



## Les transformations du réseau de la santé et des services sociaux et leur impact sur les pratiques professionnelles



Ordre des travailleurs sociaux  
et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec

**L'HUMAIN.** AVANT TOUT.

**COMITÉ DE LA REVUE**

Isabelle Côté, T.S., présidente  
Martine Beaulieu, T.S.  
Louise Boulianne, T.S.  
Sacha Genest Dufault, T.S.

Émilie Rousseau-Tremblay, T.S.  
Valérie Roy, T.S.  
Marie Senécal Emond, T.S.  
Luc Trottier, membre *ex-officio*

NB – Les articles publiés dans cette revue n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et n'expriment pas nécessairement les points de vue de l'Ordre. La reproduction en tout ou en partie du contenu de cette revue est permise à la condition d'en mentionner la source.

**PERSONNES-RESSOURCES**

Claude Larivière, T.S., coordonnateur  
Isabelle Tessier, secrétaire  
Luc Trottier, directeur des communications

Denise Bernard, indexation  
Muriel Dérogis, réviseuse linguistique  
Lithographie SB, montage et impression

La revue *Intervention* est indexée dans *Repère*, *DOCumensa*,  
*Index de la Santé et des Services sociaux* et dans *Social Services Abstracts*

N.B. – Articles in this publication are the sole responsibility of their authors and not of the Ordre. Reproduction, in whole or in part, of the contents of this magazine is allowed only if the source is mentioned.

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC 2012-2013 ET EMPLOYÉS DU SIÈGE SOCIAL

### LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION SECTEUR TRAVAIL SOCIAL

**Région 01/11 - Bas-St-Laurent/Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine**  
Pierre-Paul Malenfant, T.S.

**Région 02 - Saguenay/Lac-Saint-Jean**  
Danièle Tremblay, T.S.

**Région 03/12 - Capitale-Nationale/Chaudière-Appalaches**  
Marie-Josée Dupuis, T.S.  
Serge Turcotte, T.S.  
(1 poste vacant)

**Région 04/17 - Mauricie/Centre-du-Québec**  
Claude Leblond, T.S.

**Région 05 - Estrie**  
Claudette Guilmaine, T.S.

**Région 06/13 - Montréal/Laval**  
Alain Fredet, T.S.  
Tommy Yaun, T.S.  
(4 postes vacants)

**Région 07 - Outaouais**  
(1 poste vacant)

**Région 08/10 - Abitibi/Témiscamingue/Nord-du-Québec**  
Rolande Hébert, T.S., T.C.F.

**Région 09 - Côte-Nord**  
Stéphane Verret, T.S.

**Région 14/15 - Lanaudière/Laurentides**  
Madeleine Laprise, T.S.

**Région 16 - Montérégie**  
Rachel Bonneau, T.S.  
Sonia Gilbert, T.S.

### SECTEUR THÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE

Sylvain Nadeau, T.C.F.

**Membres externes nommés par l'Office des professions**  
Denis Bruneau  
Claire Denis  
Jacques Carl Morin  
Rolande Parent

### LE PERSONNEL DU SIÈGE SOCIAL

Président  
Assistante à la présidence

**Direction générale**  
Secrétaire et directrice générale  
Assistante de direction  
Secrétaire

**Direction des services administratifs  
et des technologies de l'information**  
Directrice  
Secrétaire administrative  
Technicienne en administration  
Commis intermédiaire  
Réceptionniste

**Service des communications et publications**  
Directeur  
Agente de communication  
Secrétaire  
Coordonnateur de la revue *Intervention*  
Secrétaire

**Direction du développement professionnel**  
Directrice  
Chargée d'affaires professionnelles  
Chargé d'affaires professionnelles  
Chargée d'affaires professionnelles, T.C.F.  
Chargée de projets (contractuelle)  
Chargée de projets  
Responsable du programme de  
l'inspection professionnelle  
Assistante de direction (formation continue)  
Secrétaire (inspection)  
Secrétaire  
Secrétaire (secteur T.C.F.)  
Secrétaire

**Service juridique**  
Conseiller juridique

**Direction des admissions**  
Directrice  
Agente de recherche (contractuelle)  
Assistante de direction  
Secrétaire (réadmission)  
Secrétaire (admission, médiation familiale)  
Commis

**Bureau du syndic**  
Syndic  
Syndics adjoints

Secrétaire (bureau du syndic)

**Comité de discipline**  
Secrétaire au conseil de discipline  
Secrétaire au contrôle de l'exercice professionnel (discipline)

**Comité de révision**  
Secrétaire au contrôle de l'exercice professionnel

Claude Leblond, T.S.  
Sara Veilleux

Ghislaine Brosseau, T.S.  
Marie-Cécile Pioger  
Émilie Grégoire

Sylvie Tremblay  
Rose-Myrène Dorival  
Carolina Loyola  
Mélicha Nourry  
Colette Dumas

Luc Trottier  
Anouk Boisland  
Lucie Borne  
Claude Larivière, T.S.  
Isabelle Tessier

Natalie Beauregard, T.S.  
Marie-Lyne Roc, T.S.  
Alain Hébert, T.S.  
Anne-Marie Veilleux, T.C.F.  
Lyse Gautier, T.S.  
Nicole Picard, T.S.

Jean-Yves Rheault, T.S.  
Huguette Houle  
Johanne Martel  
Tatiana Petrova  
Lucie Robichaud  
Isabelle Poirier

Richard Silver, T.S., avocat

Marielle Pauzé, T.S.  
Pauline Morissette, T.S.  
Sylvie Poirier  
Nathalie Fiola  
Carole Piché  
Sylvie Gagnon

Étienne Calomne, T.S.  
Marcel Bonneau, T.S.  
Dennis Farley, T.S.  
Jacqueline La Brie, T.S.  
Isabelle Lavoie, T.S.  
Joan Simand, T.S.  
Nathalie Fiola

M<sup>re</sup> Maria Gagliardi  
Émilie Grégoire

Johanne Martel

### COMITÉ EXÉCUTIF

Claude Leblond, T.S., président  
Sonia Gilbert, T.S., 1<sup>er</sup> vice-président  
Rolande Hébert, T.S., T.C.F., 2<sup>e</sup> vice-présidente  
Serge Turcotte, T.S., trésorier  
Jacques Carl Morin, membre nommé par l'Office des professions du Québec

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec —  
Bibliothèque et Archives Canada — ISSN 0713-4290  
Poste publication convention 1502662

# Les transformations du réseau de la santé et des services sociaux et leur impact sur les pratiques professionnelles

N° 136 (2012.1)  
**Sommaire**

## Éditorial

par *Claude Larivière, T.S.*, avec la collaboration d'*Isabelle Côté, T.S.* ..... 3

## Articles thématiques

- Comment se porte la conscience critique dans les pratiques d'empowerment des travailleurs sociaux?**  
par *Nicole Dallaire* ..... 6
- Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité**  
par *Josée Chénard, T.S.*, et *Josée Grenier, T.S.* ..... 18
- Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public?**  
par *Claude Larivière, T.S.* ..... 30
- Éclairage sur l'évaluation de la performance des travailleurs sociaux des CSSS**  
par *Annick Simard, T.S.* ..... 41
- Entrevue avec Michel Chauvière, sociologue et politologue français**  
par *Claude Larivière, T.S.* ..... 50

## Articles hors thématique

- Les enjeux de la sensibilisation des enfants à l'exposition à la violence conjugale**  
par *Annie Dumont, T.S.*, *Geneviève Lessard, T.S.*, *Rhéal Delisle, T.S.*, *Kathy Mathieu, France Paradis, Patricia St-Hilaire et Julie Ménard* ..... 59
- Facteurs de risque et insertion professionnelle de jeunes ayant été pris en charge par le système de protection de la jeunesse**  
par *Steven Thibault, Eric Yergeau et Robert Pauzé* ..... 68
- L'implication parentale en contexte de protection de la jeunesse : qu'en pensent les intervenants?**  
par *Martin Villeneuve, Danielle Maltais et Eve Pouliot* ..... 80

## Pistes de lecture

- Tempête dans la famille. Les enfants et la violence conjugale**  
par *Isabelle Côté, T.S.*, *Louis-François Dallaire, T.S.*, et *Jean-François Vézina, T.S.*  
commenté par *Linda Dupont, T.S.* ..... 90
- Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec**  
par *Julien Prud'homme*  
commenté par *Valérie Roy, T.S.* ..... 93
- Profession : travailleuse sociale. Quarante-cinq ans de service social hospitalier, 1950-1995**  
par *Monique Meloche, T.S.*  
commenté par *Jean-François Berthiaume, T.S.* ..... 96

**Politique éditoriale** ..... 98

**Editorial Policy** ..... 99



Isabelle Côté, T.S.



Claude Larivière, T.S.

## Les transformations du réseau de la santé et des services sociaux et leur impact sur les pratiques professionnelles

**L**e contexte dans lequel une majorité de travailleurs sociaux exercent leur pratique a changé ces dix dernières années au Québec. La décision du gouvernement libéral du Québec de restructurer le réseau public en 2004, créant sur l'ensemble des territoires un méga établissement de première ligne, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), en constitue un élément particulièrement visible. Cette restructuration a mis fin au modèle original québécois des Centres locaux de services communautaires (CLSC) développé lors de la mise en place du premier réseau public lié à la réforme Castonguay-Nepveu instaurée en 1973. Il s'agit d'un changement majeur. L'influence mondiale de la « Nouvelle gestion publique » (NGP), qui met l'accent sur le contrôle politique des orientations (gouverne) et sur la décentralisation administrative de l'organisation des services, a orienté le discours des décideurs publics dans un contexte marqué par une volonté de réduire les déficits de l'État, situation que nous partageons avec l'ensemble des pays développés.

En abordant le thème des impacts sur les pratiques de ces transformations, la revue *Intervention* a voulu susciter des contributions afin d'approfondir nos réflexions. Par exemple, en soulevant la question « Comment se porte la conscience critique dans les pratiques d'*empowerment* des travailleurs sociaux? », Nicole Dallaire pose d'emblée la question du sens relié au concept parfois galvaudé du pouvoir d'agir dans la perspective du développement d'une pensée critique. L'auteure appuie sa démarche sur les résultats d'une recherche participative avec des parents en situation de grande vulnérabilité. Et, plus intéressant encore, elle en tire des leçons ou des défis pour l'intervention!

Dans un second article, Josée Chénard, T.S., et Josée Grenier, T.S., nous rappellent l'importance de concilier des logiques contradictoires en présence dans l'intervention sociale dans le contexte du réseau de la santé et des services sociaux : il s'agit de la logique clinique du travail social confrontée à la logique administrative de nos organisations et à la logique médicale omniprésente. L'exigence de solidarité avec les personnes souvent démunies pour lesquelles nous intervenons ou que nous accompagnons devient un leitmotiv et nous impose de tenir compte de ces facteurs tout en demeurant proches des besoins de la population.

Dans « Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent à la transformation du réseau public », Claude Larivière, T.S., reprend de façon synthétique les résultats des travaux du Comité sur la pratique en CSSS (2006-2011) que l'OTSTCFQ a mis sur pied en vue de suivre l'impact de la création des CSSS sur l'organisation du travail et sur les pratiques des travailleurs sociaux. Ce comité a procédé à de nombreuses collectes de données tant auprès des intervenants que des gestionnaires sociaux. Le malaise du personnel s'exprime au quotidien en raison des nombreuses réaffectations et des modifications apportées aux tâches sans vraiment tenir compte de l'expertise développée au sein des équipes de travail. On fait état d'une charge de travail perçue comme accrue dans un contexte où le soutien proposé s'avère insuffisant. L'article met aussi en évidence un constat nouveau et d'autant plus révélateur selon lequel les gestionnaires cliniques et administratifs confirment pour l'essentiel les perceptions du personnel.

Ce souci quant à l'évolution de ce que la restructuration génère dans les milieux de pratique se reflète aussi dans l'article d'Annick Simard, T.S., consacré à jeter un éclairage sur l'évaluation de la performance des travailleurs sociaux des CSSS. Celle-ci a mené récemment un sondage en ligne auprès des membres de l'Ordre travaillant en CSSS afin de vérifier comment le rendement (ou la contribution) des employés est évalué ou non par leur établissement ainsi que les souhaits et les besoins des intervenants concernant cette évaluation.

Répétant une approche déjà utilisée par la revue – une entrevue avec une personnalité ayant, dans son domaine, ailleurs dans le monde, contribué à enrichir l'espace consacré aux débats démocratiques – Claude Larivière, T.S., a interviewé Michel Chauvière, chercheur et auteur prolifique dans le domaine des politiques sociales en France. Certaines questions que le chercheur soulève ont des résonances dans le contexte québécois : professionnalisation, déréglementation, place des usagers, utilisation de référentiels, influence des politiques néolibérales sur les pratiques sociales.

Dans la partie de ce numéro qui réunit les textes hors thématique, divers aspects de la pratique sociale sont abordés. Dans un article consacré à la question des enjeux de la sensibilisation des enfants à l'exposition à la violence conjugale, Annie Dumont, T.S., Geneviève Lessard, T.S., Rhéa Delisle, T.S., Kathy Mathieu, France Paradis, Patricia St-Hilaire et Julie Ménard nous présentent une analyse de la recension des écrits sur les stratégies de prévention des conséquences de l'exposition à la violence conjugale. Elles mettent en évidence les enjeux affectant les enfants et les familles et ouvrent d'intéressantes pistes de réflexion sur l'implantation possible de stratégies de prévention.

En utilisant des données secondaires tirées d'une recherche essentiellement quantitative menée conjointement, Steven Thibault, Eric Yergeau et Robert Pauzé mettent en évidence les facteurs de risque et ceux favorisant l'insertion professionnelle de jeunes ayant été pris en charge par le système de protection de la jeunesse. Cette recherche conduite auprès de personnes ayant reçu des services des centres jeunesse montre les liens qui existent entre les difficultés vécues à l'adolescence, particulièrement les difficultés scolaires, et l'insertion professionnelle au début de l'âge adulte.

Pour leur part, Martin Villeneuve, Danielle Maltais et Eve Pouliot s'intéressent à la question cruciale de l'implication parentale en contexte de protection de la jeunesse et ont voulu savoir ce qu'en pensent les intervenants qui expriment des attentes à l'égard des parents. Il s'agit là des résultats d'une étude qualitative de type exploratoire réalisée auprès d'intervenants du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean permettant de comprendre leur point de vue sur l'implication parentale en contexte de protection de la jeunesse.

Pour compléter ce numéro de la revue, comme à l'habitude, des pistes de lecture guident l'intérêt de nos lecteurs vers des livres qui nous sont apparus particulièrement intéressants. Nous avons choisi deux publications qui soulignent l'importance des trajectoires professionnelles.

Des corrections inappropriées ayant changé le sens de certains paragraphes d'une piste de lecture parue dans le numéro précédent, ce dont nous nous excusons auprès des personnes concernées, nous incitent à la publier de nouveau intégralement telle qu'elle aurait dû paraître. Linda Dupont, T.S., y présente la seconde édition du livre d'Isabelle Côté, T.S., Louis-François Dallaire, T.S., et Jean-François Vézina, T.S., : *Tempête dans la famille. Les enfants et la violence conjugale*, avec des ajouts sur les conduites aliénantes, la parentification de l'enfant, les rôles tenus par les enfants exposés et les droits d'accès accordés au père.

Abordant l'ouvrage de Julien Prud'homme, *Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*, Valérie Roy, T.S., souligne l'apport de cinq professions majoritairement féminines et dont l'histoire est parfois méconnue. Qu'elles s'attachent aux maux du corps ou aux plaies de l'âme, ces intervenantes jouent un rôle incontournable dans les soins de santé et les services psychosociaux québécois.

Par la suite, en complément, Jean-François Berthiaume, T.S., souligne la contribution de Monique Meloche, T.S., dont le livre *Profession travailleuse sociale : quarante-cinq ans de service social hospitalier 1950-1995* témoigne d'une trajectoire exemplaire en travail social en milieu médical susceptible d'inspirer les jeunes praticiennes.

Bonne lecture!

*Claude Larivière, T.S., avec la collaboration d'Isabelle Côté, T.S.*

# Comment se porte la conscience critique dans les pratiques d'empowerment des travailleurs sociaux?

par

Nicole Dallaire, Ph. D.

Professeure

Département de service social

Université de Sherbrooke

Courriel : nicole.dallaire@usherbrooke.ca

Revue de littérature sur le concept de pouvoir d'agir et sur le développement de la pensée critique. Résultats d'une recherche participative avec des parents en situation de grande vulnérabilité. Défis pour l'intervention.

Literature review on empowerment and on the development of the critical thinking. Results of a participative study with vulnerable parents. Challenges for the social practice.

Depuis vingt ans, l'*empowerment* est pour moi un objet privilégié d'exploration, d'enseignement et de recherche en travail social (Dallaire et Chamberland, 1996; Laurin, René, Dallaire et Ouellet, 2007; Dallaire, 2011) et je ressens le besoin de partager où j'en suis après ces longues années de fréquentation. J'éprouve souvent un malaise devant le peu de rigueur théorique avec laquelle le terme *empowerment* est utilisé, tant par des étudiants, des intervenants que par des professeurs. Il y a longtemps que je me suis jointe au concert de protestations contre une utilisation réductrice de l'intervention orientée vers l'*empowerment* (Dallaire et Chamberland, 1996). Serais-je une nostalgique et une irréductible?

Dans cet article, je souhaite clarifier mon positionnement théorique à l'égard de ce concept afin d'être en mesure d'engager un dialogue constructif avec les tenants de positions

différentes, pour contribuer à mieux baliser ce champ conceptuel interdisciplinaire en évolution depuis plus de trente ans. Je tiens à m'arrêter à l'une des composantes du processus, soit le développement de la conscience critique (conscientisation), car elle constitue pour moi, tout comme pour nombre d'auteurs, une condition incontournable d'une intervention orientée vers l'*empowerment* (Mullender et Ward, 1992; Shera et Wells, 1999; Zimmerman, 2000; Cox, 2001; Lee, 2001; Jennings, Parra-Medina, Hilfinger-Messias et McLoughlin, 2006). Dans mes cours, il me faut faire preuve de persévérance pour que l'importance de cette composante critique du processus d'*empowerment* soit intégrée. Mon insistance sur cet aspect agace aussi parfois des collègues. Je confesse que je me sens pourtant légitime d'insister sur le caractère critique, politique et collectif de ce construit, lorsque je jette un regard sur les écrits portant sur l'*empowerment* publiés depuis les années 1980 en travail social et en psychologie communautaire. J'y retrouve un grand nombre d'auteurs qui ont influencé ma compréhension au fil des ans (Rappaport, 1981; Breton, 1994; Lee, 1994; Trickett, 1994; Zimmerman, 2000; Jennings et al., 2006). Un survol de ces écrits sera suivi du partage d'une expérience de confrontation avec cette dimension critique dans le cadre d'une recherche participative menée avec des parents en situation de grande vulnérabilité et dans laquelle nous avons été tenus de combiner les rôles de chercheurs et d'intervenants (Laurin et al., 2007). Ce que nous avons expérimenté en tant que personnes, citoyens, intervenants et chercheurs a donné lieu à de nombreux questionnements et constats, entre autres sur la façon d'accompagner le développement de cette conscience critique, la nature des liens qui se nouent dans cet espace et le travail identitaire que l'implication dans ce processus a suscité chez nous. Et pour clore, les défis que représente l'utilisation de l'approche d'*empowerment* en milieux institutionnels seront abordés et surtout l'impact de la nouvelle gestion publique (NGP) sur l'actualisation

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 136 (2012.1) : 6-17.

de ces pratiques, telles que conceptualisées en travail social et en psychologie communautaire.

### Un concept aux multiples résonnances

Il existe de nombreuses définitions de l'*empowerment* et c'est peut-être la raison pour laquelle on se rabat souvent sur une définition très simplifiée, diluée, mais consensuelle : l'*empowerment* correspond à une augmentation du pouvoir sur sa vie. De là, toutes sortes de dérives. Plusieurs utilisent l'expression sans aucune autre indication de sens, comme si tout le monde savait précisément de quoi il retourne. Lorsqu'on demande de clarifier l'expression énigmatique « j'aide les personnes à reprendre du pouvoir sur leur vie », les réponses sont souvent hésitantes et vagues. Les intervenants sont facilement gênés de nommer des auteurs auxquels ils font référence, si tant est qu'ils puissent le faire. L'expression « redonner du pouvoir », utilisée à toutes les sauces, gomme le fait que le processus de reprise de pouvoir appartient à la personne. Au Québec, l'expression « pouvoir d'agir » a été proposée pour traduire le terme anglais *empowerment* (Le Bossé, 2004). Cette expression s'ajoute à d'autres efforts de traduction dont l'habilitation, l'appropriation du pouvoir et même la responsabilisation.

Face aux nombreuses définitions de l'*empowerment*, dont certaines nettement plus fréquentées que d'autres dans les écrits scientifiques, j'ai pris l'habitude d'en proposer plusieurs afin de pouvoir en exposer un plus grand nombre de facettes. Le « cocktail » que j'ai privilégié compte trois définitions : la définition de Rappaport (1985), un auteur incontournable puisque ce chercheur est considéré comme le père de l'*empowerment* en psychologie communautaire. Selon lui, l'*empowerment* psychologique suppose une approche proactive de la vie, un sentiment d'efficacité et de contrôle, une activité sociopolitique et un engagement organisationnel (Rappaport, 1985 : 18). Celle de Swift et Levin (1987), fréquemment citée, met pour sa part l'accent sur les dimensions subjectives et objectives du processus et insiste sur les changements structurels. Ainsi, pour les auteurs, l'*empowerment* renvoie à la fois au développement d'un sentiment d'auto-efficacité, de compétence et d'estime de soi, et à la modification des conditions structurelles afin de redistribuer le

pouvoir, ou autrement dit, de transformer les structures d'opportunités dans la société. Enfin, la définition de Breton (1994), une pionnière canadienne de cette approche en travail social, introduit la notion de conscientisation plus explicitement dans sa définition :

« L'*empowerment* est le résultat combiné ou le produit d'une implication dans un processus de conscientisation et de développement d'habiletés afin d'obtenir de justes prestations ou une distribution équitable du pouvoir, particulièrement celui d'accéder aux ressources ou services auxquels on a droit » (traduction libre de l'anglais) (Breton, 1994 : 29).

Dans ces trois définitions, les références à l'environnement social et politique, aux conditions structurelles et à la distribution du pouvoir ne laissent pas de doute sur le caractère critique et politique du processus et sur le fait que l'intervention individuelle n'est pas le moyen le plus approprié pour s'attaquer aux changements dans l'environnement que ces définitions supposent.

### Mes antécédents ou mon parcours théorique

M'étant initiée à l'*empowerment* à partir du travail social et de la psychologie communautaire, les sources auxquelles j'ai puisé s'inscrivent dans une perspective critique, au sens où elles empruntent à la théorie critique un courant épistémologique important dans ces disciplines qui s'intéresse aux forces idéologiques et aux rapports de domination dans le capitalisme postmoderne et auquel on associe, entre autres, l'École de Frankfort, Pierre Bourdieu, Michel Foucault et Paolo Freire (Levinson, 2011).

Au Québec, les travaux de W. Ninacs ont beaucoup contribué à faire connaître cette approche d'intervention en travail social. Celui-ci a réalisé une recension d'écrits au début des années 1990, de laquelle il a relevé quatre dimensions, désormais célèbres, du processus d'*empowerment* individuel<sup>1</sup> parmi les plus fréquemment citées : le rehaussement de l'estime de soi qui est associé à la déconstruction de l'oppression intériorisée, la conscience critique, la participation, et le développement des compétences requises pour atteindre les objectifs de changements souhaités et planifiés par les personnes concernées (Ninacs, 1995). En général, le résultat du processus se traduit par un

changement observable dans l'environnement des personnes concernées ou par un accès accru aux ressources, et ce, grâce à leur mobilisation et à leur engagement dans l'action sociale.

Entre 1985 et 1995, année de parution de l'article de Ninacs, une abondance de volumes présentant cette approche en profondeur et encore fréquemment cités aujourd'hui ont été publiés (DuBois et Miley, 1992; Gutierrez, Parsons et Cox, 1998; Lee, 1994; Mondros et Wilson, 1994; Simon, 1994). Les pratiques auprès d'une diversité de groupes sociaux plus susceptibles de connaître des situations d'oppression (Asiatiques, Autochtones, aînés, population noire des ghettos urbains, personnes présentant des handicaps divers) sont aussi documentées. L'ouvrage de Lee (1994), offrant des outils précieux pour le travail clinique, a été réédité en 2001. L'expression « Building the Beloved Community » (construire la communauté bien-aimée) a été ajoutée au titre pour marquer l'importance donnée dans cette réédition au développement de la communauté. Bon nombre de ces auteurs ont poursuivi leurs travaux durant les quinze dernières années (1995-2010). Notons que les fondements épistémologiques sont davantage annoncés dans les publications de cette dernière période. Elles font beaucoup référence au constructivisme, qui recouvre en fait des courants très divers, mais qui partagent pour la plupart l'idée du caractère central des échanges sociaux et des pratiques d'interaction dans la construction de la réalité sociale (Le Moigne, 1995). Ainsi, nos activités intentionnelles en tant que citoyens ou intervenants contribuent à la construction, au maintien ou à la transformation de la vie sociale.

De son côté, la psychologie communautaire américaine a constitué un second bassin d'inspiration pour moi. J'ai découvert les travaux de Rappaport en 1990, ce qui a d'ailleurs influencé mon choix de rédiger une thèse de doctorat sur les pratiques de promotion et de prévention en me référant largement au concept d'*empowerment* (Dallaire, 1999). En fait, l'apparition du concept d'*empowerment* en psychologie communautaire est en partie redevable à Rappaport (1981). Les critiques cinglantes qu'il a adressées à l'endroit de la logique technico-scientifique dominant le champ de la prévention en santé mentale ont

été maintes fois citées. Il signalait alors sa volte-face envers la prévention, ses programmes standardisés et son langage qui révèle si clairement la différence de statut entre l'expert et la « personne à risque ». Pour Rappaport, le concept d'*empowerment* était porteur d'un imaginaire et d'une façon de penser les problèmes sociaux et leurs solutions capables d'insuffler un dynamisme nouveau en psychologie communautaire (Rappaport, 1985). D'une vision centralisatrice, il fallait maintenant passer au local, à l'acceptation que les solutions pour un même problème peuvent varier selon les contextes et les expériences, et à la reconnaissance du fort potentiel d'*empowerment* résidant dans l'approche d'entraide. Son collègue Zimmerman (1995; 2000) a pour sa part insisté sur la distinction entre une conception individualiste de l'*empowerment* et ce qu'il a nommé « l'*empowerment* psychologique ». La première traite l'*empowerment* comme une variable de la personnalité et néglige le contexte. La seconde fait référence au niveau individuel d'analyse, mais prend en considération les liens entre le niveau d'analyse individuel et collectif de l'*empowerment*. Donc, pas question de traiter d'*empowerment* individuel en vase clos, c'est-à-dire sans considérer les blocages dans l'environnement qui empêchent, souvent par manque d'accès aux ressources nécessaires, les personnes de réaliser les objectifs qui ont de la valeur pour elles, individuellement et collectivement. Précisons que trois dimensions relevées par Ninacs (1995) et Zimmerman (2000) sont similaires (conscience critique, compétences techniques et participation). Seule la quatrième dimension diffère puisque Ninacs identifie l'estime de soi tandis que Zimmerman renvoie au concept d'auto-efficacité (sentir que son action peut faire une différence).

Un troisième joueur, Trickett (Trickett, Watts et Birman, 1993), m'a aussi fortement influencée par ses prises de position épistémologiques. Il fait référence à une épistémologie constructiviste/contextualiste de la science selon laquelle les processus sociaux, constitués d'échanges, de négociations et de conflits, modèlent et contribuent à maintenir certains modes de compréhension de la réalité sociale. Les représentations des personnes et des groupes sociaux ayant un statut social élevé et davantage de ressources ont plus de poids, ce qui facilite

l'imposition de leurs vues (pensée hégémonique). La construction de la réalité correspond ainsi à un acte politique (Gergen, 1982, cité dans Trickett et al., 1993) où les individus sont des créateurs actifs de leur réalité et ne font donc pas que réagir passivement aux circonstances environnementales. À cet égard, le modèle de groupe autogéré (Mullender et Ward, 1992) constitue un bel exemple d'espace politique dans lequel les citoyens bénéficiaires des services sociaux se donnent les conditions de modifier leur environnement social en honorant leur propre vision du monde. De son côté, le contextualisme renvoie au fait que les significations et les relations sont situées dans un contexte sociohistorique et culturel spécifique dont il faut tenir compte (Trickett, 1996). En fait, Trickett (1994) relie étroitement l'écologie humaine et l'*empowerment* dans sa perspective théorique. L'approche écologique (ou écologie humaine) en psychologie communautaire favorise cette vision contextualisée de l'intervention dans laquelle le chercheur (ou l'intervenant) est l'apprenti des conditions locales. Ce courant propose des principes, inspirés de façon métaphorique de l'écologie, pour évaluer les communautés et les contextes sociaux afin de favoriser le développement communautaire (l'histoire d'une communauté, les ressources latentes d'un milieu, sa culture propre, ses liens d'interdépendances avec l'extérieur). Enfin, Trickett et al. (1993) empruntent aussi au paradigme critique en introduisant la pensée de Freire au cœur de laquelle se retrouve l'idée fondamentale de sujet actif, capable de choix. Pour Freire (cité dans Trickett et al., 1993), l'individu soumis aux prescriptions extérieures ou à la merci du choix des autres n'est plus intégré, mais adapté. La conscientisation (conscience critique) rend les personnes et les groupes aptes à reconnaître les différentes visions du monde et est essentielle au processus de changement social. Voici en synthèse les principales leçons tirées de mes fréquentations de la psychologie communautaire qui ont également renforcé l'importance que j'accorde à la pensée critique.

J'enseigne l'intervention en travail social en petit groupe, ce qui influe peut-être sur l'importance que j'attribue à l'espace que constitue le groupe restreint pour soutenir un processus d'*empowerment*. Ainsi, je retiens les propos des

auteurs qui affirment que c'est en interaction avec d'autres que la conscience critique se développe le plus avantageusement (Cox, 2001; Lee, 2001; Mullaly, 2002; Mullender et Ward, 1992). Cependant, le rôle de l'intervention individuelle dans une approche d'*empowerment* n'est pas exclu (Lee, 2001; Mullaly, 2002). Au départ, compte tenu de nos structures de services, l'intervenant clinique rencontre le plus souvent les personnes individuellement. Dans ce contexte, il peut être véritablement à l'écoute des souffrances liées aux privations, aux atteintes à la dignité, à la marginalisation, à la perte de sens et en saisir les manifestations dans le corps, le fonctionnement émotionnel et l'exercice de la pensée. Ces manifestations peuvent se présenter sous forme d'une diversité de maux physiques et psychiques. Un travail de prise de conscience des situations d'oppression vécues peut s'amorcer dans cet espace (Lee, 2001; Mullaly, 2002). Il en est de même du travail de reconstruction de l'identité souffrante, ce à quoi excelle l'approche narrative en travail social. En effet, cette approche utilise des outils narratifs qui privilégient certains aspects essentiels à l'expérience vécue par les personnes afin de les soutenir dans « la re-création d'histoires qui révèlent les gens, pour les engager à être à nouveau les auteurs de leur vie et de leurs relations » (White et Epston, 2003 : 225; White, 2009). Toutefois, c'est au sein d'un groupe que la solidarité peut se vivre et que les rapports sociaux peuvent être plus facilement appréhendés sous un angle critique. C'est en groupe également que les projets de changement pour un mieux-vivre en commun, pour un lien personne-environnement qui émancipe et facilite le déploiement des potentialités peuvent prendre racine et se greffer aux dynamiques de développement des communautés (Dallaire, 2011).

### **Plein feu sur le développement de la pensée critique**

Comme nous l'avons vu, le thème des pratiques orientées vers l'*empowerment* occupe un espace significatif en travail social et la reconnaissance de l'importance du développement de la conscience critique et de l'action sociale en constitue un trait commun (Breton, 2002; Cox, 2001; Gutierrez, et al., 1998; Lee, 2001;

Ninacs, 2008; Shera et Wells, 1999). Plusieurs auteurs critiquent d'ailleurs l'utilisation réductrice du terme (Cox, 1999; McKenzie, 1999). À titre d'exemple, on critique la référence à l'*empowerment* des aînés pour décrire le développement de leurs compétences et de leur sentiment d'auto-efficacité, tout en biffant le développement de leur conscience critique (Cox, 1999). Pourtant, les aînés fragilisés ont beaucoup à partager sur les stéréotypes qu'on leur associe (Joseph, 1997, dans Cox, 1999) : le vécu d'un corps vieillissant dans une culture du corps parfait, le droit à une sexualité épanouie, le sentiment de perte d'utilité et la maltraitance qu'ils subissent, un phénomène reconnu depuis longtemps (Beaulieu et Crevier, 2010). Des partages dans le cadre d'un groupe favorisent la prise de conscience de ce qui est commun dans le fait de vieillir et la perception des relations de pouvoir dissimulées dans leur expérience personnelle et publique (Cox, 1999). En travail social, c'est un lieu commun de dire que les pratiques orientées vers l'*empowerment* s'adressent principalement aux groupes sociaux victimes de discrimination et d'oppression (Lee, 2001). Les manifestations du manque de pouvoir de ces groupes sont multiples : conditions de vie difficiles, rapports interpersonnels violents, préjugés et discrimination, marginalisation, difficultés d'accès aux ressources et aux espaces de parole, etc. À partir d'une lecture critique des problèmes sociaux, les groupes d'*empowerment* encouragent leurs membres à développer une dynamique d'échanges autonomes autour des problèmes qui leur apparaissent les plus centraux. L'action des intervenants se situe, notamment, au niveau des processus favorisant un questionnement critique face à ces difficultés, ce qui permet aux participants d'examiner en profondeur les déterminants sociaux des difficultés rencontrées et d'envisager des solutions à la fois sur le plan individuel, mais également sur les plans culturel, social et politique (Mullender et Ward, 1992; Lee, 2001). L'engagement dans un processus d'*empowerment* en groupe comporte généralement les dimensions suivantes : une revue critique des attitudes et des croyances sur soi et son environnement sociopolitique, la validation de son expérience à travers l'interaction collective, l'acquisition de connaissances et d'habiletés liées à la pensée critique (*critical thinking*) et à

l'action sociale, et l'action entreprise en vue d'un changement personnel et politique (Cox, 2001). De son côté, Lee (2001) propose d'autres dimensions qui croisent celles de Cox tout en les complétant : le développement d'une image de soi plus positive conjugué au sentiment d'être en mesure de faire changer les choses, le développement de connaissances et de capacités favorisant une compréhension plus critique des réalités sociales et politiques des environnements nous concernant (conscience critique), et le développement de ressources, de stratégies et de compétences afin d'atteindre nos buts sur les plans personnel, socioculturel, politique et économique. En travail social, les principaux théoriciens présentent l'*empowerment* individuel (personnel) et collectif (interpersonnel, communautaire, politique) comme des dimensions indissociables, se soutenant et se développant l'une l'autre tout en conjuguant l'action sociale et la guérison personnelle (Lee, 2001; Donaldson, 2004; Jennings et al., 2006).

Le fait de favoriser une pensée critique est un processus qui s'amorce avec le sentiment de partager des difficultés semblables, ce qui d'ailleurs est au cœur des effets bénéfiques associés à la participation aux groupes d'aide mutuelle (Steinberg, 2008). Ce processus se poursuit par la reconnaissance que des conditions sociales nous entourent et contribuent à faire naître ces problèmes. Enfin, il trouve son aboutissement par la prise de conscience que des changements environnementaux ou structurels sont requis pour leur apporter des solutions efficaces et durables (Ninacs, 1995). La dimension politique du processus ne peut être esquivée.

### **Quand la recherche nous interpelle dans notre identité sociale et professionnelle**

Une recherche participative m'a amenée à partager le défi associé à l'accompagnement d'un groupe dans un processus de réflexion critique (Laurin et al., 2007). Le but de cette recherche était de recueillir, à partir d'une animation orientée vers l'*empowerment*, les témoignages de deux groupes de parents en situation de pauvreté sur leur expérience sociale de parents et sur la vie dans leur quartier, ainsi que de les accompagner dans une action sociale de leur choix, si tel était le souhait du groupe.

Cette recherche a été développée en soutien à l'intervention, dans le cadre du programme des *services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, un programme national à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) (MSSS, 2004). Nous avons ainsi constitué deux groupes de parents, appartenant chacun à une communauté territoriale distincte de Montréal (quartiers urbains défavorisés), étant tous bénéficiaires de la sécurité du revenu, sans diplôme de secondaire V et pour la plupart des participants au programme SIPPE. Des organismes du milieu nous ont fourni le nom des participants potentiels qui ont été rencontrés individuellement et invités, à titre de citoyens, à participer à cette démarche collective. Des outils d'animation divers ont été utilisés tels que le photo langage, des vidéos et des mises en situation dans le cadre d'une animation très souple.

Dans le cadre de cette recherche participative, six rencontres de deux heures étaient allouées aux deux groupes de parents. Les thèmes discutés étaient suggérés tantôt par ceux-ci, tantôt par les chercheurs. En cours de route, plusieurs questions qui se trouvent à la base même d'une pratique ou d'un processus de recherche orientés vers *l'empowerment* se sont imposées à nous à titre de citoyens, de chercheurs et de parents occupant une position sociale privilégiée et porteurs de préjugés, de valeurs, de visions partielles et partiales de la réalité sociale. Ces questions ont surgi au fil des rencontres d'équipe consacrées au retour sur les animations et à la planification des rencontres à venir : comment favoriser concrètement ce processus de réflexion critique et qu'éveille un tel rôle chez les intervenants sur les plans personnel et professionnel? Les articles sur *l'empowerment* abordent peu ces questions qui pourtant s'imposent avec force dans le feu de l'action. Il va de soi qu'il est nécessaire d'être soi-même outillé et à l'aise dans un tel processus (Jennings et al., 2006). L'acquisition de cette aptitude comporte des défis et des questionnements parfois difficiles, dont voici quelques-uns que nous avons rencontrés.

- Comment sommes-nous touchés par la souffrance sociale exprimée au sein du groupe? Comment se répercute sur nous l'impuissance ressentie au sujet des

conditions sociales, économiques, politiques et culturelles qui font obstacle aux projets de vie des participants?

- Au-delà du discours théorique porté par *l'empowerment*, jusqu'où croyons-nous personnellement à la possibilité de changements sociaux et comment qualifions-nous notre propre conscience critique?
- Comment sommes-nous outillés pour stimuler la réflexion critique des participants?
- Que ressentons-nous concernant les propos qui pointent la distance sociale, la différence de classe qui existe entre « eux » (clients ou bénéficiaires) et « nous », les intervenants ou les chercheurs?
- Quelles sont les questions éthiques que soulève un tel processus?

Le fait de nous trouver dans un espace de solidarité, de nouer un lien personnel et prolongé avec des citoyennes et citoyens qui vivent des difficultés qui nous sont épargnées en raison de notre statut social et des privilèges qui y sont associés (ex. : difficultés d'obtenir de l'aide pour son enfant victime de sévices sexuels, logement dans un quartier peu sécuritaire pour les enfants, etc.) a fait vibrer des cordes émotionnelles au sein de l'équipe et un fort sentiment d'empathie s'est développé.

Nous avons assisté à l'expression de la souffrance et de l'impuissance liées aux multiples rapports sociaux dévalorisants, aux difficultés d'insertion, à l'accès perçu très limité aux services, aux besoins de base non satisfaits. À plusieurs reprises, nous avons ressenti, en tant que chercheurs, le désir d'être des déclencheurs de changement avec les personnes du groupe en alliance avec d'autres acteurs clés du quartier. Parallèlement, il nous a fallu situer notre rôle relatif au développement de la conscience critique. Jusqu'où et comment allions-nous favoriser l'expression du sentiment d'oppression et des critiques dirigées contre les organisations que, jusqu'à un certain point, nous représentons (santé publique, services sociaux, protection de la jeunesse, etc.). Jusqu'où saurions-nous entendre et accueillir les émotions enfouies et la souffrance des participants?

L'écart entre le discours théorique sur *l'empowerment* et la façon dont, une fois en situation concrète d'intervention, il nous implique

comme personne sur le plan identitaire et même émotionnel est important et mérite qu'on s'y arrête. Notre conscience, très nette, du fait que les parents participants sont véritablement ces experts capables de nous faire entrevoir le regard partiel et partial qu'ils posent sur leur existence de parents et de citoyens, notre désir sincère de surmonter quelques-unes des barrières qui font que trop souvent cette parole recherchée est escamotée, ont créé une ouverture, une complicité et un climat de groupe autorisant une expression authentique et vivante entre les animatrices et les participants.

