elle, il est très isolé socialement et a quelques problèmes de santé physique. Il est suivi par plusieurs professionnels (intervenante communautaire, médecin et psychologue).

Informations sur la relation : Cécile est son intervenante depuis 5 ans. Elle a effectué environ 50 rencontres avec lui, qui portent sur des démarches pour faire reconnaître ses droits à recevoir un revenu d'aide de dernier recours. L'accompagnement s'amorce alors que Michel tente de faire reconnaître son droit au statut de *contrainte sévère permanente à l'emploi*, auprès de *l'aide sociale*. Une fois cette première démarche réalisée, elle l'accompagne dans une demande de reconnaissance « d'invalidité » auprès de la *Régie des rentes du Québec*. Cette démarche implique que Michel passe à travers une ou des évaluations par un psychiatre.

Type de rencontre : Cécile nous explique que la rencontre a lieu à la suite d'une première évaluation par un psychiatre. Il est alors demandé à Michel d'en passer une seconde pour poursuivre sa démarche en « invalidité ». La rencontre est prévue et sollicitée par la personne accompagnée.

L'objet de la négociation : L'intervenante nous raconte que lorsque la *Régie des rentes du Québec* demande à Michel de passer une seconde expertise, celui-ci refuse. Cécile tente alors de l'encourager à compléter cette démarche. Une négociation s'installe quant à cette divergence de posture.

Javier accompagne Carole

Informations sur la personne accompagnée : Javier nous présente Carole telle une femme dans la cinquantaine, qui vit une situation d'instabilité résidentielle. Selon ce dernier, son parcours de vie est marqué par la consommation, le travail du sexe et différentes formes d'abus.

Informations sur la relation : L'intervenant nous explique qu'elle prend contact avec l'organisme où il travaille alors qu'elle est hébergée dans une ressource pour femmes en difficultés, depuis quelques semaines. Lors d'une première rencontre, elle dit être en recherche de logement, puis entre temps, elle en trouve un. Alors, le suivi se centre plutôt sur un accompagnement dans l'exploration des ressources disponibles dans son nouveau quartier.

Type de rencontre : Selon Javier, l'objectif de la rencontre est d'accompagner Carole dans une démarche de changement d'adresse auprès de son *Centre local d'emploi*. Il souhaite également évaluer quels sont ses besoins dans le cadre de son nouveau contexte de logement. La rencontre est prévue et sollicitée par la personne accompagnée.

L'objet de la négociation : Javier nous dit que Carole est de nature « anxieuse » et insiste auprès de lui à plusieurs reprises pour réaliser certaines démarches. Il présente ses attentes quant à ce qui peut être réalisé dans le cadre de la rencontre comme irréalistes en termes de temporalité.

Sophie accompagne Gilles

Informations sur la personne accompagnée : Sophie nous présente Gilles tel un homme dans la mi-cinquantaine, qui fréquente l'organisme de réinsertion en emploi où elle travaille, depuis environ neuf mois –il est en fin de programme. Il a déjà réalisé plusieurs programmes d'emplois Québec par le passé. Selon l'intervenante, il a des difficultés en emploi et des enjeux familiaux, depuis plusieurs années. Elle rapporte qu'il dit souffrir de dysthymie, d'anxiété et de problèmes de régulation de son humeur. L'intervenante juge qu'il présente également des traits d'une personnalité narcissique.

Informations sur la relation : Au moment de la rencontre, Sophie reprend le suivi de Gilles avec une de ses collègues (conseillère d'orientation), alors que les trois intervenants et intervenantes qui assurent habituellement son suivi sont en vacances. Une première rencontre entre Gilles et la conseillère d'orientation a lieu et se déroule mal, selon la collègue de Sophie. Cette dernière lui dit qu'il y a eu une « brisure du lien » et une « confrontation » entre eux. Elle lui demande de poursuivre les rencontres de suivis. Sophie connaissait déjà Gilles pour l'avoir rencontré dans des ateliers de groupe qu'elle animait.

Type de rencontre : Il s'agit de la deuxième rencontre entre Sophie et Gilles, dans le cadre d'un rendez-vous de suivi obligatoire. Cette rencontre se déroule la même semaine que la première rencontre (lundi et jeudi). Selon l'intervenante, le but de la rencontre est de faire un suivi des démarches accomplies par Gilles, dans sa recherche d'emploi, depuis la dernière rencontre. La rencontre était prévue, mais non sollicitée par la personne accompagnée.

L'objet de la négociation : L'intervenante nous explique que bien que Gilles soit, depuis 4 semaines, en recherche d'emploi, il n'a pas postulé, ce qui n'est pas conforme avec le programme. Il a plutôt investi d'autres démarches (travailler ses réseaux sociaux, son profil d'employé en ligne, mettre son c.v. à jour, etc.). Selon Sophie, l'objectif de la rencontre est donc de rappeler à Gilles, que dans le cadre du programme, il est attendu de lui qu'il envoie environ huit c.v. par semaine. La rencontre vise également à faire un suivi sur les démarches entreprises au cours de la semaine par celui-ci, puisque cet objectif avait déjà été nommé à la rencontre précédente.

Véronique accompagne Marc

Informations sur la personne accompagnée : Véronique nous explique que Marc réside à l'hébergement transitoire où elle travaille depuis six mois. Selon cette dernière, il souffre d'un trouble anxieux généralisé. Véronique et son équipe observent aussi chez lui un trouble psychotique. Marc est perçu par l'équipe comme étant le résident le plus « difficile », en raison de ses « crises » répétitives, qui s'expriment par une peur de mourir après s'être alimenté.

Informations sur la relation : Véronique intervient auprès de Marc depuis son arrivée à l'hébergement. Les intervenantes sont appelées à interagir avec tous les résidents et toutes les résidentes dans le cadre du quotidien (service des repas, prise de médication, etc.). Elles sont aussi disponibles au sein de la maison, lors de leurs quarts, pour recevoir les résidents et résidentes dans leur bureau.

Type de rencontre : L'intervenante nous raconte qu'après son repas, Marc se présente dans le bureau pour lui exprimer son angoisse quant à la nourriture qu'il vient d'ingérer. La rencontre est non prévue et sollicitée par la personne accompagnée. Véronique nous dit que l'intervention se disperse sur plusieurs heures et est parfois le résultat d'une demande provenant de la personne accompagnée ou d'elle-même.

Objet de la négociation : Véronique tente d'amener Marc à se calmer et se retirer dans sa chambre, mais elle nous explique que celui-ci la sollicite de multiples fois durant la soirée. Elle raconte qu'il tente également de faire un appel aux services d'urgence, s'inquiétant pour son état de santé. Elle lui retire alors le téléphone. Finalement, Véronique nous dit qu'il quitte l'hébergement en sortant par la fenêtre sa chambre sans l'aviser. Elle impose une rencontre, à son retour à la ressource, quelques heures plus tard.