Un questionnement éthique a surgi au moment du choix d'aborder avec les membres du groupe le contenu du programme des services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) dont plusieurs bénéficiaient et qu'ils connaissaient donc de l'intérieur. Puisqu'ils étaient interpellés à titre de citoyens dans notre recherche, il nous apparaissait cohérent, bien que très inhabituel, d'aborder avec eux ce programme dans le même esprit que nous le ferions avec tout autre citoyen. Nous avons choisi de faire une présentation assez formelle du programme, avec des diapositives sur les fondements et les objectifs de ce dernier, et ce, à partir du texte intégral (MSSS, 2004). Notre intention était de partager avec les participants le discours gouvernemental qui est tenu à leur sujet, en tant que membres d'un groupe défavorisé de la société québécoise pour qui on a construit un programme national. Nous avons ainsi fait le choix d'être pleinement cohérents avec la logique d'*empowerment* qui veut que les personnes concernées soient partie prenante des services et des programmes élaborés à leur intention (Beresford et Croft, 2001, 2004). Avouons que nous avons eu le sentiment d'être un peu subversifs. Nous nous sommes demandé aussi si nous mesurions bien la portée éthique de notre geste, tant cette façon de faire est inhabituelle. Les réactions des participants au programme ont été fortes et spontanées, parfois empreintes d'indignation. Notre stratégie s'est avérée un moyen sûr de provoquer les échanges et de favoriser la réflexion. Les parents ont entre autres réagi au langage d'expert qui fait obstacle au partage; au manque de connaissances et de reconnaissance de leur réalité; à la vision négative des

parents pauvres, perçus à leur avis, comme des ignorants et des incompetents. Mais tout en formulant ces critiques, ils ont aussi manifesté leur désir que les enfants en milieu de pauvreté puissent se développer convenablement et approuvé qu'une aide soit apportée en ce sens.

En y regardant de plus près, la ressemblance semble frappante entre, d'une part, la façon dont les parents ont profité de cet espace de parole sécuritaire pour livrer des témoignages qu'ils n'osent pas livrer lorsqu'ils sont en présence de personnes représentant un pouvoir dont ils se méfient et, d'autre part, les témoignages dont je suis souvent témoin<sup>2</sup>, livrés par les intervenants lorsqu'ils se retrouvent également dans un espace de parole sécuritaire dans lequel ils peuvent s'exprimer en toute confiance sur leur contexte de travail. Tout comme les « usagers », ces intervenants se permettent alors d'exprimer les frustrations, les déceptions, les désillusions, les espoirs et la perte de sens qu'ils relient fortement aux décisions prises dans des sphères de pouvoir qu'ils contrôlent très peu.

### **La conscience critique et l'empowerment des intervenants**

La pratique de l'intervention sociale dans le réseau institutionnel semble mal en point. Périodiquement, des études font état du point de vue des intervenants sociaux sur leur pratique, comme un cri d'alarme pour se faire entendre dans leur mal-être concernant leur vécu professionnel. C'est le cas d'une étude réalisée en 2004 (Pelchat et Malenfant) auprès d'intervenants sociaux en CSSS dans la région de Québec. Cette étude dénonce, notamment, le retour en force du modèle médical, les règles de gestion imposant des suivis à court terme pour réduire les listes d'attente, la logique comptable où prévalent la quête de rentabilité et d'efficacité et le peu de prise en compte des particularités du territoire. L'étude rapporte aussi l'existence d'un « caseload » virtuel, c'est-à-dire d'un travail réalisé auprès des aidants naturels et des proches qui n'apparaît pas dans la charge de travail officielle et, également, la technicisation du travail laissant peu d'espace au travail psychosocial. Bref, « pour les intervenants, la difficulté est plutôt de parvenir à exercer adéquatement leur métier dans un contexte qu'ils qualifient d'hostile à la

compétence... Un cadre de gestion qui met en péril la nature même de l'intervention sociale et psychosociale » (Pelchat et Malenfant, 2004 : 23). Aux dires des auteurs de l'étude, ces constats ont été recueillis au cours des dernières décennies et il semble bien qu'il en soit encore ainsi, si l'on considère une étude récente (Soares, 2010) réalisée à Montréal, auprès d'intervenants en CSSS également. Ce rapport fait état de l'urgence d'assainir l'organisation du travail et la gestion dans les établissements compte tenu du taux élevé d'épuisement et de détresse psychologique. Les répondants notent aussi l'impossibilité de développer leurs compétences, l'incohérence entre leurs valeurs et leurs objectifs personnels et ceux de l'organisation, ce qui les conduit à poser des gestes contraires à leur éthique, le manque de reconnaissance et le faible contrôle sur l'accomplissement du travail. Enfin, Postle et Beresford (2007), en Grande-Bretagne, dressent aussi un tableau des contraintes imposées aux intervenants par l'introduction de la NGP. Ces pratiques de gestion se caractérisent pour les travailleurs sociaux par l'augmentation de la paperasse, le contrôle des coûts, l'accent sur les cibles de performance. Elles entraînent une démoralisation des travailleurs sociaux et les amènent à perdre de vue leur rôle politique dans la promotion de l'inclusion sociale, de la citoyenneté et de la justice sociale.

Pour accroître l'efficacité de la gestion publique, on a intégré à la sphère publique des principes de gestion traditionnellement réservés au secteur privé (Villeneuve, 2006; Bourque, 2007; Soares, 2000). Les principales caractéristiques de ce type de gestion sont : la gestion par résultats, la livraison de services de qualité, la reddition de compte centrée sur le client, l'évaluation de programme, l'imputabilité des fonctionnaires et la privatisation, dont les partenariats publics privés (PPP) font partie (Bourque, 2007). Dans ce cadre, l'interlocuteur des organisations publiques, appelons-le l'usager, se transforme ainsi en client, en consommateur de services, et les organisations en dispensatrices de services. Ces appellations ne sont pas neutres et définissent les attentes et les objectifs de cet « interlocuteur » ainsi que les stratégies de l'organisation pour gérer cette relation (Villeneuve, 2006). Ce sont des constructions sociales qui soulignent

certain aspects de la relation au détriment d'autres (McLaughlin, 2009). Je constate que les intervenants et les étudiants sont conscients des conséquences du choix de certains termes et ne savent plus parfois comment parler « des personnes concernées » par les services. Des étudiants, lors d'un échange sur cette question, ont spontanément proposé les termes « partenaires » ou « participants » pour désigner les « clients ». Or, j'ai retracé par hasard, peu de temps après, l'expression anglaise « service participant », dans un texte de Kisthardt (2006). Ce texte sur l'approche centrée sur les forces utilise cette expression plutôt que celle de bénéficiaire, d'usager ou de client. L'expression veut refléter le caractère plus égalitaire de la relation qui se traduit par des processus d'intervention qui conduisent à un partenariat véritable. Villeneuve (2006) propose pour sa part les expressions « citoyens-clients », « citoyens-coproducteurs ». Nous pouvons y voir des efforts pour bien marquer le statut de sujet-acteur reconnu aux personnes.

Un vent d'innovation en provenance de la Grande-Bretagne apporte des idées stimulantes afin d'accroître le pouvoir des travailleurs sociaux et de leurs clients sur la nature des services institutionnels (Beresford et Croft, 2001; 2004) et sur la qualité de la vie démocratique (Postle et Beresford; 2007). Ces auteurs s'inscrivent résolument dans une perspective d'*empowerment* en reconnaissant pleinement les savoirs des clients, qui sont mis à profit dans l'élaboration des services qui leur sont destinés, et même dans la programmation de la formation universitaire en travail social (Postle et Beresford; 2007). Plus récemment, ils se sont aussi intéressés au rôle que peuvent jouer également les travailleurs sociaux dans le soutien et le développement de la démocratie directe, puisque plusieurs gains pour les personnes marginalisées ne sont réalisables que par ce type d'action politique à l'échelle micro, à travers des mobilisations en vue d'accroître les ressources, dont le micro crédit. Ils encouragent les travailleurs sociaux à élargir leur pratique clinique en s'engageant dans ces deux sphères d'action tout en reconnaissant le courage nécessaire pour s'opposer à la logique « managériale » de leurs employeurs, afin de défendre les valeurs du travail social.

Parmi les sources de savoirs essentiels à la pratique du travail social, on compte les connaissances reliées au contexte de la pratique, soit essentiellement les lois, les politiques publiques et les institutions. Pour que les professionnels du travail social puissent se situer en position de co-constructeurs de cette profession, ils doivent en effet être outillés pour procéder à une analyse critique des processus institutionnels et organisationnels qui conditionnent leurs conditions de pratique, dont leur autonomie professionnelle (Trevitich, 2008). Une supervision critique apparaît ici comme une stratégie potentielle d'appui des travailleurs sociaux vivant au quotidien les conséquences de ce type de gestion (Engelbrecht, 2010).

Un exemple qui me semble éloquent d'un manque de compréhension critique du fonctionnement de leur environnement est une méconnaissance, pour plusieurs, des raisons exactes pour lesquelles l'intervention sociale en petit groupe n'est pas comptabilisée dans la reddition de compte de leurs activités.

Dans un processus d'intervention orientée vers l'*empowerment*, voici quelques questions critiques que nous nous poserions pour augmenter notre connaissance stratégique d'un environnement qui nous prive d'un contrôle sur des actions professionnelles qui nous semblent légitimes. De quel palier hiérarchique du ministère provient cette directive? Est-elle issue d'une instance composée presque uniquement de personnes provenant du secteur médical qui méconnaissent l'efficacité et la pertinence de la méthode d'intervention sociale en petit groupe? Quelles connaissances ont ces acteurs des besoins des personnes aux prises avec des difficultés psychosociales et différentes formes d'oppression et de la façon dont l'intervention de groupe peut leur apporter une aide précieuse? On peut se demander si, dans les institutions de services, les supérieurs hiérarchiques sont en mesure et volontaires pour aller chercher l'information manquante et soutenir les intervenants dans leur processus d'*empowerment* professionnel. Quelles avenues s'offrent aux intervenants pour construire un mouvement de protestation contre une telle directive?

Cette conscience critique bien aiguisée, combinée à la croyance dans le fait que leur action

peut faire une différence (*self-efficacy*) et à une stratégie d'action perspicace, peut être à la base d'actions collectives favorisant l'*empowerment* des intervenants et, pourquoi pas, de leurs supérieurs immédiats. L'expérience et la confiance acquises de la sorte par les intervenants au sein de leurs propres combats pour assurer leur autonomie et leur marge de manœuvre professionnelle contribueraient certes à consolider leurs habiletés d'accompagnement des pratiques émancipatrices des personnes et des groupes se sentant écrasés par un environnement politique et économique devant lequel ils se sentent impuissants.

À travers un tour d'horizon d'écrits tant en travail social qu'en psychologie communautaire, l'importance du développement de la conscience critique et le caractère politique des pratiques d'*empowerment* ont été démontrés de multiples façons. J'ai également partagé l'expérience vécue par une équipe de recherche dans laquelle nous avons expérimenté plusieurs défis relatifs aux savoir-être et au savoir-faire requis pour accompagner ces pratiques. La conscience de notre position sociale privilégiée est apparue très fortement en présence de ces parents connaissant de multiples privations et avec lesquels nous avons noué des liens privilégiés et plus égalitaires. Nous nous sommes interrogés tout autant sur notre propre capacité critique et sur notre engagement citoyen que sur nos habiletés à accompagner le développement de la conscience critique des parents participant à notre recherche. Le deuxième pan de la réflexion développé dans ce texte porte sur l'*empowerment* des intervenants eux-mêmes et sur le nécessaire questionnement critique préalable à toute action revendicatrice entourant leur marge de manœuvre et leurs conditions de travail. Ce rapprochement entre l'*empowerment* des intervenants et des « citoyens-clients » ne peut que renforcer l'essence première de cette approche et contribuer au développement de pratiques plus fidèles à l'esprit d'émancipation sans cesse rappelé par les chercheurs engagés dans la promotion de l'approche d'*empowerment* en travail social.

Les pratiques managériales sont présentées comme s'il n'existait aucune solution alternative valable pour amener des organisations complexes de services à réaliser leur mission.

Les fondements de ces pratiques de gestion sont souvent rappelés comme des règles quasi absolues que « l'exécutant » semble bien naïf de ne pas connaître ou de contester. Pourtant, d'autres perspectives de gestion qui n'impliquent pas de séparation nette entre le travail de gestion et celui de la production de services sont envisageables dans les établissements publics. Selon Mintzberg, « cette division verticale du travail favorise la gestion à distance superficielle axée sur les résultats mesurables et nuit à l'exercice d'un jugement profondément informé et ancré dans l'expérience pratique » (Mintzberg, 1989, dans Dupuis et Farinas, 2009 : 8). L'approche par les capacités suggère de son côté des outils analytiques (Bonvin, 2009) pour qu'intervenants sociaux et gestionnaires portent ensemble un jugement éclairé rendant possibles des progrès concrets dans les difficiles négociations qu'impliquent les changements dans les normes, les outils de gestion et l'ouverture aux approches orientées vers le changement social et la justice (ex. : s'assurer de la capacité de négocier et d'être entendu dans un cadre institutionnel, déterminer des informations pertinentes et des valeurs permettant d'évaluer le caractère légitime d'une mesure ou d'une pratique). À l'heure où les programmes en silo sont si fortement remis en question, il semble fructueux comme piste de réflexion de considérer le monde de la gestion et des pratiques professionnelles comme deux silos en parallèle. À quand des colloques ouvrant un espace dialogique créateur entre les travailleurs sociaux et les gestionnaires sur leurs pratiques respectives et leurs croisements?

### Descripteurs :

Appropriation psychosociale // Prise de conscience // Service social - Étude et enseignement (Universitaire) - Québec (Province) // Travailleurs sociaux - Québec (Province)

Empowerment // Awareness // Social service - Study and teaching - Quebec (Province) // Social workers - Quebec (Province)

### Notes

- 1 En psychologie communautaire, on utilise fréquemment l'expression « empowerment psychologique » pour désigner ce niveau d'*empowerment*. Voir Zimmerman (1995).
- 2 Mon travail m'amène depuis des années à être en contact avec plusieurs intervenants sociaux, à travers la recherche, des activités de formation à l'intervention et aussi à l'intérieur d'un groupe d'échanges qui avait été mis sur pied précisément pour permettre à ses membres de s'exprimer sur les conditions de leur pratique et de se soutenir mutuellement.

### Références

- Beaulieu, M., et Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes âgées, *Gérontologie et Société*, 133, 69-87.
- Beresford, P., & Croft, S. (2001). Service Users' Knowledge and the Social Construction of Social Work, *Journal of Social Work*, 1 (3), 295-316.
- Beresford, P., & Croft, S. (2004). Service users and practitioners reunited: the key component for social work reform, *British Journal of Social Work*, 34, 53-68.
- Bonvin, J.-M. (2009). Analyser les formes contemporaines de négociation. La contribution de l'approche par les capacités, *Négociations*, 2 (12), 245-275.
- Bourque, M. (2007). Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni, *Revue gouvernance*, 4 (i), 57-65.
- Breton, M. (1994). Relating competence-promotion and empowerment, *Journal of progressive human services*, 5 (1), 27-44.
- Breton, M. (2002). Empowerment practice in Canada and the United States: Restoring policy issues at the center of social work, *The Social Policy Journal*, 1 (1), 19-34.
- Cox, E. O. (1999). Never too old: Empowerment – The concept and practice in work with frail elderly, In W. Shera and L. Wells (Ed.), *Empowerment practice in social work – Developing richer conceptual frameworks*: 178-195. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.
- Cox, E. O. (2001). Community practice issues in the 21<sup>st</sup> century: Questions and challenges for empowerment-oriented practitioners, *Journal of Community Practice*, 9 (1), 37-55.

- Dallaire, N. (1999). *Enjeux et voies d'avenir de la promotion/prévention, une réflexion dans le champ enfance-jeunesse-famille*. Thèse de doctorat. Programme de doctorat en sciences humaines appliquées, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- Dallaire, N. (2011). Développer des liens entre l'intervention de groupe orientée vers l'empowerment et le développement des communautés, *Intervention*, 133, 75-84.
- Dallaire, N., et Chamberland, C. (1996). Empowerment, Crises et Modernité. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 15 (2), 87-107.
- Donaldson, L. P. (2004). Toward validating the therapeutic benefits of empowerment-oriented social action groups, *Social Work with Groups*, 27 (3), 159-175.
- DuBois, B., & Miley, K. K. (1992). *Social work: An empowering profession*. Boston: Allyn and Bacon.
- Dupuis, A., et Farinas, L. (2009). *Une critique des modes managérialistes dans la gestion des organisations de services humains complexes de santé et de services sociaux*. Cahier de recherche du Centre de recherche sur la gouvernance.
- Engelbrecht, L. (2010). A strengths perspective on supervision of social workers: An alternative management paradigm within a social development context, *Social Work and Social Sciences Review*, 14 (1), 47-58.
- Gutierrez, L., Parsons, R., & Cox, E. (1998). *Empowerment in social work practice: A sourcebook*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing.
- Jennings, L., Parra-Medina, D., Hilfinger-Messias, D., & McLoughlin, K. (2006). Toward a critical social theory of youth empowerment, *Journal of Community Practice*, 14 (1), 331-55.
- Kisthardt, W. E. (2006). The opportunities and challenges of strengths-based, person-centered practice, In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (4 th ed.) : 47-70. Boston: Allyn & Bacon.
- Laurin, I., René, J.-F., Dallaire, N., et Ouellet, F. (2007). Mères et pères en contexte de vulnérabilité, dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux, tome III, Théories et méthodologies de la recherche* : 491-520. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Le Bossé, Y. (2004). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment, *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 30-51.
- Lee, J. A. B. (1994). *The empowerment approach to social work*. New York, Columbia: University Press.
- Lee, J. A. B. (2001). *The empowerment approach to social work practice: Building the Beloved community*. New York: Colombia Press.
- Levinson, B. (2011). *Critical social theories and education: Relations and possibilities*. Paradigm publishers.
- Le Moigne, J.-L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Paris : Que sais-je, Presses universitaires de France.
- McKenzie, B. (1999). Empowerment in First Nations child and family services: A community building process, In W. Shera and L. Wells (Ed), *Empowerment practice in social work*: 196-219. Toronto: Canadian Scholars'Press Inc.
- McLaughlin, H. (2009). What's in a name: "client", "patient", "Customer", "Consumer", "expert by experience", "service user" – What's next? *British Journal of Social Work*, 39, 1101-1117.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Cadre de référence.
- Mondros, J. B., & Wilson, S. M. (1994). *Organizing for power and empowerment*. New York: Columbia University Press.
- Mullaly, B. (2002). Challenging oppression: a critical social work approach. Don Mills, Ontario: Oxford University Press.
- Mullender, A., & Ward, D. (1992). Empowerment through social action group work: The "Self-Directed" approach, *Social Work with Groups*, 125-139.
- Ninacs, W. A. (1995). Empowerment et service social: approches et enjeux, *Service social*, 44 (1), 69-93.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Pelchat, Y., et Malenfant, R. (2004). *La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC : identités et légitimités professionnelles en transformation*. Rapport de recherche subventionné par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture.
- Postle, K., & Beresford, P. (2007). Capacity building and the reconception of political participation: a role for social care workers? *British Journal of Social Work*, 37, 143-158.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention, *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language, *Social Policy*, Automne, 15-22.
- Simon, B. (1994). *The empowerment tradition in American social work*. New York: Columbia University Press.
- Shera, W., & Wells, L. M. (1999). *Empowerment Practice in Social Work: Developing Richer Conceptual Foundations*. Toronto: Canadian Scholars'Press.

- Soares, A. (2010). *La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord. La santé malade de la gestion*. Université du Québec à Montréal, École des sciences de la gestion, département d'organisation et ressources humaines.
- Steinberg, D. (2008). *Le travail de groupe – un modèle axé sur l'aide mutuelle*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Swift, C., & Levin, G. (1987). Empowerment: An emerging mental health technology, *Journal of Primary Prevention*, 8 (1 and 2), 71-93.
- Trevithic, P. (2008). Revisiting the knowledge base of social work: A framework for practice, *British Journal of Social Work*, 38, 1212-1237.
- Trickett, E. J. (1994). Human diversity and community psychology: Where ecology and empowerment meet, *American Journal of Community Psychology*, 22 (4), 583-593.
- Trickett, E. J. (1996). A future for community psychology: The contexts of diversity and the diversity of contexts, *American Journal of Community Psychology*, 24 (2), 209-229.
- Trickett, E. J., Watts, R., & Birman, D. (1993). Human diversity and community psychology: Still hazy after all these years, *Journal of Community Psychology*, 21 (4), 264-279.
- Villeneuve, P. (2006) *Citoyens-clients et administrations : acteurs confus et organisations entêtées*. Institut des hautes études en administration publique, Université de Lausanne.
- White, M. (2009). *Cartes des pratiques narratives*. Bruxelles : SATAS.
- White, M., et Epston, D. (2003). *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Bruxelles : SATAS.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations, *American Journal of community psychology*, 23 (5), 581-599.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational, and community levels of analysis, In J. R. E. Seidmann (Ed.), *Handbook of Community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

# Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité

par

Josée Chénard, T.S., professeure  
Université du Québec en Outaouais  
campus de Saint-Jérôme  
Doctorante en Service social  
Courriel : josee.chenard@uqo.ca

Josée Grenier, T.S., professeure  
Université du Québec en Outaouais  
campus de Saint-Jérôme  
Ph. D. en Sciences humaines appliquées  
option bioéthique

Description des logiques contradictoires en  
présence dans l'intervention sociale : la logique  
clinique du travail social, la logique administra-  
tive et la logique médicale.

Description of the contradictory logic models in  
social services: the administrative, the clinical,  
and the medical logics.

La transition d'un État-providence vers un État néolibéral a entraîné une transformation majeure des politiques sociales, des pratiques institutionnelles et de ses valeurs mettant en présence différentes logiques, dont la logique gestionnaire et la logique médicale (Bourque, 2009a). Cette *modernisation de l'État* est davantage au service du marché qu'à celui de la protection sociale des individus. Le soutien social, visant à assurer des conditions minimales de vie, tend graduellement à être délaissé au profit de préoccupations étatiques centrées sur la gestion des finances publiques. Au sein de cette réingénierie est adoptée une logique de nouvelle gestion publique (NGP) accordant une priorité à des valeurs d'efficience, d'efficacité, d'atteinte de résultats, d'imputabilité et de performance des

acteurs (Bernier et Angers, 2010; De Gaulejac, 2005). En ce sens, De Gaulejac (2010 : 97) fait mention de préoccupations utilitaristes dans le but d'« améliorer la productivité ».

Proposant de nouvelles logiques d'action qui induisent des transformations considérables au sein des organisations et des programmes, ces orientations créent une nouvelle dynamique des relations entre acteurs et des pratiques professionnelles (Divay et Gadéa, 2008; Amadio, 2009). Elles véhiculent des logiques d'action susceptibles d'aller à l'encontre des valeurs fondamentales du travail social, construites à la base de principes humanistes. Optant plutôt pour une mesure quantitative de l'activité, les mutations organisationnelles prennent plus ou moins en considération la qualité et la réalité du travail effectué (De Gaulejac, 2005). L'intervenante sociale doit « produire » des services au meilleur coût possible; « il faut faire toujours mieux, de plus en plus vite, avec moins de moyens » (De Gaulejac, 2005 : 328). De surcroît, la charge de cas croissante permet difficilement un travail en profondeur et se gère davantage dans une optique de « gestion des risques ». Qualifiées de véritables « urgentologues » (Lavoie, Guberman, Montejo, Lauzon et Pepin, 2003), les travailleuses sociales<sup>1</sup> doivent évaluer les situations les plus prioritaires parmi les urgences. Elles se heurtent aux pressions exercées par les organisations pour réaliser des interventions rapides et de courte durée afin de favoriser l'accès aux services et de réduire les listes d'attente. À cette réalité s'ajoutent des protocoles et des outils standardisés qui encadrent et technicisent l'intervention et, du même coup, diminuent le temps alloué à l'intervention directe auprès des personnes, ce qui réduit considérablement la marge d'autonomie des intervenantes. Le travail exige d'établir des statistiques quotidiennes permettant d'objectiver, de mesurer et de compiler les interventions. Ces statistiques traduisent partiellement la réalité complexe du travail réalisé par les professionnelles et, dans certains

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs  
sociaux et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec.  
Numéro 136 (2012.1): 18-29.**

milieux, elles servent à mesurer la performance de l'intervenante et à évaluer le coût des services par usager.

Les orientations prises au sein des institutions, la technocratisation, la bureaucratisation et la standardisation de la pratique s'expriment comme limites à l'exercice du travail social qui apparaît « comme un phénomène que nous construisons sans cesse » (Amiguet et Julier, 1996 : 1); une coconstruction avec la personne aidée dans un lien solidaire nécessitant un accompagnement. L'intervenante doit répondre à des impératifs organisationnels qui parfois vont à l'encontre des valeurs professionnelles. Ces dernières donnent un sens au travail et le « sens du travail est ici mis en souffrance » (De Gaulejac, 2005 : 237). L'ensemble des contextes génère un sentiment de surcharge, un état de stress, une souffrance chez les professionnelles (Amadio, 2009). Dejours (2006 : 132) introduit l'idée de souffrance éthique, « c'est-à-dire la souffrance que fait naître le conflit entre les convictions morales et l'injonction à participer à des actes qu'on réprouve ». C'est dans un souci de mieux comprendre l'origine des tensions vécues et ressenties par les intervenantes sociales, cette souffrance morale, que s'inscrit cette démarche de réflexion et d'écriture pour les auteures<sup>2</sup>.

Le présent article vise à documenter les tensions émanant du schisme entre la logique clinique du travail social, la logique gestionnaire et la logique médicale. Devant cette « entreprise » de transformation idéologique et d'action, nous proposons l'éthique pour une pratique réflexive et de sens, souhaitant accorder la primauté à une logique où sont intimement liés processus cliniques et valeurs humanistes du travail social. Aussi, la solidarité est ici évoquée à titre de valeur fondamentale du travail social et constitue un paradigme inspirant pour contrer les logiques dominantes néolibérales, penser et créer autrement.

### 1. Des logiques d'action divergentes

L'intervention sociale engage, directement ou indirectement, de nombreux acteurs ayant tous leurs valeurs, leurs croyances et leurs intérêts. La partie suivante décrit sommairement les spécificités de certaines d'entre elles, afin de mettre en évidence les tensions – et les discours

dominants – entre la logique clinique du travail social, la logique administrative et la logique médicale.

### Pratiques managériales; des préoccupations financières

La crise des finances publiques amorcée dans les années 1980 pose la question de la viabilité de l'État-providence. Cette remise en question a provoqué de multiples réformes au sein de l'appareil étatique. Désormais, les politiques fondent leurs principes sur des pratiques managériales orientées vers l'atteinte de résultats, d'efficacité, de performance et d'imputabilité des acteurs (Bergeron et Gagnon, 2003; Assemblée nationale, 2000). Cette culture axée sur la performance s'inspire d'une logique managériale nommée *New Public Management* (NPM) ou Nouvelle gestion publique (NGP) (Jetté et Goyette, 2010) définie comme étant :

« ... une école de pensée en administration publique qui fait la promotion de pratiques managériales provenant du secteur marchand et qui met l'accent sur l'atteinte de résultats misant sur l'imputabilité des acteurs engagés dans la production de services et la mise en place d'incitatifs à la performance » (Jetté et Goyette, 2010 : 25).

Fortier (2010) soutient que la réingénierie de l'État mise en mouvement par le gouvernement Charest en 2003 découle justement des prémisses de la NGP qui promet plus d'efficacité et de résultats. Les Agences de la santé et des services sociaux et les Centres de santé et de services sociaux, instances créées par la loi 25, représentent autant de manifestations concrètes de ce nouveau paradigme en gestion (Larivière, 2005, dans Jetté et Goyette, 2010). Cette nouvelle doctrine se fonde sur les valeurs et les modes de fonctionnement de l'entreprise privée (Merrien, 1999) en privilégiant entre autres une gestion par contrats de service, l'instauration de partenariats avec le secteur privé et les organismes d'économie sociale et le contrôle serré des coûts financiers (Jetté et Goyette, 2010; Bourque, 2009b). Bernier et Angers (2010 : 236) parlent d'un métissage de ces différents secteurs caractérisé entre autres par « l'importation, dans le secteur public, d'idées et de pratiques du secteur privé et aussi l'exportation de fonctions publiques vers le secteur privé ».

Évidemment, la NGP n'est pas sans effet sur le rôle et la pratique professionnelle des intervenants sociaux (Richard, Maltais, Bourque, Savard et Tremblay, 2007; Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette, 2004) qui véhiculent des valeurs totalement antagonistes. Amadio (2009) affirme que cette logique managériale entre en contradiction avec la perception qu'ont les intervenantes de leur travail et du sens qu'elles donnent à leur pratique. En se soumettant aux protocoles qui régissent et standardisent leurs pratiques, les intervenantes doivent réaliser des actes administratifs répétitifs et monotones. À cela s'ajoute une intensification de la charge de cas jumelée à une diminution des embauches qui exercent aussi des pressions considérables sur les intervenantes. La planification stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux laisse entrevoir des effets encore plus persistants sur les intervenants et leur pratique puisqu'elle projette la vision d'un réseau de services intégrés et performants requérant « que les organisations et les intervenants du réseau se mobilisent pour améliorer la performance des actions dont ils sont responsables et s'en rendent imputables » (MSSS, 2010 : 21), ce qui continuera à réduire encore leur autonomie professionnelle et à accroître leur souffrance.

La rationalité managériale tend aussi à uniformiser les pratiques en objectivant et en normalisant les besoins des usagers à partir de grilles qui ne tiennent pas compte de la singularité des acteurs et de leurs contextes. Elle privilégie également une gestion par résultats qui consiste à l'atteinte de cibles et d'indicateurs souvent quantitatifs. Ainsi, des questionnaires mettent l'accent sur l'efficacité et le contrôle des coûts souvent au détriment des processus. Il s'ensuit une gestion économiste des services et des soins qui contraint les intervenantes du réseau à produire des services au meilleur coût possible (Bourque, 2009b). La productivité se mesure par « l'amélioration des cadences ou l'augmentation de la qualité du service rendu » (De Gaulejac : 2010 : 90) avec « une réduction des moyens et un alourdissement des conditions de travail des salariés, source de tensions au sein des collectifs de travail » (Divay et Gadea, 2008 : 1).

La recherche de performance du principe managérial fait usage d'indicateurs quantitatifs

servant à mesurer les résultats des interventions réalisées. Ces indicateurs mesurent davantage la productivité que la qualité de l'intervention – nombre de rencontres, heures allouées par cas, volume d'intervention – et traduisent partiellement la complexité du travail réel sur le terrain. Qui plus est, les indicateurs ne tiennent pas compte de la pluralité des acteurs impliqués dans les interventions. Pourtant, ces interventions sont souvent la somme et les effets des actions réalisées par le jeu de plus d'un acteur et des multiples interactions entre les systèmes. Pour évaluer l'ensemble des interventions, les effets produits sur l'utilisateur, l'évaluation devrait procéder à une double lecture : quantitative et qualitative.

Les transformations actuelles exercées et vécues dans le cadre du travail social sont souvent vécues comme un deuil par les travailleuses sociales et nombreuses sont celles qui estiment « que c'est le contact avec les personnes qui y perd, alors que leur satisfaction au travail provient du contact avec les personnes en besoin » (Bourque, 2009a : 16). Les travailleuses sociales subissent de fortes pressions pour satisfaire et répondre à la logique gestionnaire mise en place. La logique médicale exerce également une forte influence dans les institutions; l'orientation des programmes témoigne de cet aspect. Les valeurs et les cadres de référence entre professionnels constituent parfois des espaces de tension et de confrontation au sein des institutions.

### Pratiques médicales

Depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, la société entretient le mythe d'une médecine toute puissante capable de soigner tous les maux. L'allongement de l'espérance de vie, la réduction de la mortalité infantile et l'éradication de certaines maladies témoignent de ses succès et font en sorte qu'elle bénéficie d'une large autorité morale tant dans nos institutions qu'auprès de la population. Toutefois, plusieurs commencent à exprimer des doutes et des insatisfactions à l'égard de la médecine moderne. Des auteurs (Malherbe, 2007; Pellissier, 2009) soulignent la déshumanisation des soins marquée par l'absence ou le peu de relations significatives entre le soignant et le soigné. Le développement des spécialités médicales a conduit à une fragmentation des soins et à une parcellarisation des tâches. Ce

découpage mène bien souvent à traiter l'organe au détriment du soigné – de son histoire, de son affectivité, de ses relations et de ses souffrances psychiques.

Tout aussi décriée, la médicalisation des problèmes sociaux témoigne de l'invasion par la médecine de domaines qui ne relèvent pourtant pas d'elle (Boch, 2009; Collin et Suissa, 2007). Avec la logique médicale s'inscrit une tendance à médicaliser les problèmes sociaux. Des professionnels de la santé adoptent une lecture médicale de problèmes qui relèvent à la fois de la santé physique et de facteurs sociaux. L'hégémonie du modèle biomédical impose, comme le mentionne David (1995), une vision clinique des problèmes. À ce titre, on peut penser à l'hyperactivité traitée principalement par le Ritalin, à la médicalisation des comportements liés aux dépendances et à la médicalisation de la vieillesse. Sur ce dernier point, le modèle biomédical de la définition donnée au vieillissement s'attarde principalement sur le déclin, les pertes, les soins et les traitements appropriés reliés à la maladie (David, 1995; Grenier, 2006).

La forte augmentation de la consommation de médicaments laisse justement croire que de nombreux problèmes sociaux, jugés indésirables, sont traités avec une logique médicale, par le biais des psychotropes, sans remettre en cause l'organisation sociale. Cette lecture des problèmes sociaux tend à marginaliser les individus, déjà isolés par la maladie, en mettant l'accent sur leurs incapacités, leurs difficultés d'adaptation. En somme, une vision réductrice, culpabilisante qui renforce l'idée de la pathologie portée par l'individu. Comme le soulignent Collin et Suissa (2007 : 28) :

« La transformation des catégories psychiatriques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; DSM) au cours des dernières décennies et l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes comme démarche thérapeutique privilégiée témoignent de façon éloquentes d'une réduction du seuil de tolérance, dans nos sociétés occidentales, aux dysfonctionnements sociaux et à la souffrance psychique ».

De plus en plus scientifique et technique, le déploiement de la médecine moderne fait l'objet d'une augmentation des coûts de

manière exponentielle comme si aucune limite n'était fixée (Villedieu, 2002). En 2010-2011, le budget affecté à la santé et aux services sociaux représente 28 milliards de dollars, soit 45 % de toutes les dépenses du gouvernement québécois, alors qu'il ne comptait que pour 31 % des dépenses totales en 1980 (Gouvernement du Québec, 2010). Comme en témoigne la planification stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux, cette tendance risque de se poursuivre puisque l'État a décidé de consacrer 5 % de plus par année aux dépenses liées à la santé. Bien qu'elles représentent un élément fondamental du système de santé et de services sociaux, les technologies s'inscrivent comme un facteur responsable de la croissance des dépenses liées à ce secteur d'activité. Plutôt que d'interroger les effets pervers de l'augmentation des coûts du système de santé et de construire à partir d'une réelle volonté des citoyens en matière de santé et d'orientations, le gouvernement estime nécessaire de se rabattre sur une gouvernance plus efficace par l'élaboration et l'application de normes, de cibles à atteindre, de critères de performance et de productivité (MSSS, 2010).

Comme le laisse entendre le budget 2010-2011, les résultats, la rationalisation et la contribution santé à montant fixe, peu importe son revenu, s'inscrivent comme des moyens pour « refaire une santé » au système. Les intervenants sociaux risquent encore une fois d'être « malmenés » par la primauté accordée aux préoccupations financières. Les enjeux de justice et de solidarité se traduisent selon nous par un accès aux services, équitable pour tous, et par des mesures de soutien et d'accompagnement. Dans cette perspective, le travail social est ici comme un acteur de premier plan.

### **Pratiques sociales – des préoccupations de justice, de solidarité**

Le travail social adhère à des idéaux d'équité, de justice et de solidarité (Bouquet, 2003). Les changements personnel, social et environnemental sont les objets mêmes de ce travail de transformation souhaité dans les rapports sociaux et visent l'amélioration de la qualité de vie des individus, des groupes et des collectivités (Lamoureux, 2003).

Engagée dans la promotion du changement social, l'intervenante sociale se préoccupe de

la condition humaine et de la vie dans la cité. La praticienne aide à clarifier les besoins et les préoccupations des personnes, à cerner la source de leurs problèmes, à trouver des ressources susceptibles de répondre à leurs besoins. Elle négocie, défend et revendique les droits des personnes (Bilodeau, 2005). Elle valorise la capacité d’agir des personnes en perte de pouvoir, exclues, marginalisées (Mongeau, Asselin et Roy, 2007) et désaffiliées. L’intervenante sociale s’intéresse aux problèmes individuels, de groupe et communautaires tout en s’interrogeant et en se préoccupant d’enjeux d’ordre social plus vastes tels que la pauvreté, le chômage, la violence conjugale, les divers sévices et la maltraitance. La pratique du travail social se fonde sur des principes d’autodétermination, de réduction des inégalités sociales, d’amélioration de la qualité de vie dans une perspective de mieux-être et de justice sociale.

Apparaît clairement, après cette brève énumération de la visée du travail social et des rôles associés, une division entre le travail social et le politique (Janvier, 2007). Les normes et les valeurs défendues par la NGP et la logique médicale s’écarternt en quelque sorte des valeurs promues par le travail social, créant ainsi des conflits de valeurs, des tensions dans les rapports entre acteurs. C’est d’ailleurs cet aspect qui est rapporté et décrit dans la section suivante.

### Trois raisons – trois logiques

Le tableau 1 révèle les écarts entre la logique clinique du travail social, la logique administrative et la logique médicale qui interpellent l’intervenante au quotidien.

Le travail social répond, d’abord et avant tout, à un réel souci de l’autre où la qualité de l’intervention a préséance sur la quantité. L’intervenante doit consacrer du temps au développement du lien de confiance avec la personne aidée; élément jugé essentiel à la réussite de l’intervention (Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette, 2004). Dans les faits, elle lutte quotidiennement contre la pression exercée par des gestionnaires pour réaliser des interventions rapides et de courte durée visant à favoriser l’accès à des services au plus grand nombre et à réduire ainsi les listes d’attente. Ces enjeux représentent un réel défi pour les professionnelles dont la relation se situe au cœur de l’intervention (Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette, 2004).

Le développement du lien de confiance avec l’usager et ses proches est une condition essentielle à l’intervention de sorte que le temps constitue un allié pour tisser ce lien significatif. Le temps permet de créer un espace propice à la relation. Pourtant, la logique administrative incite à privilégier la quantité au détriment parfois de la qualité de l’intervention. Dans son travail, l’intervenante peut répondre à la

Tableau 1 : Trois logiques coexistent au sein d’une même institution

| Logique clinique                                             | Logique administrative                                         | Logique médicale                                           |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Qualité de la relation / Travail de concert                  | Résultats                                                      | Traiter la maladie / Culture scientifique                  |
| Favoriser le mieux-être individuel et collectif              | Diminuer des listes d’attente                                  | Combattre la maladie / Curatif                             |
| Orientée sur le processus Réfléchir et agir avec la personne | Orientée sur les résultats au moindre coût – gestion du social | Agir rapidement sur les symptômes présentés par l’individu |
| Unicité et singularité                                       | Uniformité et standardisation                                  | Uniformité et standardisation / protocoles                 |
| Sujet                                                        | Objet de soins                                                 | Corps-objet                                                |

demande de la personne aidée de manière très technique en remplissant, par exemple, les formulaires qui permettront à la famille d'accéder à l'allocation pour enfant handicapé. D'une autre manière, elle peut aussi s'intéresser au sens donné à l'événement par la famille, c'est-à-dire à l'expérience vécue par les proches quant à l'incapacité de leur enfant – le deuil, l'accessibilité aux ressources, etc. Ce type d'intervention exige ainsi d'entrer en relation avec la personne; ce qui requiert du temps que les intervenants ont peu ou pas. De la même façon, l'intervenante sociale en milieu hospitalier doit agir rapidement et céder à la pression exercée pour libérer des lits, ou parfois devant l'invraisemblable, argumenter pour tenter d'infléchir la décision. Même si la logique d'intervention sociale demeure présente, elle reste soumise à la nouvelle gestion publique qui constitue une menace pour les différentes formes d'interventions sociales cherchant : « à revaloriser les droits des usagers (accessibilité et continuité accrues, imputabilité des prestataires de services, enquête de satisfaction), mais sans changer le déséquilibre historique typique entre l'ampleur des besoins et la rareté des ressources sociales » (Larivière, 2005 : 13, cité par Bourque, 2009a : 13). De la même façon, la quantité des actes professionnels prime sur la qualité et sur l'intensité de la relation du médecin avec son patient (Villedieu, 2002). Globalement, nous croyons que les enjeux entourant la quantité des interventions réalisées ou des actes posés peuvent constituer des contraintes à l'exercice d'une éthique relationnelle avec la personne aidée (Beauséjour, 2002). Les logiques administrative et médicale tendent à uniformiser les pratiques par l'adoption de protocoles et l'utilisation des données probantes agissant ainsi à l'encontre de la logique clinique qui insiste sur l'unicité et la singularité des personnes et des situations. En répondant aux exigences administratives qui pèsent sur elle, l'intervenante ne peut que répondre partiellement aux besoins réels des individus. En ce sens, les logiques étatique et médicale ne répondent pas à la pensée constructiviste privilégiée en travail social, qui invite à penser le monde « non comme une réalité à découvrir, mais comme un phénomène que nous construisons sans cesse » (Amiguet et Julier, 1996 : 1);

une coconstruction élaborée avec l'usager et son réseau de soutien.

Enfin, le travail social milite en faveur du respect de l'autonomie de la personne (Bouquet, 2003). Dès lors, le praticien reconnaît la place de la parole dans la relation avec l'usager qu'il invite au dialogue (Malherbe, 2007) en lui laissant des espaces pour exprimer ses préoccupations, ses désirs et ses espoirs. Il reconnaît et cultive l'autonomie de la personne définie comme la capacité à faire ses propres choix et à conduire ses actions selon ses croyances et ses valeurs propres en fonction des buts qu'elle s'est fixés, et ce, sans contraintes autres que celles imposées par la loi (Beauchamp et Childress, 2001). L'intervenante sociale postule la reconnaissance de l'autre comme sujet apte à choisir et à décider. Selon la logique administrative, l'intervenante doit plutôt occulter la souffrance et centrer son attention sur les symptômes, les malaises, les tâches à faire, etc. En nouvelle gestion publique, l'individu qui sollicite l'aide de la travailleuse sociale est plutôt perçu comme un objet — relent de paternalisme décrit par Durand (2005) comme une attitude qui consiste à « choisir l'information donnée pour que le patient ou le sujet décide dans le sens de ce que veut le professionnel; ou pire, à donner très peu d'information au patient pour laisser au professionnel la tâche de décider de l'action à faire, voire de décider de ce qui est bon pour le malade » (Durand, 2005 : 238). Selon la logique médicale, le patient peut être perçu comme un objet ou un sujet de soins selon la place qu'il occupe dans la décision concernant son plan de traitement par exemple. À cet égard, Payot (2007) recense trois modèles éthiques différents de prise de décision<sup>3</sup> que l'on pourrait placer sur un continuum selon la place qu'occupe le médecin dans la relation avec son patient: 1) modèle paternaliste (*paternalistic model*); 2) modèle informé (*informed model*); 3) modèle de la décision partagée (*shared decision making*).

Selon le modèle paternaliste, le médecin assume un rôle d'autorité que le patient accepte passivement. Le médecin agit alors dans le meilleur intérêt de son patient qu'il juge trop émotif pour décider. Selon le modèle informé, le médecin instaure aussi une communication à sens unique dans la mesure où il transmet à

son patient toutes les informations nécessaires sur les options possibles de façon à ce qu'il prenne lui-même la décision. Ce modèle fonde ses pratiques sur les principes éthiques d'autonomie et d'autodétermination où le patient est perçu comme un acteur de la décision médicale. Enfin, le médecin peut placer le patient au cœur du processus en instaurant un réel dialogue avec lui où chacun sera invité à exprimer ses idées et ses préférences. Telle est l'idéologie véhiculée par le modèle centré sur la décision partagée (*shared decision making*). Ce dialogue sera possible dans la mesure où chacun reconnaît l'autre comme un acteur du dialogue; chacun accepte la différence de l'autre et chacun se reconnaît égal à l'autre (Malherbe, 2007).

C'est cette visée, ou logique d'entente dans la complémentarité des rôles et du dialogue, que l'on devrait louer pour les efforts déployés en vue de partager une vision du monde. Ainsi, reconnaître la part de l'autre faciliterait le travail et profiterait à tous.

### **Des logiques et des écarts...**

L'intervenante sociale navigue entre contradictions et paradoxes. Le schisme entre les normes et les valeurs des logiques gestionnaire et médicale et celles du travail social confère à l'intervenante sociale une position particulière, par des logiques d'action distinctes qui relèvent principalement d'un autre ordre de priorité et de sens donné à l'intervention et à la relation.

Entre les impératifs et les obligations du milieu organisationnel, les normes et les standards à respecter et à atteindre et la logique médicale – biomédicale – qui use d'une grande influence dans les milieux de pratique et cherche à imposer une certaine vision, les valeurs du travail social sont négligées, répondant plus ou moins aux orientations prescrites par ces deux logiques. Entre ces deux eaux, l'intervenante jouit de moins en moins de liberté par l'imposition de contraintes de plus en plus importantes. Dans une certaine mesure, ces logiques remettent en question le sens même du travail social, sa finalité et même ses modes d'intervention. En l'occurrence, elles viennent remettre en question les fondements mêmes de la pratique du travail social et de ses acteurs.

Ces distinctions sont à première vue difficilement conciliables, mais l'intervenante n'a

d'autre choix que de composer avec les différentes logiques du milieu. Cet écart crée, trop souvent, une perte de sens de son action (De Gaulejac, 2010). De ces transformations découlent des enjeux pour la pratique, mais avant tout pour les citoyens. La solidarité comme éthique du travail social constitue une voie pour mettre de l'avant des pratiques solidaires, pour les aidés et les aidantes.

### **2. Une éthique de solidarité**

L'orientation néolibérale et la logique médicale adoptent une position difficilement conciliable avec les valeurs fondamentales du travail social et ses « idéaux de solidarité et d'émancipation individuelle » (Chauvière, 2006 : 12).

Les discours associés à ces logiques dominantes, souvent moralisateurs et réprobateurs, visent une forme de régulation – de contrôle – sociale des comportements insistant sur « les bons comportements » prescrits par les pratiques plus ou moins répressives. Les récalcitrants aux modalités prescrites et fortement encouragées sont plus ou moins vus comme une menace à l'ordre établi, à la sécurité sociale et économique (De Gaulejac : 2005). Cette nouvelle tendance prend acte dans une nouvelle distribution des droits et des devoirs entre le citoyen et l'État. Les dissidents sont susceptibles de se voir déclarer « non responsables » à l'égard d'eux-mêmes et de la société s'ils n'adoptent pas, comme tout bon citoyen, les comportements prescrits, recommandés. Le travail d'intervention devrait s'inscrire dans l'amélioration des conditions de vie des populations vivant dans la précarité, les soutenir et non les marginaliser davantage. Cependant, cela exige la mise en place de justes moyens pour un réel soutien à l'autonomie, dans le maintien du lien – par des politiques justes, des ressources financières pour la mise en œuvre d'aides conséquentes, pensées et réfléchies dans une cohérence d'ensemble et non individuelle.

La responsabilisation accrue des individus de leurs propres déficiences (Soulet, 2005), sur la base d'une autonomie assumée et d'une subjectivité responsable (Donzelot et Roman, 1998, cités par Soulet, 2005), est antinomique de la solidarité sociale et « ... est lourd[e] à assumer, laissant l'individu seul face à lui-même avec le

cortège de lassitude, de souffrance, voire de pathologie que cela peut impliquer » (Soulet, 2005 : 4). Cette logique de responsabilisation s'inscrit dans un mouvement d'individualisation de la compréhension et du traitement des problèmes sociaux (Soulet, 2005). Du même coup, cette responsabilisation accrue du citoyen fait fi des inégalités sociales et structurelles des problèmes de santé et sociaux, et de cette nécessité de développer des politiques économiques et sociales comme levier de changement et de transformation.

Le renversement des logiques en présence repose sur un combat d'idées, sur le choix des valeurs morales choisies dans une société. Ce combat correspond en fait à des luttes politiques qui déterminent l'organisation sociale : « ... des luttes politiques qui concernent les formes d'organisation sociale : la fragmentation, la bureaucratie et la technocratie... et ne peuvent être combattues selon Taylor que si les institutions politiques et sociales contrecarrent les logiques du marché » (Dierckx, 2010 : 33). La solidarité est une voie pouvant aider à repenser les fondements de nos institutions et des logiques dominantes. La solidarité sociale et collective s'inscrit au cœur de ce débat et constitue une occasion de repenser nos systèmes de protections sociales et de dépasser les habituels discours entourant les contraintes budgétaires, la distribution des biens et services et les entreprises privées (Boitte, 2002). C'est ici une occasion de réflexion sur l'organisation des services, des soins et de l'assistance pour soutenir et promouvoir la dignité de chacun, mais également de réflexion sur les services offerts et leurs retombées sur les personnes, leur identité (Boitte, 2002).

Un État social juste et responsable encourage et promeut des valeurs et des pratiques de solidarités collectives, non discriminantes, assurant à tous l'accès aux ressources institutionnelles, ce qui exige une organisation conséquente et un financement adéquat. Selon Van Parijs (1995), une société juste, solidaire de l'autre, soutient l'autonomie des personnes et assure à cette fin — c'est là une exigence fondamentale, en quelque sorte minimale, de la justice comme équité — la dispensation de services et de soins pour satisfaire des conditions d'existence souhaitables. Il s'agit également de porter une

attention particulière aux groupes à risque, « défavorisés socioéconomiquement », marginalisés.

Dans une visée pratique, la justice sociale devrait permettre à chacun de se réaliser pleinement selon ses aspirations encouragées et soutenues — respect de son intimité, de ses droits fondamentaux — par une solidarité sociale tributaire de cette reconnaissance mutuelle qui favorise ou incite à la réconciliation entre le respect de l'autonomie et l'aide. Une éthique solidaire de l'autre prend racine dans une logique de responsabilité partagée. Cette éthique de solidarité prendrait acte, dans une société juste et humaine, soucieuse d'une équité et d'une reconnaissance, de l'identité et des droits de chaque personne, peu importe l'âge et le statut. La mise en œuvre des politiques dans une perspective de solidarité demande à souscrire à certaines valeurs visant davantage à protéger, à soutenir et à faciliter l'intégration et la participation sociale. En ce sens, l'adoption d'une approche préventive paraît intéressante. Par exemple, le travail de proximité par quartier, construit autour d'un dialogue et d'échanges afin d'informer, d'outiller, d'éduquer et de promouvoir la santé semble un moyen intéressant d'atteindre la population. Le territoire, dans l'intervention par quartier constitue le lieu et le moyen privilégiés d'une réorganisation de l'intervention publique et sociale pour toucher la population :

« ... chaque problème traité suscite son propre découpage géographique, correspondant à sa logique propre d'intervention... Dès lors, un des enjeux essentiels de l'approche territoriale est de dépasser les logiques institutionnelles pour permettre le regroupement et la coopération de tous sur un territoire de projet commun » (IGAS, 2005 : 157-158).

L'intervention sociale, par les mouvements d'éducation populaire, favorise des actions directes auprès de la population plus « vulnérable ». Une intervention pensée et organisée à l'échelle d'un milieu donné, telle l'intervention de proximité, peut prendre acte de ce que vivent les personnes dites vulnérables et à risque, de « la souffrance [qui] se cache souvent derrière la porte close » dans l'isolement.

La diversité des problématiques rencontrées sur le terrain demande de revoir les modalités d'intervention et de soutien pour adopter une

position plus ou moins flexible dans l'aide aux personnes.

Le contexte actuel soulève la question de la solidarité relative à l'assistance, au soutien disponible et offert au sein des structures de l'État et par ses partenaires. Cette question renvoie aux choix politiques et aux priorités sociales, mais plus spécifiquement aux orientations données à l'égard d'une partie de la population vivant dans des conditions d'existence précaires, à la reconnaissance de ces personnes, de leur réalité et des besoins pour promouvoir leur autonomie : une allocation suffisante; une aide adéquate pour les activités de la vie quotidienne; des ressources communautaires pour une intégration sociale et une qualité de vie (Bickel et Cavilli, 2002). Les institutions sociales jouent un rôle majeur dans l'atteinte de ces objectifs : un minimum de revenu garanti, un logement adéquat, la construction de logements sociaux, une aide journalière pour suppléer à la perte d'autonomie, des soins appropriés afin de soulager la douleur, des services communautaires en plus grand nombre. Bickel (2006) souligne combien les contextes organisationnels, structurels et culturels exercent de fortes contraintes sur l'existence et les choix des acteurs. Le rôle de l'État, par ses politiques sociales, consiste à diminuer les inégalités de statut et à assurer que l'ensemble des personnes puisse bénéficier d'un minimum pour jouir de conditions de vie décentes. Dans une visée pragmatique, la valeur de solidarité doit se formaliser dans la pratique et se traduire dans des actions concrètes en faisant appel à la souplesse des institutions tout autant qu'à la vertu des différents acteurs et de ses institutions pour un mieux-vivre ensemble.

Cette même solidarité constitue également une voie, pour les intervenantes sociales, de se doter d'une force collective sur des assises constituées des valeurs d'entraide, de soutien mutuel pour enfin reprendre un pouvoir personnel, professionnel et se construire une identité partagée et une force cohésive. En ce sens, nous réitérons la nécessité de valoriser le travail d'équipe. La supervision en petit groupe, les échanges entre collègues, les midis-causeries, les discussions de cas sont autant d'occasions de réfléchir sur sa pratique et de maintenir des

liens interindividuels. Ces activités constituent des formes de soutien aux intervenantes, au développement personnel et professionnel et souscrivent à la collaboration, à l'entraide. À l'intérieur de ces activités s'exprime le soutien entre pairs évitant ainsi de s'isoler dans une pratique vécue souvent lourdement; cette solidarité existe déjà par une valorisation de l'entraide dans certains milieux de pratique. Par ailleurs, les intervenantes sociales doivent réinterroger, leur pratique – ses fondements –, réfléchir aux nouveaux enjeux sociaux et, par la même occasion, entrer en intelligence, en dialogue avec les autres professions aussi soumises à ces nouvelles logiques en s'engageant dans des espaces d'actions solidaires et collectives, par exemple dans les conseils multidisciplinaires qui permettent et ouvrent sur le travail interprofessionnel! Les intervenantes ont tout intérêt à se solidariser, à s'engager dans l'action collective. Elles ont, avec les personnes aidées, des enjeux communs. La notion de responsabilité guette à la fois les intervenantes et les usagers. La notion d'imputabilité les concerne tous deux : on attend des intervenantes certains résultats – des indices de performance à atteindre – et des usagers l'adoption de bons comportements. Les dérives possibles d'une approche fortement ancrée sur la responsabilité accentuent les risques de désolidarisation (Soulet, 2005). Selon Soulet (2005), il s'agirait de revoir cette théorie individualiste par le recours à une voie médiane entre une trop forte liberté individuelle et une responsabilité trop prononcée. Par-delà cette théorie individualiste, il importe de réfléchir à une responsabilité solidaire.

## Conclusion

Ces transformations vécues dans le champ social, semblables à une déroute pour certains acteurs, deviennent l'occasion d'interroger et de renouveler la pratique. Le travail social est interpellé par la nécessité d'une réflexion éthique et d'un questionnement de ses valeurs, qu'il faut repenser et préciser pour la cohérence de l'action au quotidien (Bouquet, 2003). La pratique réflexive permet de réfléchir, de clarifier l'action lorsque l'intervention spontanée ne suffit plus et que les décisions sont difficiles et incertaines. Au même titre, la gestion est nécessaire, mais doit également être revisitée,

questionnée dans ses principes moraux – sa finalité – afin que soient repensées « d’autres formes de gouvernance capables de construire des médiations entre les intérêts » de tous les acteurs (De Gaulejac, 2005 : 332). Une pratique responsable exige une posture réflexive, c’est ici la responsabilité « morale » et professionnelle de l’intervenante sociale, mais aussi des gestionnaires. Les milieux de pratiques et les gestionnaires ont la responsabilité d’offrir aux intervenantes sociales, aux équipes interdisciplinaires, l’espace et le temps requis pour discuter et réfléchir sur leur pratique. Ils doivent aussi repenser leur gestion en adoptant un management invitant au dialogue permanent avec les intervenants.

Les transformations et l’évolution dans différents secteurs d’activité exigent aussi de réfléchir à l’orientation des décisions prises dans le meilleur intérêt de la collectivité – de tout un chacun, soit le juste équilibre difficile à atteindre entre les besoins individuels et collectifs. La santé et les questions posées « relèvent d’un vaste débat où les citoyens doivent se mettre en accord sur les objectifs et les rôles qu’ils assigneront ensemble aux progrès de la science médicale » (Cadoré, 1994 : 66). Et pour cette raison, celle du bien commun, elles doivent être adressées, discutées et non imposées, par une minorité. C’est une histoire de responsabilité commune et partagée.

L’enjeu de demain sera bien celui de la solidarité, mais il reste à trouver un accord renouvelé, c’est un problème « d’autorité politique, mais aussi de justice sociale » (Blais, 2007 : 332). Et comme l’indique Blais (2007 : 333), faute d’une réflexion sur l’intérêt général et sans délibération collective sur les modalités d’application pratiques de la solidarité « les replis sur un intérêt individuel » auront primauté.

### **Descripteurs :**

Administration publique - Gestion //  
Administration publique - Aspect social //  
Nouvelle gestion publique (NGP) // Services sociaux - Québec (Province)

Public administration - Management // Public administration - Social aspects // New Public Management (NPM) // Social services - Québec (Province)

## Notes

- 1 Dans cet article, le féminin est utilisé comme représentant des deux sexes sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes, et ce, afin d'alléger le texte. L'usage des termes intervenante sociale, praticienne sociale ou de travailleuse sociale font tous référence à la pratique du travail social.
- 2 Josée Grenier, professeure à l'UQO, est responsable de la formation pratique en travail social; « ma position privilégiée d'acteur et d'observateur du milieu, me permet par mon statut de professeure responsable de la formation pratique d'être en lien direct avec les milieux de pratique et d'assister de près aux transformations des milieux et aux exigences et pressions exercées sur les intervenantes ».
- 3 Les modèles de prise de décision décrits par Payot (2007) sont ceux décrits dans la littérature en bioéthique.

## Références

- Amadio, N. (2009). *Le travail social de secteur à l'épreuve des logiques managériales*. Consulté en ligne le 15 décembre 2010 : [http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/51713\\_JST2009AmadioTexteCommunication.pdf](http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/51713_JST2009AmadioTexteCommunication.pdf).
- Amiguet, O., et Julier, C. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Lausanne : Éditions EESP.
- Assemblée nationale (2000). *Loi sur l'administration publique*. Gouvernement du Québec. Consulté en ligne le 15 novembre 2010 : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2000C8F.PDF>.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Fifth Edition, New York: Oxford University Press.
- Beauséjour, D. (2002). L'éthique relationnelle professionnelle : une lecture systémique, *Intervention*, 117, 35-43.
- Bergeron, P., et Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* : 7-33. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bernier, L., et Angers, S. (2010). Le NMP ou le nouveau management public. *L'analyse des politiques publiques* : 229-254. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bickel, J.-F. (2006). Santé et vieillissement : de la diversité des situations et processus individuels et de leurs contextes, *Retraite et société*, 47, 200-205.
- Bickel, J.-F., et Cavalli, S. (2002). De l'exclusion dans les dernières étapes du parcours de vie : un survol, *Gérontologie et Société*, 102, 25-40.
- Bilodeau, G. (2005). *Traité de travail social*. Rennes : Editions ENSP.
- Blais, M.-C. (2007). *La solidarité. Histoire d'une idée*. Paris : Gallimard.
- Boch, A.-L. (2009). *Médecine technique, médecine tragique. Le tragique, sens et destin de la médecine moderne*. Paris : Editions Seli Arslan.
- Boitte, P. (2002). Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Quelle solidarité, pour quelle vie?, *Gérontologie et société*, 101, 51-61.
- Bouquet, B. (2003). *Éthique et travail social. Une recherche du sens*. Paris : Dunod.
- Bourque, D. (2009a). Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux du Québec, dans *Colloque européen (CEFUTS), Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires*, Université Toulouse 2, Cahiers de recherche 0907, Chaire de recherche du Canada. Consulté en ligne le 30 octobre 2010 : <http://www4.uqo.ca/croc/Fichiers/Cahier0907Final.pdf>.
- Bourque, D. (2009b). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales, *Intervention*, 131, 161-171.
- Cadoré B. (1994). *L'expérience bioéthique de la responsabilité* Louvain-la-Neuve : Artel; Montréal : Fides.
- Chauvière, M. (2006) Que reste-t-il de la ligne jaune entre l'utilisateur et le client? Dans le 15<sup>e</sup> colloque international de la revue *Politiques et management public, L'action publique au risque du client? « Client-centrisme » et citoyenne*. Consulté en ligne le 10 octobre 2010 : [http://www.cersa.cnrs.fr/sites/cersa/IMG/pdf/Colloque\\_PMP\\_Chauviere\\_Final.pdf](http://www.cersa.cnrs.fr/sites/cersa/IMG/pdf/Colloque_PMP_Chauviere_Final.pdf).
- Collin, J., et Suissa, J.-A. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social, *Nouvelles pratiques sociales*, 19 (2), 25-33.
- David, H. (1995). L'insoutenable lourdeur pour l'autonomie pour les personnes âgées, dans L. Bouchard, et D. Cohen (sous la dir. de), *Médicalisation et contrôle social*. Montréal : Grasp et ACFAS.
- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Seuil.
- De Gaulejac, V. (2010). La NGP : nouvelle gestion paradoxante, *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2), 83-98.

- Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail, *Actuel Marx*, 1 (39), 123-144.
- Dierckx, C. (2010). Les référentiels du social : raison instrumentale et horizon des sens, *Les politiques sociales*, 1-2, 27-42.
- Divay, S., et Gadea, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale, *Revue française d'administration publique*, 4 (128), 677-687. URL : [www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2008-4-page-677.htm](http://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2008-4-page-677.htm). DOI : 10.3917/rfap.128.0677.
- Durand, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*. Montréal : Fides.
- Fortier, I. (2010). La modernisation de l'État québécois. La gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme, *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2), 35-50.
- Gouvernement du Québec (2010). *Budget 2010-2011. Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. Québec. Consulté en ligne le 31 janvier 2011 : <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>.
- Grenier, J. (2006). Les représentations des aînés dans les discours des professionnels de la santé, *Intervention*, 124, 143-150.
- Grenier, J., et Chénard, J. [soumis]. Du providentialisme au postprovidentialisme : quels enjeux pour le travail social? *Revue canadienne de service social*, numéro intitulé « Un regard critique sur les enjeux actuels en travail social ».
- Inspection générale des affaires sociales (2005). *Rapport annuel, 2005. L'intervention sociale, un travail de proximité*. Consulté en ligne le 13 mai 2010 : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000126/0000.pdf>.
- Janvier, R. (2007). L'évaluation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans B. Bouquet, M. Jeager et Y. Sainsaulieu, *Les défis de l'évaluation* : 133-152. Paris : Dunod.
- Jetté, C., et Goyette, M. (2010). Pratiques sociales et pratiques managériales. Des convergences possibles?, *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2), 25-34.
- Lamoureux, H. (2003). *Éthique, travail social et action communautaire*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie, J.-P., Guberman, N., Montejo, M.-E., Lauzon, S., et Pepin, J. (2003). Problématisations et pratiques des intervenantes. Des services à domicile auprès des aidantes familiales, quelques paradoxes, *Gérontologie et société*, 104, 195-211.
- Malherbe, J.-F. (2007). *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal : Fides.
- Merrien, F.-X. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique, *Lien social et Politiques*, 41, 95-103.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Plan stratégique 2010-2015*. Gouvernement du Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Consulté en ligne le 30 janvier 2010 : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/56cbeb2d0d1930c8852577d7006761b7?OpenDocument>.
- Mongeau, S., Asselin, P., et Roy, L. (2007). L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social : pour une prise en compte de la complexité, dans H. Dorvil, (dir), *Problèmes sociaux. Tome IV Théories et méthodologies de l'intervention sociale* : 187-214. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Payot, A. (2007). *Étude du processus décisionnel entre parents et néonatalogistes : défis éthiques soulevés par l'exercice de l'autonomie dans des situations aux limites de la viabilité*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Pelchat, Y., Malenfant, R., Côté, N., et Bradette, J. (2004). *La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC. Identités et légitimités professionnelles en transformation*. Rapport de recherche.
- Pellissier, J. (2009). Quelques réflexions sur la bientraitance. Consulté en ligne le 16 juin 2010 : <http://jerpel.fr/spip.php?article284#nh3>.
- Richard, M. C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., et Tremblay, M. (2007). La fusion des établissements de santé et de services sociaux. Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts, *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1), 151-164.
- Soulet, M.-H. (2005). Une solidarité de responsabilisation? dans J. Ion (éd.), *Le travail social en débat[s]*. Paris : La Découverte. Consulté en ligne le 10 décembre 2010 : <http://iscte.pt/~apad/justica01/textos/politicas%20sociais/Texte%20Ion%20la%20Decouverte.pdf>.
- Van Parijs, P. (1995). *Sauver la solidarité*. Paris : Cerf.
- Villedieu, Y. (2002). *Un jour la santé*. Montréal : Boréal.

# Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public?

par

*Claude Larivière, Ph. D., T.S.*

École de service social

Université de Montréal

Courriel : [claudel.lariviere@umontreal.ca](mailto:claudel.lariviere@umontreal.ca)

Les intervenants sociaux et les gestionnaires des CSSS ont été consultés par des sondages et des entrevues, entre 2006 et 2011, sur la transformation des services sociaux au Québec. Conséquences de la restructuration des services sociaux sur la pratique et le sentiment d'appartenance à leur organisation.

The social workers and the managers from the CSSS were consulted through surveys and interviews, between 2006 and 2011, about the Quebec social services reform. Consequences of this organizational restructuration on the professional practice, and on the feeling of belonging to their organization.

Les travailleurs sociaux québécois offrent majoritairement leurs services à la population québécoise par l'intermédiaire d'établissements publics. Le contexte dans lequel ils exercent leur pratique a changé profondément ces dix dernières années (Bourque, 2009). Ces changements proviennent davantage de facteurs extérieurs à la profession (soit de l'environnement politique et du contexte de travail) que de l'évolution propre à celle-ci (bien que l'attribution de tâches réservées ou partagées négociée dans le cadre de la loi 21 et l'implantation progressive de la formation continue jouent aussi un rôle).

En réponse à ces changements et pour faire suite à la création par le gouvernement

québécois (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004) des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) s'est doté d'un Comité de la pratique en CSSS. Celui-ci était composé de Mmes Ghislaine Brosseau, secrétaire et directrice générale de l'Ordre, Thérèse Eustache, du CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, Marie-Andrée Laramée, du CSSS de Laval, Micheline Moreau, du CSSS d'Ashuapmunt et Montréal-Nord, Thérèse Viel, du CSSS de la Vieille-Capitale et de M. Claude Larivière, de l'École de service social de l'Université de Montréal. Notons que l'Ordre était également représenté par Mme Brosseau au comité d'évaluation mis sur pied par le ministère (MSSS, 2010).

Pour mieux comprendre les changements intervenus et documenter leurs impacts sur les travailleurs sociaux, le comité a entrepris une démarche de recherche évolutive utilisant de multiples approches méthodologiques (trois sondages annuels en ligne, des entrevues de groupe dans différentes régions et un questionnaire destiné aux gestionnaires sociaux) entre 2006 et 2010 (OTSTCFQ, 2010) pour bien comprendre ce que vivaient les travailleurs sociaux employés par les CSSS qui couvrent tout le territoire québécois et qui offrent tant des services hospitaliers (dans 60 des 94 établissements), d'hébergement à long terme que des services médicaux, sanitaires, de réadaptation et sociaux de première ligne.

L'objectif de cet article est de présenter un résumé des résultats du travail du Comité de la pratique en CSSS (2006-2011) et d'en tirer les réflexions transversales qui s'imposent et qui ont nourri tout au long de cette démarche collective les membres du conseil d'administration de l'Ordre préoccupés par les impacts de la transformation amorcée en 2004 par le gouvernement du Québec. Il s'inscrit en complémentarité d'autres travaux de chercheurs sur cette restructuration (Lachapelle, Savard, Maltais, Tremblay et Bourque, 2011).

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
**Numéro 136 (2012.1): 30-40.**

Après avoir présenté sommairement la méthodologie complexe utilisée dans le cadre de ces collectes de données auprès des 3 555 travailleurs sociaux employés par les CSSS (en 2010) et qui représentent les deux tiers de ceux qui travaillent dans le réseau public, cet article illustrera concrètement les changements intervenus du point de vue des répondants, leurs principaux impacts et les pistes de réflexion que ces éléments suscitent, en lien avec la littérature sur le changement organisationnel.

## Méthodologie

Le lecteur intéressé par les détails sur chacune de ces collectes de données est invité à consulter les rapports qui sont affichés sur le site de l'OTSTCFQ. Notre objectif ici se limite à en présenter sommairement les principaux éléments méthodologiques pour permettre de comprendre comment les données sur lesquelles nous nous appuyons furent obtenues entre 2006 et 2011. Le comité s'est inspiré de la méthodologie préconisée pour une démarche de recherche auprès d'intervenants sociaux (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 1991) notamment pour la confection des questionnaires (comportant à la fois des questions fermées et ouvertes), les prétests et l'analyse des données qualitatives recueillies.

Comme il s'agissait d'une démarche collective, tous les instruments développés le furent en nous appuyant sur des échanges entre les membres du comité. Le questionnaire utilisé pour les trois sondages électroniques comportait à la fois des questions identiques (pour permettre des comparaisons dans le temps) et d'autres qui furent changées pour refléter la progression dans l'implantation de la restructuration dans les CSSS ou ajoutées pour approfondir des résultats antérieurs.

En ce qui concerne la participation, celle-ci a légèrement varié en fonction du nombre de travailleurs sociaux employés dans les CSSS ayant fourni une adresse électronique à l'Ordre soit :

- 1 290 personnes en 2006, parmi lesquelles, 328 travailleurs sociaux ont répondu au questionnaire en ligne (25,4 %). Il faut rappeler l'état encore embryonnaire de la réforme dans de nombreux CSSS à ce moment-là;

- 1 800 membres en 2007, parmi lesquelles 433 personnes se sont prévaluées de l'opportunité de répondre au questionnaire en ligne (26 %);

- le troisième sondage (2008) a obtenu un taux de réponse un peu plus élevé puisque des 1 720 répondants potentiels, 535 personnes sont venues consulter le sondage (31,1 %) et 519 ont effectivement répondu.

Après ces trois sondages, le comité a voulu approfondir un certain nombre d'enjeux en procédant à des entrevues de groupe au cours de l'automne 2009. À cet effet, nous avons sélectionné quatre établissements représentatifs des différents milieux et types d'organisation soit le CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, le CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, le CSSS de la Vieille-Capitale et le CSSS de Charlevoix.

L'invitation fut acheminée à tous les membres de l'Ordre employés dans ces établissements. Dans les faits, 12 personnes du CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, 14 du CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, autant du CSSS Vieille-Capitale et, enfin, 10 travailleurs sociaux du CSSS de Charlevoix ont choisi de participer aux échanges. Un total de 50 personnes, dont 45 praticiens, furent donc entendues dans le cadre de cette tournée de consultation. Cela représente le sixième des 296 adhérents à l'Ordre dans ces quatre CSSS. Ajoutons que les entrevues totalisent cinq heures d'échanges enregistrés, puis analysés. Les quatre entrevues furent menées par la même personne pour assurer une uniformité et le choix d'une entrevue de groupe est basé sur l'importance d'ouvrir des espaces de dialogue entre les travailleurs sociaux d'un CSSS. Aucune donnée démographique ne fut recueillie, mais les échanges permettent d'affirmer qu'il y avait une bonne représentation des différents groupes d'âge et des diverses équipes.

Pour compléter sa démarche, le comité a senti le besoin de vérifier si les gestionnaires sociaux partageaient les principaux points de vue exprimés par les intervenants ou s'en distinguaient sensiblement. Un questionnaire électronique fut adressé aux 300 membres de l'Ordre occupant des fonctions de gestionnaires en CSSS (2010) et 43 personnes (15 %) ont répondu; les commentaires formulés par certains répondants

expliquent ce faible pourcentage : de nombreux travailleurs sociaux occupant des fonctions de soutien professionnel ne se considèrent pas comme « gestionnaires » même si leur travail comporte des tâches de gestion clinique et professionnelle. Parmi elles, 14 assumaient des fonctions d'encadrement d'intervenants et six de direction. Les 29 autres personnes sont des personnes effectuant du soutien clinique et des superviseurs. Des réponses qualitatives permettaient aux participants d'expliquer leur position en réponse aux questions à choix forcés.

## Les résultats

En raison de l'abondance du matériel recueilli, nous présenterons les points marquants de chacune des démarches puisqu'il est possible de consulter les rapports.

### *Le premier sondage (2006)*

La réforme Couillard a eu un effet passablement ou énormément important sur le contexte de travail selon 61,6 % des répondants qui estiment que cela génère un effet stressant de type négatif (55 %).

Nous leur avons demandé de préciser les difficultés nouvelles vécues et trois aspects ressortent principalement : « Je suis mal informé de ce qui se passe. » « Mon sentiment d'appartenance organisationnelle est faible. » « Le style de gestion ne répond pas à mes attentes. »

Qu'est-ce qui pourrait améliorer leur satisfaction au travail? Professionnels formés aux aspects critiques (défense des droits, inégalités sociales, victimisation, etc.) et éthiques (droits des usagers), les travailleurs sociaux cherchent une saine appropriation de l'environnement de travail dans lequel chacun est appelé à s'investir durant des années (Vézina, Cousineau, Mergler, Vonet et Laurendeau, 1992). Mais cela devient difficile pour certains : « Dans le contexte actuel où la bureaucratie devient de plus en plus lourde [...], je crois que le seul changement qui soit à ma portée est de changer mes perceptions et attentes face à mon travail. [...] Et je remarque que je ne suis aucunement la seule à adopter ce point de vue. La restructuration du réseau s'est faite sans notre appui et, bien que le ministre Couillard souhaite faire croire le contraire,

nous n'avons pas été consultés et les décisions étaient et sont encore toutes prises d'avance. Dans un contexte comme celui-là, il devient très difficile de maintenir un sentiment de satisfaction. » (OPTSQ, 2006 : 23).

L'organisation du travail constitue l'aspect qui suscite le plus de commentaires des répondants : le manque de stabilité vécue, des besoins de soutien et d'encadrement, le souhait d'avoir des tâches mieux définies et davantage de possibilités de développer sa carrière tout comme la recherche de flexibilité, de reconnaissance et d'équité ressortent. (OPTSQ, 2006 : 27)

### *Le second sondage (2007)*

Ce sondage reprenait la plupart des questions afin de mesurer l'évolution vécue et en ajoutait de nouvelles pour nous permettre de nuancer et de mieux interpréter les résultats quantitatifs.

Selon 74,1 % des répondants, la restructuration a eu un impact « passablement ou énormément important sur leur contexte de travail » (soit une augmentation de 12,5 % comparativement à l'année précédente), notamment à l'égard de leurs relations avec l'entourage professionnel, du style de gestion de l'établissement où ils travaillent, de la présence ou de l'absence d'encadrement et des aspects bureaucratiques du fonctionnement du CSSS. Fait nouveau, l'impact de la restructuration sur les tâches (nature, envergure, responsabilité) augmente.

L'impact se mesure également par l'accroissement de l'effet stressant de ces changements sur l'évolution du contexte de travail (impact négatif) pour 66 % des répondants (soit 10,5 % de plus que l'année précédente).

Nous avons demandé de préciser ces « difficultés nouvelles » perçues par 68,6 % des travailleurs sociaux, soit 10 % de plus que l'année précédente. Deux facteurs sont soulignés par au moins les deux tiers d'entre eux : tout d'abord, ils s'estiment mal informés de ce qui se passe dans leur organisation. Ensuite, ils affirment que le style de gestion ne répond pas à leurs attentes. En conséquence, leur sentiment d'appartenance organisationnelle s'affaiblit.

Nous avons ensuite voulu savoir si les changements intervenus au cours des deux dernières années avaient nui à l'identité professionnelle de nos répondants : plus de 58,5 % d'entre eux (11 % de plus que l'année précédente) nous le

confirment. Questionnés sur leurs besoins de développement professionnel, les travailleurs sociaux en CSSS nous disent que leur plus grande préoccupation demeure l'obtention d'une supervision clinique ou professionnelle régulière.

#### *Le sondage en ligne de 2008*

Le troisième sondage diffère un peu des deux précédents puisqu'il tenait compte du fait que le processus de transformation continuait d'évoluer.

Les deux tiers des répondants (67,6 %) disent éprouver de nouvelles difficultés liées à la transformation en cours, résultat identique à celui de l'année précédente. Ce qui les affecte le plus? Des changements trop rapides (69,6 %), trop de changements (66,2 %), le fait de ne pas disposer de temps pour intégrer un changement avant de passer à un autre (60 %) et des objectifs pas suffisamment expliqués (52,4 %).

Parmi les situations vécues qui dérangent le plus, citons le fait d'être « mal informé de ce qui se passe » (59,3 %, constat toujours présent depuis 2006), « le style de gestion [qui] ne répond pas à mes attentes » (53 %, assez constant) avec comme conséquence, comme les années précédentes, que leur « sentiment d'appartenance organisationnelle est faible » (50,4 %). Par contre, nous assistons à l'émergence de facteurs nouveaux : une « surcharge de travail (charge de cas) » pour 48,9 % des répondants, le fait que leur « employeur offre peu de possibilités d'augmenter [leur] expertise » (44,1 %), « le respect de la confidentialité (locaux partagés) [qui] n'est pas assuré » (40 %), le fait que « des contraintes sont imposées quant à la nature de [leurs] interventions ».

#### *Les entrevues de groupe (2009)*

La nature du changement vécu varie d'une personne à l'autre : regroupements d'équipe, redéfinition des mandats, nouvelle priorisation des clientèles ou développement de nouvelles approches, passage d'un milieu rural à un milieu urbain, etc. Mais la majorité des participants se dit affectée.

La restructuration implique des effets certains sur l'encadrement offert : la création des nouvelles entités plus grandes à gérer a nécessité la mise en place de véritables directions

intermédiaires entre le sommet stratégique (la direction générale et les cadres supérieurs) et les supérieurs immédiats qui « ont beaucoup de responsabilités, mais peu de pouvoir décisionnel ». Dans l'expérience vécue par certains, l'instabilité est la règle (« Beaucoup de mouvance est un mot faible!... et ça continue! »), bien que cela ne soit pas le cas partout.

L'autre aspect important de ce contexte est la mobilisation importante des gestionnaires autour de tâches qui les rendent peu disponibles. Ils deviennent des gestionnaires de processus plutôt que des ressources d'encadrement et de soutien de leur équipe, ce qui réduit d'autant leur crédibilité et leur utilité du point de vue du personnel.

De plus, la performance recherchée n'est pas sans conséquence. Les entrevues ont permis au personnel de s'exprimer très clairement sur l'impact de ce tournant « quantité versus qualité ». Plus on les contrôle sur leur performance, moins on s'assure de la qualité du travail accompli.

Mise à part une poignée de témoignages, concernant tous des travailleuses sociales exerçant une gestion de type « humaniste » (« Ma chef de programme fait le tour des bureaux pour nous dire bonjour le matin »), les points de vue exprimés se résument assez bien à cette petite phrase : « Avant on répondait à la demande du milieu, maintenant on répond aux commandes du MSSS ». Bien entendu, le style varie dans un même CSSS selon les directions.

En ce qui concerne le soutien professionnel, de bonnes pratiques (création de postes de coordonnateurs cliniques, par exemple) et de mauvaises pratiques (on ne permet plus de réunions d'équipe) coexistent selon l'importance que les gestionnaires accordent ou non à cet aspect et selon leurs compétences à s'investir dans cette dimension essentielle de leur rôle.

De quoi sont-ils les plus fiers dans leur pratique de travailleurs sociaux? Deux éléments clés et transversaux sont rapidement évoqués partout. Tout d'abord le fait que le client est au cœur de leurs préoccupations quelle que soit la difficulté de leur offrir les services souhaités. Cette « passion » du client les amène aussi à se positionner franchement en défenseur de cette clientèle, dont une partie ne dispose pas de beaucoup de moyens pour faire entendre ses

besoins. L'autre élément concerne la nécessité de réaffirmer leur identité professionnelle dans un contexte difficile où la place du travail social et des approches préconisées est souvent remise en question par des priorités organisationnelles, des processus de gestion axés sur le court terme et la multiplication des actes traduits en statistiques, ou encore une incompréhension ou une méconnaissance du « social » par leurs cadres. On souhaite enfin que l'Ordre soit davantage présent et visible dans les organisations et en région.

#### *Le point de vue des gestionnaires sociaux*

Le Comité de la pratique en CSSS s'est demandé comment les travailleurs sociaux en situation de gestion dans les CSSS en 2010, soit dans des fonctions cliniques (conseiller clinique, superviseur, adjoint et coordonnateur clinique) ou administratives (gestionnaire de programmes, directeurs) voyaient les transformations vécues par les intervenants, et les a invités à répondre à un questionnaire adapté à leurs fonctions (mais aussi en lien avec les démarches précédentes).