Yasmine accompagne Denis

Informations sur la personne accompagnée : Yasmine nous présente Denis tel un homme qui a des problèmes de consommation d'alcool et de crack. Celui-ci est locataire d'un logement individuel dans la ressource où Yasmine travaille. Il y est admis suite à un séjour en détoxification de quelques semaines. Il résidait précédemment dans une *maison supervisée*. L'intervenante dit qu'il souffre de dépendance affective, ce qu'elle identifie comme principale problématique de santé mentale.

Informations sur la relation : Arrivée à l'organisme il a environ un an, Yasmine est l'intervenante qui fait son admission, puis amorce les suivis « au besoin » avec lui. Le supérieur de Yasmine lui demande de s'assurer que Denis soit suivi par un autre service pour sa problématique de consommation. Elle quitte la ressource entre temps pour un autre emploi. À son retour, quelques mois plus tard, elle constate que le nom de Denis est sur la liste des résidents et résidentes qu'elle doit contacter pour non-paiement de leur loyer. Elle lui parle au téléphone pour établir un rendez-vous entre lui et son supérieur pour une entente de paiement, mais ne le rencontre pas.

Type de rencontre : Yasmine croise Denis quelques jours plus tard alors qu'elle effectue une visite dans l'appartement où il habite. Elle croit alors qu'il est en état de consommation et observe un va-et-vient de plusieurs individus dans son logement. Elle lui demande de faire partir ceux-ci et de venir la rencontrer dans la salle communautaire. L'intervenante est étonnée de voir Denis dans l'état où elle le trouve, elle dit qu'elle ne le reconnaît plus. La rencontre est non prévue et non sollicitée par la personne accompagnée.

L'objet de la négociation : Yasmine nous explique que Denis lui dévoile que sa consommation ne se limite pas à l'alcool, mais qu'il a aussi une dépendance au crack. L'intervenante dit souhaiter que Denis soit pris en charge par un suivi en toxicomanie, mais celui-ci refuse de faire des démarches en ce sens. Elle tente aussi de l'inciter à envisager de retourner dans un *foyer supervisé*, considérant que le logement supervisé ne soit pas la ressource pour lui. Elle dit que Denis est ambivalent sur la question.

Annexe V : Grille d'entretien préliminaire

1. Présenter l'objectif de la recherche

Formulaire de consentement - Enregistrement

2. Questions sur le cheminement professionnel de la personne et leur milieu de travail

3. Explication de l'entretien suivant

L'entretien d'explicitation

CHEMINEMENT PROFESSIONNEL

Qu'est-ce qui vous a amené à être intervenant ou intervenante?

Depuis combien de temps êtes-vous intervenant ou intervenante?

Dans quels milieux d'intervention avez-vous travaillé?

Quelle est votre formation professionnelle ou académique?

MILIEU DE TRAVAIL

Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce milieu?

En quoi consiste votre emploi?

Quelles sont vos responsabilités?

Quelles sont les attentes que l'on y a envers vous?

Quelles sont les contraintes présentes dans votre milieu?

Quels éléments propres à votre milieu avez-vous de la difficulté à mettre en pratique?

Quels sont les critères d'acceptation ou de refus à l'utilisation des services dans le milieu où vous travaillez?

Quelle est l'approche qui est mise de l'avant dans votre milieu de pratique?

Pouvez-vous me la décrire?

De quelles compétences (ou outils) avez-vous besoin pour faire votre travail?

Quelle est la spécificité de l'intervention en santé mentale selon vous?

Mémo : Niveau de précision des responsabilités et attentes (envers soi, la personne accompagnée, le milieu, les collègues)

Contraintes : accès, situation d'exclusion

Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez me faire part quant à votre travail?

Y a-t-il quelque chose que je dois comprendre, sur lequel je n'aurai pas posé de question?

Annexe VI : Parcours des interviewées et profil des organismes

Angela, intervenante de milieu en contexte de crise

Parcours

Angela, 27 ans, est d'origine argentine. Elle immigré au Québec en bas âge avec sa famille. Après des études en politique internationale, elle se redirige vers la psychologie. Elle complète un *baccalauréat en psychologie et en études féministes*. Elle fait alors du bénévolat dans un centre de jour pour femmes en difficultés. Elle applique pour travailler dans des organismes communautaires en santé mentale (dont le centre de crise où elle travaille présentement), mais n'est pas sélectionnée par manque d'expérience. Elle amorce ensuite un *baccalauréat en travail social*, qui est toujours en cours. Elle est alors intéressée par l'intervention individuelle, collective et de groupe.

Lorsque questionnée sur sa vision de l'intervention, elle l'a décrit comme un acte de soutien individuel, mais aussi un acte d'engagement social. C'est l'aspect de la « crise » qui l'interpelle particulièrement quant à la santé mentale. Bien qu'elle se sente intimidée par ce type de pratique, elle perçoit son milieu de travail actuel comme un espace pour « se tester ». Elle veut y découvrir si elle est capable de supporter la charge émotionnelle et intervenir dans ce contexte. L'organisme où elle travaille aujourd'hui, depuis environ deux ans, elle le connaissait déjà pour y avoir fait une journée d'observation dans le cadre d'une démarche de choix de carrière. Elle y occupe un poste permanent et à temps plein, en alternance sur des quarts de jour et de soir.

Organisme¹³

Dans le cadre de son emploi au centre de crise, ses tâches se divisent entre : le support téléphonique et le soutien en personne à l'hébergement, pour des individus en situation de crise. L'intervenante décrit la crise comme un « moment d'instabilité où la personne accompagnée

¹³ Les informations présentées sur les organismes proviennent uniquement des entretiens préliminaires réalisés avec les interviewées.

n'est pas en possession de ses moyens pour faire face à un problème ». Une autre équipe assure le troisième service du centre : le suivi à domicile. L'organisme reçoit des demandes et collabore avec des institutions des services de soins et de santé du domaine public (CIUSS, hôpitaux). La mission de la ressource est entre autre de « désengorger » les urgences psychiatriques. Les intervenantes évaluent et trient les demandes, pour les diriger vers l'un des trois services offerts. Ainsi, les professionnelles offrent de l'écoute et participent à l'élaboration de plans d'intervention avec les personnes accompagnées – offrant un support émotionnel et dans leurs démarches. Les informations concernant les résidents et résidentes sont consignées dans un dossier de notes, collectivement accessible par les employées. Les hébergements sont de courte durée (quelques jours), bien que les suivis puissent se poursuivre durant plusieurs mois/années (à domicile ou au téléphone).

Au niveau de l'approche, on y offre une aide et un soutien ayant comme objectif d'accompagner une personne vers « un retour à l'équilibre ». C'est la routine de vie qui est utilisée comme outil central pour rassurer l'individu et offrir un suivi serré durant la période d'hébergement. On y privilégie des rencontres régulières (quotidiennes).