Leurs réponses permettent de constater que les gestionnaires qui se sont exprimés partagent la vision de leurs intervenants, malgré quelques nuances. En effet, une nette majorité rapporte que le climat s'est détérioré depuis cinq ans. Ceux qui croient le contraire lient cela à une approche axée sur le développement des compétences (accent mis sur la supervision clinique, la formation), l'embauche de nouveaux gestionnaires, une direction générale favorisant plus de participation et de soutien social, et un peu plus de stabilité après cinq ans de bouleversements.

Par contre, les pressions des Agences de la santé et des services sociaux quant au nombre d'usagers à suivre par année compromettent le climat de travail et démotivent les professionnels (OTSTCFQ, 2010).

Des gestionnaires font état de mesures mises en place pour soutenir les intervenants sociaux dans leur CSSS : postes de superviseurs cliniques, fonction de coordination professionnelle (assumée la plupart du temps par des intervenants très expérimentés), supervision individuelle et de groupe, cadres-conseils qui développent des guides de pratique,

intervenants ressources sur des dossiers particuliers, conseillers-cadres pour la pratique professionnelle. Cela varie toutefois selon les directions et les CSSS (OTSTCFQ, 2010).

Dans d'autres CSSS, on commence seulement à en parler ou encore on observe une surcharge des chefs d'administration de programmes, des équipes sans coordination clinique et le fait que le soutien ne semble pas la priorité budgétaire. Certaines équipes ont des coordonnateurs professionnels spécialistes d'activités cliniques, mais ils ne sont pas de leur profession. Beaucoup de jeunes professionnels ont besoin d'encadrement et de soutien clinique. Ceux qui décrivent la situation comme étant difficile insistent sur le fait que le budget alloué pour la supervision a été réduit pour atteindre l'équilibre budgétaire, ce qui rend la supervision presque inexistante, et qu'il demeure difficile de faire valoir les besoins sur le plan psychosocial (OTSTCFQ, 2010).

Les cadres supérieurs confirment que la charge de travail a augmenté à cause des mandats multiples et de la reddition de comptes. La transformation de l'organisation du travail ne se fait pas au profit de la clientèle et les listes d'attente n'en finissent pas de s'allonger, malgré les efforts mis en place.

Concernant le partenariat, s'il existe des réalisations positives (certaines antérieures à la restructuration), on observe aussi beaucoup d'hésitations et de résistances. Pour certains CSSS, leurs partenaires ont travaillé leur offre de services seuls et l'ont ensuite imposée. Il existe une tendance à gérer en silo à l'intérieur de l'organisation dans chacun des programmes du CSSS. La première ligne reste faiblement équipée pour répondre aux besoins des deuxième et troisième lignes. Le travail relatif aux projets cliniques avec les partenaires ne se traduit pas en résultats dans la pratique quotidienne. En santé mentale, on manifeste peu d'ouverture dans un contexte où il est difficile pour la première ligne d'assumer des responsabilités nouvelles sans ajout ni transfert de ressources. La tendance des deuxième et troisième lignes est de confier les mandats à la première ligne qui ne peut suffire à la tâche considérant la diversité des clientèles (OTSTCFQ, 2010).

Les cadres supérieurs constatent qu'il faut investir énormément de temps avec des succès mitigés, faute de leadership des agences. Beaucoup de travail reste aussi à faire pour actualiser la responsabilité populationnelle et les corridors de services demeurent difficiles d'accès pour la clientèle.

Sur l'enjeu de la collaboration interprofessionnelle, mettre des gens ensemble ne suffit pas à développer et à maintenir des pratiques interdisciplinaires. Il faut aussi les soutenir dans leurs difficultés, ce qui est rarement le cas. Les relations sont parfois tendues entre professionnels et l'on assiste à des comparaisons et des jugements sur l'activité professionnelle de l'autre. On souligne également le fait que le temps manque pour se concerter et se rencontrer, pour développer des visions convergentes et pour établir des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) cohérents. Il est également difficile pour les jeunes intervenants qui n'ont pas encore intégré les valeurs de leur profession et leur identité professionnelle de prendre leur place dans des équipes interdisciplinaires et même disciplinaires. Il y a très peu de gestionnaires cliniques de formation psychosociale dans plusieurs CSSS. Comment peut-on promouvoir l'interdisciplinarité parmi les intervenants quand on ne la voit pas parmi les gestionnaires? Les cadres supérieurs disent y croire et l'observer à l'occasion tout en affirmant que la collaboration dépend de l'ouverture des gens en place (OTSTCFQ, 2010).

### Discussion des résultats

Cet éclairage s'avère précieux parce qu'unique pour un ordre professionnel, alors que nous pensons qu'il témoigne d'un vécu partagé par d'autres professionnels, gestionnaires et employés du réseau public et qu'il rejoint et confirme, sur de nombreux aspects, des éléments contenus dans le rapport sur l'*Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, du ministère (2010) sur l'impact de la mise en place des CSSS qui semble, depuis sa publication, ignoré.

Deux aspects méritent particulièrement notre attention :

- Le constat que la gestion du changement dans le réseau de la santé et des services sociaux constitue une faiblesse des organi-

sations et d'un grand nombre de gestionnaires. Colletette (2008) a souligné que la restructuration des services, à l'occasion de la création des CSSS, se traduisait par des changements trop nombreux, trop fréquents, trop importants, trop dispersés et trop vagues pour mobiliser le personnel alors que les gestionnaires, mal préparés, peinaient à assumer le leadership nécessaire pour piloter leur organisation dans ce climat d'incertitude;

- Si certains résultats positifs doivent être signalés et encouragés, c'est malheureusement l'ampleur des difficultés partagées par les intervenants sociaux et corroborées par des gestionnaires qui mérite avant tout notre attention. Il est rare que les opinions des employés syndiqués et des cadres coïncident autant autour d'enjeux communs, leurs perceptions étant naturellement influencées par leur position différenciée dans l'organisation; or, ici, les points de vue se superposent.

D'autres constats suscitent de l'inquiétude :

- Les professionnels vivent de multiples pertes parce que leur nouvelle affectation ne tient pas compte de l'expertise qu'ils ont mis des années à développer avec une clientèle et qu'on leur demande maintenant d'accomplir d'autres tâches sans une préparation adéquate et avec un nombre de cas accru. Cela dans un contexte où la loi 100 réduit presque à néant les possibilités de mises à jour des connaissances et de perfectionnement en limitant le budget que les établissements peuvent consacrer à la formation. Déjà les inscriptions aux activités de formation continue et le ressourcement par la participation à des colloques professionnels s'en ressentent grandement.

Les travailleurs sociaux comme les autres professionnels ont besoin de soutien clinique, de *coaching* au sein des équipes multidisciplinaires, d'occasions de se ressourcer et d'une préparation adéquate lorsqu'on leur demande d'effectuer de nouvelles tâches. Or, faut-il le rappeler, après cinq ans de restructuration des services (2004-2009), plus de 70 % des personnes accomplissent des tâches modifiées ou nouvelles.

L'OTSTCFQ apporte une contribution en fournissant aux intervenants et aux CSSS des

guides de pratique (notamment sur le nombre de cas) qui permettent d'analyser les enjeux et de développer des possibilités de soutien et de formation continue.

- Les cadres vivent beaucoup d'isolement, leur expertise n'est pas suffisamment mise à contribution et ils se sentent débordés par la tâche. Le style de gestion de plus en plus traditionnel des CSSS (de type « top/down », avec de multiples contrôles, notamment par les ententes de gestion) les démotive et conduit déjà certains d'entre eux à un épuisement rapide (Collerette, 2008). Ce constat confirme le point de vue critique exprimé par Chauvière pour lequel la gestion est essentielle dans la mesure où elle se concentre sur le soutien aux professionnels qui dispensent les services (2010).

La création de CSSS de grande taille (jusqu'à 6 000 employés), particulièrement ceux qui regroupent de multiples CLSC, CHSLD et CH, se traduit dans les faits par l'ajout d'un palier structurel de plus entre les directions responsables de la dispensation des services à la population et les agences régionales. Dans bien des cas, les anciens silos qui existaient entre les organisations regroupées continuent à exister entre les directions d'un même CSSS. Cela s'explique à la fois par l'ampleur des tâches de coordination et la multitude de contrôles imposés par les agences et le MSSS au nom d'une gouvernance qui s'est considérablement alourdie depuis 2004, comme l'a souligné l'Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux (AQESSS, 2010). En 2011, l'ancien ministre Philippe Couillard a reconnu publiquement devant les membres de l'AQESSS qu'il fallait « revoir et réduire le rôle du ministère » (Rioux Soucy, 2011 : 1). Pour lui, « au plan local, le Centre de santé et de services sociaux [CSSS] est un levier dont on soupçonne à peine la puissance. Il faut lui donner plus de libertés et de moyens, a dit l'ex-ministre, qui reconnaît ne pas avoir poussé sa réforme plus loin. » Mais il s'est aussitôt empressé d'ajouter que malheureusement les réflexes sont bien ancrés à tel point que l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, Yves Bolduc, a pris sur lui d'assurer la gestion quotidienne des urgences à l'aide de données qu'il compulse personnellement, « du jamais vu dans le

réseau. Là n'est pourtant pas la solution », estime son prédécesseur qui a la conviction que « l'administration du réseau au jour le jour ne devrait pas être le travail d'un élu » (Rioux Soucy, 2011 : 1).

Le fait que les gestionnaires responsables des nouveaux établissements proviennent majoritairement du milieu hospitalier en raison de la taille des organisations à gérer et de l'importance de la dimension du volet sanitaire explique partiellement leur moindre sensibilité aux aspects politiques comme les relations avec le milieu et avec les partenaires publics et communautaires ainsi que la nécessité de bien gérer le changement tout en maintenant la gamme de services à la population.

Conséquemment, de nombreux dirigeants se sont concentrés sur la transformation des structures (plan d'organisation, modèle clinique, planification stratégique). Il faut dire, à leur défense, qu'ils devaient également répondre aux nombreuses commandes de leur Agence régionale de la santé et des services sociaux, en lien direct avec l'échéancier dicté par le MSSS qui guidait pas à pas les agences dans la préparation de leur modèle clinique et de l'offre de services devant en découler pour les clientèles priorisées par le gouvernement : services de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement (MSSS, 2004).

Les gestionnaires obéissent aux règles édictées en haut de la pyramide hiérarchique, mais avec des nuances comportementales d'un gestionnaire à l'autre, car gérer avec discernement demeure possible, bien que plus rare que les intervenantes le souhaiteraient. S'il existe encore de bons gestionnaires, motivés, avec de la bonne volonté, la surcharge de travail à laquelle ils sont soumis et l'impossibilité de prendre des décisions directes sans avoir reçu l'aval de leur supérieur hiérarchique, les décourageant souvent. Fondamentalement, le clivage se creuse entre la tête et la base des CSSS.

En quoi ce nouveau contexte de travail est-il différent de ce que ces employés connaissaient avant? En ce qui concerne le projet même du CSSS, les intervenantes disent ne pas trouver leur place dans cet ensemble et soulignent un manque important de cohérence entre le discours et la pratique. Partout, la taille de la

nouvelle structure se traduit par un affaiblissement du lien entre l'organisation et son personnel et une perte conséquente du sentiment d'appartenance. Les sondages auprès de l'ensemble des employés menés dans le cadre des processus d'agrément montrent l'existence d'un risque réel de démotivation du personnel (Larivière, 2010).

Le rythme de travail a changé aussi; les cas leur apparaissent « plus lourds » avec, dans maints services, une durée de séjour ou d'intervention plus courte. Heureusement, certains bénéficient des efforts faits pour leur offrir du soutien professionnel par la création de postes de coordonnateurs cliniques, la tenue régulière de rencontres d'équipe pour contrer l'isolement professionnel, des groupes de codéveloppement, des discussions entre collègues sur les difficultés vécues avec certains clients. Le soutien entre pairs s'est d'ailleurs particulièrement développé avec l'arrivée de jeunes travailleuses sociales. Mais dans d'autres CSSS, on nous rapporte vivre l'autonomie forcée et l'absence complète de soutien clinique. Leur fardeau de travail tendrait à s'alourdir dans la mesure où la durée de l'intervention diminue puisque l'intervention court terme est devenue la règle. En milieu hospitalier, des séjours plus brefs signifient également moins de temps pour évaluer les besoins des usagers et préparer leur retour à domicile. L'entente de gestion détermine des normes selon les clientèles, que les situations soient complexes ou non.

L'un des objectifs clés de cette transformation consistait à « briser » des comportements en silos pour utiliser l'effet de synergie entre les missions, les programmes et les équipes de services réunis sous le même chapiteau de la nouvelle organisation, en lien avec les services privés (médecins, pharmaciens, etc.) et communautaires disponibles dans le milieu. Les résultats à ce sujet sont assez décevants selon les données obtenues par le processus ministériel d'évaluation de l'implantation des CSSS (MSSS, 2010). Les CSSS qui ont réussi à poursuivre les collaborations antérieures sont ceux où cela allait déjà fort bien. Ce qui confirme que la réforme n'a guère ajouté d'avantages en la matière. Dans les autres CSSS qui ont participé à cette collecte volontaire de données, l'effet inverse est rapporté. Ces aspects remettent directement

en question l'orientation politique du MSSS bien qu'aucune organisation ou association d'établissements n'ait osé le faire, pour des raisons évidentes de proximité ou de dépendance de l'appareil politique.

La réforme proposée devait amplifier l'accessibilité, la coordination et la collaboration interorganisationnelle avec les autres ressources publiques, les médecins en pratique privée et les autres ressources de la communauté (MSSS, 2010) en vue d'offrir davantage de complémentarité et de qualité de services. Y a-t-il eu des améliorations sensibles à ce sujet depuis le début de la réforme ? Si certaines intervenantes contribuent au désengorgement des urgences, par exemple, l'essentiel des efforts quant au partenariat semble demeurer au niveau de la direction des CSSS. Ce travail en réseau se ferait aussi au détriment des anciennes forces des CLSC (importance de la prévention, équilibre et complémentarité entre le volet social et le volet sanitaire, travail avec la communauté) et conduit certains partenaires offrant des services spécialisés à se rigidifier. Avec les groupes communautaires, la taille considérable des CSSS rend le rapport plus anonyme et difficile. La formulation de plans de services individualisés (PSI) pour réguler la contribution de chacun des partenaires engagés auprès d'un usager commun demeure plus « un discours qu'une réalité ».

En ce qui a trait au soutien professionnel, l'ajout de conseillers cliniques ne constitue pas un luxe, mais bien une nécessité. Le déséquilibre fréquent entre les ressources professionnelles de soutien obtenues par les infirmières pour lesquelles le ministère a développé un programme exclusif de préceptorat (MSSS, 2008) et les autres types d'intervenants (psychosociaux, en réadaptation, en nutrition, etc.) inquiète. Le maintien d'un bon climat de travail reposant sur une culture organisationnelle qui lui est favorable demeure un impératif si une organisation souhaite mobiliser ses professionnels et atteindre un bon niveau de performance (Glisson, 2009).

#### *Les limites de la démarche*

L'expérience de la démarche du comité est intimement liée à la valeur des résultats. À chacune des étapes, autant auprès des praticiens

qu'avec les gestionnaires, environ le quart des personnes sollicitées ont décidé de participer et d'exprimer un point de vue somme toute articulé, même si parfois des différences significatives existaient. Globalement, nous devons reconnaître que les points de vue étaient davantage critiques que louangeurs à l'égard de la restructuration. Ce taux de participation constitue certainement une limite; mais que pensent vraiment les non-participants?

L'autre limite est bien entendue liée à nos ressources : l'utilisation de l'informatique (qui reste un frein certain pour une partie des travailleurs sociaux), les questions fermées qui ne permettent pas l'expression exacte de la position des répondants, la multiplicité des réponses qualitatives à interpréter.

La valeur de la démarche demeure toutefois d'avoir permis, en temps réel, à différents moments, à plusieurs catégories de membres de l'Ordre d'exprimer leur vécu. Et ces points de vue furent, à travers la démarche d'interprétation du comité, toujours reflétés au conseil d'administration de l'Ordre.

#### *L'impact de la « nouvelle gestion publique »*

Depuis une vingtaine d'années (Giauque, 2004), l'influence mondiale de la Nouvelle gestion publique (NGP) oriente le discours des décideurs publics dans un contexte marqué par une volonté de réduire le déficit de l'État. Le discours axé sur la gouvernance responsable s'incarne dans de multiples contrôles (budgétaire, performance, évaluation) qui réduisent d'autant la marge de manœuvre des gestionnaires et des intervenants. Ces impératifs politiques accordent également peu d'attention aux déterminants sociaux de la santé, à l'importance de la prévention et du « social ». L'accent mis par le gouvernement actuel sur le « lean management » pour réorganiser le travail en rendant les équipes plus polyvalentes, adaptatives et corvéables suscite aussi des inquiétudes.

La crise des finances publiques, augmentée par la pression créée par la mondialisation pour une fiscalité libérale, accentue la volonté des gouvernements d'adopter les principes de la NGP malgré les conséquences négatives à l'égard de la gestion des ressources humaines et de la qualité des services (Giauque, 2004)

dans une perspective dite de « gouvernance » fondée sur le contrôle étatique d'un nombre moindre de structures regroupées. Dans le cas du Québec, cela s'est traduit, en 2004, par la création des CSSS, à vocation territoriale, en y intégrant les centres hospitaliers généraux, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) voués à l'hébergement des personnes en perte d'autonomie.

Ce faisant, le gouvernement du Québec a presque réussi à effacer les acquis exemplaires développés dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), où l'innovation dans les pratiques et l'adaptation aux besoins locaux constituaient des éléments clés, pour les remplacer par des programmes-cadres axés sur ses seules priorités gouvernementales (MSSS, 2004), déterminées avant tout par des objectifs de réduction des coûts budgétaires et, notamment, pour réduire la pression exercée sur les urgences hospitalières par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes atteintes de maladies chroniques.

La création des CSSS constituait un changement d'envergure et il n'est pas anormal de constater que la situation a évolué lentement entre 2006 et 2010. Après un démarrage hésitant où certains des nouveaux CSSS consacrèrent leurs efforts à se doter d'un organigramme intégré et à déplacer en conséquence leurs ressources humaines, d'autres optaient plutôt pour une mobilisation de leur personnel autour de la préparation d'un « projet clinique » concerté. Dans l'ensemble des CSSS, cela s'est traduit par une restructuration de leurs modalités de dispensation des services (regroupement d'unités, transfert de personnel, formation de nouvelles équipes, etc.), modalités qui ont amplifié l'impact de cette restructuration (MSSS, 2010).

#### **Conclusion**

Les travailleurs sociaux qui ont participé aux différentes étapes de cette recherche se sont exprimés avec clarté et n'ont pas hésité à affirmer leur engagement professionnel à défendre les clientèles fragilisées avec lesquelles ils interviennent.

Ils ont aussi exprimé des attentes tout à fait légitimes à leurs collègues qui choisissent

d'expérimenter des tâches de gestion (ainsi qu'à l'égard des personnes des autres professions qui les encadrent). La mobilisation importante des gestionnaires autour de tâches qui les rendent peu disponibles pour assumer l'encadrement quotidien des équipes fait qu'ils deviennent ainsi davantage des gestionnaires de processus plutôt que des ressources d'encadrement et de soutien aux membres de leur équipe, ce qui réduit d'autant leur crédibilité et leur utilité du point de vue du personnel. Or, cela ne correspond pas du tout à ce que les intervenants (et pas seulement les travailleurs sociaux, croyons-nous) attendent de leurs gestionnaires.

Dans un contexte de rareté de ressources par rapport aux besoins, la reddition de comptes est normale et acceptée. Il faut toutefois éviter que les modalités utilisées soient centrées sur des statistiques quantitatives qui ne tiennent pas compte de la qualité des services reçus par la population.

Les CSSS qui ont créé une direction des services multidisciplinaires ou qui se préoccupent que cette dimension soit prise en charge, qui ont mis en place dans chaque programme clientèle une expertise clinique sociale, offrent généralement de la formation, de la supervision et de la consultation. Ils reconnaissent également l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Dans ces établissements, les intervenants ont le sentiment que la qualité des services à la population demeure une préoccupation malgré les impacts de la restructuration parce que cet objectif est véritablement au centre des valeurs organisationnelles (Glisson, 2010).

Dans les organisations où des travailleurs sociaux exercent la gestion de cas, s'assurent en apportant leur expertise de la continuité des services et des soins aux usagers avec lesquels ils travaillent, agissent comme médiateurs lors de la préparation de plans de services individualisés, coordonnent leurs interventions avec leurs collègues d'autres professions, l'amélioration continue de la qualité et une réponse adaptée aux besoins des usagers vont de pair.

Inversement, là où la performance se mesure uniquement par la quantité d'activités accomplies, la démobilisation se traduit par une réduction certaine de l'efficacité et une augmentation du roulement et de l'épuisement du personnel.

Huit ans après son introduction par un ministre passé depuis au secteur privé, pilotée dorénavant par un autre ministre axé sur l'interventionnisme et une micro-gestion excessive, une réforme qui portait des promesses de mise en valeur de la responsabilité populationnelle (Bourque, 2009) s'enfonce de plus en plus dans l'esprit de la NGP et des ententes de gestion qui constituent un risque élevé de cul-de-sac. Dommage!

#### **Descripteurs :**

Services sociaux - Réforme - Québec (Province) //  
Pratique professionnelle - Québec (Province) //  
Travailleurs sociaux - Québec (Province)  
Professional practice - Quebec (Province) //  
Human services reform - Quebec (Province) //  
Social workers - Quebec (Province)

## Références

- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (2010). *Soigner l'humain pour bâtir demain*. Montréal : AQESSS.
- Bourque, D. (2009). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales, *Intervention*, 131, 161-171.
- Chauvière, M. (2010). *Trop de gestion tue le social*. Paris : La Découverte.
- Colletette, P. (2008). Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique, *Télescope*, Automne : 33-49. Québec : École nationale d'administration publique.
- Giauque, D. (2004). *La bureaucratie libérale*. Paris : L'Harmattan.
- Glisson, C. (2009). Organizational climate and culture and performance in the human services. In Rino Patti (Ed.). *Handbook on Social Welfare Management*:119-141. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Glisson, C. (2010). Organizational climate and service outcomes in child welfare agencies. In M.B. Webb, K. Dowd, B.J. Harden, J. Landsverk, and M.F. Testa (Eds.). *Child welfare and child well-being: New perspectives from the National Survey of Child and Adolescent Well-being*: 378-406. New York: Oxford University Press.
- Lachapelle, R., Savard, S., Maltais, D., Tremblay, M., et Bourque, D. (2011). Création des CSSS et transformation des pratiques psychosociales dans le programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), *Intervention*, 134, 35-45.
- Larivière, C. (2010). *Leçons à tirer de l'évolution des organisations*, Colloque du 15<sup>e</sup> anniversaire du Conseil québécois d'agrément, Lévis, 14 octobre.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de soutien clinique : volet préceptorat. Cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2006). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique en travail social*. Montréal : OPTSQ.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2010). *Les impacts de la création des CSSS sur la pratique en travail social*. Montréal : OTSTCFQ.
- Rioux Soucy, L.-M. (2011). Il faut revoir et réduire le rôle du ministère. Non pas l'affaiblir, mais le recentrer, *Le Devoir*, 13 mai : 1.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vonet, A., Laurendeau, M.-C. (1992). *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Boucherville : Gaëtan Morin.

# Éclairage sur l'évaluation de la performance des travailleurs sociaux des CSSS

par

Annick Simard, T.S.

Candidate à la maîtrise en travail social  
de l'Université McGill

Courriel : annick.simard.dlm@ssss.gouv.qc.ca

Aperçu des résultats d'un sondage en ligne (décembre 2011) auprès des membres de l'Ordre travaillant en CSSS afin de vérifier comment le rendement (contribution) des employés est évalué ou non par leur établissement et les souhaits et les besoins des intervenants concernant cette évaluation.

Results of an online survey (December 2011) with members of the professional order working in a CSSS, in order to verify how the employees' performance (contribution) is or is not measured by their establishment, as well as verify the workers' wishes and needs regarding this evaluation.

Le réseau de la santé et des services sociaux a connu plusieurs transformations ces dernières décennies. La création des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) en 2004 constitue une restructuration d'importance. Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux ait toujours visé une bonne utilisation de ses ressources, le discours centré sur le terme de *performance* est relativement nouveau. Nous le voyons clairement nommé sur des documents officiels tels que le budget 2010-2011, où le gouvernement a dévoilé son intention de rendre le système de santé plus performant et mieux financé (ministère des Finances, 2010). On constate aussi une pression mise sur les CSSS afin de répondre à des contrôles

financiers beaucoup plus serrés comme le mentionne la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : « On observe une augmentation des demandes en termes de reddition de comptes et de contrôle de la qualité » (MSSS, 2010 : 93).

Comment ce discours et cette demande de performance affectent-ils la pratique des travailleurs sociaux en CSSS? Comment peut-on évaluer la performance d'une intervention en relations humaines? Comment la performance des travailleurs sociaux est-elle évaluée?

Cette étude vise à comprendre comment les travailleurs sociaux des CSSS sont présentement évalués pour leur performance et à sonder quels seraient, pour eux, les critères qui devraient être utilisés pour les évaluer.

Il faut d'abord préciser que le terme « performance » n'a pas été défini de façon précise dans le réseau et que des termes tels que « efficacité, efficience et rendement » sont aussi utilisés de manière indifférenciée.

Pour cette étude, nous n'avons pas prédéfini les termes auprès des travailleurs sociaux et nous leur avons laissé une libre interprétation du terme de performance afin de cerner les différentes définitions données par les CSSS. Nous avons néanmoins fait référence à l'évaluation du rendement ou de la contribution qui, elle, a pu porter à confusion puisque nous n'avons pas précisé que nous parlions de l'évaluation annuelle de l'employé basée habituellement sur une grille fournie par la direction des ressources humaines de l'établissement où cet employé travaille.

Nous avons interrogé les travailleurs sociaux sur l'évaluation de leur rendement, car le contexte actuel met de plus en plus de l'avant une gestion performante des ressources humaines en vue de répondre aux besoins des organisations. Cette gestion se fait, entre autres, par l'évaluation du rendement de l'employé. « Le rendement des employés comprend les résultats (en termes quantitatifs et qualitatifs), le comportement (la qualité du service, la politesse à

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 136 (2012.1) : 41-49.

l'égard des clients, etc.) et divers attributs reliés au travail (la coopération, l'esprit d'équipe, la loyauté) » (Dolan, Saba, Jackson et Schuler, 2002 : 258). Toutefois, le choix de la méthode d'évaluation a, comme le soulignent Laurin et Boisvert (1997), une incidence importante sur la qualité de l'évaluation. Ce sont ces méthodes d'évaluation que nous avons voulu connaître, car nous doutons de l'existence en ce moment, dans les CSSS, d'une méthode d'évaluation uniformisée du rendement des travailleurs sociaux qui tienne compte de la qualité de leur travail.

Il faut cependant signaler que certains CSSS prennent des initiatives afin d'améliorer leurs outils d'évaluation. Citons, par exemple, les CSSS Jardins-Roussillon et Pierre-Boucher qui ont produit un *Guide de soutien à la pratique professionnelle basée sur l'approche par compétence* (2011). Ce guide concerne plusieurs professionnels de la santé et des services psychosociaux (audiologiste, ergothérapeute, nutritionniste, orthophoniste, physiothérapeute, psychologue, travailleur social et thérapeute en réadaptation physique) et dresse un profil des compétences de base à démontrer et à développer. Il relève aussi l'importance du *coaching* professionnel. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008) a aussi démontré sa préoccupation pour le soutien clinique des infirmières en développant son programme national de soutien clinique, volet préceptorat. Malheureusement, ce programme ne vise que les infirmières.

Les approches préconisées (Leclerc, 2001; Dolan, Saba, Jackson et Schuler, 2002) visent à la fois l'amélioration de la qualité du service à la clientèle et la satisfaction au travail des employés. Si l'on préconise des approches plus qualitatives et que l'on aborde les compétences, on touche au soutien professionnel et à la supervision clinique. Une perspective plus large de la gestion des ressources humaines doit se développer et intégrer des notions de qualité et de croissance professionnelles.

Afin de jeter un éclairage sur la situation vécue par les travailleurs sociaux des CSSS, un questionnaire électronique leur fut adressé en décembre 2011. Ce sondage visait : 1) à savoir si les travailleurs sociaux étaient évalués pour leur rendement dans leur établissement, 2) à connaître sur quels critères cette évaluation

était basée, 3) à connaître sur quels critères les travailleurs sociaux souhaiteraient être évalués et enfin 4) à mieux connaître les mesures de soutien actuellement offertes par leur établissement.

Après avoir précisé quelques éléments méthodologiques, cet article présentera les résultats obtenus, les discutera et formulera quelques recommandations pour un meilleur soutien à la pratique des travailleurs sociaux en CSSS.

## Méthodologie

Cet article repose sur les données recueillies au cours d'un sondage en ligne effectué en décembre 2011 dans le cadre d'un stage de maîtrise (Université McGill) effectué à l'OTSTCFQ<sup>1</sup> sous la supervision de M. Claude Larivière.

Le sondage fut envoyé aux travailleurs sociaux membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) employés dans les CSSS et pour lesquels nous possédons une adresse électronique.

L'outil utilisé fut développé sur mesure et devait être assez bref pour faciliter un meilleur taux de réponse. Il comprenait 18 questions : six fermées, six fermées avec une possibilité d'ajouter des précisions complémentaires et six ouvertes afin de nous permettre de recueillir le point de vue des répondants. Un prétest fut réalisé auprès de cinq travailleurs sociaux et leurs commentaires ont permis l'ajustement de l'instrument. Leurs réponses n'ont pas été compilées dans les résultats finaux.

Le questionnaire fut ensuite mis en ligne en utilisant *Survey Monkey*. Il fut envoyé à 4 020 membres de l'OTSTCFQ qui avaient indiqué travailler en CSSS. Pour 50 adresses électroniques, un message d'erreur d'envoi ou de destinataire nous est revenu, ce qui a réduit le nombre réel d'envois à 3 970 membres. Le sondage a été accessible en ligne du 8 décembre au 29 janvier 2012, période au cours de laquelle 836 personnes ont répondu, ce qui représente 21,1 % des travailleurs sociaux, membres de l'Ordre, travaillant en CSSS. Le temps dont nous disposions ne nous a pas permis d'effectuer plus d'une relance en vue d'augmenter ce pourcentage, qui est d'ailleurs assez près de ceux obtenus lors de sondages en ligne menés

ces dernières années auprès des membres de l'OTSTCFQ travaillant en CSSS (OTSTCFQ, 2010).

Les réponses quantitatives ont été compilées par le système informatique de *Survey Monkey*, tandis que les réponses qualitatives ont fait l'objet d'un codage, d'une interprétation par catégorie et d'une compilation par l'auteur selon les méthodes de recherche qualitative (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000).

### **Analyse des résultats**

Nous avons cherché à connaître deux types de données sociodémographiques sur les répondants reliées à notre volonté de mieux connaître l'utilisation de l'évaluation de la performance et du soutien professionnel offert en CSSS. Il s'agit du nombre d'années d'expérience professionnelle et du type de fonction occupée.

Ainsi, nous constatons que près de la moitié des répondants sont des travailleurs sociaux d'expérience (47,9 %) qui possèdent 11 ans et plus d'expérience professionnelle. Un second groupe cumule entre 3 et 10 ans d'expérience (38,5 %) alors que les intervenants ayant moins de deux ans d'expérience représentent 13,6 % des répondants.

En ce qui concerne le type de fonction occupée par les répondants, 88,2 % d'entre eux sont des travailleurs sociaux cliniciens, alors que 6,3 % se consacrent à des fonctions de coordination et de soutien clinique, 3 % à des fonctions de gestion-conseil sur les programmes et 2,5 % occupent des postes de gestion de nature hiérarchique.

Le pourcentage des répondants a été proportionnel au pourcentage des membres de l'OTSTCFQ pour chacune des régions. Cependant, nous notons que la proportion de répondants de Montréal (27,1 %) est légèrement moindre que celle obtenue au sein de l'Ordre (31,9 %). Par contre, la Montérégie, qui représente 14,7 % des membres de l'Ordre, a eu un pourcentage un peu plus élevé, soit de 18,2 %.

### **La pratique de l'évaluation**

L'évaluation du rendement [« Est-ce que votre établissement évalue le rendement

(la contribution) de ses employés? »] serait une pratique présente pour 74,5 % des répondants (n = 650). Toutefois, cette question a pu porter à confusion puisque 22,9 % des répondants se disent évalués plusieurs fois par année et 14,2 % mensuellement, ce qui correspond davantage à un contrôle statistique de la performance (à partir de l'entrée de données dans le système informatique) qu'à une réelle évaluation de la contribution aux services offerts par le CSSS, qui implique une discussion avec le supérieur immédiat sur l'atteinte d'objectifs professionnels.

Retenons surtout le fait que les évaluations du rendement sont menées de façon régulière sur une base annuelle ou tous les deux ans pour 60,1 % des répondants. Un petit nombre de répondants font état d'un processus en implantation (3,6 %) dans leur organisation alors que d'autres, (1,1 %) signalent que l'évaluation n'est présente que pour marquer la fin de la probation.

Nous souhaitons ensuite savoir par qui cette évaluation était menée auprès des travailleurs sociaux. Les répondants (n = 489) nous disent que c'est leur supérieur immédiat qui procède à cette mesure dans 90,8 % des cas. Pour les autres répondants, ce serait une personne associée à la coordination et au soutien clinique (4,0 %), ou par un autre gestionnaire (il faut tenir compte qu'un certain nombre de répondants travaillent dans plus d'une direction ou d'un CSSS).

La question suivante (n = 474) permettait de connaître le domaine de formation de ce supérieur. Les résultats confirment ceux obtenus dans des sondages antérieurs par l'OTSTCFQ (2010) puisque 43,2 % disent que leur supérieur possède une formation en service social. Viennent ensuite les professions du domaine de la santé (21,1 %), les autres professions liées au domaine psychosocial (16,5 %), celles de la réadaptation (6,5 %), de la gestion (5,7 %) et les autres champs professionnels.

Le questionnaire visait ensuite à mieux connaître sur quoi porte cette évaluation (n = 489), question qui ne peut évidemment pas être à réponse exclusive. Toutefois, l'aspect le plus souvent mentionné est très nettement la charge de travail (83,8 %). Viennent ensuite les objectifs professionnels (57,5 %), la contribution

au travail d'équipe (51,9 %) et la contribution à des objectifs convenus avec le supérieur (44 %).

D'autres éléments sont aussi considérés dans l'évaluation (n = 453) : le nombre d'interventions directes effectuées (72,4 %), le respect de la norme concernant le fait qu'un plan d'intervention apparaisse au dossier du client (69,3 % et sa réévaluation périodique pour 28,0 %, ainsi que les résultats obtenus pour 21,9 %), le respect des normes du CSSS (61,1 %) et les habiletés relationnelles développées ou entretenues par le travailleur social (52,5 %). D'autres d'éléments étaient également pris en compte dans le processus d'évaluation : la tenue de dossiers (49,7 %; et le délai de rédaction de ceux-ci, pour 39,3 %), le fait qu'il y ait une évaluation psychosociale complétée (49,2 %), le travail en interdisciplinarité (48,8 %), le soutien apporté aux collègues (30,9 %), l'implication de l'utilisateur (28,5 %), la satisfaction de la clientèle (27,8 %), le respect du code de déontologie et des règlements de l'OTSTCFQ (25,2 %), l'implication auprès de stagiaires (21,9 %) et enfin le travail avec la communauté (19,6 %).

Concernant l'existence de normes explicites (n = 378) dans le CSSS, il faut tenir compte qu'elles varient évidemment selon le programme et le type d'intervention effectué. Les données demeurent intéressantes : 87,6 % des répondants font état d'une norme concernant le nombre moyen d'interventions par jour, 73,5 % d'une norme au sujet de la durée moyenne de chaque intervention (soit celle de la durée des entrevues ou du nombre total d'entrevues par usager) et 70,1 % répondent qu'il existe une norme associée au nombre de dossiers par intervenant. Sur une plus petite échelle, d'autres critères d'évaluation sont également utilisés (n = 235), comme les attitudes (27,5 %), les habiletés professionnelles (25,4 %) et l'assiduité au travail (19,9 %).

Si nous approfondissons ces résultats, nous notons qu'à l'égard du nombre moyen d'interventions attendu, 71,7 % des 378 travailleurs sociaux ayant répondu à cette question le situent à trois ou quatre interventions par jour. Quant à la durée des entrevues, elles durent généralement de 60 à 90 minutes (68,8 %). Enfin, au sujet du nombre de dossiers par intervenant, il varie encore là selon la nature des tâches effectuées, mais pour 44,6 % des répondants, il se situe entre 21 et 50. Quelques

intervenants (8,5 %; possiblement des gestionnaires de cas) font état d'un suivi de plus de 60 dossiers. Inversement, l'intensité de l'intervention diminue le nombre de cas à dix dossiers ou moins pour d'autres (4,4 %).

### Les attentes des travailleurs sociaux

Nous avons ensuite demandé aux répondants : « Quels critères devraient être utilisés pour évaluer la performance d'un travailleur social? » et 74,9 % (n = 626) d'entre eux ont formulé des propositions.

- **Le respect des normes professionnelles** vient en tête avec des propositions par 58,6 % des travailleurs sociaux qui en formulent. Nous y avons regroupé, par ordre d'importance, l'élaboration et le respect du plan d'intervention, la tenue des dossiers, l'évaluation psychosociale et le respect de l'éthique professionnelle.
- **Les compétences** (savoir, savoir-être, savoir-dire et savoir-faire) suivent avec 51,6 % des répondants qui formulent des propositions. Les répondants mettent de l'avant l'importance des connaissances théoriques (approches), des outils d'intervention et des lois, l'exercice du jugement clinique, la capacité d'analyse et la rigueur, le professionnalisme, l'utilisation de leur expertise, leur capacité d'organisation et d'adaptation, l'autonomie, l'autocritique, la capacité d'initiative, la créativité et l'adoption des meilleures pratiques.
- **La charge de travail** n'est pas ignorée puisqu'elle fait l'objet de propositions de la part de 40,9 % des répondants qui soulignent la nécessité de prendre en considération la complexité des dossiers, l'efficacité des interventions, les démarches qui n'entrent pas dans les statistiques et l'importance du suivi des dossiers.
- **Les habiletés relationnelles** sont mentionnées par 37,7 % des répondants qui soulignent l'importance du travail d'équipe dans un contexte uni ou interdisciplinaire, du travail avec la communauté et les partenaires, du soutien aux collègues, des attitudes et du respect, du soutien aux jeunes collègues et de l'accueil des stagiaires ainsi que de l'intégrité.
- Enfin, **la satisfaction de la clientèle** est soulignée par 37,6 % des répondants qui mettent

en valeur l'importance de l'implication du client (*empowerment*), de la capacité de s'adapter à la clientèle, du développement de liens avec celle-ci, de la préoccupation pour l'amélioration de l'état du client, de la protection des clients vulnérables (gestion des risques).

On note dans les réponses obtenues à certaines questions que les travailleurs sociaux portent un intérêt marqué pour le respect des normes et des compétences professionnelles. Pourtant, l'utilisation des documents de référence de l'OTSTCFQ semble assez limitée : le *Cadre d'analyse de la charge de cas et de la charge de travail* est utilisé par 23,7 % des répondants (n = 608) alors que le *Référentiel de compétences de travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* est utilisé par 35,3 % des répondants (n = 590).

Interrogés sur le fait que d'autres outils pouvaient servir d'instruments pour évaluer la charge de cas et de travail, les deux tiers des 365 travailleurs sociaux qui nous ont répondu disent ne disposer d'aucun outil (47,4 %) ou alors d'un outil maison (19,7 %). Des témoignages soulignent la résistance des gestionnaires à ce qui vient de l'extérieur, particulièrement de l'OTSTCFQ :

« Les gestionnaires ne souhaitent pas introduire les outils de l'Ordre, car ils remettraient en question leurs objectifs de performance. J'ai déjà utilisé l'outil de la charge de cas au Soutien à domicile et ce fut très utile. Aux Services généraux, nos supérieurs repoussent tout ce qui provient de l'OTSTCFQ. »

### Les mesures de soutien disponibles

Enfin, le sondage portait aussi sur les mesures de soutien pour les travailleurs sociaux en CSSS. Les répondants (n = 603) disent majoritairement (70,8 %) avoir accès à des mesures de soutien. Parmi ceux (n = 424) qui détaillent ces moyens disponibles, la supervision clinique individuelle est mentionnée par 61,6 %, suivie de la supervision clinique de groupe (54,5 %), de l'encadrement clinique (42,2 %), de la formation continue (40,8 %), de la consultation (35,9 %) et du recours à des groupes de pairs (27,8 %).

Évidemment, lorsque la supervision est payée par le CSSS dans le cadre de son budget de formation, cela limite l'accès à des formations et, comme le rapporte un travailleur social, « l'accès à la formation continue est limité dans

un contexte de coupes budgétaires et souvent les formations ciblées par l'agence ont priorité. Quelques autres formations sont autorisées, souvent au compte-gouttes. »

Au-delà de l'offre formelle de soutien, nous nous sommes intéressés à la façon dont ces mesures étaient appliquées concrètement. Sont-elles obligatoires ou non, formelles ou informelles, régulières ou ponctuelles? Les répondants (n = 400) nous apprennent que cela varie beaucoup. Ainsi, parmi les personnes qui font état de mesures individualisées, celles-ci seraient obligatoires lors de la période de probation ou encore pour des employés en difficulté.

Dans le cas des mesures offertes en groupe, elles seraient obligatoires dans à peu près la moitié des situations (48,0 %) et selon des fréquences très variables (allant de quelques fois par année à une fois par mois; cette dernière forme de supervision étant alors intégrée à des réunions d'équipe). La formule n'est pas toujours satisfaisante :

« Les supervisions cliniques de groupe sont davantage des rencontres de co-développement interdisciplinaires aux quinze jours auxquelles nous sommes obligés d'assister. Actuellement, nous, les T.S., avons demandé des supervisions cliniques par profession, afin de pouvoir aller plus en profondeur dans l'analyse de nos interventions et suivis. »

Sinon, les mesures individuelles se font en grande partie sous forme de consultation et non sous forme d'une supervision suivie régulière. L'ajout dans de nombreux CSSS de conseillers aux activités cliniques depuis quelques années a renforcé le soutien, comme l'une de ces personnes en témoigne :

« Mon poste (spécialiste en activités cliniques) a été créé en mai 2011. J'offre de la supervision clinique sur une base volontaire, idem pour la consultation clinique. Les rencontres de groupe / soutien clinique sont obligatoires aux deux semaines (deux heures à chaque fois). J'offre moi-même des mini-formations de temps à autre aux équipes [...]. J'analyse les besoins de formation des intervenants par des sondages et *focus groups* et je planifie la formation continue en sollicitant parfois des formateurs de l'extérieur, d'autres fois en faisant appel aux ressources humaines à l'intérieur de notre CSSS (comme des autres intervenants du CSSS possédant certaines

expertises particulières). Je cible des lectures intéressantes, les partage avec les membres de l'équipe et à l'occasion j'organise des groupes de lecture scientifique sur des thèmes reliés à l'intervention. Je crois que l'équipe apprécie ce type de soutien clinique diversifié. »

La situation demeure cependant fort variable d'un CSSS à l'autre et même d'un programme à l'autre au sein d'un même CSSS. Cette différenciation touche également la catégorie des travailleurs sociaux possédant peu d'expérience, comme ce répondant l'illustre :

« Supervision clinique individuelle sur demande [et] chaque programme a un superviseur clinique accessible. Donc formelles et ponctuelles pour l'individuelle, et formelle et obligatoire pour la supervision de groupe (réunions). Cependant, ce n'est pas le cas pour les employés à temps partiel ou occasionnels (TPO) qui se promènent d'un programme à l'autre et qui sont à temps partiel dans les programmes (ils n'ont pas accès aux réunions d'équipe et à la formation continue). [...] La formation n'est pas toujours accordée aux personnes qui en auraient vraiment besoin, soit les TPO et les nouveaux arrivants qui ont besoin de plus d'outils que les séniors. »

Et, malheureusement, il y a pire encore puisque des répondants nous rapportent qu'ils sont tout à fait laissés à eux-mêmes : « Aucun support autre que l'entraide mutuelle au SAD-SP / PPALV<sup>2</sup>. Il est parfois même impossible de se faire autoriser un congé sans solde pour aller à nos frais à une formation de l'Ordre. »

### Discussion des résultats

Les CSSS emploient plus de la moitié des travailleurs sociaux qui œuvrent dans le secteur public. Depuis leur création en 2004 par le regroupement des CLSC, des CHSLD et d'une soixantaine d'hôpitaux, les CSSS ont eu le temps de se restructurer et d'articuler leur approche clinique en vue d'exercer un leadership dans l'offre de services à leur population en développant des réseaux locaux de services (MSSS, 2010). Certains (en particulier les centres affiliés universitaires, plus actifs en formation de professionnels) se sont dotés d'une direction qui apporte un soutien aux pratiques cliniques, de comité de pairs (généralement à l'initiative des membres du conseil multidisciplinaire) et plusieurs CSSS ont pris conscience de la nécessité de doter leurs directions de conseillers aux activités cliniques.

Cela reflète la préoccupation de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS, 2010) qui, dans l'un de ses documents, sensibilise ses propres membres à l'importance de soutenir les ressources humaines qui offrent des services à la population.

Ce soutien ne doit pas viser uniquement l'accueil et l'intégration des nouveaux employés, ni les mesures facilitant la conciliation travail/famille. Il doit également se soucier du maintien et du développement des compétences du personnel confronté à des besoins complexes de certaines clientèles et à la production de connaissances

**Tableau 1 : GESTION PLUS TRADITIONNELLE / GESTION AXÉE SUR LES PERSONNES**

| GESTION PLUS TRADITIONNELLE                                                                                 | GESTION AXÉE SUR LES PERSONNES                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La supervision est davantage « normative », axée sur le contrôle et une forme de « méfiance » est présente. | L'aspect normatif est présent, mais également le soutien à la personne et son développement; la supervision est basée sur la confiance.                             |
| La reconnaissance est présente, mais provient davantage de l'organisation et est plus « formelle ».         | La reconnaissance est une composante de la gestion; elle est autant formelle qu'informelle, elle provient autant des pairs que de l'organisation.                   |
| On évalue la performance de l'employé en termes de points forts et faibles.                                 | On apprécie la contribution de l'employé, en incluant une participation active d'autoappréciation dans un contexte de développement des compétences et des talents. |

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2010). *Soigner l'humain pour bâtir demain*. Montréal : AQESSS : 18.

nouvelles sur les meilleures pratiques. Cela, dans un contexte où les établissements doivent non seulement être efficaces (par mesure d'économie), mais également répondre à des exigences d'amélioration continue en contrôlant les risques de détérioration, en limitant les erreurs de traitement et les incidents/accidents. Le défi est considérable alors que le MSSS limite le budget disponible pour la formation et en oriente l'utilisation vers des formations déterminées avec les agences régionales.

L'évaluation du rendement constitue une excellente façon de mesurer et de reconnaître la contribution du personnel à la réalisation de la mission d'une organisation. Agrément Canada (2011) en fait d'ailleurs mention dans l'une de ses normes sur la direction : « les dirigeants de l'organisme investissent dans les ressources humaines de l'organisme et dans le développement des capacités et des compétences des cadres à l'échelle de l'organisme, du personnel, des prestataires de services et des bénévoles » (Agrément Canada, 2011 : 34). Il conseille même aux CSSS que :

« Les politiques et les procédures portent sur les lignes directrices concernant les comportements attendus s'harmonisant aux valeurs de l'organisme; l'évaluation du rendement de façon régulière et objective; la consignation du rendement; enfin, l'élaboration de plans de gestion du rendement individuel fondés sur les points forts, les possibilités d'amélioration, ainsi que les buts personnels et les plans de carrière. » (Agrément Canada, 2011 : 38).

Nous avons vu que les trois quarts des travailleurs sociaux affirment que l'évaluation du rendement constitue une pratique de gestion présente dans leur milieu de travail; en soi, voilà un résultat intéressant. Malheureusement, il semble que, pour un pourcentage assez important d'entre eux, il s'agisse davantage d'une mesure de contrôle probatoire ou encore statistique (ne prenant en considération que leur performance quantifiable). Ces aspects sont bien sûr nécessaires, mais dénotent plus une culture de contrôle que de soutien.

Le fait que ces évaluations soient menées par le supérieur immédiat dans la très grande majorité des cas permettrait de prendre en considération d'autres éléments importants comme la contribution à l'équipe, la capacité de s'insérer dans un contexte de travail en

interdisciplinarité, la contribution à l'accueil et l'intégration de stagiaires et de nouveaux employés, la prise d'initiatives, la préoccupation pour le maintien et le développement de ses compétences professionnelles, autant d'aspects qui pourraient faire l'objet d'échanges entre le praticien et son supérieur et prendre la forme d'objectifs convenus pour l'année suivante. Ce serait également l'occasion pour l'intervenant de préciser ou de rappeler ses besoins de soutien tout autant que d'échanger sur les aspects de son travail qu'il trouve difficiles (s'il y a lieu) et sur ses efforts pour appliquer les normes de sa profession. Si son supérieur n'a pas une formation en travail social, l'intervenant pourrait en profiter pour faire connaître les outils développés par son ordre professionnel.

Bien que les répondants n'aient pas eu à se prononcer sur leur charge de travail, les commentaires obtenus ont certainement laissé entendre qu'elle était lourde pour plusieurs d'entre eux. Toutefois, nous n'avons pas perçu de résistance sur le fait que les aspects quantitatifs puissent être pris en compte dans l'évaluation de la contribution de l'employé, dans la mesure où d'autres aspects importants à leurs yeux, comme le respect des normes professionnelles, la reconnaissance de leurs compétences, les habiletés relationnelles développées et la satisfaction de la clientèle, sont également pris en compte.

Quant aux mesures de soutien offertes, leur évolution est fort variable d'un établissement à l'autre. Contrairement aux professions de la santé, les directions des soins infirmiers constituent certainement un modèle à cet égard, la reconnaissance du besoin de conseillers professionnels expérimentés pour soutenir une pratique clinique de qualité des professions sociales évolue lentement, tout comme l'accès à de la supervision clinique régulière et à de la formation.

Nous valorisons bien sûr l'entraide entre collègues, mais cela n'est pas suffisant. Nous croyons que les mesures de soutien devraient être prises en compte dans les processus d'agrément des CSSS afin d'assurer à tous les professionnels, peu importe leur discipline, l'accès à du soutien et à de la supervision cliniques pour améliorer la qualité de la pratique professionnelle.

Le fait que les répondants aient confondu l'évaluation du rendement (contribution de l'employé) avec le contrôle statistique de la performance illustre à quel point le fonctionnement de notre réseau public et l'approche comptable de la gestion publique, obsédés par les unités de mesure, induit une vision tronquée de ce que serait un véritable processus d'évaluation de la performance.

## Conclusion

Cet article a voulu donner un aperçu des résultats d'un sondage sur l'évaluation de la performance effectué auprès des travailleurs sociaux travaillant en CSSS. Nous constatons qu'il y a une limite à la généralisation des réponses obtenues à l'ensemble des travailleurs sociaux travaillant en CSSS puisque le pourcentage de participation obtenu (21,1 %), bien que satisfaisant, demeure relativement faible. Cependant, les réponses sont cohérentes et ne sont pas contradictoires. Nous pensons que ces données sont représentatives de la situation actuelle vécue par les travailleurs sociaux en CSSS.

Certaines questions du sondage ont pu, par contre, porter à confusion ou être difficilement interprétées. C'est le cas de la question suivante : « Est-ce que votre établissement évalue le rendement (la contribution) de ses employés? ». Plusieurs ont confondu l'évaluation du rendement aux mesures de contrôle des statistiques. Pourtant, nous avons pris soin d'ajouter le mot contribution entre parenthèses afin de nous aligner sur le langage utilisé dans plusieurs CSSS où l'on parle de l'appréciation de la contribution de l'employé.

Les questions sur les normes explicites dans les CSSS ont quant à elles été difficiles à interpréter puisque les normes varient non seulement d'un CSSS à l'autre, mais d'un programme à l'autre. Nous n'avions pas demandé de spécifier pour quel programme et quelle clientèle ces normes s'appliquaient, ce qui nous a empêché de faire une comparaison valable entre programmes.

Malgré ces réserves, le sondage nous a permis de constater que l'évaluation de la performance des intervenants repose bien souvent sur des données quantitatives. Ce résultat dénote une méconnaissance du travail social qui est une profession où l'interaction, l'analyse et la réflexion sur des situations complexes sont

essentielles. Si bon nombre de répondants ont mentionné que l'aspect quantitatif devait être évalué, cela ne devrait pas être au détriment des normes et des compétences professionnelles.

Cette étude visait à mieux cerner comment les travailleurs sociaux en CSSS étaient évalués pour leur performance. Le sondage n'était que la première étape d'un projet plus complexe.

Une deuxième étape consisterait à valider à l'aide de groupes de discussion composés de membres de l'Ordre travaillant en CSSS un ensemble de critères d'évaluation inspirés des résultats de ce sondage. Une grille d'évaluation pourrait ainsi être conçue et proposée par l'Ordre.

Les CSSS ont besoin de travailleurs sociaux compétents afin de répondre à leur mandat et aux exigences de qualité de l'agrément. Une évaluation appropriée de leur performance et un soutien professionnel sont cependant nécessaires. Nous espérons que les résultats de cette étude contribueront au développement professionnel des travailleurs sociaux et à la nécessité de faire reconnaître, au sein des CSSS, les outils élaborés en ce sens par l'OTSTCFQ.

## Descripteurs :

Centres de santé et de services sociaux (CSSS) - Québec (Province) // Personnel - Évaluation - Québec (Province) // Services sociaux - Réforme - Québec (Province) // Services de santé - Réforme - Québec (Province) // Travailleurs sociaux - Québec (Province) - Évaluation

Employees, Rating of // Human services reform - Quebec (Province) // Health services reform - Quebec (Province) // Social workers - Quebec (Province) - Rating of

## Notes

- 1 Nous tenons à remercier l'OTSTCFQ et en particulier sa directrice générale et secrétaire, Mme Ghislaine Brosseau, pour son accueil et son soutien.
- 2 SAD-SP / PPALV : Soutien à domicile–Soins palliatifs / Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

## Références

- Agrément Canada (2011). *Programme Qmentum : Normes sur la direction*. Ottawa : Accréditation Canada/Agrément Canada.
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (2010). *Soigner l'humain pour bâtir demain*. Montréal : AQESSS.
- CSSS Jardins-Roussillon et CSSS Pierre-Boucher (2011). *Guide de soutien à la pratique professionnelle basée sur l'approche par compétence*. Châteauguay : CSSS Jardins-Roussillon.
- Dolan, S. L., Saba, T., Jackson, E. Susan, et Schuler, R. S. (2002). *La gestion des ressources humaines : tendances, enjeux et pratiques actuels*. Montréal : ERPI.
- Laurin, P., et Boisvert, D. (1997). *L'évaluation collaborative du rendement : guide méthodologique*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Leclerc, J. (2001). *Gérer autrement l'administration publique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Ministère des Finances (2010). *Budget 2010-2011 : vers un système de santé plus performant et mieux financé*. Québec : Ministère des Finances.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de soutien clinique : volet précepto-rat. Cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2006). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal : OPTSQ.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2009). *Cadre d'analyse de la charge de cas et de la charge de travail des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal : OTSTCFQ.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2010). *Les impacts de la création des CSSS sur la pratique en travail social*. Montréal : OTSTCFQ.

# Entrevue avec Michel Chauvière, sociologue et politologue français

par  
Claude Larivière, T.S., Ph. D.

Regards d'un sociologue français sur l'évolution du travail social, des services sociaux et des politiques sociales en France. Certaines questions ont des résonances dans le contexte québécois : professionnalisation, déréglementation, place des usagers, utilisation de référentiels.

Thoughts of a French sociologist on social work, services, and policies in France. Some issues are present in the Quebec context: professionalization, deregulation, place of the services'users and usage of the referentials.

Dans le cadre d'un numéro abordant les liens entre les transformations des services sociaux et leurs impacts sur les pratiques professionnelles, il nous est apparu important de sortir de notre contexte québécois et d'ouvrir une parenthèse sur ce qui se vit en Europe et plus particulièrement en France où des similitudes existent à la fois dans l'évolution de la société et de la gestion du social depuis quelques décennies. Évidemment, cela nous permettra également de mettre en valeur les différences (notamment de statut et de niveau d'organisation de la profession). Michel Chauvière, sociologue et politologue, particulièrement impliqué dans la recherche et l'analyse de l'évolution des politiques familiales et sociales a accepté de répondre à nos questions.

## Votre cheminement

1. Pouvez-vous tout d'abord nous parler de vos études et de votre doctorat? Qu'est-ce qui vous préoccupait en début de carrière?

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 136 (2012.1): 50-58.

Les domaines social et éducatif ont toujours été présents (mère institutrice, mouvement de jeunesse catholique, militantisme politique). Après mes études secondaires et une année de propédeutique à dominante historique et philosophique, j'ai d'abord choisi des études de psychologie jusqu'à la licence. Puis, m'étant rendu compte que je n'avais pas la vocation de la clinique, j'ai opté pour les sciences sociales, dans le prolongement de la psychologie sociale, en m'intéressant à la sociolinguistique et surtout à la sociologie (seconde licence).

Mai 68 a fait le reste pour ma conversion et j'ai alors quitté Rennes (Bretagne) pour Paris en 1970. J'y ai trouvé une poste de formateur permanent dans un centre de formation d'édicateurs spécialisés, en même temps que je donnais des cours en sciences de l'éducation à l'Université de Paris VIII Vincennes, créé expérimentalement après ces événements.

Un second virage, cette fois-ci vers la recherche, est intervenu en 1974 après un licenciement collectif du centre de formation (je raconte cette expérience dans le livre *Les socio-clerics. Bienfaisance ou travail social* publié chez Maspéro en 1976). J'ai voulu comprendre ce curieux secteur qui m'avait exclu après bien des heurts et, par exemple, m'avait critiqué pour ma participation au numéro de la revue *Esprit* de 1972 où j'avais publié un article intitulé « Pourquoi le travail social? ». Ayant eu la chance d'accéder à de riches archives des années 1940 (sur le gouvernement de Vichy et celui qui suivit à la Libération), j'en ai conçu tout à la fois des enseignements de sociohistoire très spécialisés à Paris VIII, un projet de recherche soutenu par le Commissariat général du Plan, puis l'ensemble a fait la matière de ma thèse de 3<sup>e</sup> cycle soutenue à Paris X-Nanterre en 1978 (direction Pierre Kaufman); une thèse par la suite publiée sous le titre *Enfance inadaptée, l'héritage de Vichy* et qui en est aujourd'hui à sa troisième édition. Mes principales références sont alors le philosophe Michel Foucault, les sociologues Pierre Bourdieu, Robert Castel et

l'école des Annales en histoire pour son dépassement de l'approche factuelle permettant l'ouverture aux domaines économique, social et culturel.

Après quelques autres contrats de recherche, je suis finalement entré au Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) en 1980 en me promettant de continuer à « labourer » le champ social dans tous ses aspects (histoire, institutions, professions, savoirs, pratiques, etc.).

## **2. Vos premières recherches portaient également sur les familles et c'est ce qui vous a conduit à créer le Groupement pour la recherche sur les mouvements familiaux (GRMF) en 1982?**

C'est une seconde aventure qui complète la première. À l'entrée au CNRS, mon projet distinguait, a priori, trois façons de travailler le champ social : la voie professionnelle, la voie associative et la voie politique. Pour la voie associative, l'exemple des mouvements familiaux, que je connaissais déjà un peu, m'a alors semblé très significatif et trop peu étudié comme tel. J'ai donc entrepris une enquête descriptive large (premiers résultats publiés dans la revue *Informations sociales* de la Caisse nationale des allocations familiales ou CNAF), puis bien d'autres travaux (jusqu'à une anthologie publiée en 2006) en même temps que j'ai cherché à approfondir ma connaissance des mouvements familiaux issus de la matrice de l'action catholique spécialisée, de la Jeunesse ouvrière chrétienne (JOC) en particulier et cela de nouveau pendant les années 1940 et 1950, en les considérant comme des analyseurs de tout le social en actes.

C'est en participant en observateur à un congrès à Lille que j'ai rencontré Bruno Duriez qui avait le même domaine d'intérêt que moi, mais en venant de la sociologie urbaine et de la sociologie religieuse. De cette convergence est né le GRMF, qui nous a mobilisés durant 25 ans et nous a permis de publier 15 volumes historiographiques originaux dans la série des *Cahiers du GRMF*. L'objet, c'est donc, en grande partie, la postérité de la JOC dans tous les plis de la vie sociale (familial, travail, quartier, associatif, syndical, politique...).<sup>1</sup> La méthode, c'est une méthode problématique (autant qu'il est possible pour des non-chercheurs de s'en

accommoder), interactive (entre mémoire et archives), thématique (déconfessionnalisation, Vichy, squatters, scission, défense des usagers, formation et monographies locales) et coproductive (tous les cahiers ont été coproduits par d'anciens militants et d'anciens chercheurs). On peut consulter à ce sujet notre dernier article de méthode publié dans *SociologieS*, revue de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française (AISLF), en octobre 2011.

## **3. Vos livres abordent tant les politiques sociales que la famille, les institutions et les professions. Pouvez-vous nous expliquer ce qui a guidé cette trajectoire?**

La famille ne m'intéresse pas comme une question privée, mais comme une question publique, ce qui est très important dans le cas français, compte tenu de l'antinomie du gouvernement par la famille et du gouvernement par les citoyens, depuis la Révolution. D'où une étrange relation entre famille et République française. C'est pourquoi, poursuivant mon exploration des dynamiques du champ social et de la socialisation, je me suis particulièrement intéressé aux politiques sociales (y compris familiales), aux institutions (publiques, privées associatives, privées lucratives) et aux professions qui prennent la famille comme principe et les familles comme cause politique ou comme objet de mobilisation. Ce qui recroise très souvent mon autre approche par le travail social professionnalisé, les politiques d'intervention et les institutions spécialisées visant l'enfance, la jeunesse, le handicap, le vieillissement, l'exclusion, l'immigration, etc. Ces deux domaines se fécondent l'un l'autre.

C'est là une sociologie tout à la fois historique, institutionnelle et politique que je conduis le plus souvent au plus près des groupements, des réalisations, des acteurs, avec lesquels je suis en interaction permanente depuis plus de 30 ans, volontairement disponible pour des formations, des journées d'études ou autres contributions ponctuelles. J'ai de ce fait une connaissance empirique cumulée du champ social assez importante. Mais on ne peut en rester là et c'est pourquoi je revendique aussi la nécessité et la totale liberté problématique dans la recherche, y compris le cas échéant en pratiquant une rupture affichée et assumée avec

le sens commun des acteurs ou les modes de justification *à posteriori* dont ils usent, comme tout le monde. Ainsi, à propos de Vichy en début de carrière ou plus tard au sujet de la gestion.

**4. En 2004, vous publiez *Le travail social dans l'action publique. Sociologie d'une qualification controversée*. Pouvez-vous nous résumer votre propos?**

C'était un premier travail de synthèse de mes différents travaux historiques et sociologiques concernant le champ social spécialisé en direction de populations désignées ou encore de développement social; le début d'une trilogie, mais je ne le savais pas encore.

C'était aussi une façon d'affirmer la place légitime du travail social comme objet de science, à l'égal des autres. En France, le travail social et les politiques d'action sociale souffrent depuis longtemps d'un déficit de légitimité scientifique et académique. Sans doute est-ce dû à une défiance maladroite à l'égard de l'université et au phantasme différentialiste selon lequel le travail social serait une discipline scientifique à part entière. C'est une représentation à laquelle je n'adhère pas, car je la trouve épistémologiquement difficile à tenir et contre-productive depuis plus de 40 ans. Pour moi, le travail social est avant tout un champ de pratiques dédiées comme il en existe bien d'autres (la gestion, l'éducation, le sport, l'administration, la police...) et les disciplines peuvent et doivent même s'y intéresser, sans exclusive, chacune à sa façon. C'est le défi qu'il faut affronter et non fuir.

Cet ouvrage tente de répondre à cette difficulté. Je propose de replacer le processus de travail (du) social dans le cadre plus large de l'action publique et de ses transformations (et non comme une simple mise en application des politiques publiques sectorielles qui s'accroissent). J'examine aussi la question des professions d'un point de vue non fonctionnaliste, alors que le fonctionnalisme est dominant aujourd'hui avec les référentiels, les bonnes pratiques, etc. Je l'analyse plutôt comme le résultat d'une lutte, d'une controverse récurrente à propos des qualifications nécessaires pour tout le travail du social, qu'elles soient individuelles, celles des emplois, ou collectives, celles des organisations et des postes de travail,

sachant que la tendance actuelle est de réduire les enjeux collectifs au simple marché des compétences individuelles. Autrement dit, je fais l'hypothèse de la contingence et de la fragilité de tous ces montages dédiés au social.

**5. Vous avez également un intérêt pour les usagers des services publics? Quelle est justement la place des « usagers » dans les services sociaux français?**

J'ai découvert la question des usagers en même temps que je me suis intéressé au social réalisé. Tout à la fois comme destinataires des prestations d'aide sociale ou des redistributions au titre de la Sécurité sociale (allocations familiales, par exemple), comme des « pris en charge » ou « pris en compte » par des institutions, mais aussi comme des acteurs à part entière des politiques sociales. Le GRMF présenté plus tôt m'a permis de comprendre comment, par exemple, certaines familles populaires se sont organisées localement pour défendre leurs intérêts ou les intérêts de leurs enfants, imposer des solutions aux pouvoirs publics, voire s'autogérer et se passer des professionnels. On trouve aussi cela dans le cas des associations de parents d'enfants handicapés, très actives dans la préparation des lois et le contrôle de leur effectivité, ainsi que dans l'ouverture puis la gestion d'établissements innovants et le recrutement de professionnels.

Mais je ne me contente pas de cette approche empirique et j'ai recadré la problématique des usagers de la façon suivante : ce n'est pas l'usager qui fait l'usage, mais l'usage qui fait l'usager, autrement dit l'usager est une catégorie conjoncturelle, peu indépendante, presque secondaire (notamment par rapport à la catégorie du citoyen). Il faut donc considérer non seulement les usagers comme des acteurs, mais surtout analyser les rapports sociaux d'usage et la façon dont les acteurs concernés les investissent, les travaillent, les transforment ou les contournent. Ainsi, être « parents d'enfants handicapés » est d'un bien meilleur rendement politique que de se dire « usagers des services publics ».

Ces travaux et ces réflexions ont largement bénéficié de mes échanges anciens avec votre collègue Jacques T. Godbout alors à l'INRS Urbanisation qui, partant des centres locaux de services communautaires (CLSC), s'intéressait

de son côté à la « démocratie des usagers ». Nous avons du reste dirigé ensemble un ouvrage chez L'Harmattan : *Les usagers entre marché et citoyenneté*, pour lequel nous avons demandé à différents collègues français et québécois s'ils utilisaient ou non la catégorie usagers, comment et dans quel sens. Il a été très souvent cité depuis 20 ans.

Les politiques françaises ont mis de l'utilisateur dans leur moteur au début des années 2000, mais c'est un peu en trompe l'œil. Les usagers, tout comme les malades, sont dotés de droits subjectifs nouveaux (transparence des décisions, révision des dossiers, consultation, autorisation, projet individuel, etc.) qui sont intrinsèquement utiles, mais c'est aussi une rhétorique de justification par l'aval des politiques de renforcement des contrôles de qualité, de la lutte contre les maltraitances ou de la norme de performance, au moment même où les moyens viennent à manquer en valeur relative. C'est du fait, dit-on, de la crise, mais c'est aussi du fait des dérèglements des marchés financiers à l'échelle mondiale et de la marginalisation du pouvoir politique, désormais converti au néo-libéralisme. Lequel est non seulement économique, mais aussi sociétal, imposant presque partout une économie sociale de marché (ce qui justifie de parler d'ordolibéralisme<sup>2</sup>). Ainsi, il est devenu le fourrier du développement économique à tout prix, même au prix d'un renforcement des inégalités sociales. Ce contre quoi, au demeurant, le travail social est assez impuissant. L'utilisateur, à qui on promet beaucoup (le meilleur du monde!), devient alors l'argument pour justifier le « faire mieux avec moins » et la masse salariale en est la principale variable d'ajustement. Pire, l'utilisateur est coupé de toute référence à l'histoire et à la citoyenneté commune, en l'espèce républicaine, ou plutôt sa citoyenneté devient simplement une citoyenneté de consommateur (de services publics ou assimilés). Il fait alors trace d'une bascule dans un tout autre paradigme sociétal que le paradigme solidariste qui portait et porte encore les politiques sociales. Comme vous le voyez, il ne faut pas être angélique sur ce sujet, mais extrêmement prudent.

## **6. La place de la gestion ne vous échappe pas puisque vous y consacrez un livre remarqué**

**sur le thème un brin provocateur de *Trop de gestion tue le social*. Vous n'êtes pourtant pas contre la nécessité d'une gestion, mais dénoncez plutôt l'hypergestion qui cesse d'être un soutien à la pratique sociale et devient un pouvoir sur celle-ci.**

**Je me trompe?**

Vous ne vous trompez pas. Il faut de la gestion et de la bonne gestion. Mais il faut surtout ne pas inverser les rapports de la gestion et de l'action. La gestion est au service de l'action, c'est un outil, ce n'est pas une fin en soi. Or, aujourd'hui, les normes de la bonne gestion, fondées dans un nouveau rationalisme technique (management), ont pris le pouvoir, grâce notamment à la démultiplication des moyens que permet l'informatisation généralisée et à la complicité objective des pouvoirs publics qui instituent de telles politiques, à l'image des pays anglo-saxons qui, à cet égard, ont un peu d'avance sur la dite « vieille Europe ».

Les conséquences sont en cascade et, cumulées, c'est une révolution. Le pire étant sans doute que la gestion, comme horizon indépassable et gage de modernité et de survie du modèle social, est entrée dans les représentations et dans les comportements des acteurs concernés. C'est ce que j'appelle la « chalandisation » (traduit par la « silent corruption of commercialism », dans un texte récent publié avec Stephen S. Micks, de l'Université de Richmond en Virginie (USA) intitulé « The French Sociological Critique of Managerialism: Themes and Frameworks », *Critical Sociology*, que l'on peut consulter en ligne à cette adresse : <http://crs.sagepub.com/content/early/2011/12/07/0896920511431501.citation>.

## **7. Votre position sur les référentiels nous intéresse également. En 2006, dans la revue *Vie sociale*, vous sembliez assez critique (« Les référentiels, vague, vogue et galères »).**

Critique, je le suis en effet, face à la généralisation sans réserve de cet outil. J'en connais une utilisation analytique très précieuse dans le cadre de l'analyse des politiques publiques (rapport référentiel global/référentiel sectoriel), mais j'en déplore l'utilisation normative partout ailleurs. Un métier traduit en un référentiel, c'est un métier réduit, dans sa définition, à ce qui peut se négocier, par exemple dans le

cadre de la validation des acquis d'expérience (VAE) et autres systèmes permettant des dispenses de formation partielles ou totales, selon l'expérience reconnue aux personnes par une instance légitime.

C'est aussi un métier coupé de sa part *instituant* non prescrite et de la responsabilité du professionnel, comme il est commun dans tous les métiers de la relation (du travail social à la justice, sans oublier l'enseignement, le soin, etc.). C'est donc une paresse intellectuelle en même temps qu'une approche hyper fonctionnaliste. J'invite vos lecteurs à consulter par exemple *Politique des métiers. Manifeste* (collection Mille et une nuits chez Fayard) produit par le collectif L'Appel des appels, dont je suis vice-président.

Dans le cas de la formation traduite en référentiel, que reste-t-il de l'acte de former? *Idem* pour la certification conformément à un référentiel type : c'est gommer les actes de pouvoir et d'engagement des employeurs, avec toutes leurs contradictions, et c'est faciliter le travail des recruteurs (ou chasseurs de tête) et légitimer leur micromarché en pleine expansion.

Cela fait partie de la panoplie des nouveaux outils arrivés avec le tournant néomanagérial, qui gère les professionnels comme des ressources humaines, comme on gère des ressources matérielles, financières, juridiques, communicationnelles ou autres.

C'est enfin l'indice que le professionnel n'est plus le pivot de l'action sociale et du travail social. Sa place a été prise par les opérateurs, ceux qui vendent des prestations de paix sociale ou de performance aux pouvoirs publics et qui contractualisent avec leurs usagers-clients, sous la toise de la satisfaction, avec enquêtes évaluatives *ad hoc*.

#### **8. Votre ouvrage le plus récent, *L'intelligence sociale en danger. Chemins de résistance et propositions* (2011), ouvre-t-il de nouvelles perspectives?**

Deux principales. D'une part, je propose un modèle de compréhension du travail du social, en substance, c'est-à-dire ni réduit à ses valeurs ni confondu avec ses finalités; d'autre part, je fais une série de propositions pour sauver la possibilité que cette intelligence collective du social continue d'être utile aux citoyens et de nourrir la démocratie.

Mon « carré des intelligences » engagées dans le social réalisé est fait de quatre registres indissociablement liés entre eux :

- du droit, au sens de l'État de droit et de droits, au sens des droits créances ou droits opposables à la société, ce que sont tous les droits sociaux;
- des institutions comme façon d'instituer avec effectivité les droits contre les aléas de la vie et la discontinuité des marchés, en s'appuyant sur la part *instituant* des professions;
- des savoirs pour comprendre mieux et être plus utiles les uns aux autres;
- des actes de métier cliniques parce que de l'humain ou mieux de « l'humanité dans l'homme », selon la belle expression de la philosophe allemande/américaine Hannah Arendt, est en jeu.

Ce sont à la fois des fondations, des ressources, des cadres et des appuis pour l'action. Des générations de femmes et d'hommes se sont battues avec pugnacité pour les instituer. Nous en sommes les héritiers. Qu'allons-nous en faire?

Pour lutter contre la dislocation et la déréglementation/privatisation de ces registres essentiels, il faut notamment aller vers de nouvelles protections juridiques, réveiller la pensée des institutions, rénover les idéaux de service public, faire vivre les métiers, politiser les usages sans tomber dans le clientélisme, mener la bataille des mots et des connaissances, respecter les espaces-temps de formation, soutenir le travail clinique, déjouer le piège de la néoévaluation, quand l'évaluation cesse d'être une technique de régulation incorporée par les métiers pour devenir une morale publique exigible de tous, sauf des évaluateurs et des commanditaires, et, enfin, oser l'humanisme.

#### **Le contexte de la formation et de la pratique en France**

**1. Vu par un Nord-Américain, la complexité des filières de formation et la multiplicité des titres d'emploi dans le travail social (au sens large) en France a de quoi nous étonner. Il y a les deux « métiers historiques » reconnus par un diplôme d'État (assistant social ou AS et éducateurs spécialisés ou ES), mais**

**également différents types d'animateurs, des médiateurs, des aides pour différents publics, travail de rue, les diplômés de formation des cadres, sans oublier les formations universitaires (masters professionnels et formations offertes par le Conservatoire national des arts et métiers, auxquelles vous êtes associé par votre enseignement), etc. Quelle est la place réelle des assistants sociaux dans ce marché du travail social?**

En France, la notion de travail social est devenue générique, signifiant les métiers du social. C'est pourquoi on peut estimer à environ un million le nombre des personnes qui se considèrent comme des « travailleurs sociaux », tous niveaux de qualifications confondus. Parmi ces professionnels, les assistants sociaux sont devenus minoritaires en nombre, avec seulement 40 000 personnes, et cette profession historique, surtout implantée dans les services sociaux des collectivités locales, n'est plus la référence en matière de formation et d'emploi. En réalité, depuis la décentralisation des années 1982-1986 (qui a transféré aux départements français des « blocs de compétences » sociales sans se soucier des qualifications associées), la professionnalisation de tout le social est relativement décrédibilisée, moins bien financée et la qualification des différents « travailleurs sociaux » est devenue un marché de compétences ouvert aux deux bouts de la division du travail, par le haut et par le bas. D'un côté, l'ingénierie des dispositifs et autres activités de management et d'évaluation, le niveau le plus élevé de la formation, dans lequel les universités à la recherche de terrains de professionnalisation des études se sont engouffrées, avec une offre de masters non contrôlée. À l'inverse, la mise en œuvre est vue comme une pépinière d'emplois de services à la personne, ouverts à des personnes en insertion professionnelle pour s'occuper des personnes âgées dépendantes, des personnes handicapées ou d'actions plus ou moins vagues de médiation, d'écoute, d'accompagnement, de développement, etc., sans grandes exigences de qualification, en niveau et en salaire.

Les formations historiques, au nombre d'une quinzaine (assistants sociaux, éducateurs spécialisés, éducateurs techniques, mais aussi conseillères, animateurs, etc.), sont globalement en perte de vitesse. De plus, l'avance en âge, les

conventions collectives, le statut de la fonction publique coûtent cher. Pour limiter l'augmentation de la masse salariale, il faut réduire le niveau des recrutements, donc alléger les formations, en simplifier les accès et compenser cette perte culturelle par des prescriptions normatives hypocrites comme les « recommandations de bonnes pratiques ». En réalité, c'est une lente déréglementation qui se développe. Le social ne doit pas faire obstacle au marché et même l'intégrer, si possible. Mais tous les secteurs n'intéressent pas le marché de la même façon. Les secteurs solvables et possiblement rentables (personnes âgées, handicapées adultes, petite enfance, formation, insertion, parascolaire) sont plus investis que la protection de l'enfance proprement dite ou l'accueil des immigrés. Mais il y a des surprises, comme la privatisation en cours des établissements d'éducation renforcée pour les mineurs délinquants, ou le développement du marché du *coaching*. Les entreprises marchandes sont inventives, mais seulement dans leur intérêt.

**2. L'autre aspect qui mérite d'être expliqué à nos lecteurs, ce sont les milieux de travail qui emploient ces intervenants : certains services de l'État, des régions, des départements, des organismes issus de regroupements de parents (handicap, etc.) et des associations d'action sociale; où travaillent principalement les assistants sociaux et où leurs conditions de travail sont, elles, extrêmement variées.**

C'est une donnée historique très importante. Ce domaine n'a pas été publicisé comme celui de l'école de la République (ce n'est pas une école publique, mais l'école de la République, sous-entendu pour tous et pas seulement pour les pauvres) qui date de 1882. Il est issu d'un compromis historique ancien entre la philanthropie réformatrice des républicains avant la guerre 14-18 et les forces importantes du catholicisme social (œuvres sociales, personnels engagés, doctrine professée publiquement). De ce fait, le monde associatif, massivement d'origine catholique, même s'il s'est largement déconfessionnalisé depuis, est resté dominant (environ 70 %). Il est le plus souvent délégataire, se voyant confier des missions qui pourraient relever du secteur public et bénéficiant durant des décennies de fonds publics (subventions). Les services publics proprement dits ne sont

présents qu'en matière de délinquance juvénile, de protection de l'enfance, de secours communaux, mais en concurrence dans tous ces domaines avec des associations concessionnaires ou plus autonomes.

En France, les ressources financières d'origine privée sont rares (peu de mécénat, contrairement à l'Angleterre, par exemple). Dans les domaines « rentables », notamment là où les clients sont solvables (personnes âgées notamment, mais aussi handicapées, du fait des compensations qui solvabilisent artificiellement les bénéficiaires), arrivent des entreprises carrément lucratives, à la recherche de profits pour les actionnaires.

L'ouverture générale au marché fait qu'aujourd'hui les pouvoirs publics, notamment les collectivités locales (régions, départements, communes) depuis la décentralisation, n'ont plus de partenaires associatifs historiques privilégiés (ni d'ailleurs de professions privilégiées); dès lors, ils passent par des marchés publics (appels d'offres, mise en concurrence, cahier des charges) où ils cherchent le « mieux disant moins coûtant », quel que soit le statut de l'opérateur. D'où une variété de situations. Mais c'est la tendance générale dans toute l'Europe et sans doute au-delà.

### **3. L'Association nationale des assistantes sociales (ANAS) représente-t-elle vraiment ces personnes et joue-t-elle un rôle professionnel (leadership, revendications)?**

L'ANAS est la dernière des associations corporatives du travail social encore bien active. Et tant mieux. Ses avis sont parfois courageux et il faut s'en réjouir. Mais j'ai dit plus haut que le monde des professionnels avait beaucoup évolué. Du coup, sa représentativité est faible. Le plus grave reste que les « travailleurs sociaux » pourtant nombreux (un million environ) sont dispersés, disséminés, individualisés par les politiques d'emploi, et que leur parole politique collective a beaucoup de mal à se construire, à fortiori à être entendue. J'ai personnellement été engagé dans différentes tentatives de mobilisation des professionnels du social depuis plus de dix ans, mais le bilan est maigre. Cela a commencé avec *C'est la Qualification qu'il Faut Développer* (CQFD) au début des années 2000 : un colloque à l'UNESCO, un livre collectif ensuite publié chez Dunod. Puis il y a eu les états généraux

du social entre 2002 et 2005 (avec des cahiers de doléances portés aux élus, une semaine de mobilisation en octobre 2004, des débats nombreux à Paris et en province, un défilé de nuit à Paris, puis un livre et la création d'une radio hertzienne...) et depuis quelques mois MP4 champ social (Mouvement Pour une Parole Politique des Professionnels du champ social) avec des prises de position publiques sur la directive de service européenne, la souffrance au travail, la formation, le lancement de l'Octobre du travail social, un séminaire en partenariat durant deux ans au Centre d'Études, de Documentation et d'Informations Sociales (CEDIAS). Mais c'est difficile d'aller beaucoup plus loin. J'y vois trois raisons : ce secteur manque d'accès aux médias et au débat public, il craint les controverses théoriques et beaucoup de professionnels ont hélas intériorisé si ce n'est leur faible légitimité, du moins l'idée erronée de leur utilité marginale pour un coût excessif.