En ce qui a trait aux modalités de coordination, on retrouve une standardisation des processus de travail¹⁴, dont le respect est assuré par une surveillance constante entre paires. Les quarts de travail sont régulés par des séances d'échange d'information entre les intervenantes de l'hébergement qui terminent et débutent un quart, les travailleuses de route et le superviseur.

¹⁴ Dans la lignée de Mintzberg (1986) nous divisons les milieux d'intervention selon leur type d'organisation et les interventions qui en découlent : stables –avec des normes bien codifiées et où les interventions y sont prévisibles, ou encore, dynamiques – où les interventions y sont complexes et imprévisibles.

Puis, pour avoir une meilleure idée des mécanismes de coordination qui régulent le travail des intervenantes, nous indiquons si les milieux correspondent à l'une des cinq catégories suivantes : 1) la supervision directe, qui relève d'une autorité traditionnelle, où les impératifs sont hiérarchiquement définis et transmis, 2) la standardisation des processus de travail, qui implique une gestion par des normes, procédures ou règles, 3) la standardisation des résultats, qui se base sur une gestion par les objectifs à atteindre, 4) la standardisation des qualifications, qui s'appuie sur la reconnaissance des qualifications spécifiques (spécialité) de chaque employée, et 5) l'ajustement mutuel, qui implique l'élaboration d'ententes mutuelles quant à la réalisation du travail à accomplir.

Les décisions y sont prises de manière démocratique et la transparence y règne. Il s'agit d'une gestion participative. On peut qualifier la ressource d'organisation dynamique et complexe.

Cécile, conseillère en défense des droits

Parcours

Cécile, 47 ans, est d'origine québécoise. Elle complète d'abord un *diplôme professionnel en éducation spécialisée* et découvre différents milieux d'intervention dans le cadre de ses stages (CHSLD, petite enfance, hébergement pour femmes en difficultés). Elle s'intéresse déjà à la santé mentale et souhaite réaliser un *baccalauréat en psychologie*, mais des raisons familiales rendent le projet impossible. Elle complétera ultérieurement, au cours de sa carrière d'intervention, un *baccalauréat en psychoéducation*. Elle travaille d'abord dans un poste d'intervenante « plancher », dans une maison pour femmes victimes de violence conjugale, pendant 14 ans. Durant ces années à l'organisme, elle effectue un changement de poste, vers de l'intervention de suivi post-hébergement.

Elle entre en fonction dans son emploi actuel, alors qu'un climat conflictuel la pousse à quitter ce premier milieu de pratique. Elle ne désire pas travailler en santé mentale, et reconnaît porter des préjugés sur ce type d'intervention à l'époque (que son travail serait « dans le beurre », puisque les gens font preuve de paresse ou de manque de volonté). Après quelques mois d'ajustements, elle se sent très attirée par l'aspect « défense des droits » de son emploi, ainsi que la possibilité de travailler collectivement et dans une optique de mobilisation citoyenne. Elle occupe aujourd'hui cet emploi depuis 14 ans. Elle a un poste permanent à temps plein, sur des quarts de jour. Elle est la doyenne des intervenantes rencontrées, en ce qui concerne l'expérience pratique.

Organisme

Dans le cadre de son emploi au collectif en défense des droits, ses tâches consistent à accompagner individuellement et collectivement des personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale (et qui le reconnaissent ainsi) dans la défense de leurs droits et l'exercice de recours. Elle fait tout autant des suivis individuels, que des groupes de travail ou de mobilisation –qui visent l'élaboration d'actions ou de matériel de sensibilisation et de revendications collectives.

L'admission aux services de l'organisme se fait par référence d'autres organismes, des milieux hospitaliers ou encore par « bouche-à-oreille ». Les démarches individuelles visent à défendre la personne accompagnée auprès des services de soins et de santé, mais aussi pour toute discrimination vécue sur la base d'inégalités ou de stigmatisation en lien avec le problème de santé mentale (par exemple, se faire évincer de son logement).

L'objectif de l'organisme est de donner accès aux personnes à des droits « qu'elles ont déjà ». Il n'y a pas de limites temporelles aux suivis. L'approche d'intervention vise le développement de l'empowerment des personnes accompagnées. On y privilégie un accompagnement fait de support, permettant de développer des capacités pour reprendre du pouvoir sur sa vie. On encourage les personnes à poser des actions concrètes en collaboration avec les intervenantes, dont le rôle consiste à fournir des références, de l'information, de l'aide et de l'accompagnement. Le principe central est la « primauté de la personne », qui se traduit par des rapports non autoritaires avec les professionnelles.

Il s'agit d'une organisation missionnaire et assez stable. En ce qui a trait à la coordination, l'intervenante n'a pas de superviseur direct. Les intervenantes travaillent sur la base d'un plan d'action élaboré annuellement dans une logique d'ajustement mutuel, avec un conseil d'administration -entièrement composé des membres de la ressource. Chaque professionnelle a la liberté de choisir des tâches en lien avec ses forces et ses intérêts.

Javier, intervenant mobile dans un organisme de suivi communautaire

Parcours

Javier, 42 ans, est d'origine espagnole. Après un *baccalauréat en sciences pures*, il effectue un changement de carrière et un retour aux études. Il complète une formation en éducation spécialisée entre l'Europe et le Québec. Il travaille d'abord en Europe dans un organisme qui fait de l'accompagnement juridique auprès de mineurs sans papiers, puis dans un organisme pour jeunes qui ont des problèmes de santé mentale. Arrivé au Québec, il travaille dans différents organismes communautaires, dont un pour personnes atteintes du VIH/Sida et un hébergement pour hommes en situation d'itinérance.

Il entreprend un *diplôme d'études supérieur spécialisé en santé mentale* par désir de mieux comprendre les approches d'intervention québécoises. Bien que la formation continue offerte par son milieu de travail lui permette de s'outiller, il cherche à travailler plus en profondeur ses interventions et sa compréhension du système de soins et de services. Il choisit son milieu de pratique actuel, car il correspond à ses valeurs. Au moment où nous le rencontrons, il occupe cet emploi depuis trois ans. Il a un poste permanent à temps plein, sur des quarts de jour. Lorsque questionné sur sa vision de l'intervention, il l'a décrit en disant qu'elle consiste à mettre la personne de l'avant. Il s'agit de notre seul interviewé de genre masculin.

Organisme

Dans le cadre de son emploi comme intervenant en suivi communautaire, ses tâches consistent à recevoir les demandes de suivi, les évaluer et effectuer quelques premières rencontres avec les personnes accompagnées. L'intervenant travaille au « suivi transitoire », bien que l'organisme offre aussi du « suivi continu » (pouvant durer quelques années). L'intervenant travaille quatre jours par semaine à raison de 3 ou 4 rencontres par jour. Il effectue des rencontres dans le milieu de la personne accompagnée, c'est-à-dire qu'il se déplace au logement ou au lieu où est hébergée celle-ci (incluant d'autres organismes communautaires qui offrent de l'hébergement temporaire).