### **4. Nous sommes particulièrement intéressés par la question de la mobilité professionnelle en raison de l'ouverture du Québec au recrutement d'assistants sociaux français pour faire face à notre pénurie dans les prochaines années. Les efforts des milieux de formation pour s'aligner sur les accords de Bologne (création de l'Union Nationale des Associations de Formation et de Recherche en Intervention Sociale ou UNAFORIS) contribueront-ils à offrir une certaine mobilité européenne des personnes formées en travail social?**

Je suis pour la mobilité, mais je doute que la stratégie actuelle des milieux de la formation (UNAFORIS, notamment) soit de taille à faire progresser la politique de qualification pour le travail social en France dans la bonne direction. Le financement de la formation professionnelle est désormais de la compétence des régions, qui n'en voulaient pas avant 2003. Les diplômés d'État perdent de l'intérêt face aux exigences pragmatiques des employeurs/opérateurs locaux obligés de chercher de nouveaux marchés pour survivre. Ce n'est plus le projet social qui commande, ce sont les parts de marché. L'UNAFORIS a 20 ans de retard et malheureusement son président actuel (Pierre Gauthier), un homme tout à fait

estimable, n'est autre que l'ancien directeur de l'action sociale au ministère, qui n'a pas fait quand il était en poste au ministère ce qu'il voudrait faire sans moyens aujourd'hui à partir de la société civile. J'ai du mal à y croire. Le rapport de force politique n'est hélas pas du tout favorable.

Pour l'avenir, il faut retrouver la verticalité et la constitutionnalité du social qui font cruellement défaut aujourd'hui, ce qui ne profite qu'à la conversion marchande non seulement de la gestion, mais aussi des pratiques professionnelles, de la formation et de la théorie du social elle-même. En d'autres termes, il faut une nouvelle doctrine publique. Trop souvent, le social est tout juste considéré comme un problème éphémère auquel il faut trouver pragmatiquement des solutions, si possible en associant les gens avec des professionnels juste efficaces et si possible peu coûteux. Ce n'est en aucun cas un miroir révélateur de l'état de la société. La société n'est plus engagée par les inégalités. La solidarité est dépassée. La clinique, n'en parlons plus. C'est bien malheureux pour les *losers*, mais les *winners* ont mieux à faire.

## Les enjeux actuels et pour l'avenir

### 1. La situation actuelle du chômage élevé dans l'espace européen et en France, particulièrement des jeunes, et la délocalisation constante des usines vers des lieux où les coûts de main-d'œuvre sont moins élevés semblent indiquer un avenir plutôt sombre. Partagez-vous ce point de vue?

Oui, bien sûr. Il faut réindustrialiser la France et l'Europe et aussi mettre certaines barrières à la grande liberté du commerce des biens, des services et des ressources financières. Sinon, je crois que nous allons à la catastrophe, avec des mouvements sociaux prévisibles. Sans oublier les grandes migrations de populations vers les pays moins pauvres que ceux qu'ils quittent, même si les pays riches ont aussi leurs contradictions. Sous oublier les problèmes environnementaux, les sécheresses et autres dommages qui exposent plus encore les pays les moins développés qui sont aussi les plus exploités.

### 2. Au colloque *L'état social dans tous ses états* en décembre 2011, nous avons entendu de multiples points de vue (italien, espagnol, britannique, polonais et français) qui expri-

### maient tous un pessimisme certain quant à la capacité effective des gouvernements de préserver les acquis sociaux. Qu'en pensez-vous?

Nous avons en France quelques facteurs de préservation à ne pas négliger. Ainsi, le social est constitutionnel depuis la constitution de 1946, reprise en 1958. Ainsi, nous avons des institutions qui ont été cabossées, mais ont résisté au tsunami néolibéral : la justice, bien que mise à mal, l'école de la République et son universalisme, la Sécurité sociale annoncée finie depuis 35 ans, mais qui est encore debout, la vitalité associative. Hélas, les professions du secteur ne font pas partie de ces institutions sur lesquelles on pourrait compter, parce que leur parole publique est rare et souvent inaudible.

La gauche socialiste gouvernementale a du mal avec le secteur social et ses professionnels. À *contrario*, il est vrai que le centre gauche et la démocratie chrétienne ont été longtemps ses meilleurs soutiens. On peut travailler à changer ces représentations très idéologiques, mais il faut reprendre toute la riche histoire des politiques et des pratiques sociales, durant les XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles. C'est un travail scientifique considérable, mais il est en cours depuis les années 1970, fort heureusement.

Cela étant rappelé, préserver les acquis sociaux ne se réduit pas à l'aspect financier, autrement dit à plus ou moins de dépenses. D'une part, parce que ce sont en réalité des investissements à moyen et long terme et, d'autre part, parce qu'il s'agit aussi de préserver le qualitatif contre la domination du quantitatif (la qualité de la vie ne se réduisant pas à la qualité finale du service dû à chacun) et le « faire société » (comme projet commun et surtout comme compromis et voies de sa réalisation).

J'ai exposé dans mon dernier livre que c'est aussi une question de philosophie politique : place du droit et des droits-créances, reconnaissance des institutions sociales qui ne doivent pas être réduites à des entreprises sociales concurrentielles, effort durable de connaissance et de recherche face aux énigmes qui demeurent tenaces, respect pour la posture clinique et pensée d'un nouvel humanisme pour le XXI<sup>e</sup> siècle. Je pense ici à l'essai remarquable de Milad Doueihi, *Pour un humanisme numérique*. C'est un important travail de fond, une

longue marche qui doit associer les intellectuels et les acteurs sociaux. Sur tous ces sujets, nous avons, nous intellectuels, des responsabilités conceptuelles spécifiques.

### **3. L'élection présidentielle de 2012 pourrait-elle offrir aux Français une occasion d'y mettre un frein par un nouvel enlignement en introduisant la cohabitation gauche/droite même si, paradoxalement, il nous semble que les socio-démocrates n'ont pas géré les gouvernements de façon très différente dans l'histoire récente européenne?**

Attention, la cohabitation (un président socialiste avec une Assemblée nationale majoritaire de droite, ou encore l'inverse) n'est pas l'union nationale. Nous avons déjà connu des périodes de cohabitation qui n'ont pas donné de grands résultats. Mon avis est qu'il faut oser briser quelques tabous, prendre des risques, reprendre le pouvoir sur la soi-disant fatalité économique et financière, consolider et sécuriser les droits face à l'imaginaire cybernétique, bref, croire de nouveau à une anthropologie politique irréductible à l'économie pour retrouver une perspective de civilisation. Nous pouvons faire beaucoup mieux que d'être des *homo economicus*, des acteurs rationnels et calculateurs, du matin au soir! Pour cela, je souhaiterais qu'au plus vite nous ayons un grand rendez-vous national de l'action sociale et du travail social.

#### **Descripteurs :**

Politique sociale - France // Référentiels // Service social // Services sociaux - France - Histoire // Services sociaux - Administration // Professionnalisation - France  
Social policy - France // Referential // Social work // Human services - Quebec (Province) - History // Human services - Management // Professionalization - France

#### **Notes**

- 1 La JOC joua à peu près à la même époque un rôle similaire au Québec, notamment dans le renouvellement du syndicalisme chrétien et le développement de l'éducation des adultes.
- 2 Voir Dardot, P., et Laval, C., (2009). *La Nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*. Paris : La Découverte.

#### **Principales publications de Michel Chauvière dans le domaine social**

- Enfance inadaptée, l'héritage de Vichy*. Paris : Éd. ouvrières/Économie et Humanisme (1980).  
Deuxième édition revue et augmentée (1987).  
Troisième édition : L'Harmattan (2009), avec une préface inédite de l'auteur.
- La recherche en quête du social*. Paris : Éditions du CNRS (1989).
- Les usagers, entre marché et citoyenneté* (1992). Paris : L'Harmattan (co-dir. : J. T. Godbout).
- Famille et codification. Le périmètre du familial dans la production des normes* (2000). Paris : La Documentation française (avec V. Bussat).
- Les implicites de la politique familiale. Approches historiques, juridiques et politiques* (2000). Paris : Dunod (co-dir. : M. Sassier et al.).
- L'école face aux handicaps. Éducation spécialisée ou éducation intégrative?* (2000). Paris : PUF/Biennale de l'éducation et de la formation (co-dir. : É. Plaisance).
- L'institution du handicap. Le rôle des associations. XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles* (2000). Rennes : PUR (co-dir. : C. Barral, F. Paterson, H.-J. Stiker).
- Qualifier le travail social. Dynamique professionnelle et qualité de service* (2002). Paris : Dunod (co-dir. : D. Tronche).
- Le travail du social dans l'action publique. Sociologie d'une qualification controversée* (2004). Paris : Dunod.
- Reconstruire l'action sociale* (2006). Paris : Dunod (co-dir. : J.-M. Belorgey, J. Ladsous).
- Les mouvements familiaux et leur institution en France. Anthologie historique et sociale* (2006). Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale, La Documentation française, n°3 (coord. avec P. Kertudo).
- Qui gouverne le social?* (2008). Paris : Dalloz.  
Co-direction avec M. Borgetto; principale contribution : *Une administration pour l'action sociale. De l'émancipation au dépérissement* : 45-72.
- L'indigent et le délinquant. Pénalisation des pauvres et privatisation de l'action sociale* (2008). Paris : Fondation Copernic et Éd. Syllepse (avec D. Gelot, C. Lebrun, B. Poiret, E. Sire-Marin, M. Stambouli).
- Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation* (2007). Paris : La Découverte.  
Seconde édition, avec préface inédite (2010).
- L'intelligence sociale en danger. Chemins de résistance et propositions* (2011). Paris : La Découverte.

par

*Annie Dumont, T.S.*

Étudiante à la maîtrise en service social

Assistante à la recherche

CRI-VIFF

Université Laval

Courriel : annie.dumont.1@ulaval.ca

*Geneviève Lessard, T.S.*

Professeure agrégée de l'École de service social

Université Laval

Directrice du CRI-VIFF

École de service social

*Rhéal Delisle, T.S.*

Équipe Famille Enfance Jeunesse

CSSS de la Vieille-Capitale

CLSC de L'Ancienne-Lorette

*Kathy Mathieu, coordonnatrice*

Table Carrefour Violence Conjugale

Québec Métro

*France Paradis*

Médecin-conseil

Direction régionale de santé publique de la  
Capitale-Nationale

*Patricia St-Hilaire, animatrice*

ESPACE région de Québec

*Julie Ménard, intervenante*

Violence Info

Analyse de la recension des écrits sur les stratégies de prévention des conséquences de l'exposition à la violence conjugale. Enjeux affectant les enfants et les familles. Pistes de réflexion sur l'implantation des stratégies de prévention.

Analysis of the literature review on strategies to prevent the consequences of being exposed to marital violence. Issues for the children and the families. Thoughts on implementing the prevention strategies.

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs  
sociaux et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec.  
Numéro 136 (2012.1) : 59-67.**

Les connaissances de plus en plus avancées sur l'exposition à la violence conjugale (EVC) ont mené à la création de divers outils et programmes visant à réduire au minimum les conséquences de cette exposition. On constate pourtant que le nombre de stratégies de prévention s'adressant aux enfants en général demeure très limité. En effet, plusieurs de ces outils et programmes sont développés pour ceux qui vivent déjà l'EVC. C'est à partir de ce constat qu'un projet a été lancé par la Table Carrefour Violence Conjugale Québec Métro, afin d'évaluer la pertinence et la faisabilité d'une stratégie de prévention primaire de l'EVC s'adressant aux enfants. Après une présentation du contexte dans lequel s'est développé le projet et de la démarche méthodologique, nous exposerons les trois principales catégories d'enjeux relevés : 1) les enjeux qui affectent directement l'enfant, 2) les enjeux qui affectent sa famille et 3) les enjeux reliés aux considérations pratiques d'implantation et d'application de la stratégie de prévention. Les éléments importants de l'analyse seront ensuite repris en conclusion en vue de déterminer des pistes d'intervention et de recherche futures.

## Contexte de la recension

En 1995, le gouvernement du Québec s'est doté d'une Politique en matière de violence conjugale, qui stipule que :

« La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle »  
(Gouvernement du Québec, 1995 : 23).

Cette politique tient également compte du fait que cette forme de violence s'exerce le plus souvent envers les femmes (Gouvernement du Québec, 1995). Les modifications récemment apportées à la *Loi sur la protection de la jeunesse* montrent aussi la reconnaissance sociale du fait que l'EVC peut, dans certaines situations,

compromettre le développement et la sécurité de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2011). On sait maintenant que les enfants exposés à la violence conjugale sont bien plus que des témoins extérieurs des agressions et que cette exposition représente un problème sérieux ayant des conséquences graves sur leur développement sur les plans émotif, relationnel, comportemental, cognitif et scolaire (Lessard, Damant, Brabant, Pépin-Gagné et Chamberland, 2009). La prévention de ces conséquences se fait selon une logique à trois niveaux. La prévention primaire représente une sensibilisation de la population générale à la problématique. La prévention secondaire vise à réduire les effets de l'EVC auprès d'une population à risque. La prévention tertiaire vise à intervenir à la suite de l'apparition de problèmes importants découlant de l'EVC.

Constatant le nombre restreint de stratégies de prévention primaire, la Table Carrefour Violence Conjugale Québec Métro a eu l'idée de développer ou d'adapter un outil de sensibilisation à l'EVC s'adressant directement aux enfants. Pour la réalisation de ce projet, un sous-comité relevant de la Table – désigné dans cet article par le Comité Enfants Exposés – a été mis sur pied en 2010 afin de réunir des acteurs des milieux s'intéressant à la problématique. Les organismes ayant participé aux travaux de ce comité sont : la Table Carrefour Violence Conjugale Québec Métro, le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, Violence Info et ESPACE région de Québec.

Le présent article vise donc à présenter les résultats d'une recension des stratégies préventives traitant de l'EVC et à discuter des enjeux à considérer lors du développement d'une stratégie de prévention primaire. Bien que le Comité Enfants Exposés s'intéresse plus particulièrement à ce niveau de prévention, la recension inclut également des projets de prévention secondaire, étant donné le très petit nombre de stratégies de prévention primaire recensées, mais aussi pour enrichir la discussion des enjeux à prendre en considération.

## Méthodes de collecte des données

La collecte des données s'est faite à partir d'une recension systématique des écrits dans les bases de données PsycInfo, ERIC, Pilots Database, Francis, Social Services Abstract, Familia, Erudit et Social Sciences Full Text. Les mots-clés retenus découlent de l'objectif de cette recension d'écrits qui était d'en apprendre davantage sur les stratégies préventives existantes reliées à l'EVC et sur la prise en compte des enjeux lors de leur élaboration et de leur utilisation<sup>1</sup>.

De plus, comme les membres du Comité Enfants Exposés étaient conscients qu'il est possible que des stratégies de prévention existent sans qu'elles aient fait l'objet d'une publication scientifique, des informateurs-clés dans les milieux de pratique directement concernés par la problématique ont été identifiés et contactés afin de s'assurer d'une couverture plus exhaustive des outils ou des programmes existants. Les informateurs-clés ciblés étaient les responsables des dossiers de violence conjugale et d'agressions sexuelles de chacune des Agences de la santé et des services sociaux du Québec, les intervenantes jeunesse des 49 maisons d'hébergement du Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, la directrice de la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec et l'Alliance gaspésienne des maisons d'aide et d'hébergement. Toutes ces personnes ont été sollicitées par un courriel les invitant à participer à la collecte de renseignements portant sur la nature des stratégies de prévention utilisées dans leur milieu de pratique ou leur région. Une relance téléphonique a ensuite été effectuée et, au total, huit responsables d'agences de la santé et des services sociaux ainsi que 29 intervenantes jeunesse de maisons d'hébergement ont été appelés par l'auxiliaire de recherche. Ces personnes ont fait part, lors d'entrevues téléphoniques informelles avec l'auxiliaire de recherche, des moyens par lesquels se réalise la prévention de l'EVC dans leur organisme ou leur région, du ou des types de prévention favorisés (primaire, secondaire ou tertiaire), du milieu et de la clientèle ciblée, ainsi que des obstacles rencontrés lors de l'application de ces stratégies de prévention.

## Analyse des données

Pour la réalisation de cette recherche, 45 articles scientifiques (principalement des évaluations de programmes de prévention) ont été retenus à partir de la recherche sur les banques de données et sept outils de prévention de l'EVC ont été relevés par le biais des informateurs-clés. Que ce soit par le biais d'articles ou par celui des informateurs-clés, chaque stratégie de prévention recensée a fait l'objet d'une fiche résumée remplie par l'assistante de recherche, reprenant certains éléments importants à considérer selon le Comité Enfants Exposés (description de l'outil, ses objectifs, l'âge et la clientèle visée, le type de problématique considéré, le niveau de prévention, les enjeux pris en compte et les résultats de l'évaluation s'il y a lieu). Pour une liste plus complète de toutes ces références, voir le rapport final de la recherche (Dumont et al., 2012). Puisque l'article vise à examiner la prise en compte des enjeux de la sensibilisation à l'EVC dans les documents analysés, il nous apparaît important de définir comment nous avons évalué cette prise en compte. Une stratégie de prévention était considérée comme tenant compte d'un enjeu lorsque les objectifs poursuivis étaient reliés à cet enjeu. Par exemple, une stratégie qui amène l'enfant à développer un scénario de protection considère l'importance de l'enjeu de sécurité de l'enfant.

## Résultats de la recherche documentaire

La première constatation du Comité Enfants Exposés est que, dans le domaine de l'EVC, la prévention primaire est plutôt rare et certains auteurs estiment même qu'aucune stratégie de prévention primaire n'a prouvé jusqu'à maintenant son efficacité pour cette problématique (MacMillan et al., 2008). D'ailleurs, l'analyse du Comité Enfants Exposés démontre que, parmi les stratégies préventives ciblant les effets de l'EVC, seulement neuf visaient à faire de la sensibilisation auprès de la population en général et que, pour sept d'entre elles, cette sensibilisation se faisait auprès des adultes. C'est donc en raison de leur rareté que certaines recherches recensées datent de plusieurs années, surtout si on limite la recherche aux stratégies préventives qui ont été évaluées. Ces recherches demeurent tout de même pertinentes pour documenter les obstacles rencontrés au sujet de la prévention de l'EVC.

La prévention primaire de l'EVC se réalise généralement de façon indirecte, par l'entremise de programmes de prévention de la violence en général ou d'un autre problème social (Côté, Vézina, Cantin-Drouin et Chamberland, 2009). On rejoint les tout-petits par des programmes universels d'aide aux nouveaux parents (Antil, Cantin et Cameron, 1999) et on propose aux 6 à 11 ans des activités leur permettant de développer des habiletés les aidant à faire face à la violence en général, alors que les 12-17 ans bénéficient de programmes se penchant sur la prévention de la violence dans leurs relations amoureuses (Turcotte, Beaudoin et Pâquet-Deehy, 1999).

Concernant ce constat, le Comité Enfants Exposés a pris la décision de s'intéresser aussi à la prévention secondaire dans ce qu'elle peut nous apprendre sur le fonctionnement et les enjeux de la sensibilisation à l'EVC. Par exemple, on sait que la prévention secondaire de l'EVC outille les enfants en favorisant le développement de certains facteurs de protection tels que l'estime de soi, la capacité d'entrer en relation avec les autres et les pratiques parentales positives de la mère, ces facteurs venant atténuer les conséquences de l'EVC sur le développement de l'enfant (Howell, 2011). On peut donc supposer que ces facteurs de protection sont à favoriser dans le développement d'une stratégie de sensibilisation.

### 1. Les enjeux affectant directement l'enfant

La recherche documentaire a permis de mettre en relief des enjeux reliés aux enfants bénéficiant d'une stratégie de prévention primaire. La sensibilisation des enfants à l'EVC devrait donc prendre en compte leur sécurité, leur permettre de bénéficier d'un filet de sécurité, prévenir le stress engendré par la stratégie préventive choisie, être adaptée à l'âge des enfants à qui l'on s'adresse, porter attention aux risques de mettre l'accent uniquement sur l'enfant et garder en tête que l'EVC risque d'être accompagnée d'autres formes de violence.

Les intervenants amenés à travailler auprès des familles où il y a présence de violence conjugale sont préoccupés par la sécurité des victimes (Lapierre, Lessard et Turcotte, 2004; Lessard et al., 2010) et, en ce sens, une activité de sensibilisation à l'EVC auprès des enfants

doit assurer cette sécurité. Pourtant, lorsqu'on s'adresse à une population plus large, cet objectif devient complexe. En effet, on ne connaît pas toujours bien le contexte familial des enfants à qui l'on s'adresse et les solutions qu'on leur propose pour se protéger de la violence peuvent avoir l'effet inverse. Un enfant utilisant le vocabulaire appris lors d'une activité de sensibilisation pour critiquer les comportements de ses parents risquerait-il ainsi d'augmenter la violence ou de la rediriger vers lui? Dans cette optique, la prévention pourrait aussi ébranler les scénarios de protection mis en place par la mère et l'enfant (Bourassa et al., 2008), les mettant ainsi potentiellement en danger.

Pour répondre à l'enjeu de sécurité, il est aussi nécessaire que l'enfant ait quelqu'un à qui se référer pour ventiler les émotions vécues, poser ses questions ou se confier à la suite de la participation à une activité de sensibilisation. Par exemple, si l'activité prend place dans une école, il faut s'assurer que les différentes personnes-ressources sont en mesure d'accueillir par la suite les questionnements et les possibles divulgations des élèves concernés. Cette considération est d'autant plus importante lorsqu'on sait que les intervenants se sentent souvent peu outillés pour parler de violence conjugale avec les enfants (Arseneau, Lampron, Levaque et Paradis, 2005). Pour ce qui est des neuf stratégies de prévention primaire recensées par le Comité Enfants Exposés, deux seulement tenaient compte de l'importance de cet enjeu, soit le vidéo « Guillaume, Vanessa et les autres » et la trousse de sensibilisation « Quand ça gronde dans ma famille », en amenant l'enfant à cibler les personnes à qui il peut s'adresser en cas de besoin et en donnant des pistes d'intervention aux adultes concernés (Dumont et al., 2012).

L'un des effets non souhaités des interventions préventives est le stress vécu par certains enfants à la suite des interventions. Le contexte dans lequel évoluent les enfants exposés à la violence conjugale, entourés de secrets lourds à porter et de conflits de loyauté (Lessard et al., 2009), rend les enfants craintifs face à leur participation à une activité de sensibilisation (Lampron, Laflamme et Ménard, 2009). L'enfant peut avoir peur d'être étiqueté ou sentir qu'il a la responsabilité de dénoncer ce

à quoi il a été exposé. D'ailleurs, parler de la violence vécue peut aussi être générateur de stress, car l'enfant doit passer outre les barrières qu'il s'est construites et se souvenir des événements (Peled et Davis, 1995). D'autre part, deux des stratégies de sensibilisation relevées par le Comité Enfants Exposés étaient en fait des publicités visant à sensibiliser les adultes aux effets de l'EVC et ne tenaient pas compte du fait qu'un enfant exposé à la violence peut y avoir accès et vivre de vives émotions lors de leur visionnement (Dumont et al., 2012), d'autant plus s'il ne sait pas vers qui se tourner pour échanger sur ce qu'il a vu. En effet, l'utilisation de matériel audiovisuel présentant de la violence familiale ou d'autres types d'abus peut raviver des souvenirs désagréables, tant pour les adultes que pour les enfants (Rabenstein et Lehmann, 2000). De plus, les enfants de moins de 12 ans n'ont pas acquis la pensée abstraite et ne font pas la distinction encore entre le « réel » et le « possible » (Clément et Demont, 2008). On peut donc se demander si le visionnement de scènes de violence pourrait représenter pour eux une perturbation plus qu'une aide.

Il faut également tenir compte d'un autre enjeu important, soit l'âge des enfants à qui l'on s'adresse. En effet, la façon de parler aux enfants de la violence conjugale sera différente d'un groupe d'âge à l'autre. L'utilisation de jeux et d'activités de simulation peut être d'une grande aide pour s'adresser aux enfants de moins de six ans (Arseneau et al., 2005), mais il est également important de tenir compte des impacts sur leur sécurité physique et émotionnelle. On demeurera donc dans un cadre ludique lors des activités de sensibilisation en les amenant, par exemple, à mimer différentes émotions, afin de leur permettre de mieux les reconnaître et de mieux les apprivoiser (Côté, Delisle et Le May, 2004). Pour les six ans et plus, en plus des jeux, les activités structurées auxquelles ils sont habitués en classe peuvent être une bonne façon d'aborder la problématique. Par exemple, leur présenter un livre où le personnage vit une situation similaire à la leur et en discuter avec eux, tout comme le ferait un professeur dans le contexte d'un exercice de lecture, permet entre autres aux enfants de savoir qu'ils ne sont pas seuls à vivre la problé-

matique (Ruderman, 2008). Pour ce qui est des adolescents, ils sont plus facilement touchés par des discussions (Turcotte et al., 1999). Par contre, toutes ces stratégies de prévention doivent être développées par des professionnels connaissant bien la problématique, afin que les enfants puissent à la fois se sentir en sécurité, bénéficier d'un filet de sécurité et ne pas vivre un stress supplémentaire.

Par ailleurs, le fait de cibler l'enfant dans les interventions pour contrer les effets de l'EVC permet, entre autres, de lui enseigner à se protéger lui-même des possibles blessures physiques et émotionnelles. Par exemple, en prévention secondaire, on élabore souvent avec l'enfant des scénarios de protection permettant à l'enfant de trouver un endroit où il sera en sécurité lors d'épisodes de violence à la maison et des personnes à qui il peut se confier (Côté et al., 2004; Ruderman, 2008). Pourtant, en étant ainsi le sujet principal de l'intervention, l'enfant peut avoir l'impression qu'il est la cause du problème ou qu'il est celui qui a la responsabilité de faire cesser la violence. Pour contrer ce risque, il serait pertinent de s'inspirer de certaines stratégies de prévention secondaire qui ont comme objectif d'apprendre aux enfants à ne plus se sentir responsables de la violence conjugale (Côté et al., 2009).

Enfin, il faut aussi savoir qu'il y a des risques importants que les enfants exposés à la violence conjugale soient confrontés à d'autres formes de violence, comme les mauvais traitements directs. En effet, une étude américaine sur la polyvictimisation met en évidence que 56,8 % des enfants exposés à la violence conjugale ont aussi vécu, au cours de leur vie, des mauvais traitements (Hamby, Finkelhor, Turner et Ormrod, 2010). Il est donc primordial, lorsqu'on s'adresse à des enfants, de rester ouvert à toutes les difficultés qu'ils pourraient rencontrer, en plus de l'EVC. Une stratégie de prévention primaire sensible à cette réalité permettrait de cibler plus rapidement les enfants les plus vulnérables.

## **2. Les enjeux affectant la famille de l'enfant**

L'une des conditions gagnantes des stratégies de prévention est l'implication des parents. On sait par exemple qu'un enfant a plus de chance d'utiliser les acquis faits lors d'une activité

de sensibilisation s'il est incité à discuter des concepts importants avec un parent (Antil et al., 1999). De plus, dans le cadre d'une activité de sensibilisation à l'EVC, il est préférable que les deux parents, dans la mesure où ils ont des droits parentaux en regard de l'enfant, soient au courant du fait que leur enfant participe à une telle activité et donnent leur accord (Côté et al., 2004; Lampron et al., 2009). On évite ainsi de contribuer encore davantage au conflit de loyauté (Peled et Davis, 1995). L'implication des parents contribue également à l'atteinte des objectifs puisqu'ils sont les premières personnes qui peuvent améliorer la qualité de vie de l'enfant et prévenir l'utilisation de la violence (Cavanagh, Hewitt et Anderson, 1999). Si la sensibilisation des enfants à l'EVC peut avoir des bénéfices sur les parents qui, en discutant avec les enfants, se verraient eux-mêmes sensibilisés à la violence conjugale, elle peut par ailleurs créer un stress dans la famille qui serait confrontée, pour la première fois ouvertement, à la violence existante et à ses conséquences (Peled et Davis, 1995).

Toutefois, comme la violence conjugale s'exerce plus souvent envers les femmes (ministère de la Sécurité publique, 2011), l'implication de la mère dans l'intervention préventive est souvent plus facile que celle du père, entre autres en raison de l'enjeu de sécurité déjà mentionné (Lapierre et al., 2004). Dans le cadre d'une stratégie de prévention primaire, on ne sait pourtant pas comment la mère peut réagir, surtout si elle n'a pas été informée suffisamment sur ce qui est abordé par le programme. Dans le souci qu'elle puisse renforcer les apprentissages de l'enfant, qu'elle comprenne mieux ses réactions, et donc qu'elle puisse constituer un possible filet de soutien pour son enfant, il est important qu'elle connaisse le contenu de l'activité de sensibilisation proposée (Peled et Davis, 1995).

En ce qui a trait au père, s'il s'agit du conjoint qui exerce de la violence conjugale, son implication peut s'avérer alors plus complexe dans les stratégies de sensibilisation. En effet, le risque qu'il refuse que son enfant participe à l'activité, qu'il envoie un double message à l'enfant en regard de sa participation ou que l'activité soit utilisée comme un déclencheur de la violence envers la mère ou l'enfant existe-t-il?

Certains considèrent que si l'on veut véritablement associer le conjoint qui exerce de la violence conjugale à une quelconque intervention préventive, celui-ci doit d'abord entreprendre une démarche de reconnaissance et d'arrêt de sa violence (Fortin, avec la collaboration de Vaillant, Dupuis, et Préfontaine, 2005). Cette condition est toutefois difficile à remplir lorsqu'on parle de prévention primaire. Afin de répondre à cet enjeu, on peut orienter la prévention sur des activités favorisant les facteurs de protection de façon plus générale plutôt que de cibler la violence conjugale de front. En diminuant ainsi les résistances du parent qui exerce la violence, on permet à tous les enfants de bénéficier de l'intervention de façon plus sécuritaire.

### **3. Les enjeux reliés aux considérations pratiques de l'implantation et de l'application de la stratégie préventive**

L'école semble l'endroit idéal pour toucher un grand nombre d'enfants, à moindre coût et éviter de stigmatiser certaines populations (Normandeau, Damant et Rinfret-Raynor, 2004). La confidentialité n'y est pourtant pas garantie (Groves et Gewirtz, 2006) et le personnel scolaire peut être inquiet de voir arriver une nouvelle stratégie de prévention, considérant parfois que le besoin n'est pas assez présent. Le fait qu'un programme ait déjà été évalué et qu'il ait démontré que les enfants n'en ressortent pas avec plus de peur et de difficultés qu'avant permet alors de diminuer ces inquiétudes (Normandeau et al., 2004).

Les évaluations de stratégies préventives ne sont pourtant pas systématiques (Campeau et Berteau, 2007; Turcotte et al., 1999). De plus, une évaluation solide des impacts reste illusoire. En effet, le but ultime d'une stratégie de prévention est que l'enfant utilise les acquis dans une éventuelle situation de violence. Personne n'a pourtant l'assurance qu'en situation réelle, ce sera le cas et l'évaluation des impacts en est donc difficilement réalisable (Hébert, Lavoie, Piché et Poitras, 1999). De plus, les acquis sont parfois plus difficiles à maintenir pour les enfants vivant encore de la violence à la maison (Cavanagh et al., 1999), ce qui peut avoir un impact sur l'évaluation de la stratégie de prévention utilisée.

### **Conclusions et pistes de réflexion**

Avant même de tirer des conclusions de la recherche documentaire, il faut s'attarder au fait que, si la reconnaissance des impacts de l'EVC est de plus en plus grande, la sensibilisation sur cette problématique est présentement au niveau où se trouvait la sensibilisation sur les abus sexuels des enfants il y a 10 ans (Bock, 2007). Ce constat peut, entre autres, s'expliquer par la reconnaissance plus récente du problème (Arseneau et al., 2005). Pourtant, malgré le fait que les enjeux soulevés plus haut rendent la sensibilisation des enfants à l'EVC complexe à réaliser, il n'en demeure pas moins qu'il est important de s'y attarder. L'EVC est un problème social important, entraînant des coûts majeurs pour la société (Riendeau et Monastesse, 2007), en plus d'avoir des conséquences directes sur le quotidien des enfants exposés qui ne peuvent, sans une stratégie de prévention adéquate, briser l'isolement et le silence dans lequel ils se trouvent (Lessard et al., 2009).

L'analyse des stratégies de prévention existantes permet donc d'établir quelques pistes de réflexion entourant les conditions auxquelles devrait idéalement répondre une stratégie de prévention primaire abordant l'EVC. Tout d'abord, il nous apparaît essentiel de travailler surtout au renforcement des facteurs et des stratégies de protection. On sait par exemple que les enfants exposés qui possèdent de bonnes compétences sociales peuvent être moins isolés socialement et sont moins à risque de développer des troubles intériorisés et extériorisés (Gewirtz et Edleson, 2007). Les compétences parentales du parent non-agresseur constitue aussi un facteur de protection important dans la mesure où elles permettent à l'enfant de demeurer dans son rôle d'enfant (Gewirtz et Edleson, 2007). De plus, il est primordial que la stratégie de prévention choisie ne place pas l'enfant, ou même le parent victime, dans une position pouvant augmenter la violence subie. Une bonne façon d'assurer la sécurité de l'enfant consiste à travailler avec des adultes accompagnateurs avant, pendant et après l'intervention afin de permettre la reconnaissance de cas, l'accompagnement de l'enfant dans la démarche préventive et le suivi post-intervention.

(Arseneau et al., 2005; Ruderman, 2008). Il est également important que ces personnes connaissent bien la problématique de l'EVC et qu'elles soient en mesure de dépister aussi les autres formes de violence subies par l'enfant. Ces personnes doivent également collaborer étroitement avec les parents et les impliquer afin qu'ils puissent être en mesure d'accompagner leur enfant. Le fait d'impliquer les parents permet aussi de les rassurer sur le contenu et les objectifs de l'activité de prévention.

Par ailleurs, nous avons déjà soulevé le défi lié au fait que certains parents peuvent être moins ouverts à ce que leur enfant entende parler de la violence conjugale. C'est pourquoi nous pensons que le fait de travailler sur les facteurs de protection constitue un bon choix puisque les parents, même ceux qui sont aux prises avec de la violence conjugale et qui reconnaissent plus ou moins la problématique, souhaitent généralement que leur enfant se développe harmonieusement et que la relation avec celui-ci soit agréable (Bourassa et al., 2008). D'ailleurs, une bonne stratégie de prévention devrait prévoir l'impact possible sur les autres membres de la famille. Par exemple, quels questionnements risquent ensuite de faire surface dans les échanges entre l'enfant et ses parents ou avec ses frères et sœurs? Est-ce que le fait de discuter de ces aspects risque d'aider l'enfant à se protéger? Comment ces échanges peuvent-ils être dirigés afin d'assurer la sécurité de l'enfant? Comment les parents sont-ils préparés à ces échanges?

Bref, une meilleure connaissance des enjeux de la prévention de l'EVC peut aider les intervenants de différents milieux de pratique à affiner leur jugement critique et à être mieux sensibilisés à la problématique, tout en leur donnant une base pour le développement d'interventions préventives.

Au terme de cette analyse, le Comité Enfants Exposés constate, en réponse à la question de départ, qu'il serait effectivement pertinent de développer une stratégie de prévention primaire en regard de l'EVC. Mais l'élaboration et l'implantation d'une telle stratégie devraient tenir compte des enjeux soulevés dans cet article. Il est également essentiel de prévoir, comme pour tout nouveau projet comportant des enjeux pour la clientèle ciblée, une évaluation

approfondie documentant tant l'implantation de la stratégie que ses effets sur les acteurs concernés.

#### **Descripteurs :**

Table Carrefour Violence Conjugale Québec Métro.  
Comité Enfants Exposés // Violence entre conjoints  
- Québec (Province) // Violence entre conjoints -  
Prévention // Enfants de femmes victimes de  
violence - Psychologie

Marital violence - Quebec (Province) //  
Marital violence - Prevention // Children of  
abused wives – Psychology

## Note 1 : Descripteurs utilisés selon chacune des dimensions de la question examinée

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clientèle ciblée</b>         | children, youth<br>enfants, adolescents.                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Problématique</b>            | abuse, aggression, child abuse, violence, victimization, family violence, domestic violence, intimate partner violence, exposure to domestic violence violence envers les enfants, violence conjugale, exposition à la violence conjugale. |
| <b>Stratégies de prévention</b> | school violence-prevention, prevention program, primary prevention, prevention tools violence dans les écoles-prévention, prévention primaire, programme, outils de prévention, sensibilisation.                                           |
| <b>Enjeux</b>                   | ethical issues, moral, ethics, security enjeux éthiques, morale.                                                                                                                                                                           |

### Références

- Antil, T., Cantin, S., et Cameron, S. (1999). *Promotion et prévention en matière de violence conjugale. Une démarche d'évaluation*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Arseneau, L., Lampron, C., Levaque, R., et Paradis, F. (2005). *La violence conjugale : activité de sensibilisation – Les enfants (0-12 ans) exposés à la violence conjugale : projet d'intervention concertée et intersectorielle dans la région de Québec*. Québec : Direction régionale de santé publique.
- Bock, B. (2007). *Combining child abuse prevention strategies: Safe from the Start training and the Great Beginnings program. A grant proposal*. State University, Long Beach, California.
- Bourassa, C., Robinson, J., Lessard, G., Turcotte, P., Lavergne, C., Damant, D., et Flynn, C. (2008). La maternité et la paternité en contexte de violence conjugale, dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau et E. Pouliot (Eds.). *Visages multiples de la parentalité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Campeau, P., et Berteau, G. (2007). *Points de vue de gestionnaires sur l'insertion, la réalisation et le maintien d'un programme d'intervention de groupe auprès d'enfants exposés à la violence conjugale*. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Cavanagh, J., Hewitt, L., & Anderson, D. (1999). *Supporting children and young people affected by family violence: Southern Life STAR (Safe Talk About Rights) Program*. Melbourne: Victoria Department of Human Services.
- Clément, C., et Demont, É. (2008). *Psychologie du développement en 20 fiches*. Paris : Dunod.
- Côté, I., Delisle, R., et Le May, F. (2004). *Guide d'intervention de groupe auprès des enfants exposés à la violence conjugale et de leurs mères, "Ensemble on découvre"*. Québec : CLSC Sainte-Foy – Sillery Laurentien.
- Côté, I., Vézina, J.-F., Cantin-Drouin, M., et Chamberland, A. (2009). Prévention et traitement en matière d'exposition à la violence conjugale, dans M.-E. Clément et S. Dufour (Eds.). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Anjou : Les Éditions CEC.
- Dumont, A., Delisle, R., Mathieu, K., Lessard, G., St-Hilaire, P., Paradis, F., et Ménard, J. (2012). *L'exposition à la violence conjugale : les défis d'en parler de façon sécuritaire aux enfants*. Québec : Table Carrefour Violence conjugale Québec Métro.
- Fortin, A., avec la collaboration de Vaillant, L., Dupuis, F., et Préfontaine, È. (2005). *Venir en aide aux enfants exposés à la violence conjugale : une action multiscible*. Montréal : L'Escale pour elle.
- Gewirtz, A. H., & Edleson, J. L. (2007). Young Children's Exposure to Intimate Partner Violence: Towards a Developmental Risk and Resilience Framework for Research and Intervention, *Journal of Family Violence*, 22, 151-163.
- Gouvernement du Québec (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (2011). [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2etfile=/P\\_34\\_1/P34\\_1.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2etfile=/P_34_1/P34_1.html).