Ce sont les personnes accompagnées qui entrent directement en contact avec l'organisme. Leur demande est alors évaluée par une série de questions consignées dans une fiche, qui sera ensuite

transmise à l'intervenante qui fera le suivi transitoire. Les critères d'accessibilité aux services se centrent autour de la santé mentale et/ou de l'itinérance et/ou de la judiciarisation. Le diagnostic, pour des raisons qui ont rapport avec la subvention gouvernementale que reçoit l'organisme, est demandé pour déterminer l'éligibilité des individus au volet santé mentale du suivi.

En ce qui a trait à l'objectif de l'organisme, il s'agit d'offrir de l'accompagnement, un appui dans diverses démarches et de l'écoute, adaptés aux besoins et à la réalité de chaque personne accompagnée, dans le but de réduire la détresse psychique et de favoriser la « quête d'autonomie ». L'approche de l'organisme se centre autour d'un rapport égalitaire entre la personne accompagnée et l'intervenante. La personne accompagnée est envisagée dans sa totalité (pas seulement selon sa ou ses problématiques), le but étant de l'aider à s'exprimer dans sa particularité. Le tout, pour permettre à la personne d'accéder à une participation citoyenne et l'exercice de ses droits sans stigmatisation. Le rythme et les besoins de la personne accompagnée sont placés au centre des interventions, notamment en travaillant en collaboration les objectifs de l'accompagnement –formant une « équipe » avec la personne accompagnée. Celle-ci doit avoir un rôle actif dans son processus de rétablissement.

Il s'agit d'une organisation missionnaire, qui met de l'avant une vision de la santé mentale alternative à celle présente dans le système de santé; une vision de l'individu au-delà du diagnostic.

Sur le plan des modalités de coordination, l'intervenant travaille seul dans ses déplacements. On peut dire qu'il y a dans ce milieu une standardisation des qualifications, alors que la profession des intervenantes est clairement définie et que l'on attribue à chaque équipe sa spécificité en termes de tâches, de rôles et de responsabilités. Par contre, on y retrouve aussi des dynamiques d'ajustement mutuel, alors que les intervenantes doivent travailler sur la base d'évaluations et de suivis qui ont déjà été amorcés par leurs paires. Des ententes sur le travail à accomplir émergent alors entre elles.

Sophie, conseillère en employabilité

Parcours

Sophie, 31 ans, est d'origine québécoise. Elle grandit dans un milieu teinté par l'intervention, en raison de la profession de ses parents. Elle travaille d'abord plusieurs années en petite enfance, à la suite d'un *diplôme d'études professionnelles en éducation spécialisée*. Elle quitte le domaine de l'intervention sociale durant quelques années. Puis, le réintègre à la suite d'un *baccalauréat en psychologie et psychoéducation*. Ce sont ces études qu'elle identifie comme étant le début de son intérêt pour les problématiques de santé mentale chez l'adulte.

Lorsque questionnée sur sa vision de l'intervention, elle l'a décrit comme un « espace de réflexion » pour comprendre comment les individus pensent, fonctionnent et décident. Elle préconise une approche centrée sur l'empowerment ou la reprise de pouvoir et la collectivisation des expériences. Elle choisit le programme de réinsertion en emploi par curiosité, quittant alors un poste d'intervenante dans un hébergement pour femmes en difficultés. Elle dit qu'elle sent que son profil professionnel correspondait à l'offre et que la santé mentale l'intéressait de plus en plus. Quant à l'organisme, il rejoint ses valeurs et sa curiosité intellectuelle. Au moment où nous la rencontrons, elle occupe cet emploi depuis près de deux ans. Elle a un poste permanent à temps plein, sur des quarts de jour.

Organisme

Dans le cadre de son emploi au sein d'un programme de réadaptation et de maintien en emploi pour les personnes ayant eu ou vivant avec un trouble de santé mentale, ses tâches se divisent entre du suivi de groupe et des suivis individuels. Elle anime et offre des conseils lors de rencontres de « préprogramme » et de « programme de réinsertion » sur le marché du travail. Dans le premier cas, elle anime, à raison d'une ou deux fois par semaine, avec un groupe d'une dizaine de personnes, des ateliers visant à réduire le taux d'abandon au programme, par une « mise en action progressive ». Les ateliers portent sur les thématiques du rétablissement, du dévoilement, de la communication, des motivations au travail, des habiletés relationnelles, etc. Et ce, durant environ deux mois. Les participants et participantes du « programme de réinsertion » quant à eux et elles, ont des séances de groupes à raison de 4 fois par semaine,

durant environ six mois. Ils et elles ont aussi des suivis en individuel, qui visent à établir des plans d'intervention : « se donner des moyens pour travailler des enjeux », évaluer la progression de leurs démarches et aborder des problématiques plus personnelles. Suite à quoi, les participants et participantes font un stage. Durant toutes les étapes du processus, ils et elles sont rémunérés par un programme d'*Emploi Québec*.

Le programme s'adresse aux personnes ayant des difficultés à intégrer ou maintenir leur place sur le marché de l'emploi et qui se sentent disponibles (physiquement et psychologiquement) pour s'impliquer dans un processus de changement de leur situation. Les individus doivent avoir une cible réaliste de retour en emploi.

En ce qui a trait à l'approche de l'organisme, elle se centre sur un accompagnement vers la responsabilisation des personnes et la reprise de leur pouvoir. Les ateliers sont axés sur la prévention des difficultés qui peuvent survenir en emploi, les intervenantes sont alors « en retrait ». Le travail est envisagé comme composante du rétablissement en santé mentale –une possibilité d'accéder à la citoyenneté à nouveau. Les interventions s'appuient sur le potentiel des personnes accompagnées, les incitant à reconnaître, développer et utiliser leur pouvoir. Les intervenantes doivent agir en tant qu'accompagnatrices et non en tant qu'expertes. Les services sont aussi pensés pour s'adapter au processus non linéaire de réinsertion sociale et de rétablissement. On y aborde la personne dans sa totalité, au-delà du diagnostic de santé mentale.

Sur le plan de l'organisation et des mécanismes de coordination de l'organisme, on retrouve à la fois une standardisation des processus de travail, une standardisation des résultats, une standardisation des qualifications et des ajustements mutuels. C'est-à-dire, que les processus de travail sont normés selon les partenariats avec *Emploi Québec* (on y récense les présences aux groupes, les démarches doivent être accomplies selon des délais, etc.). On y cherche des résultats mesurables, mais non forcément standardisés –les objectifs sont construits dans le cadre des interventions. Chaque intervenante dans l'équipe a aussi une profession particulière –à chacune ses tâches et rôles (par exemple, entre les intervenantes et les conseillères en orientation). Finalement, le travail à accomplir est aussi le fruit d'ententes entre les professionnelles. Sommes toutes, l'environnement professionnel est stable et codifié.