- Groves, B. M., et Gewirtz, A. H. (2006). Interventions and Promising Approaches for Children Exposed to Domestic Violence. In M. M. Feerick et G. B. Silverman (Eds.), *Children exposed to violence*: 107-135. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. [Feature], *Child Abuse et Neglect*, 34 (10), 734-741.
- Hébert, M., Lavoie, F., Piché, C., et Poitras, M. (1999). *Programme ESPACE : Évaluation des acquis des élèves*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence, *Aggression and Violent Behavior*, 16, 562-569.
- Lampron, C., Laflamme, J., et Ménard, J. (2009). *Développement, expérimentation et évaluation d'une intervention individuelle auprès des enfants exposés à la violence conjugale*. Québec : Services en évaluation Christiane Lampron et Violence Info.
- Lapierre, S., Lessard, G., et Turcotte, D. (2004). La séparation dans un contexte de violence conjugale : quels sont les défis pour l'intervention auprès des enfants? Dans M.-C. Saint-Jacques, D. Turcotte, S. Drapeau et R. Cloutier (Eds.), *Séparation, monoparentalité et recomposition familiale. Bilan d'une réalité complexe et pistes d'action*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Lessard, G., Damant, D., Brabant, L. H., Pépin-Gagné, J., et Chamberland, A. (2009). L'exposition à la violence conjugale, dans M.-E. Clément, S. Dufour, K. Baril et al. (Eds.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* : 79-92. Anjou : Les Éditions CEC.
- Lessard, G., Flynn, C., Turcotte, P., Damant, D., Vézina, J.-F., Godin, M.-F., Paradis, F., Delisle, R., Alcedo, Y., Juneau, L., Rock, L., & Rondeau-Cantin, S. (2010). Child Custody Issues and Co-occurrence of Intimate Partner Violence and Child Maltreatment: Controversies and Points of Agreement Amongst Practitioners, *Child and Family Social Work*, 15 (4), 492-500.
- MacMillan, H. L., Wathen, N. C., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. N. (2008). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment, *The Lancet*, 373 (9659), 250-266.
- Ministère de la Sécurité publique (2011). Statistiques 2009 sur la criminalité commise dans un contexte de violence conjugale au Québec : <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-statistiques-police/statistiques-violence-conjugale0/violence-conjugale-2009/5059.html>.
- Normandeau, S., Damant, D., et Rinfret-Raynor, M. (2004). *La diffusion des programmes de prévention de la violence à l'école*. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Peled, E., & Davis, D. (1995). *Groupwork With Children of Battered Women*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Rabenstein, S., & Lehmann, P. (2000). Mothers and Children Together: A Family Group Treatment Approach. In R. Geffner, P. G. Jaffe & M. Sudermann (Eds.), *Children Exposed to Domestic Violence. Current Issues in Research, Intervention, Prevention, and Policy Development*. New York: Haworth Maltreatment et Trauma Press.
- Riendeau, L., et Monastesse, M. (2007). *Permettre aux femmes victimes de violence conjugale ou en difficulté de vivre en toute sécurité*. Montréal : Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, Fédération de ressource d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec.
- Ruderman, R. (2008). *The unidentified victim: an illustrated book for African-American children who have witnessed domestic violence*. Alliant International San Francisco University, California.
- Turcotte, D., Beaudoin, G., et Pâquet-Deehy, A. (1999). *Les pratiques d'intervention auprès des enfants et des adolescents exposés à la violence conjugale*. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

# Facteurs de risque et insertion professionnelle de jeunes ayant été pris en charge par le système de protection de la jeunesse

par

*Steven Thibault, M.Sc.*

Université de Sherbrooke

Courriel : Steven.Thibault@USherbrooke.ca

*Eric Yergeau, Ph. D.*

Université de Sherbrooke

*Robert Pauzé, Ph. D., T.C.F.*

Université Laval

Une recherche auprès de personnes ayant reçu des services des centres jeunesse montre les liens entre les difficultés vécues à l'adolescence, particulièrement les difficultés scolaires, et l'insertion professionnelle au début de l'âge adulte.

Research with people who have received help from the youth centers shows the links between difficulties during teenage years (especially academic problems) and professional insertion at the beginning of adulthood.

L'une des transitions les plus marquantes du développement humain est certainement celle du passage de l'adolescence à la vie adulte. Pour Bidart (2002 : 154), ce passage est en fait un processus de « mutations biographiques souvent conjuguées (quitter le milieu scolaire, la famille, la ville parfois) qui ne connaissent pas d'équivalent » par la suite dans la vie d'une personne. L'adolescence représente une période charnière de la vie des individus et les problèmes vécus à cette étape ont des effets indéniables sur leur avenir (Lorrain, 2003). Selon Galland (2000), il existe quelques marqueurs communs qui permettent de baliser le passage à la vie adulte, soit un emploi stable gage d'une certaine autonomie financière, une

autonomie résidentielle et la vie de couple qui peut mener à la création d'une nouvelle famille.

Pendant cette période du développement, on observe que certains jeunes sont plus vulnérables, et ce, dans différents aspects de leur vie (Fournier et Bourassa, 2000). Fait important à souligner, les jeunes les plus à risque de se trouver en situation de précarité lors de leur passage à la vie adulte et de leur insertion sur le marché du travail sont ceux et celles ayant fait l'objet d'une prise en charge par un centre jeunesse pendant leur adolescence. Selon l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ, 2002), ces jeunes font partie des 5 % les plus vulnérables de la population québécoise. Les jeunes adultes qui ont eu recours aux services des centres jeunesse pendant leur adolescence forment un sous-groupe aux prises avec plusieurs problématiques d'adaptation sociale qui semblent souvent se poursuivre à l'âge adulte (Yergeau, Pauzé et Toupin, 2007). La persistance de ces troubles se transpose à l'âge adulte en une multitude de difficultés dans les différentes sphères de leur vie, notamment concernant leur insertion professionnelle (Goyette et al., 2006). Dans bien des cas, ces jeunes ont de la difficulté à faire face à leurs nouvelles responsabilités, d'autant plus que leur passage à la vie adulte se fait souvent de façon accélérée comparativement aux autres jeunes du même âge (Yergeau, Pauzé et Toupin, 2007). Ils sont rapidement confrontés aux défis de la vie autonome, ce qui a pour effet d'occulter la période exploratoire que vivent la plupart des jeunes de cet âge (Stein, 2006). Pour la majorité des jeunes, en général, cette exploration est synonyme d'expériences variées et bien souvent de formation postsecondaire. Pour les jeunes qui sont pris en charge par les services de protection de la jeunesse, la réalité est souvent bien différente (Ajayi et Quigley, 2006). Cet article propose donc d'étudier dans une perspective longitudinale les liens entre les difficultés vécues à l'adolescence et la situation professionnelle de ces jeunes adultes lors de leurs premières années du passage à la vie

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
**Numéro 136 (2012.1) : 68-79.**

autonome. À la suite de la mise en contexte, nous proposons de comprendre la problématique à l'aide du cadre théorique de Bronfenbrenner (1979). Suivra l'explicitation des objectifs spécifiques de l'étude ainsi que des aspects méthodologiques. Nous terminerons avec la présentation et la discussion des résultats.

On observe que les problèmes d'adaptation de ces jeunes adultes se manifestent souvent en premier lieu à l'école (Schibler, 2006). En 2009, plus de 60 % des adolescents pris en charge par les centres jeunesse de la province éprouvaient un retard scolaire (ACJQ, 2009). Compte tenu des lacunes importantes de leur formation, il n'est pas étonnant de constater que les emplois qu'occupent les jeunes adultes ayant reçu des services des centres jeunesse sont peu ou non spécialisés et offrent des conditions précaires (Yergeau, Pauzé et Toupin, 2007). Ces emplois ne permettent pas aux jeunes adultes de reprendre le contrôle de leur vie et de se sortir du cercle vicieux de la précarité (Trottier, 2000). Pour les jeunes adultes de ce groupe qui n'arrivent pas à s'intégrer professionnellement, l'atteinte de la majorité est synonyme d'admissibilité à l'aide sociale comme ultime option qui s'offre à eux (Goyette, 2003). Le recours aux prestations d'aide sociale peut avoir pour effet de « freiner une trajectoire de vulnérabilisation qui aurait conduit le jeune à la rue ou dans des milieux criminels pour subvenir à ses besoins » (Goyette, Chénier, Royer et Noël., 2007 : 17). Cependant, il s'agit bien plus souvent d'une porte d'entrée dans la spirale de la précarité plutôt que d'une aide temporaire pour répondre à leurs besoins de base.

Selon les constats des études consultées, les problèmes d'insertion vécus par les jeunes adultes ayant reçu des services psychosociaux à l'adolescence sont associés à plusieurs facteurs de risque qui influencent leur façon d'affronter les difficultés rencontrées pendant leur transition vers l'âge adulte. À ce titre, les recherches démontrent qu'au moment de leur passage à la vie adulte, les jeunes adultes qui souffrent de troubles de santé mentale éprouvent plus de problèmes d'insertion que les autres jeunes (Courtney et Dworsky, 2006; Yergeau, Pauzé et Toupin, 2007). Les démêlés avec la justice apparaissent également comme un facteur de

risque (Courtney et Dworsky, 2006; Mendes et Moslehuddin, 2006), de même que les abus de substances et les problèmes de toxicomanie (Courtney et Dworsky, 2006; Yergeau, Pauzé et Toupin, 2007), la parentalité précoce (Cook, 1994), le manque de soutien social (Cook, 1994; Mendes et Moslehuddin, 2006) et le nombre de placements ou ce que l'on pourrait appeler l'instabilité du milieu de vie (Stein, 2006). On observe aussi que ceux qui sont appelés à sortir du lieu de placement plus tôt sont plus propices à éprouver des difficultés (Stein, 2006; Dixon, 2007).

En résumé, bien que peu nombreuses, les recherches dans le domaine ont surtout porté sur l'étude descriptive de cette population, de sorte que l'on connaît assez bien le portrait socioprofessionnel de ces jeunes adultes et des variables qui y sont associées transversalement. Cependant, aucune recherche n'a étudié rétrospectivement les liens entre la situation professionnelle au début de l'âge adulte et les conditions difficiles vécues à l'adolescence. Pourtant, les constats de plusieurs chercheurs sur la situation scolaire et professionnelle de ces jeunes sont probants.

### Cadre théorique

C'est dans une perspective écologique, telle que le conçoit Bronfenbrenner, que nous avons choisi d'aborder la problématique de cette étude. Cette approche correspond bien à la nature multifactorielle des problèmes d'insertion professionnelle de la population étudiée. Selon cet auteur, la perspective écologique considère le développement humain à partir des interactions entre l'individu et son environnement (Terrisse, 2007). Comme le mentionne Bronfenbrenner (1977), l'approche écologique permet de mieux comprendre le processus d'adaptation entre l'humain en développement et son environnement à travers les interactions entre les différents systèmes et leurs composantes structurales. Dans son modèle, Bronfenbrenner (1979) évoque des couches successives de systèmes imbriquées les unes dans les autres et représentant les différents milieux d'interaction. Ces systèmes sont l'ontosystème (le ou la jeune adulte), les microsystèmes (par exemple, le milieu familial, scolaire ou professionnel), le mésosystème (l'ensemble des relations entre les microsystèmes), l'exosystème

(les structures institutionnelles de la société, par exemple le système de protection de la jeunesse ou l'aide sociale), le macrosystème (la culture) et le chronosystème qui fait référence au temps et aux transitions écologiques. Ce modèle soutient également que plus un système est près de l'individu, plus son influence est importante. À cet égard, les facteurs appartenant aux microsystèmes et au mésosystème devraient mieux retenir notre attention, car leurs effets sur la transition vers l'autonomie devraient être plus tangibles.

## Objectifs

Cette étude porte sur les liens entre les conditions défavorables présentes à l'adolescence et le niveau d'insertion professionnelle des jeunes qui ont été pris en charge par les centres jeunesse. Cet article propose de mettre en évidence parmi une série de facteurs de risque potentiellement présents à l'adolescence ceux qui sont significativement associés au statut d'insertion professionnelle au début de l'âge adulte (le travail, les études ou le fait d'être inactif). La perspective écologique de Bronfenbrenner a servi de cadre pour catégoriser les facteurs de risque en trois blocs, correspondant approximativement aux éléments onto, micro et mésosystémiques. De manière plus spécifique, cette étude vise à répondre aux objectifs suivants :

- vérifier l'association entre la présence de facteurs de risque socioéconomiques, familiaux et personnels à l'adolescence et le statut d'insertion professionnelle des jeunes adultes ayant reçu des services des centres jeunesse;
- déterminer l'importance relative de ces catégories de facteurs ainsi que des facteurs de risque spécifiques quant au statut d'insertion professionnelle des jeunes adultes.

## Méthodologie

Cette étude corrélationnelle consiste en une recherche longitudinale rétrospective à deux temps de mesure. Le premier temps de mesure a été complété lorsque les jeunes étaient adolescents et pris en charge par le système de protection, tandis que le deuxième a été complété au cours des deux premières années suivant l'atteinte de la majorité. Il s'agit d'une analyse secondaire des données de l'étude de Pauzé et al. (2004). L'étude initiale visait à dresser un

portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans récemment inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec. Elle voulait aussi rendre compte de leur parcours dans les services et de leur évolution. Il s'agit donc d'une étude longitudinale d'envergure comptant quatre temps de mesure et menée entre 1998 et 2004.

Mentionnons que le projet de Pauzé et al. (2004) a donné naissance à plusieurs articles scientifiques, mémoires et thèses. La certification éthique a été émise par le comité de déontologie de la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke et couvrait la production d'analyses secondaires.

*Échantillon.* Les participants ont été sélectionnés à partir d'un groupe de jeunes adultes ayant reçu des services en centre jeunesse dans l'une des quatre régions suivantes : Montréal, Québec, Estrie et Côte-Nord. Cet échantillon est probabiliste dans la mesure où un nombre proportionnel de jeunes par région à l'étude était sélectionné au hasard parmi tous les nouveaux inscrits chaque semaine pendant les premiers mois de l'étude. Les analyses montrent que l'échantillon initial ( $n = 408$ ) ainsi constitué était représentatif des nouveaux inscrits en ce qui concerne le sexe et les motifs de prise en charge (Pauzé et al., 2004). Au deuxième temps de mesure, 180 jeunes ont pu être rencontrés (taux de rétention de 44,1 %). La moyenne d'âge était de 16 ans (é.-t. = 1,1) au premier temps de mesure et de 19,3 ans (é.-t. 0,8 an) lors de leur participation au deuxième temps de mesure. Au départ, 71,3 % de l'échantillon était des garçons alors que cette proportion augmente de façon non significative à 78,5 % au deuxième temps de mesure. Il est important de noter que l'échantillon de départ était représentatif de tous les jeunes pris en charge par le système de protection de la jeunesse lors du premier temps de mesure (Pauzé et al., 2004).

*Instruments de mesure.* Une sélection rigoureuse d'outils de mesure a permis de créer un protocole colligeant plusieurs instruments qui ont été nécessaires pour la collecte de données à chaque temps de mesure.

Pour obtenir plus d'informations concernant les différents outils utilisés, il est possible de consulter le texte de Pauzé et al. (2004). On y trouve la description détaillée des 20 instruments. Il est à

**Tableau 1 : Description sommaire des instruments de mesure utilisés**

| <b>Facteurs de risque</b>                                   | <b>Instruments de mesure</b>                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Socioéconomiques</b>                                     |                                                                                                                                                                                                      |
| Monoparentalité                                             | Questionnaire maison                                                                                                                                                                                 |
| Faible revenu familial                                      | Questionnaire maison                                                                                                                                                                                 |
| Faible scolarité des parents                                | Questionnaire maison                                                                                                                                                                                 |
| <b>Familiaux</b>                                            |                                                                                                                                                                                                      |
| Nombreux changements dans la composition de la famille      | Questionnaire maison                                                                                                                                                                                 |
| Problèmes de santé physique des parents                     | Questionnaire maison                                                                                                                                                                                 |
| Problèmes dans la famille                                   | Questionnaire maison                                                                                                                                                                                 |
| Pratiques éducatives inadéquates                            | <i>Alabama Parenting Questionnaire</i> (Frick, 1991)                                                                                                                                                 |
| Problèmes de fonctionnement familial                        | <i>Family Assessment Device</i> (Epstein, Baldwin et Bishop, 1983)                                                                                                                                   |
| Problèmes de santé mentale des parents                      | <i>Composite International diagnostic Interview Simplified</i>                                                                                                                                       |
| Troubles reliés à la consommation de substances des parents | (Kovess et Fournier, 1990)                                                                                                                                                                           |
| Détresse psychologique des parents                          | Indice de détresse psychologique (Prévile, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré, 1992)                                                                                                                 |
| Manque de ressources interpersonnelles                      | <i>Perceived Adequacy of Ressources Scale</i> (Rowland, Richard, Doddler et Nickols, 1985)                                                                                                           |
| Problèmes de relation parent/enfant                         | <i>Child Attitude Towards Mother</i> (CAM, Giuli et Hudson, 1977)<br><i>Child Attitude Towards Father</i> (CAF, Giuli et Hudson, 1977)<br>Échelle d'attitude parentale (Pauzé, Toupin et Déry, 1993) |
| Comportements violents dans la famille                      | <i>Children Perception of Interparental Conflict Scale</i> (Grych, Seid et Finchman, 1992)<br><i>Conflict Tactics Scales</i> (Straus, 1979)                                                          |
| <b>Personnels</b>                                           |                                                                                                                                                                                                      |
| Retard scolaire d'au moins deux années                      | Questionnaire maison                                                                                                                                                                                 |
| Problèmes de comportement extériorisés                      | <i>Diagnostic Interview Schedule for Children</i> (Schaffer et al., 1993)                                                                                                                            |
| Problèmes de fonctionnement global                          | <i>Children Global Assesement Scale</i> (CGAS) (Schaffer et al., 1993)                                                                                                                               |
| Abus sexuels                                                | <i>Incest History</i> (Courtois, 1998)<br><i>Parental Reaction to Disclosure Scale</i> (Everson et al., 1989)                                                                                        |
| Consommation de drogue et d'alcool                          | <i>Indice de gravité d'une toxicomanie</i> (IGT) (Bergeron et al., 1992)                                                                                                                             |
| Problèmes de développement cognitif                         | <i>Échelle de vocabulaire en images Peabody</i> (EVIP) (Dunn, Thériault-Whalen et Dunn, 1993; Whalen et Dunn, 1993)                                                                                  |

**Note :** Toutes les références sont disponibles dans le rapport de Pauzé et al. (2004).

noter que ces instruments ont été sélectionnés selon leur pertinence et le niveau satisfaisant de leurs propriétés psychométriques. Le questionnaire maison est inspiré des questions de l'Enquête de Santé-Québec (Valla, Breton, Bergeron et coll., 1994) et a permis de recueillir les données brutes concernant les caractéristiques sociodémographiques.

*Déroulement.* Pour la collecte de données, des rencontres ont été réalisées avec le jeune (premier et deuxième temps de mesure) et avec le parent (premier temps de mesure) au domicile du répondant ou encore dans un endroit neutre. Les rencontres étaient menées par un interviewer formé à l'administration des différents questionnaires. Lors du premier temps de mesure, un formulaire de consentement était signé dans lequel l'adolescent acceptait d'être recontacté après ses 18 ans. Pour les deux temps de mesure, les rencontres avec les répondants duraient en moyenne 90 minutes. Le respect des aspects éthiques de cette étude a été certifié par le comité de déontologie de la recherche de la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke.

*Variables à l'étude.* Le statut d'insertion professionnelle au début de l'âge adulte représente la variable dépendante. Cette variable catégorielle possède trois valeurs qui correspondent aux différents statuts d'insertion professionnelle mesurés par notre outil (jeune aux études, avec travail, inactif). Le statut d'insertion représente l'activité principale du jeune adulte au moment de l'entrevue; un jeune adulte qui occupait un emploi à temps plein ou partiel est placé dans la catégorie « en emploi », les jeunes adultes « aux études » se considéraient d'abord et avant tout comme étudiant et les jeunes adultes « inactifs » n'avaient pas d'emploi et n'étaient pas en formation. La variable dépendante sera mise en relation avec 20 variables indépendantes regroupées en trois blocs de facteurs de risque décrits dans le tableau 1. Afin de faciliter et d'uniformiser l'interprétation des résultats, tous les facteurs ont été dichotomisés selon la procédure utilisée par Pauzé et al. (2004). Dans le cas des scores d'échelle pour lesquels il n'existe pas de point de coupure précis, le facteur est considéré comme présent lorsque le score se situe à au moins un écart type au-dessus de la moyenne de l'échantillon. Cette

façon de faire est souvent utilisée en recherche, car elle permet d'identifier un sous-groupe de sujets qui présente la caractéristique de manière prononcée. Voici quelques exemples de points de coupure : le facteur de faible revenu familial est présent lorsque le revenu annuel total est inférieur à 12 000 \$; le facteur de faible scolarité des parents est présent lorsque les parents n'ont pas terminé leurs études secondaires; le facteur de problèmes de fonctionnement familial est présent lorsqu'un score moyen de 2,2 ou plus est obtenu à l'échelle de fonctionnement familial (*Family Assessment Device*).

*Plan d'analyse.* En matière d'analyse, les objectifs sont vérifiés à l'aide d'un modèle de régression logistique multinomiale. Cette technique est pertinente lorsque la variable dépendante est une variable catégorielle comportant plus de deux niveaux. Dans un premier temps, des analyses bivariées ont été réalisées afin d'établir une sélection des variables les plus pertinentes à insérer dans le modèle sur la base de leur association significative avec la variable dépendante. Enfin, le modèle de régression logistique multinomiale prévoit l'entrée forcée des trois blocs de variables décrits précédemment.

## Résultats

D'abord, quelques constats généraux sur la situation professionnelle des jeunes adultes au sein des trois groupes au moment de l'entrevue : 53 % des 179 jeunes avaient un emploi comme occupation principale au deuxième temps de l'étude, alors que 30 % étaient aux études et que 17 % étaient considérés comme inactifs, soit sans emploi et ne suivant pas de formation. Le premier constat intéressant de cette étude est que plus de la moitié des jeunes adultes travaillait, bien qu'occupant des postes peu ou non spécialisés. Ces résultats sont encourageants et plus optimistes que la majorité des données recensées sur cette population (Cook, 1994; Dixon, 2007), mais doivent toutefois être nuancés. En effet, il est probable que les jeunes adultes rejoints soient ceux qui s'en sont le mieux sortis à la suite de la prise en charge en centre jeunesse. Dans le même ordre d'idées, il est également possible que certains jeunes adultes qui occupaient un emploi ou suivaient des études lors de cette recherche soient devenus inactifs quelque temps après l'entrevue. Il s'agit là

de limites inhérentes à toutes les études longitudinales auprès de cette population. Nonobstant cela, il demeure que 17 % des jeunes se considéraient comme inactifs, proportion nettement plus élevée que chez les autres jeunes du même âge dans la population générale (Yergeau, Pauzé et Toupin, 2007). Ces données corroborent d'autres études qui démontrent que ces jeunes se retrouvent davantage en situation de précarité lors de leur passage à la vie adulte (ACJQ, 2002; Cook, 1994; Dixon, 2007; Mendes et Moslehuddin, 2006).

Le tableau 2 présente les analyses bivariées, soit la prévalence des différents facteurs de risque présents à l'adolescence chez les jeunes adultes

de l'échantillon selon leur statut d'insertion professionnelle à l'âge adulte. Dans le tableau, on constate que la grande majorité des facteurs suit la même trame : la prévalence est plus élevée chez les jeunes adultes inactifs, plus faible chez ceux qui travaillent et encore plus faible chez ceux qui suivent des études.

Les résultats des croisements bivariés significatifs et l'examen des données résiduelles ajustées indiquent que les jeunes adultes inactifs ont grandi en plus grande proportion dans une famille à faible revenu (32 %) que les jeunes aux études (7 %) [ $\chi^2(2) = 8,51$ ;  $p = 0,014$ ], qu'ils ont vécu davantage de problèmes de fonctionnement familial (42 % contre 9 %) [ $\chi^2(2) = 14,42$ ;

**Tableau 2 : Prévalence des facteurs de risque présents à l'adolescence selon le statut d'insertion (n = 180)**

| Facteurs de risque                                          | Aux études<br>(n = 54) | En emploi<br>(n = 95) | Inactif<br>(n = 31) | $\chi^2 (2)$ |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|--------------|
| <b>Bloc 1 – Facteurs socioéconomiques</b>                   |                        |                       |                     |              |
| Monoparentalité                                             | 33 %                   | 44 %                  | 52 %                | 2,94         |
| Faible revenu familial                                      | 7 %                    | 19 %                  | 32 %                | 8,51*        |
| Faible scolarité des parents                                | 15 %                   | 21 %                  | 32 %                | 3,60         |
| <b>Bloc 2 – Facteurs familiaux</b>                          |                        |                       |                     |              |
| Problèmes de fonctionnement familial                        | 9 %                    | 35 %                  | 42 %                | 14,42***     |
| Nombreux changements dans la composition de la famille      | 0 %                    | 2 %                   | 3 %                 | 1,46         |
| Problèmes dans la famille                                   | 2 %                    | 11 %                  | 23 %                | 9,46**       |
| Problèmes de santé physique des parents                     | 15 %                   | 17 %                  | 29 %                | 2,96         |
| Problèmes de santé mentale des parents                      | 13 %                   | 19 %                  | 23 %                | 1,44         |
| Troubles reliés à la consommation de substances des parents | 6 %                    | 11 %                  | 3 %                 | 2,27         |
| Détresse psychologique des parents                          | 13 %                   | 13 %                  | 23 %                | 2,01         |
| Manque de ressources interpersonnelles                      | 2 %                    | 2 %                   | 10 %                | 4,69         |
| Problèmes de relation parent/enfant                         | 13 %                   | 32 %                  | 29 %                | 6,51         |
| Comportements violents dans la famille                      | 39 %                   | 64 %                  | 77 %                | 14,43***     |
| Pratiques éducatives inadéquates                            | 19 %                   | 26 %                  | 26 %                | 1,23         |
| <b>Bloc 3 – Facteurs personnels</b>                         |                        |                       |                     |              |
| Retard scolaire d'au moins deux années                      | 6 %                    | 23 %                  | 48 %                | 21,01***     |
| Problèmes de comportement extériorisés                      | 11 %                   | 20 %                  | 36 %                | 7,31*        |
| Problèmes de fonctionnement global                          | 4 %                    | 15 %                  | 23 %                | 6,99*        |
| Abus sexuels                                                | 6 %                    | 18 %                  | 13 %                | 4,54         |
| Problèmes de développement cognitif                         | 2 %                    | 0 %                   | 3 %                 | 2,60         |
| Consommation de drogue et d'alcool                          | 32 %                   | 32 %                  | 36 %                | 0,18         |

Note : \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

$p = 0,001$ ], de problèmes dans la famille (23 % contre 2 %) [ $\chi^2(2) = 9,46$ ;  $p = 0,009$ ] et de comportements violents dans la famille (77 % contre 39 %) [ $\chi^2(2) = 9,46$ ;  $p = 0,009$ ] que les jeunes adultes poursuivant des études. En matière de facteurs de risque personnels, les jeunes adultes inactifs sont en proportion significativement plus nombreux à présenter un retard scolaire d'au moins une année (48 % contre 6 %) [ $\chi^2(2) = 21,01$ ;  $p = 0$ ], des problèmes de comportement extériorisés (36 % contre 11 %) [ $\chi^2(2) = 7,31$ ;  $p = 0,026$ ] ainsi que des problèmes de fonctionnement global (23 % contre 4 %) [ $\chi^2(2) = 6,99$ ;  $p = 0,030$ ] que les jeunes adultes aux études. Ces résultats suggèrent que les jeunes adultes inactifs ont été plus exposés à ces facteurs de risque que les jeunes adultes aux études. Selon l'examen des données résiduelles ajustées, les jeunes adultes qui travaillent ne se distinguent pas significativement des deux autres groupes.

À la suite des analyses bivariées, trois variables indépendantes ont été exclues du modèle de régression logistique multinomiale parce qu'elles présentaient, au total, des occurrences très faibles (dans le bloc 2, les nombreux changements dans la composition de la famille et le manque de ressources interpersonnelles des parents et, dans le bloc 3, les problèmes de développement cognitif) et avaient très peu de probabilités de contribuer au modèle de manière significative.

Comme on le constate dans le tableau 3, le modèle de régression multinomiale final s'avère significatif [ $\chi^2(2) = 89,96$ ;  $p < 0,000$ ]. Ce résultat signifie que la combinaison des variables indépendantes explique de manière significative une partie de la variabilité de la variable dépendante, c'est-à-dire que le modèle proposé est plus performant qu'un modèle sans prédicteur (Field, 2005). À ce titre, le pseudo  $R^2$  de Nagelkerke qui est une mesure approximative de la taille d'effet du modèle variant entre 0 et 1 indique que la proportion de variation expliquée par celui-ci est de 0,46. Cette valeur signifie que les facteurs de risque modélisés parviennent à expliquer près de la moitié de la variation des statuts d'insertion professionnelle dans l'échantillon.

Le premier modèle estimé dans le tableau 3 compare les jeunes adultes qui travaillent à ceux qui sont inactifs et l'autre modèle compare

les jeunes adultes aux études à ceux qui sont inactifs. Autrement dit, le groupe des jeunes adultes inactifs est le groupe de référence. Dans le premier modèle comparant les jeunes adultes qui ont un emploi et ceux qui sont inactifs, trois variables possèdent un coefficient significatif : les jeunes adultes du groupe inactif ont vécu plus de problèmes dans la famille pendant l'adolescence ( $\beta = 1,69$ ;  $p = 0,037$ ), ils ont cumulé en plus grande proportion un retard scolaire de plus d'une année ( $\beta = 1,33$ ;  $p = 0,016$ ), mais en revanche leurs parents ont moins fréquemment présenté un ou des troubles reliés à la consommation d'alcool ou de drogue ( $\beta = -2,79$ ;  $p = 0,032$ ) que les jeunes adultes du groupe qui a un emploi. En ce qui concerne la taille d'effet, les facteurs qui ont le plus de poids dans le modèle comparant le statut d'inactivité au statut d'emploi sont, dans l'ordre, les problèmes dans la famille [ $\text{Exp}(\beta) = 5,40$ ], le retard scolaire [ $\text{Exp}(\beta) = 3,80$ ] et les problèmes de consommation des parents [ $\text{Exp}(\beta) = 0,06$ ].

Dans le deuxième modèle comparant les jeunes adultes aux études à ceux qui sont inactifs, quatre variables indépendantes sont significatives. Tout d'abord, davantage de jeunes du groupe inactif ont vécu des problèmes concernant le fonctionnement familial ( $\beta = 1,82$ ;  $p = 0,041$ ), de même que davantage de problèmes dans la famille ( $\beta = 2,80$ ;  $p = 0,034$ ) que ceux aux études. Ils ont aussi vécu plus de comportements violents dans leur famille ( $\beta = 1,44$ ;  $p = 0,029$ ) et cumulé en plus grande proportion un retard scolaire de plus d'une année ( $\beta = 3,34$ ;  $p = 0,00$ ) que les jeunes adultes aux études. On remarque qu'ici aucun facteur du bloc 1 (facteurs de risque socioéconomiques) ne figure parmi les facteurs qui contribuent significativement à la prédiction du statut d'insertion. En ce qui concerne la taille d'effet, les facteurs de risque ayant le plus de poids pour distinguer les jeunes adultes aux études des jeunes qui sont inactifs sont, dans l'ordre, le retard scolaire d'au moins une année [ $\text{Exp}(\beta) = 28,15$ ], suivi des problèmes dans la famille [ $\text{Exp}(\beta) = 16,49$ ], des problèmes de fonctionnement familial [ $\text{Exp}(\beta) = 6,16$ ] et des comportements violents dans la famille [ $\text{Exp}(\beta) = 4,24$ ]. Enfin, la comparaison des modèles indique que la présence des facteurs de risque significatifs contraste plus entre le groupe de jeunes aux études et le groupe des jeunes inactifs qu'entre

Tableau 3 : Résultats de la régression logistique multinomiale (n = 180)

| Statut d'insertion                             | Variables                                     | $\beta$ | Erreur type | Valeur de Wald | Degré de liberté | Valeur de p | Exp( $\beta$ ) | Intervalle de confiance 95 % pour Exp( $\beta$ ) |                  |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------|-------------|----------------|------------------|-------------|----------------|--------------------------------------------------|------------------|
|                                                |                                               |         |             |                |                  |             |                | Borne inférieure                                 | Borne supérieure |
| <b>En emploi<sup>a</sup></b><br><b>Bloc 2</b>  | Constante                                     | - 1,061 | 1,608       | 0,435          | 1                | 0,510       |                |                                                  |                  |
|                                                | Problèmes dans la famille                     | 1,686   | 0,807       | 4,358          | 1                | 0,037       | 5,395          | 1,109                                            | 26,260           |
|                                                | Troubles reliés à la consommation des parents | - 2,788 | 1,300       | 4,598          | 1                | 0,032       | 0,062          | 0,005                                            | 0,787            |
|                                                | Retard scolaire                               | 1,334   | 0,552       | 5,842          | 1                | 0,016       | 3,795          | 1,287                                            | 11,193           |
| <b>Aux études<sup>a</sup></b><br><b>Bloc 2</b> | Constante                                     | - 8,436 | 2,476       | 11,605         | 1                | 0,001       |                |                                                  |                  |
|                                                | Problèmes de fonctionnement familial          | 1,818   | 0,891       | 4,161          | 1                | 0,041       | 6,159          | 1,074                                            | 35,321           |
|                                                | Problèmes dans la famille                     | 2,803   | 1,321       | 4,505          | 1                | 0,034       | 16,489         | 1,239                                            | 219,399          |
|                                                | Comportements violents dans la famille        | 1,444   | 0,661       | 4,774          | 1                | 0,029       | 4,239          | 1,160                                            | 15,490           |
| <b>Bloc 3</b>                                  | Retard scolaire                               | 3,338   | 0,815       | 16,758         | 1                | 0,000       | 28,153         | 5,695                                            | 139,168          |

Ajustement du modèle :  $\chi^2(2) = 89,956$ ;  $p < 0,000$ ; - 2 log. vraisemblance = 242,825; Pseudo  $R^2$  Nagelkerke = 0,456.

a. La modalité de référence est : Inactif

le groupe de jeunes qui ont un emploi et le groupe de jeunes inactifs.

## Discussion

L'objectif principal de cette recherche est de déterminer dans quelle mesure les conditions difficiles rencontrées à l'adolescence, pendant la période de prise en charge en centre jeunesse, ont une incidence sur le statut d'insertion professionnelle lors des premières années du passage à la vie adulte. En fait, ce projet vise à vérifier la relation qui existe entre différents types de facteurs de risque (socioéconomiques, familiaux et personnels) et le statut de l'insertion professionnelle (formation/études, travail ou inactivité) lors du début de leur passage à la vie autonome.

Notre premier objectif spécifique était de vérifier l'association entre la présence de facteurs de risque personnels, familiaux et socioéconomiques à l'adolescence et le statut d'insertion professionnelle des jeunes adultes ayant reçu des services des centres jeunesse. D'abord, pour ce qui est des facteurs de risque personnels, le retard scolaire de plus d'une année est le seul facteur significatif de cette catégorie et également le facteur le plus fortement associé au statut d'insertion professionnelle lors des premières années du passage à la vie adulte, toutes catégories confondues. En effet, un adolescent pris en charge par un centre jeunesse qui cumule un retard scolaire de deux années ou plus présente près de quatre fois plus de risque d'être inactif qu'intégré au marché du travail et 28 fois plus de risque d'être inactif que d'être en formation au début de l'âge adulte. Dans l'échantillon à l'étude, 22 % des adolescents présentaient ce facteur de risque. Toutefois, les données récentes de l'ACJQ (2009) mentionnent que le taux de retard scolaire d'au moins une année chez les jeunes pris en charge par les centres jeunesse s'élève à plus de 60 %. Ces résultats corroborent d'autres études qui démontrent que les bons résultats scolaires prédisent des pronostics positifs au sujet de la carrière de ces jeunes (Dixon, 2007). Les résultats liés aux facteurs personnels soulignent sans équivoque l'importance capitale de la scolarisation dans la réussite de la transition de ces jeunes vers l'âge adulte, notamment lorsqu'il est question de la poursuite de la formation une fois la majorité atteinte.

Le premier objectif spécifique consistait également à vérifier l'association entre la présence de facteurs de risque familiaux à l'adolescence et le statut d'insertion professionnelle des jeunes adultes ayant reçu des services des centres jeunesse. En premier lieu, nous avons constaté que les adolescents pris en charge par un centre jeunesse qui ont vécu des problèmes dans leur famille ont cinq fois plus de risque de se retrouver inactifs plutôt qu'intégrés au marché de l'emploi et 16 fois plus de risque de se retrouver inactifs plutôt qu'en formation. Précisons que les problèmes dans la famille ont été évalués à partir d'un questionnaire maison qui permettait de savoir si un membre de la famille présentait deux troubles d'adaptation ou plus qui avaient eu des répercussions sur la vie de l'enfant. On entend par troubles d'adaptation les situations suivantes : des problèmes de consommation, des problèmes judiciaires et des problèmes de santé mentale. Il est intéressant de noter qu'aucune étude parmi celles recensées n'a mis en relation un facteur de risque similaire avec la situation professionnelle des jeunes adultes. Certains auteurs ont déjà fait mention de ces problèmes chez les jeunes, mais pas chez un membre de la famille immédiate (Courtney et Dworsky, 2006; Mendes et Moslehuddin, 2006).

Les problèmes de fonctionnement familial sont également fortement associés au statut d'insertion professionnelle à l'âge adulte. Ils peuvent prendre différentes formes, par exemple des problèmes graves de communication ou encore un manque de valorisation des membres de la famille. Les jeunes adultes à l'étude qui ont vécu ce type de problèmes ont six fois plus de risque de se retrouver inactifs plutôt qu'aux études. De plus, la présence de comportements violents dans la famille augmente quatre fois le risque d'être inactif sur le plan professionnel comparativement aux jeunes adultes qui poursuivent une formation.

Étrangement, la présence de troubles reliés à la consommation des parents est associée à une plus grande probabilité d'occuper un emploi plutôt que d'être inactif au début de l'âge adulte. Ce résultat original ne trouve écho dans aucune étude recensée et s'explique difficilement sur le plan théorique. Compte tenu de la faible prévalence de ce facteur de risque et de la nature de l'échantillon, on peut avancer que les

problèmes de consommation des parents sont une caractéristique particulière plus fréquente chez les jeunes adultes actifs sur le marché du travail et que ces problèmes ne semblent pas avoir de conséquences négatives à l'âge adulte sur leur insertion professionnelle.

De manière générale, il appert que les jeunes adultes qui ont vécu des situations familiales adverses pendant leur adolescence sont beaucoup plus à risque d'être inactifs au début de la transition vers l'âge adulte. Cette constatation confirme le modèle théorique de Bronfenbrenner voulant que les systèmes les plus rapprochés de l'individu aient une influence plus marquée sur son développement. Du côté de la recherche, plusieurs résultats mettent également en évidence l'influence du système familial sur la qualité de la transition de ce sous-groupe particulier de jeunes vers l'âge adulte (Cook, 1994; Courtney et Dworsky, 2006; Mendes et Moslehuddin, 2006; Stein, 2006).

Enfin, le premier objectif spécifique porte sur l'association entre la présence de facteurs de risque socioéconomiques à l'adolescence et le statut d'insertion professionnelle des jeunes adultes. À ce titre, aucun facteur de risque issu de cette catégorie n'a été mis en évidence comme étant un prédicteur significatif du statut d'insertion professionnelle. Il ne faudrait pas pour autant tirer la conclusion que ces facteurs n'ont aucun effet sur la situation des jeunes. Rappelons que les facteurs socioéconomiques de notre étude décrivent des caractéristiques structurelles de la famille (monoparentalité) ou des caractéristiques des parents (scolarité et revenu familial). Ces facteurs sont probablement corrélés avec les autres facteurs qui expliquent déjà une partie importante de la variabilité des statuts d'insertion professionnelle. L'influence des facteurs de la dimension socioéconomique serait plutôt médiatisée par les facteurs des autres dimensions, notamment ceux de la sphère familiale.

Pour notre deuxième et dernier objectif qui était de déterminer l'importance relative de ces catégories de facteurs ainsi que des facteurs de risque dans l'appartenance à un statut d'insertion professionnelle spécifique, on constate que les principaux facteurs de risque associés significativement au statut d'insertion professionnelle sont liés aux microsystèmes

familial et scolaire. À cet égard, les constats de cet objectif mettent en lumière l'importance du système familial dans le développement social de l'individu, mais également l'importance de l'expérience vécue dans le système scolaire comme étant des éléments fortement associés à la qualité de la transition vers l'âge adulte des jeunes ayant reçu des services des centres jeunesse.

## Conclusion

Les résultats de l'étude montrent, d'une part, que la majorité des jeunes adultes ayant reçu des services des centres jeunesse travaille ou poursuit des études et que, d'autre part, le statut d'insertion professionnelle au début de l'âge adulte est associé significativement à la présence de certains facteurs de risque à l'adolescence. À ce titre, cette étude montre qu'une exposition combinée aux facteurs de risque vécus dans le système familial, tels que la présence de violence, de problèmes de fonctionnement familial et d'autres problèmes importants dans la famille, ainsi que le cumul de retard scolaire augmentent de manière significative les probabilités des jeunes à vivre une période d'inactivité d'une durée indéterminée lors des premières années de transition vers l'âge adulte. Inversement, il appert qu'une exposition à peu de facteurs de risque pendant l'adolescence est associée à un statut d'insertion professionnelle plus favorable à cette période. Les jeunes adultes qui s'en sortent le mieux seraient donc ceux qui ont été confrontés à peu de facteurs de risque pendant leur adolescence.