Véronique, intervenante de milieu dans un hébergement transitoire

Parcours

Véronique, 25 ans, est d'origine québécoise. Après avoir complété un *baccalauréat en psychologie et sociologie*, elle entame son premier emploi à l'organisme où elle travaille aujourd'hui. Depuis très jeune, elle est motivée par un désir de redonner, ce qu'elle associe au fait de poursuivre une carrière de psychologue; étant déterminée à travailler dans le « domaine de l'humain ». Elle a complété un *baccalauréat bidisciplinaire en psychologie et sociologie*.

Lorsque questionnée sur sa vision de l'intervention, elle dit que celle-ci va parfois en opposition avec celle de ses collègues qui ont des formations plus axées sur la psychologie, alors qu'elle se range plus du côté des sciences sociales. Son approche est, selon elle, plus globale. Elle apprécie le fait que son métier, tel qu'elle le définit, soit très différent d'une journée à l'autre; qu'il soit très actif (« terrain ») et qu'elle travaille dans le cadre d'un milieu de vie où elle voit évoluer les individus dans leur quotidien. Elle parle aussi de la difficulté à travailler en santé mentale et du besoin constant de travailler sur soi et d'apprendre à se « repositionner ». Au moment où nous la rencontrons, elle occupe cet emploi depuis un peu moins d'un an et se remet beaucoup en questions quant à sa pratique, mais aussi en lien avec son milieu de travail. Elle a un poste permanent à temps plein, sur des quarts de nuit. Elle effectue aussi des remplacements sur des quarts de jours et de soirs en heures supplémentaires. Elle est la benjamine de nos interviewées, en ce qui concerne l'expérience pratique.

Organisme

Dans le cadre de son emploi, en hébergement transitoire –de style maison de vie, ses tâches consistent à accompagner les résidents et résidentes dans leur quotidien. Cela implique la préparation des repas, la prise de médication, le respect des couvre-feux et le soutien thérapeutique. Les intervenantes offrent aussi de l'accompagnement et du soutien dans la mise en place de projets personnels. Il s'agit d'accompagnements individuels. Les demandes à l'hébergement se font à travers d'autres professionnelles du réseau des soins et de la santé. La ressource s'adresse à des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, tels que la

schizophrénie, le trouble bipolaire, le trouble sévère de la personnalité, etc., et qui ne sont pas en mesure de vivre actuellement seules en appartement.

L'approche de l'organisme se centre sur l'importance d'offrir un milieu de vie où les conditions favorisent la libre expression et l'apaisement des symptômes psychotiques. On accompagne aussi les personnes dans l'identification et la prévention des symptômes précurseurs à leur angoisse. L'hébergement se veut une alternative à l'hospitalisation, le tout favorisant un retour vers un milieu de vie autonome (une maison ou un appartement supervisé), ainsi qu'une participation à la communauté. L'hébergement est pensé comme un « espace de parole » où les particularités de chacun des résidents et chacune des résidentes sont prises en compte. Il s'agit d'une approche de style psychanalytique.

L'organisation du travail et la fréquence des « crises » permettent de caractériser le milieu comme étant dynamique. Les mécanismes de coordination relèvent d'une supervision directe par un coordonnateur responsable de transmettre et faire respecter l'approche de l'organisme par l'équipe d'intervenantes. Des rencontres « pédagogiques » sont prévues sur une base hebdomadaire, où le coordonnateur présente aux intervenantes des techniques d'intervention. Les processus de travail y sont donc standardisés et formalisés.

Yasmine, intervenante de milieu pour des logements subventionnés

Parcours

Yasmine, 43 ans, est d'origine iranienne. Avant son arrivée au Canada, il y a environ 6 ans, elle complète un *baccalauréat en criminologie* en Iran, puis un *baccalauréat en sociologie* en France. Elle quitte la France, car elle a le désir d'exercer la profession d'assistante sociale, mais ses études ne lui permettent pas la reconnaissance professionnelle. Lorsqu'elle arrive au pays, elle fait d'abord du bénévolat pour se familiariser avec les organismes communautaires locaux. Elle travaille ensuite dans des hébergements pour femmes en difficulté, puis pour la protection de la jeunesse (DPJ) dans le Nord-du-Québec.

Elle trouve son emploi actuel, alors qu'elle est à la recherche d'une occasion de travailler dans un milieu d'intervention où elle peut développer des liens à long terme avec les personnes qu'elle accompagne. Elle privilégie l'aspect « *milieu de vie* » de son emploi, en comparaison à des milieux où « *il y a beaucoup de roulement* ». Dans le cadre de son emploi, qu'elle occupe depuis 2 ans, elle suit plusieurs formations complémentaires : « *connaître la maladie schizophrène* », « *comment intervenir* », « *le trouble d'accumulation compulsive* », « *accompagnement dans la réalisation d'un budget* », etc. Elle occupe un poste permanent avec des quarts de jour.

Organisme

Dans le cadre de son emploi, comme intervenante de milieu pour des unités de logement supervisé, ses tâches consistent à organiser des rencontres sociales, faire des suivis individuels à la demande des résidents et résidentes et s'occuper des démarches administratives pour l'admission et le maintien en logement, de plus d'une centaine de personnes. Les habitations sont subventionnées par le gouvernement du Québec et les résidents et résidentes paient un loyer équivalent à 25% de leur revenu. Les personnes qui sont éligibles sont celles ayant un diagnostic d'un trouble de santé mentale grave ou modéré et/ou qui sont en situation d'itinérance et qui ont un faible revenu. Comme critère d'acceptation centrale, l'organisme met de l'avant l'autonomie –c'est-à-dire que les résidents et résidentes doivent avoir les ressources nécessaires pour veiller au maintien de leur santé (physique et psychologique) et de leur stabilité résidentielle.

L'intervenante a la liberté d'organiser son quotidien de travail selon les rendez-vous qu'elle prend avec les résidents et les résidentes et les rencontres dans les différentes unités de logement. Au niveau de l'approche d'intervention, on parle de suivi communautaire, soit du soutien dans un ensemble de démarches (par exemple, pour la gestion des conflits entre locataires ou encore la réalisation de ses impôts). Par contre, pour évaluer et dicter l'orientation de son travail, elle répond d'une supervision directe par un coordonnateur qui s'assure qu'elle respecte les normes des pratiques dans le cadre de ses suivis.

Aussi, en ce qui a trait aux mécanismes de coordination propre à son milieu, il y a une standardisation des processus de travail, dans la mesure où le travail de l'intervenante est balisé par des règlements formels quant aux démarches à suivre pour l'accompagnement en logement (par exemple, dans le cas d'une procédure d'éviction). Somme toute, l'environnement professionnel est stable et codifié.

Annexe VII : Grille d'entretien d'explicitation

L'intervenant ou l'intervenante parle ici d'un épisode d'intervention avec une personne, tel que sélectionné selon les modalités qui lui ont été présentées lors du premier entretien

L'ÉPISODE D'INTERVENTION

1. Contexte de l'épisode

Commençons par une vue d'ensemble

Les lieux et le moment de l'intervention

Les grandes lignes

Les personnes présentes

Pouvez-vous me donner des détails pour contextualiser votre relation à cette personne?

Pouvez-vous me dire brièvement comment la personne accompagnée est arrivée dans le milieu où vous travaillez?

Mémo : Établir avec le ou la répondante la structure ou le squelette de l'épisode, permettant des relances mieux situées et plus exactes de ma part et permettant de camper la personne dans le récit.

2. Pouvez-vous m'expliquer ce qui a amorcé cette intervention?

Abordons ensuite le début de l'épisode

L'intervention était-elle sollicitée par la personne accompagnée?

S'inscrit-elle dans un suivi quelconque?

Quel en était l'objectif? (pour la personne/pour vous)

3. Amener le répondant ou la répondante à raconter chronologiquement les échanges, par blocs ou par segments

Pour chaque « morceau » de l'intervention :

Qui parle, qui initie le dialogue, qui répond, comment s'établissent les tours de parole et le rythme des échanges?

Quels propos sont échangés (toujours demander les deux segments de l'interaction : si quelque chose est dit par l'un ou l'une, quelle en est la réponse de l'autre)?

Qu'elle était votre réaction? Pourquoi intervenir ainsi? Qu'est-ce qui motive cette décision?

Qu'avez-vous perçu qui a orienté vos choix? Comment interprétez-vous cette réaction?

S'attarder au ressenti de chaque partie (tel que perçu par l'intervenant ou l'intervenante)

Mémo : Demander au répondant ou à la répondante d'utiliser (dans la mesure du possible) les mots exacts utilisés par la personne accompagnée et par lui-même ou elle-même

*Traiter chaque segment de l'intervention ainsi.

(Répéter le nombre de fois nécessaire, pour couvrir l'ensemble de l'épisode)*

4. Lorsque l'intervenant ou l'intervenante aborde les tensions dans le cadre de l'intervention

Pourquoi est-ce qu'il y avait une tension?

Décrivez-la-moi.

Que pouvez-vous faire quand vous êtes face à ce genre d'impasse (voir le processus réflexif)?

Y a-t-il des choses que vous ne pouvez pas faire?

5. Pouvez-vous me parler de ce qui a mis fin à l'intervention?

Impératif de temps

À la demande de la personne, de votre part ou une entente mutuelle

COMPLÉMENTS

1. Pourquoi avez-vous choisi de me raconter cet épisode particulièrement?

Pourquoi avez-vous choisi de me parler de cette personne?

2. Comment concevez-vous votre rôle auprès de cette personne?

Qu'est-ce qui est généralisable à l'ensemble de votre pratique et qu'est-ce qui est spécifique à cette relation ou cette personne ou cet épisode?

Avez-vous l'impression de pouvoir exercer pleinement ce rôle ?

3. Comment est-ce que la situation que vous m'avez présentée aujourd'hui est semblable ou différente à ce qui se déroule généralement dans vos pratiques?

4. Souhaitez-vous faire des ajouts à ce que vous m'avez présenté?

Annexe VIII : Formulaire de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« Pratiques d'intervention en santé mentale; perspectives d'intervenant.es »

Chercheure étudiante : Camille Rivet, étudiante à la maîtrise, Département de sociologie,
Université de Montréal
Directeur de recherche : Deena White, professeure titulaire, Département de sociologie,
Université de Montréal

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANT.ES

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre les enjeux présents dans les pratiques d'intervention des intervenant.es œuvrant auprès de personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale. Pour ce faire, nous réaliserons une dizaine d'entrevues auprès d'intervenant.es psychosociaux travaillant dans différents milieux, pour nous permettre de comprendre ce qui se joue dans les relations d'intervention.

2. Participation à la recherche

Votre participation consiste en deux rencontres avec la chercheure. La première, d'une durée de 30 à 45 minutes, vise à vous présenter en détail la forme de l'entretien à venir, ainsi qu'à récolter quelques informations sur votre cheminement professionnel et votre milieu de travail. La seconde, est une entrevue de 1H30 heures avec la chercheure. Elle vous interrogera sur vos pratiques, en prenant comme appui la spécificité d'un suivi que vous réalisez auprès d'une personne (tel qu'il vous aura été demandé de sélectionner au préalable). Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio, afin d'en faciliter ensuite la transcription. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec la chercheure, à votre convenance.

3. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou mettre fin à l'entrevue.

4. Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à une meilleure compréhension des pratiques d'intervention en santé mentale. Aussi, l'entretien peut vous amener à réfléchir sur vos propres pratiques et leurs enjeux.

5. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous me donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, chaque participant.e à la recherche se verra attribuer un code et seules la chercheure et sa directrice pourront connaître votre identité. Les données seront conservées dans un lieu sûr.

Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

6. Compensation

Il n'y a pas de compensation financière prévue, le projet n'étant pas subventionné.

7. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone indiqué ci-dessous.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à la chercheuse et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Engagement de la chercheuse

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant ou de la participante. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu dans le présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Camille Rivet au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [REDACTED]

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le comité par téléphone au 514 343-7338 ou par courriel l'adresse : ceras@umontreal.ca ou encore consulter le site Web : <http://recherche.umontreal.ca/participants>. Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone 514 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Annexe IX : Certificat d'éthique



N° de certificat
CERAS-2018-19-098-D

Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CÉRAS), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Pratiques d'intervention en santé mentale; perspectives d'intervenant.es
Étudiante requérante	Camille Rivet (██████████), étudiante à la maîtrise, FAS - Département de sociologie
Sous la direction de	Deena White, professeure titulaire, FAS - Département de sociologie, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRAS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CÉRAS.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CÉRAS.

██████████
Marie-Pierre Bousquet, présidente
Comité d'éthique de la recherche en arts
et en sciences
Université de Montréal

7 juin 2018
Date de délivrance

1^{er} juillet 2021
Date de fin de validité

1^{er} juillet 2019
Date de suivi

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220-2
Montréal QC H3V 1A2
www.ceras.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-7338
ceras@umontreal.ca

Annexe X : Stratégies d'intervention

Tableau III. Stratégies d'intervention

STRATÉGIES	DÉFINITIONS	EXTRAITS
Stratégies déployées en réponse au contexte contraignant		
Évaluer, trier et sélectionner les demandes*¹⁵	<p>Pour pouvoir répondre au plus grand nombre possible de demandes qu'elles reçoivent, les intervenantes disent qu'elles en sélectionnent certaines.</p>	<p><i>« Donc, si quelqu'un veut venir au centre, mais ne souhaite pas nous parler du tout, ça ne fait aucun sens. (...) D'un autre côté, si une personne demande des rencontres sans arrêt, nous pouvons aussi mettre des limites et l'encourager à gérer toute seule pendant quelques instants. » (Angela_1-3: 14)</i></p>
Routinisation	<p>Nous constatons que les contraintes de temps qui régule le travail des intervenantes ont pour conséquence de favoriser la gestion des relations d'intervention sur la base d'un canevas routinier.</p>	<p><i>« Normalement, dans des accompagnements comme celui-là, (...) on prend un café, on détermine un plan, ou une cible, on va mettre au clair c'est quoi que la personne veut faire. » (Javier_1: 10)</i></p>
Intervenir « à l'aveugle »	<p>Par manque d'accès à des informations concernant la personne accompagnée, nous dénotons que les intervenantes doivent parfois deviner ce qui peut ou doit être fait pour répondre aux besoins de la personne accompagnée, et ce, dans un contexte d'urgence.</p>	<p><i>« (...) mes interventions n'ont pas un grand impact (...) Dans le sens où tu n'as pas de manuel qui dit: OK je vais faire telle intervention avec lui, parce que là il a tel symptôme. Ce n'est pas de même que ça marche. Il faut que tu improvises! Il faut que tu te retournes sur un 10 cents en l'instant d'une seconde! (...) et il faut que tu agisses là, là!» (Véronique_3: 21)</i></p>

¹⁵ Les stratégies dans le tableau accompagnées d'un astérisque sont présentées en détail dans les sous-sections du chapitre 4. Parfois, les extraits qui les accompagnent sont différents de ceux présentés dans le tableau, pour une plus grande complétude d'informations.

<p>Se conformer aux approches d'intervention (préconisées par leur milieu)</p>	<p>Nous constatons que le travail des intervenantes est parfois si fortement balisé par une approche donnée, qu'il reste très peu de place pour travailler à partir de la personne devant elle. Elles nous disent alors qu'elles se conforment aux modes de fonctionnement valorisés par leur milieu de pratique.</p>	<p>« [Je pense] qu'il y a certaines libertés que les clients peuvent prendre! Que peut-être on ne leur alloue pas. (...) NOUS, là-dessus, on n'a pas d'ouverture à ce niveau-là, on est quasiment institutionnel! C'est: "Non, on ne va pas te laisser choisir, c'est ça qui est sur le papier et c'est comme ça que tu vas prendre [tes médicaments]". (Angela_2-3: 12)</p>
<p>Intérioriser les attentes des paires</p>	<p>Les paires jouent un rôle de régulation des pratiques des intervenantes. À cet égard, on constate que certaines de leurs attentes n'ont pas à être rappelées quotidiennement aux professionnelles pour qu'elles soient mises en application. Ces dernières développent des automatismes.</p>	<p>« (...) c'est sûr que si je ne lui donne pas [sa médication] et qu'il est en crise, n'importe qui pourrait me dire: "Ben là Véronique tu aurais pu lui donner!" (...) on est censé le donner quand un résident ne va pas bien (...) c'est quand même une solution à laquelle on doit avoir recours dans ces situations-là.» (Véronique_1: 22)</p>
<p>Évaluer constamment les risques*</p>	<p>En contexte de groupe, les intervenantes nous disent évaluer que les propos des uns et des unes, quant à leur souffrance, ne pose pas un risque pour les autres.</p>	<p>« [On fait] très attention au niveau des sujets de conversation à table. (...) quand j'ai parlé de contexte plus autoritaire, c'est à ça que je fais référence, c'est qu'on fait un peu de micro-management (...) des fois, on a des gens qui commencent à parler de leur situation de manière très graphique et on a quelqu'un d'autre qui a vécu quelque chose de très traumatisant...on ne peut pas avoir ça! » (Tania_1-3: 8)</p>
<p>Jongler avec différents rôles*</p>	<p>Nous constatons qu'une diversité de responsabilités engage les intervenantes dans l'enchaînement de tâches, qui impliquent de mobiliser des registres de compétences parfois complètement opposés.</p>	<p>« Quand je suis arrivée, c'est sûr que j'avais plusieurs petites choses à faire, des rappels, des téléphones et tout ça. Plus, le reste des crises à gérer.» (Véronique_2:1)</p>
<p>Chevauchement des rôles*</p>	<p>On dénote qu'une diversité de responsabilités, incluant leur rôle d'évaluation, de prévention et de gestion des «crises», amène les intervenantes à endosser plusieurs rôles simultanément.</p>	<p>« (...) [je dois] contenir ses symptômes, pour que ça soit juste moi et lui qui les vivons et j'essaye de faire en sorte que le moins de personnes possible ne soient touchées par ça. Parce que c'est mon travail dans un sens, que tout le monde soit en sécurité. » (Véronique_3 : 21-2)</p>

Pallier les manques	Les intervenantes nous disent qu'elles endossent plus de responsabilités pour répondre aux besoins des personnes accompagnées, alors que les services sont manquants, insuffisants, limités, etc.	« Tu ne l'as pas la possibilité de dire: "Moi je suis là pour t'aider à récupérer des papiers [et] m'assurer que ça soit envoyé dans les bons délais (...)". Quand il n'y en a pas d'intervenante sociale autour, et que la personne est aussi vulnérable que ce que Michel peut nous démontrer.» (Cécile_3: 28)
Se désengager*	Alors qu'elles sont surchargées, certaines disent choisir de ne pas rencontrer certaines personnes; considérées autonomes.	« [il y a des personnes que je ne rencontre jamais, c'est] tant mieux, parce qu'on les considère comme des gens qui sont autonomes.» (Yasmine_3 : 5).
Stratégie de déploiement de leur marge de manœuvre		
Interventions personnalisées*	On constate que les intervenantes offrent des services qui vont parfois au-delà de ceux prévus par l'organisme, pour répondre aux besoins spécifiques des personnes accompagnées.	« (...) on essaye de définir ensemble comment est-ce que le support sera donné; selon ce qui fait le plus de sens pour la personne. » (Angela_1: 4)
Innover face à la diversité des demandes	Elles disent qu'elles font appel à leur « débrouillardise » et leur « curiosité », pour répondre aux besoins des personnes accompagnées.	« (...) il faut avoir une curiosité et l'envie de fouiller (...) [considérant] la variété des problématiques sur lesquelles les personnes peuvent solliciter notre aide» (Cécile_3 : 9)
Flexibiliser les critères d'admission aux services	On remarque que les intervenantes prennent parfois la liberté d'interpréter plus largement les critères d'admission aux services de leurs organismes et de dispenser des interventions à des personnes qui y cadrent plus ou moins.	« (...) quand le litige n'est pas en lien avec le problème de santé mentale directement, en principe on devrait référer à des organismes (...). On a beau se dire: dans telle circonstance, en principe on réfère (...) Mais ma réalité, ici, sur le territoire, est bien différente de celle de ma collègue qui est ailleurs dans un milieu hyper défavorisé (...). » (Cécile_1-3: 30-1)
Déviations de leur rôle*	Nous constatons que les intervenantes endossent des rôles qui ne sont pas prévus par leur milieu de pratique, pour répondre aux besoins spécifiques des personnes accompagnées.	«(...) moi je suis là en back-up aussi. (...) Donc, j'essayais de rassurer Carole. Je lui disais que MOI je resterais...ce n'est pas quelque chose que je fais beaucoup, parce que moi je préfère qu'une fois que la personne est attribuée à un autre intervenant, je préfère me RETIRER! » (Javier_3 : 7-8)

<p>Flexibiliser leurs horaires</p>	<p>Les intervenantes disent qu'elles peuvent disposer de leur temps de manière à flexibiliser leurs horaires pour arrimer la chronologie de leurs tâches au quotidien des personnes qu'elles accompagnent.</p>	<p>« (...) par exemple une personne dit : « Moi c'est les matins où c'est plus difficile ». (...) "Ok, est-ce que pour toi ça serait plus simple par exemple qu'on se rencontre tous les matins pour commencer ta journée?"» (Angela_1 : 14)</p>
<p>Sélection des rôles*</p>	<p>Face à une ambivalence à adopter une posture ou une autre en concordance avec différentes responsabilités, on constate que les professionnelles en viennent à trier et sélectionner le ou les rôles qu'elles souhaitent endosser.</p>	<p>« J'ai dit NON! (...) Je ne peux pas être intervenante et médiatrice, ce n'est pas possible! (...) "Si vous avez un conflit, on considère que vous êtes des gens adultes, responsables. Parlez correctement ensemble! (...) Réglez le problème vous-mêmes! Ça fait partie de votre autonomie." » (Yasmine_2-3 : 5-6)</p>
<p>Permettre les essais-erreurs</p>	<p>On peut conclure que les intervenantes offrent une plus grande marge de manœuvre à la personne accompagnée pour expérimenter dans le cadre de la relation, en sachant qu'elles sont là pour l'accompagner.</p>	<p>« (...) à la longue on voit comment, la personne qui ne trouve pas ces portes fermées est capable de traverser des portes, même si ce n'est pas la BONNE porte entre guillemets. OK, c'est une porte qu'il faut traverser.» (Javier_3: 8)</p>
<p>Tolérer les échecs</p>	<p>On constate qu'elles acceptent que la personne accompagnée remplisse des objectifs revus à la baisse, pour qu'elles puissent considérer qu'il est toujours pertinent de leur offrir des services.</p>	<p>« (...) il n'avait pas fait de démarches concrètes. Et nous, (...) les attentes qu'on a généralement, c'est qu'on veut qu'ils envoient 1 C.V. par demi-journée. (...) On peut être flexibles par rapport à ces attentes-là (...) on peut les laisser un peu (hésite) procrastiner.» (Sophie_1-3: 2-3)</p>
<p>S'appuyer sur leur expertise*</p>	<p>Nous constatons que les intervenantes font appel à leurs connaissances (expérientielles ou académiques) pour évaluer et mettre en place leurs interventions.</p>	<p>« J'y vais avec mon instinct et ma formation que j'ai. C'est comme ça que je négocie. Et si je déroge de ça, c'est là que je perds mes moyens.» (Véronique_3: 5)</p>
<p>S'appuyer sur leur connaissance de la personne accompagnée*</p>	<p>Les interventions sont avant tout définies en fonction de ce que les intervenantes disent qu'elles connaissent de la personne accompagnée, en référence à des interventions passées ou à des informations transmises par leurs collègues.</p>	<p>« (...) c'est vraiment des parcours non linéaires. Donc il faut vraiment s'adapter à chaque personne, selon ses forces, selon ses vulnérabilités. » (Sophie_1: 7)</p>

<p>S'appuyer sur les savoirs expérientiels de la personne accompagnée</p>	<p>On dénote que les intervenantes définissent leurs interventions en fonction de ce que la personne accompagnée leur dit. Leur posture relève alors plus de l'accompagnement que de la normalisation.</p>	<p>« (...) la seule chose que nous on fait à l'organisme où je travaille (...) c'est simplement de rester à l'écoute. C'est la personne qui...c'est elle qui se connaît le mieux. Moi, je n'ai rien à vous apporter! C'est que moi je suis simplement ici comme une béquille.» (Javier_1-3: 5)</p>
<p>Responsabilisation quant au déploiement de leur marge de manœuvre</p>		
<p>Construire leurs propres limites*</p>	<p>On remarque que les intervenantes évaluent les limites des règles d'attribution des services lorsqu'elles ne sont pas dictées clairement par leur milieu.</p>	<p>« (...) à l'organisme où je travaille (...) il n'y a pas de : je dois rencontrer la personne 5 fois et après 5 fois je devrais avoir terminé mon travail. (...)» (Cécile_1-3: 30)</p>
<p>Justifier leur déviation du cadre organisationnel*</p>	<p>Pour pouvoir mobiliser leur marge de manœuvre, les intervenantes doivent être en mesure de pouvoir justifier leurs pratiques auprès de leurs paires.</p>	<p>« Des fois, mes collègues vont me dire: "Ce soir-là, tu n'as pas rencontré X, quand on avait discuté qu'on aurait dû le rencontrer, POURQUOI?" Si je prends des actions, je pèse qu'il y a toujours une attente de: "C'est quoi le rationnel derrière ça?" (...) ça donne l'impression que je dois toujours me justifier. » (Angela_3:9)</p>
<p>Gestion des loyautés</p>	<p>On constate que les intervenantes endossent des rôles parfois contradictoires, pour répondre aux attentes de différents acteurs : celles de leurs collègues, des organismes partenaires et des personnes accompagnées.</p>	<p>« (...) on ne va jamais dire à la cliente: "Je viens de parler avec ton psychiatre, pour lui dire qu'on pense que tu n'es pas stable!" Surtout PAS quand... (hésite) le but c'est d'observer, et qu'on passe des observations [aux professionnel.les de l'hôpital].» (Angela_1 : 23)</p>
<p>Naviguer à travers une surveillance constante*</p>	<p>Étant surveillées par leurs paires, les intervenantes apprennent à alterner entre une déviation et une application des impératifs mis de l'avant par leurs milieux de pratiques.</p>	<p>« Habituellement, on doit vérifier chaque médicament que le client prend (...) Par contre, plusieurs de nos clients sont parfaitement capables de gérer leur médication et je trouve cela trop contrôlant de vérifier à chaque fois. (...) Et je me suis fait reprendre, par des collègues: "Mais là, elle ne les prend pas comme prescrit. Il faut qu'on vérifie avec la pharmacie que c'est correct. (...)" Donc, j'ai dû le faire. » (Angela_1-3: 27)</p>