Dans la foulée des propos de Goyette (2003), ces constats militent clairement pour la mise en place d'une intervention massive et ciblée pendant la prise en charge en centre jeunesse pour les jeunes qui sont exposés à un cumul de facteurs de risque familiaux et qui présentent des retards scolaires importants. Cette intervention permettrait de minimiser l'influence de ces contingences sur le développement personnel et sur l'avenir professionnel de ces jeunes. Des programmes soutenus d'intervention visant à optimiser les capacités adaptatives de ces jeunes, tels que le Programme Qualification des jeunes (PQJ) ou encore plus récemment le Plan de cheminement vers l'autonomie (PCA), s'avèrent selon nous des initiatives essentielles

dans lesquelles les intervenants sociaux ont un rôle primordial à jouer. En matière d'intervention psychosociale, notamment dans une perspective de projet de vie avec les adolescents et adolescentes pris en charge, cette étude suggère que les personnes intervenantes doivent maintenir une attention particulière et soutenue sur la sphère scolaire lors de l'élaboration d'un plan de service. Bien entendu, l'intervention auprès de ces jeunes doit également porter sur l'amélioration de la relation parents-enfants, mais nous invitons les praticiennes et praticiens à réfléchir sur la place qu'occupent la persévérance scolaire, la fréquentation et la réussite scolaires, et la formation en général dans l'élaboration des objectifs d'un plan d'intervention pour un ou une jeune pris en charge en centre jeunesse. En effet, les résultats de cette recherche indiquent clairement que, malgré l'intensité parfois troublante des problèmes familiaux, l'intervention sur les problèmes scolaires ne devrait pas être une priorité secondaire. Compte tenu du très fort lien entre les difficultés scolaires à l'adolescence et les difficultés d'insertion professionnelle au début de l'âge adulte, nous croyons que l'intervention auprès de ces jeunes doit, entre autres, mettre en œuvre des moyens pour mobiliser ces derniers et leur environnement vers le maintien à l'école ou le retour en formation adapté aux besoins et aux intérêts du jeune.

Soulignons en terminant que cette étude est la seule à démontrer de manière tangible l'association entre les conditions adverses expérimentées à l'adolescence et le statut d'insertion professionnelle des jeunes adultes ayant vécu une prise en charge par le système de protection de la jeunesse du Québec. Enfin, la modélisation des facteurs de risque proposée dans cette recherche suggère que la compréhension des mécanismes à l'œuvre lors de l'insertion professionnelle de cette catégorie de jeunes adultes est complexe et multifactorielle et qu'elle doit nécessairement prendre en considération tous les systèmes gravitant autour d'eux. Comme une limite importante de cette étude est la présence d'un seul temps de mesure à l'âge adulte, les recherches futures auraient avantage à prendre plusieurs mesures pour documenter plus finement les trajectoires professionnelles de ces jeunes et les influences à long terme des facteurs de risque mentionnés.

## Descripteurs :

Insertion professionnelle // Insertion professionnelle - Aspect social - Québec (Province) // Passage à l'âge adulte // Jeunesse - Protection, assistance, etc. - Québec (Province)

Vocational guidance // Vocational guidance - Social aspect - Quebec (Province) // Transition to adulthood // Child welfare - Quebec (Province)

## Références

- Ajayi, S., & Quigley, M. (2006). By degrees: Care leavers in higher education. In E. Chase, A. Simon, & S. Jackson (Eds.): *In care and after, a positive perspective*. London: Routledge.
- Association des centres jeunesse du Québec (2002). *Mémoire de l'Association des centres jeunesse du Québec à la Commission parlementaire des Affaires sociales sur le projet de loi 112 visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Association des centres jeunesse du Québec (2009). *Mémoire de l'Association des centres jeunesse du Québec présenté au Conseil supérieur de l'éducation dans le cadre de la consultation sur : l'accès à l'éducation et l'accès à la réussite éducative dans une perspective d'éducation pour l'inclusion*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Bidart, C. (2002). Se dire adulte, dans S. Juan et D. Le Gall (dir.). *Conditions et genres de vie. Chroniques d'une autre France* : 153-169. Paris : L'Harmattan.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development, *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cook, R. (1994). Are we helping foster care youth prepare for their future? *Children and Youth Services Review*, 16, 213-229.
- Courtney, M. E., & Dworsky, A. (2006). Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the USA, *Child & Family Social Work*, 11 (3), 209-219.
- Dixon, J. (2007). Obstacles to participation education, employment and training for young people leaving care, *Social Work & Social Sciences Review*, 13 (2), 18-34.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. (2<sup>nd</sup> ed.). London: Sage.
- Fournier, G., et Bourassa, B. (2000). *Disparition ou transformation des formes de l'emploi? Entretien avec José Rose*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, Entretien du CRIEVAT-Laval.

- Galland, O. (2000) Entrer dans la vie adulte : des étapes toujours plus tardives mais resserrées, *Économie et statistiques*, 337, 13-36.
- Goyette, M. (2003). *Portrait des interventions visant la préparation à la vie autonome et l'insertion socioprofessionnelle pour les jeunes des centres jeunesse du Québec*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Goyette, M., Chénier, G., Noël, V., Poirier, C., Royer, M.-N., et Lyrette, E. (2006). *Comment faciliter le passage à la vie adulte des jeunes en centre jeunesse. Évaluation de l'intervention réalisée du projet d'intervention intensive en vue de préparer le passage à la vie autonome et d'assurer la qualification des jeunes des centres jeunesse du Québec*. Rapport de recherche. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec et Centre national de prévention du crime.
- Goyette, M., Chénier, G., Royer, M. N., et Noël, V. (2007). Le soutien au passage à la vie adulte des jeunes recevant des services des centres jeunesse, *Éducation et francophonie*, 35 (1), 95-119.
- Lorrain, J.-L. (2003). *L'adolescence en crise*. Commission des affaires sociales et du groupe d'études sur les problématiques de l'enfance et de l'adolescence. Sénat : Paris.
- Mendes, P., & Moslehuddin, B. (2006). From Dependence to Interdependence: Towards Better Outcomes for Young People Leaving State Care, *Child Abuse Review*, 15, 110-126.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J. Y., Robert, M., et Chamberland, C. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0-17 ans récemment inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Rapport de recherche, Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Schibler, B. (2006). *Strengthening our youth. Their journey to competence and independence: A report on youth leaving Manitoba's child welfare system*. Office of the Children's Advocate.
- Stein, M. (2006). Research review: Young people leaving care, *Child & Family Social Work*, 11 (3), 273-279.
- Terrisse, B. (2007). *Intervention socio-éducative en milieu vulnérable : Le projet famille-école-communauté, réussir ensemble*. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Trottier, C. (2000). Questionnement sur l'insertion professionnelle des jeunes, *Lien social et politiques, RIAC*, (43), 93-102.
- Valla, J.P., Breton, J.J., Bergeron, R. et coll. (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans (1992)*. Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, vol. 2 : partie 2.
- Yergeau, E., Pauzé, R., et Toupin, J. (2007). L'insertion professionnelle et l'adaptation psychosociale des jeunes adultes ayant reçus des services des centres jeunesse, *Intervention*, 127, 58-69.

# L'implication parentale en contexte de protection de la jeunesse : qu'en pensent les intervenants?

par

*Martin Villeneuve*, M.S.S., enseignant  
Techniques d'éducation spécialisée  
Cégep de Jonquière  
Courriel : martin.villeneuve@cjonquiere.qc.ca

*Danielle Maltais*, Ph. D, professeure  
Unité d'enseignement en travail social  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Chicoutimi

*Eve Pouliot*, Ph. D (cand.), professeure  
Unité d'enseignement en travail social  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Chicoutimi

Recension d'écrits sur l'implication des parents. Résultats d'une étude qualitative de type exploratoire auprès d'intervenants du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean permettant de comprendre leur point de vue sur l'implication parentale en contexte de protection de la jeunesse.

Literature review on the parents' involvement. Results of a qualitative exploratory study with the youth centers' social workers, aiming to better understand their view on the parents' involvement while working with them in children's protection context.

Être en relation d'aide avec des jeunes (de leur naissance à 18 ans) et leur famille en contexte d'autorité, comme doivent le faire les intervenants œuvrant dans les différents centres jeunesse (CJ) du Québec, demande d'innover constamment sur le plan des techniques d'intervention (Mercier, 1991). En effet, les intervenants sociaux et les éducateurs spécialisés qui travaillent dans ce type d'organisation

doivent constamment trouver de nouvelles façons d'exercer leur métier afin d'offrir de meilleurs services aux jeunes et à leur famille. Parmi celles-ci, de nombreux auteurs constatent que l'implication des parents dans l'intervention est devenue une stratégie privilégiée par de plus en plus de praticiens (Gendreau, 1995; Lakin, Brambila et Sigda, 2004; Saint-Jacques, Beaudoin, Drapeau et Lessard, 2000). Par contre, en raison de certaines problématiques parentales, comme des comportements menaçants, des dépendances aux drogues ou des problèmes de santé mentale, l'implication de certains parents représente un défi de taille dans l'intervention en contexte de protection de la jeunesse (Fangeras, Laguerre, Moisan et Tremblay, 2002).

Dans un tel contexte, deux questions centrales demeurent : 1) dans quels contextes l'implication des parents peut-elle être mise à profit? 2) est-ce toujours possible d'impliquer les parents dans les interventions réalisées en protection de la jeunesse? Sachant que la nouvelle *Loi de la protection de la jeunesse* fait explicitement référence à l'importance liée à la participation des parents dans l'intervention en centre jeunesse, il devient essentiel de se documenter sur le sujet. Plus précisément, cette loi considère que les parents sont les premiers responsables de leurs enfants et que toute intervention doit mettre en place, lorsque cela est approprié, les moyens pour permettre aux enfants et aux parents de contribuer aux décisions qui les concernent. De plus, dans les modifications récentes apportées à cette loi, entrées en vigueur le 9 juillet 2007, il est également réaffirmé que la participation de la communauté et des parents doit être favorisée et que ces derniers doivent contribuer activement à l'application des mesures pour mettre fin à la situation de compromission. L'implication des parents n'est donc pas uniquement une intervention privilégiée par les intervenants, mais bien un principe d'intervention préconisé par la loi et les centres jeunesse.

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
**Numéro 136 (2012.1) : 80-89.**

Mais comment les intervenants en centre jeunesse perçoivent-ils l'implication parentale? Quels sont les facteurs qui, selon eux, sont favorables ou défavorables à cette implication? Quel est leur point de vue sur les impacts de celle-ci et quelles sont leurs recommandations pour maximiser la participation des parents dans le processus d'intervention? Voilà plusieurs questions auxquelles nous avons tenté de répondre en réalisant une étude qualitative auprès d'intervenants travaillant au Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CJSLSJ). S'inscrivant dans une démarche de maîtrise en travail social, l'article suivant situe brièvement l'implication parentale en contexte de protection de la jeunesse et présente ensuite une recension des différentes définitions associées à ce concept dans les écrits scientifiques. Après avoir décrit les principaux aspects méthodologiques associés à la démarche de recherche, nous présenterons les résultats obtenus en ce qui concerne le point de vue des intervenants interrogés sur les définitions de l'implication parentale. Nous exposerons également les attentes des praticiens envers les parents. Ces résultats seront discutés à la lumière des autres travaux de recherche réalisés sur l'implication parentale.

### **Les enjeux liés à l'implication parentale**

De nos jours, l'intervention auprès des familles en difficulté est passée d'une pratique sociale « paternaliste » à une pratique misant davantage sur les ressources et les capacités des clients à « contrôler » leur situation (Cormier, 1995; Pouliot, Turcotte et Monette, 2009; Saint-Jacques et al., 2000). Selon Saint-Jacques et al. (2000), les lignes directrices voulant que les intervenants se substituent aux parents, considérés pendant longtemps comme étant inaptes à jouer leur rôle, se sont considérablement modifiées afin que ces derniers demeurent, avec les enfants, les premiers responsables de l'intervention planifiée. Par conséquent, pour Gendreau (1995), les intervenants d'aujourd'hui considèrent beaucoup moins les problèmes de l'enfant comme étant uniquement le fruit de carences parentales. Cette philosophie d'intervention fait en sorte que plutôt que de se substituer aux parents, les intervenants les invitent de plus en plus à devenir partenaires de l'intervention (Ausloos, 2001; Berlioz, 1999; Cormier,

1995; Gendreau, 1995; Lakin, Brambila et Sigda, 2004; Odesse, Vachon et Simard, 1991; Saint-Jacques et al., 2000). Toutefois, les intervenants qui doivent appliquer cette philosophie rencontrent des obstacles.

De fait, bien que l'implication soit de plus en plus valorisée dans les interventions destinées aux familles qui vivent des situations difficiles, il demeure ardu, dans certaines circonstances, de travailler en collaboration avec les parents dans un contexte de protection de la jeunesse (Fangeras et al., 2002; Mercier, 1991; Saint-Jacques et al., 2000). Le contexte d'autorité dans lequel certains intervenants doivent travailler est parfois perçu comme une source majeure de ces difficultés (Mercier, 1991; Saint-Jacques et al., 2000). Rappelons que les situations où le client (souvent les parents) est celui qui sollicite l'aide sont plutôt rares en protection de la jeunesse (Mercier, 1991). Les interventions font suite à un signalement extérieur qui dénonce les comportements des parents. Les intervenants doivent, dans certains cas, instaurer des mesures pour mettre fin à la situation de compromission des enfants, et ce, sans l'approbation des parents. Ces derniers peuvent s'opposer à ce que des intervenants viennent s'immiscer dans leur vie privée et ils peuvent également refuser de reconnaître les compétences de ceux-ci (Mercier, 1991). Gendreau (1995) souligne également que les parents appelés à collaborer avec les intervenants des centres jeunesse peuvent se sentir incompetents, désespérés et coupables de ce qui arrive à leur enfant. Dans un tel contexte, cet auteur affirme qu'il peut être ardu, pour ceux-ci, de reconnaître le côté positif d'être un parent, car la situation vécue est trop difficile. Ce contexte d'intervention, où les parents vivent de fortes charges émotives et où ils ne sont pas toujours réceptifs à l'aide apportée, place les intervenants qui œuvrent en CJ dans des situations où leur intégrité psychologique ou physique peut être menacée (Mercier, 1991). Les intervenants doivent être en mesure de concilier les deux mandats qui leur sont attribués, soit le rôle d'aidant et le rôle d'autorité.

Bien que de telles difficultés se rencontrent assez fréquemment dans l'intervention en centre jeunesse, la collaboration entre les parents et les intervenants constitue, pour

plusieurs chercheurs et cliniciens, un moyen efficace d'offrir de meilleurs services aux jeunes et à leur famille, que ce soit lors d'un placement en centre de réadaptation ou lors d'une intervention dans le milieu naturel des jeunes (Belpaire, 1993; Gendreau, 1993; Odesse et al., 1991; Saint-Jacques et al., 2000). En fait, certaines études soulignent qu'une collaboration étroite avec les parents, lors du placement de leurs enfants, permet d'obtenir des changements positifs pouvant se maintenir plus longtemps après le retour des enfants dans leur milieu naturel (Beaudoin, Mireault, Champagne et Paquet, 1998; Saint-Jacques et al., 2000). La collaboration avec les parents permet aussi de régler les situations à plus long terme en rétablissant le lien parent-enfant, en revalorisant le parent dans son rôle et en diminuant ses résistances concernant l'intervention (Saint-Jacques et al., 2000). Ce partenariat est essentiel, selon Saint-Jacques et al. (2000), si l'on veut maximiser les chances que ces parents jouent pleinement leur rôle auprès de leur enfant. Dans une telle perspective, il faut considérer les parents comme des partenaires à l'intervention, voire les experts de leur situation, et ce, qu'il s'agisse d'une intervention dans le cadre d'un centre de réadaptation ou d'une intervention dans le milieu naturel du jeune (Ausloos, 2001; Berlioz, 1999; Odesse et al., 1991; Saint-Jacques et al., 2000).

### **Définitions et caractéristiques de l'implication des parents**

Au-delà des écrits qui soulignent l'importance de l'implication parentale dans l'intervention, peu d'auteurs définissent clairement ce qu'est un parent impliqué et quelles sont ses caractéristiques. La recension des écrits que nous avons réalisée a permis de repérer deux définitions principales de l'implication parentale. D'une part, pour Blumenthal et Weinberg (1984), l'implication parentale signifie « l'inclusion ou la participation active du père ou de la mère dans les activités, tâches, services et les prises de décision tout au long de l'intervention en protection de la jeunesse » (traduit et adapté par Saint-Jacques et al., 2000 : 81). D'autre part, elle est également définie comme « une pratique et une procédure pour encourager significativement les membres de la famille à participer à l'intervention » (Hanson, 1992 : 274).

Bien que peu d'auteurs définissent clairement l'implication parentale, plusieurs écrits permettent toutefois de préciser les caractéristiques qui y sont généralement associées. Ainsi, pour Odesse et al. (1991) et Saint-Jacques et al. (2000), la participation des parents en centre de réadaptation ou en milieu naturel peut se manifester de plusieurs façons. En fait, les parents peuvent s'impliquer auprès de leur enfant en participant à des groupes d'éducation, à des groupes de soutien, aux activités des centres de réadaptation ou à la thérapie familiale. Pour Odesse et al. (1991), dont la recherche consistait à analyser dix programmes d'intervention auprès de jeunes hébergés en centre de réadaptation et auprès des membres de leur famille, il peut s'agir également de visites des parents au centre et de sorties des jeunes dans leur milieu naturel. Les contacts téléphoniques entre les parents et les intervenants, la participation des parents aux activités spéciales des centres et la possibilité qu'ils puissent observer les intervenants travailler avec leur enfant ou se mettre eux-mêmes en action devant les intervenants sont aussi d'autres exemples d'implication parentale (Odesse et al., 1991). Le partage ininterrompu d'informations entre les parents et les intervenants, ainsi que les discussions sur les moyens d'intervenir et les décisions à privilégier sont également des façons d'impliquer les parents auprès de leurs enfants (Beaupré et Tremblay, 1992; Odesse et al., 1991; Saint-Jacques et al., 2000).

Selon Saint-Jacques et al. (2000), la perception que les intervenants ont de l'implication parentale varie en fonction du mandat qu'ils exercent. De fait, pour les intervenants œuvrant en services de réadaptation, l'implication des parents s'effectue lors de l'intervention directe auprès de l'enfant, tandis que pour les intervenants dont le mandat est de nature psychosociale, notamment ceux qui travaillent à l'application des programmes d'intervention pour protéger les enfants, l'implication s'effectue durant tout le processus d'intervention. La conception de l'implication parentale est donc susceptible d'être différente d'un intervenant à l'autre.

## Méthodologie

Afin de recueillir le point de vue des intervenants sociaux et des éducateurs du CJSLSJ sur l'implication parentale, divers objectifs ont été poursuivis dans cette étude. Le présent article s'intéresse toutefois plus particulièrement à documenter les définitions de l'implication parentale fournies par les intervenants, de même qu'à préciser les attentes de ces derniers envers les parents dans les interventions réalisées en centre jeunesse. Pour répondre à ces deux objectifs, une stratégie de recherche qualitative de type exploratoire a été privilégiée. Les intervenants sociaux et les éducateurs qui ont été sollicités pour cette étude travaillaient tous, au moment de la collecte des données, au CJSLSJ, plus précisément au Saguenay, soit aux bureaux de Chicoutimi, de Jonquière et de La Baie. Aucun répondant ne représentait le secteur du Lac-Saint-Jean, soit les bureaux d'Alma, de Roberval et de Dolbeau. Sur un total de 16 répondants ayant accepté de participer à cette étude, huit étaient des intervenants sociaux travaillant à l'application des programmes. Leur principal mandat était d'offrir de l'aide et du soutien aux jeunes et à leur famille en réalisant leur suivi psychosocial en vue de s'assurer que la sécurité et le développement de l'enfant ne sont plus compromis (Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord, 2012). Huit autres étaient des éducateurs spécialisés affectés au service de réadaptation externe. Le mandat principal de ces derniers était d'assurer l'éducation et la rééducation des usagers en milieu externe en vue de la réadaptation de ceux-ci (CJSLSJ, 2011). Offrir de l'aide éducative aux parents pour les soutenir dans leur rôle parental est d'ailleurs l'un des moyens utilisés par les éducateurs spécialisés. Tous les intervenants sociaux avaient une formation universitaire, soit un baccalauréat en travail social, alors que les huit éducateurs spécialisés avaient un diplôme d'études collégiales en éducation spécialisée.

Même si la présente étude a permis de recueillir des données qui sont pertinentes à l'intervention auprès des familles, il n'en demeure pas moins que la taille réduite de l'échantillon est une limite qu'il importe de souligner. Toutefois, comme l'objectif de la recherche n'était pas de généraliser les résultats, mais

bien de comprendre plus en profondeur la perception qu'ont les intervenants du CJSLSJ de l'implication parentale, la taille de l'échantillon est, selon nous, satisfaisante. Pour Frish (1999), un échantillon de huit à dix répondants est suffisant pour répondre aux objectifs d'une recherche qualitative.

La technique d'échantillonnage non probabiliste de volontaires a donc été utilisée pour cette recherche (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte, et al., 2000). Pour obtenir un nombre suffisant de volontaires, le projet de recherche et ses modalités ont été explicités aux intervenants lors de différentes rencontres d'équipe. À la fin de chaque rencontre, une lettre résumant le déroulement de la recherche et un formulaire de disponibilité à participer à l'étude ont été remis à tous les intervenants présents. Dans le cas des intervenants absents au moment de la rencontre, les deux documents ont été déposés dans leur casier personnel et ils ont été, par la suite, contactés par téléphone afin de vérifier leur intérêt à participer à la recherche. Les huit premiers intervenants sociaux et les huit premiers éducateurs qui ont manifesté leur intérêt à participer à l'étude ont été inclus dans l'échantillon.

L'entrevue semi-dirigée a été l'outil de collecte de données privilégié pour cette recherche. Un guide d'entrevue a été développé pour cette étude afin de répondre aux objectifs de la recherche. De plus, une fiche signalétique a été utilisée pour recueillir les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants. Des renseignements furent alors recueillis sur le genre, l'âge, la scolarité, la formation générale, le titre d'emploi et le nombre d'années d'expérience au centre jeunesse, et ce, pour chacun des intervenants ayant participé à l'étude. Les entrevues individuelles se sont déroulées au cours du printemps 2007 et ont duré, en moyenne, 90 minutes.

L'analyse de contenu qualitative par thèmes (analyse thématique) a été le type d'analyse choisi pour la recherche (Mucchielli et Paillé, 2003). Pour effectuer cette analyse, chaque entrevue a été enregistrée sur une cassette audio pour être ensuite transcrite sous forme de compte rendu intégral. Après avoir déterminé certains indicateurs ou certaines catégories

pour l'analyse des données, nous avons effectué le codage des entrevues à l'aide du logiciel N'Vivo.

## Résultats

Les résultats présentés dans cette section sont organisés selon trois thèmes principaux: 1) les définitions du concept d'implication parentale données par les répondants; 2) les mots-clés qui représentent, selon ces derniers, cette implication; ainsi que 3) les attentes des répondants envers les parents lors des interventions menées en centre jeunesse.

### Le concept de l'implication parentale selon les répondants

Lorsqu'il s'agit de définir l'implication parentale, la plupart des répondants, qu'ils soient intervenants sociaux ou éducateurs ( $n = 13$ ), font référence à des attitudes et à des comportements qu'adoptent ou devraient adopter les parents. Plus précisément, ils parlent d'une volonté des parents d'amorcer un processus de changement individuel. Les répondants mentionnent aussi l'importance d'une réappropriation de leurs responsabilités parentales en s'impliquant dans les décisions, en assistant aux rencontres avec les professionnels et en donnant leurs opinions pour répondre aux besoins de leurs enfants. La citation suivante illustre ce point de vue très répandu chez les répondants.

« Pour moi, l'implication parentale, c'est des parents qui s'investissent dans le bien-être de leur enfant. Donc, des parents qui prennent les moyens pour que leur enfant soit heureux. Et s'il y a une situation problématique, ils prennent tous les moyens nécessaires pour que la situation change. Que ce soit aller chez le médecin ou venir me rencontrer. Avant tout, l'implication parentale c'est de prendre conscience que ton enfant ne va pas bien et qu'il y a des choses qui doivent changer. Ça c'est le premier pas. Et après ça, bien, d'embarquer dans le processus de changement. »

Parallèlement à la nécessité d'amorcer un processus de changement visant le bien-être des enfants, certains répondants ( $n = 6$ ) insistent également sur les attitudes que les parents doivent adopter envers les intervenants afin d'être perçus par eux comme étant des parents qui s'impliquent. Ces attitudes font surtout référence à la transparence et à l'ouverture

des parents. La transparence des parents se traduit notamment par leur honnêteté en ce qui concerne leur réelle situation familiale. Pour sa part, l'ouverture des parents fait particulièrement référence à leur capacité d'accepter de recevoir les intervenants dans leur milieu familial et d'accepter de modifier certains comportements ou attitudes envers leurs enfants. Les deux citations qui suivent illustrent ces perceptions des attitudes parentales.

« C'est sûr que ça prend une certaine transparence et que les parents me donnent l'heure juste sur ce qui se passe avec les jeunes et au niveau de la dynamique familiale. »

« L'implication bien, c'est de nous recevoir. D'accepter de nous recevoir dans leur maison. D'accepter qu'on va intervenir avec eux autres. D'accepter que... c'est ça, on va peut-être leur demander de changer des affaires. »

L'implication parentale est aussi associée, pour certains répondants ( $n = 2$ ), à la présence du parent aux rencontres planifiées avec l'intervenant. À cet égard, la présence physique est évidemment requise, mais un répondant va plus loin dans son discours en affirmant que l'implication parentale passe par une participation active des parents lors des rencontres. L'extrait suivant illustre cette nuance.

« Des gens qui viennent à toutes les rencontres mais qui ne disent rien, qui ne font rien, qui ne sont là que pour s'obstiner, bien ils collaborent pas en fin de compte. »

Enfin, sans nécessairement en donner une définition claire, certains répondants ( $n = 5$ ) soulignent que l'implication parentale est le point central de l'intervention en centre jeunesse. Pour eux, la place des parents dans l'intervention est fondamentale, parce qu'ils sont les experts de la situation ou parce qu'ils demeurent importants pour les enfants. La prochaine citation illustre les propos des répondants concernant l'importance accordée à l'implication parentale.

« Bien, c'est sûr que pour moi c'est primordial. Si je n'ai pas la collaboration des parents, comme je te disais entre autres avec les petits, je ne travaille pas! À prime abord là, le premier point pour moi, pour mon travail, c'est d'avoir une collaboration des parents. »

Certains autres intervenants considèrent qu'il faut adapter les modalités d'implication selon les différentes situations rencontrées,

notamment en fonction du rythme des parents, de leurs capacités et, enfin, de la problématique vécue par la famille, comme l'extrait suivant l'illustre.

« Donc l'implication c'est en fonction de ce que les parents aussi peuvent donner. C'est en fonction des problématiques et de l'enfant qu'ils ont. »

Enfin, l'un des participants considère qu'impliquer les parents demeure une responsabilité partagée entre les intervenants et les parents.

« L'implication parentale, c'est une responsabilité. Je dirais une responsabilité des parents, une responsabilité de l'intervenant. Je mettrais parent, intervenant. »

### **Principaux mots-clés caractérisant l'implication parentale**

Afin de préciser les définitions de l'implication parentale données par les répondants, ces derniers ont été invités à participer à un exercice d'association libre, sans aucune suggestion de mots formulée par les chercheurs, en nommant quatre mots-clés qui leur venaient spontanément à l'esprit concernant l'expression « implication parentale ». Des catégories de mots-clés ont ainsi émergé du discours des répondants. D'une part, huit mots-clés étaient liés aux comportements auxquels les répondants s'attendaient de la part d'un parent impliqué. Dans cette rubrique, les mots-clés qui ont été cités au moins deux fois ont été « collaboration », « responsabilité », « investissement », « participation », « action », « croissance des parents » et « réponse adéquate ». À lui seul, le mot collaboration a été nommé par cinq répondants différents, tout comme le mot responsabilité. Par ailleurs, neuf mots-clés évoqués par les répondants étaient plutôt associés à l'attitude des parents jugés impliqués et englobaient des expressions comme « vouloir » et « présence » (n = 4). Enfin, une dernière catégorie regroupant quatre mots-clés concernait l'importance accordée à l'implication parentale par les répondants. Les intervenants qualifiaient alors l'implication des parents d'« importante », de « besoin », de « nécessaire » et de « primordiale ».

### **Attentes des répondants au sujet des parents**

L'analyse des entrevues réalisées auprès des répondants a révélé que ceux-ci s'attendaient

à des comportements ou des attitudes spécifiques des parents lorsque ceux-ci s'impliquent dans l'intervention. D'une part, en ce qui concerne les comportements, certains (n = 8) s'attendaient à ce que les parents collaborent avec les intervenants. D'autres (n = 6) mentionnaient l'importance que les parents mettent en pratique les moyens proposés pour mettre fin à la situation de compromission, alors que cinq autres répondants affirmaient s'attendre à ce que les parents soient présents lors de l'intervention, notamment en étant présents auprès de leurs enfants et en se présentant au rendez-vous avec les différents intervenants. Quatre répondants ont nommé la nécessité pour les parents de se réapproprier leurs responsabilités parentales. Participer aux rencontres et aux décisions prises a également été soulevé par différents répondants (n = 4).

D'autre part, les intervenants ont également mis en relief leurs attentes en ce qui concerne les attitudes des parents lorsque ceux-ci s'impliquent dans l'intervention. À cet égard, plusieurs répondants (n = 7) ont mentionné que les parents doivent faire preuve de transparence et d'honnêteté dans leurs relations avec les intervenants, alors que certains (n = 3) mentionnent l'importance que les parents reconnaissent la problématique qu'ils vivent, notamment en admettant que leur situation exige une intervention de la protection de la jeunesse. Pour leur part, deux répondants ont dit s'attendre à ce que les parents fassent preuve d'ouverture à remettre en question leur situation. Le tableau suivant (page 86) illustre les propos des répondants sur leurs attentes envers les comportements et les attitudes des parents.

### **Discussion**

Les auteurs qui se sont intéressés à l'implication parentale proposent peu de définitions de ce concept et présentent surtout les caractéristiques et les comportements des parents qui favorisent ou font obstacle à son émergence (Beaudoin et al., 1998; Beaupré et Tremblay, 1992; Odesse et al., 1991). À l'instar des écrits sur la question, la présente recherche révèle la difficulté des intervenants sociaux et des éducateurs rencontrés à définir clairement ce qu'est l'implication parentale. En effet, plutôt que de donner une définition claire et précise de

**Tableau 1 : Illustrations des attentes des intervenants en ce qui concerne les comportements et les attitudes des parents dans l'intervention**

| <b>Attentes concernant les comportements des parents</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attentes énoncées</b>                                     | <b>Illustrations</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Collaboration avec les intervenants (n = 8)                  | « Qu'ils acceptent de faire de quoi avec moi.<br>Qu'ils acceptent de travailler avec moi. »                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mise en pratique des moyens proposés (n = 6)                 | « Mes attentes c'est que les parents participent et qu'ils me disent leurs besoins. Je m'attends aussi à ce que si on trouve des solutions ensemble, bien qu'ils les appliquent après. »                                                                                                                                                                                                     |
| Présence dans l'intervention (n = 5)                         | Ça c'est clair, il faut qu'ils s'impliquent et il faut qu'ils soient là. »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Prise des responsabilités parentales (n = 4)                 | « Qu'ils reprennent du pouvoir sur eux autres pour pouvoir justement élever leur enfant comme il faut, pour qu'on ne soit plus là et qu'il n'y ait plus de problèmes de compromission. »                                                                                                                                                                                                     |
| Participation aux rencontres et aux décisions prises (n = 4) | Ma deuxième ça serait que le parent il participe dans le fond, et d'accord ou non, aux décisions qui sont prises. »                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Attentes concernant les attitudes des parents</b>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Transparence et honnêteté (n = 7)                            | « Mes attentes c'est comme je te parlais, c'est qu'on ait quand même une relation, pas nécessairement d'ami/ami, mais de collaborateurs, qu'ils [les parents] me donnent l'heure juste avec le jeune et qu'ils me transmettent les informations importantes. Qu'il n'y ait pas nécessairement de filtrage de l'information parce qu'ils la gardent ou qu'ils la donnent au compte-gouttes. » |
| Reconnaissance de la problématique vécue (n = 3)             | « Puis s'ils ne sont pas capables parce qu'ils n'ont pas les compétences pour ou qu'ils ont trop de difficultés personnelles ou quoique ce soit, bien c'est qu'ils l'acceptent. »                                                                                                                                                                                                            |
| Ouverture (n = 2)                                            | « Une remise en question. Et minimum qu'il y ait un début de réflexion qui puisse se faire. »                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

l'implication parentale, la quasi-totalité des répondants a fait référence à des attitudes et à des comportements que doivent adopter les parents pour être qualifiés d'impliqués, notamment en ce qui concerne la réappropriation de leurs responsabilités parentales, la collaboration avec les intervenants et la mise en pratique des moyens d'intervention proposés par ces derniers. À cet égard, le discours des répondants de la présente étude correspond aux résultats obtenus dans l'étude de Saint-Jacques et al. (2000), qui portait également sur la description d'un parent impliqué avec des intervenants œuvrant en centre jeunesse.

À la lumière des résultats de cette étude, il est aussi possible de constater que plusieurs comportements ou attitudes cités par les répondants pour définir un parent impliqué, notamment l'ouverture, l'honnêteté, la

transparence et la reconnaissance de la problématique, ont aussi été nommés comme des attentes qu'ils avaient envers les parents dans l'intervention. La façon dont les intervenants interrogés définissent l'implication parentale semble correspondre à leurs propres attentes en tant qu'intervenants envers les comportements et les attitudes que devraient adopter les parents qui sont prêts à collaborer avec les praticiens des centres jeunesse. Dans un tel - contexte, le parent qualifié d'impliqué est celui qui répond aux attentes des intervenants tout au long du processus d'intervention, c'est-à-dire un parent ouvert, honnête et qui accepte l'aide offerte. La définition du parent impliqué est essentiellement centrée sur ses comportements et ses attitudes dans la relation d'aide et ne tient pas compte des systèmes environnants (famille, école, soutien, etc.) pouvant l'influencer.

Ce constat fait écho aux propos de Turcotte, Saint-Jacques et Pouliot (2005) qui soulignent que les intervenants connaissent surtout les forces des parents relatives à leur capacité d'être un « bon client », notamment en ce qui concerne l'habileté à demander de l'aide et à utiliser celle qui leur est offerte ainsi que la capacité à prendre des responsabilités. Ces auteurs soulignent aussi que l'évaluation des forces et des faiblesses des parents, notamment en ce qui concerne leur implication, semble souvent être effectuée en dehors de l'environnement familial et du contexte de vie des familles.

Ce constat, soit le fait que les attentes des intervenants envers les parents impliqués renvoient principalement à la conception que l'on se fait de la relation d'aide traditionnelle, fait naître un questionnement. Se peut-il que les attentes des intervenants envers l'implication des parents ne correspondent pas au contexte de la relation d'aide généralement présente en contexte d'autorité, ce qui accentue l'écart entre la philosophie d'intervention des répondants et la pratique des intervenants? Sans pouvoir répondre à cette question, nous pouvons néanmoins nous appuyer sur la distinction que fait Mercier (1991) entre la relation d'aide traditionnelle et la relation d'aide en contexte d'autorité. En fait, pour Mercier (1991), la relation d'aide traditionnelle renvoie à une demande provenant des clients, à une reconnaissance de la compétence des intervenants, à une reconnaissance de leurs propres difficultés, à une motivation à cheminer et, finalement, à un consentement à accepter l'aide d'un professionnel. Mercier (1991) affirme également que cette vision traditionnelle de la relation d'aide diffère de celle que l'on retrouve en contexte d'autorité, surtout en protection de la jeunesse, où le client n'est pas toujours à l'origine de la demande d'aide, ne consent pas nécessairement à l'intervention au début du processus d'aide et, parfois même, pendant tout le processus, ne reconnaît pas obligatoirement la compétence de l'intervenant et, finalement, n'est pas forcément motivé.

Il est également possible de constater, à partir des résultats de cette recherche, que les répondants de la présente étude ont intégré, dans leur discours, les principes liés au processus d'intervention en protection de la jeunesse.

De plus, même s'il demeure difficile d'écarter l'éventualité que les répondants aient été motivés par la désirabilité sociale, il est possible de remarquer qu'ils perçoivent l'implication parentale d'une façon similaire aux éléments suggérés par la *Loi sur la protection de la jeunesse* et qu'ils ont, en plus, intégré dans leur discours les définitions usuelles de ce terme proposées par les chercheurs du Québec (Saint-Jacques et al., 2000).

Par ailleurs, des répondants ont aussi fait référence au désir des parents d'amorcer un processus de changement personnel. Même s'ils spécifient que les changements effectués par les parents ont comme objectif de mieux répondre aux besoins de leurs enfants, il n'en demeure pas moins que les intervenants ont mis l'accent sur le désir des parents d'amorcer ce processus de changement personnel. Ce point de vue correspond aux conclusions de Moss, Tarabulsy, St-Laurent, Bernier et Cyr (2007), qui mentionnent que pour répondre efficacement aux besoins des enfants, notamment ceux qui sont victimes de maltraitance, il est nécessaire que les parents amorcent un tel changement. Pour ces chercheurs, les intervenants doivent donner une place au cheminement personnel des parents en tant qu'individus et non uniquement les interpeller dans leur rôle de parent. Il est donc envisageable d'avancer, à la suite des résultats obtenus, que pour les intervenants interrogés, l'implication parentale est un élément nécessaire à l'intervention en protection de la jeunesse que nous pouvons définir en fonction de deux composantes principales : 1) une volonté des parents d'amorcer des changements individuels qui répondent aux besoins de leurs enfants et à leurs propres besoins et; 2) une participation active au déroulement du processus d'intervention.

## Conclusion

Impliquer les parents dans l'intervention est une stratégie d'intervention qui fait de plus en plus l'unanimité dans les milieux d'intervention auprès des familles. Les nouvelles connaissances qui, ces dernières décennies, ont démontré les avantages d'une telle stratégie d'intervention ont certainement contribué à son développement dans les milieux d'intervention. Toutefois, le fait que la *Loi sur la protection*

de la jeunesse réaffirme que les parents sont les premiers responsables de leurs enfants et que ces derniers doivent participer activement à l'application des mesures pour mettre fin à la situation de compromission incite aussi les intervenants à impliquer les parents. Il convient d'affirmer que cette recherche s'inscrit dans les orientations provinciales en ce qui a trait à l'intervention en centre jeunesse, notamment en permettant de mieux saisir comment les intervenants du CJSLSJ perçoivent l'implication parentale. Ce consensus permettra à l'ensemble des acteurs du centre jeunesse d'avoir un discours commun, pour ainsi mieux adapter la stratégie d'intervention qui consiste à impliquer les parents dans l'intervention.

À la lumière des résultats de la présente recherche, il serait également intéressant de recueillir plus précisément le point de vue des parents et des jeunes, notamment sur leurs propres perceptions en ce qui a trait à leurs responsabilités lorsqu'il s'agit de s'impliquer dans le processus d'intervention. Cela permettrait certainement de mieux comprendre l'implication parentale et, en plus, de redonner du pouvoir tant aux enfants qu'aux parents dans le processus d'intervention. Nous croyons également que la réalisation d'une recherche à plus grande échelle, auprès des intervenants sociaux et d'éducateurs spécialisés travaillant au centre jeunesse du secteur du Lac-Saint-Jean, aux bureaux d'Alma, de Roberval et de Dolbeau, permettrait de vérifier si la compréhension du concept est la même pour ce secteur ayant certaines caractéristiques particulières, notamment l'intervention auprès des Autochtones, les grands espaces géographiques et l'absence de transport en commun. Pour les mêmes raisons, une recherche pourrait aussi être effectuée pour mieux saisir la réalité de l'implication parentale dans certaines autres régions éloignées du Québec.

La réalisation d'une recherche n'impliquant pas seulement les intervenants sociaux travaillant à l'application des mesures et les éducateurs spécialisés œuvrant au service de réadaptation externe serait aussi une perspective de recherche intéressante. Ainsi, nous pourrions mieux connaître le point de vue de ceux qui travaillent en centre de réadaptation, ceux dont le mandat consiste à évaluer les signalements

et ceux œuvrant plus particulièrement auprès de jeunes contrevenants. De fait, malgré la poursuite d'objectifs communs, les fonctions de chacun de ces professionnels diffèrent dépendamment de leur mandat ce qui, selon notre point de vue, peut influencer la conception de ces derniers vis-à-vis de l'implication des parents.

### Descripteurs

Jeunesse - Protection, assistance, etc. - Québec (Province) // Parents - Attitudes // Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean - Québec (Province) // Familles inadaptées // Intervention auprès des parents // Relations travailleur social-client // Enfants placés - Relations familiales // Loi sur la protection de la jeunesse

Child welfare - Quebec (Province) // Parents - Attitudes // Problem families // Social work with parents // Relations between social worker and clients // Foster children - Family relationships

## Références

- Ausloos, G. (2001). *La compétence des familles, temps, chaos, processus*. Ramonville : Éditions Érès.
- Beaudoin, A., Mireault, M., Champagne, É., et Paquet, G. (1998). *Transfert des acquis, rapport final d'évaluation*. Québec : Institut universitaire sur les jeunes en difficulté.
- Beaudoin, A., Mireault, M., Champagne, É., et Paquet, G. (1999). Évaluation d'un programme d'implication parentale lors du placement du jeune en centre de réadaptation, *Service social*, 47 (3-4), 137-167.
- Beaupré, P., et Tremblay, C. (1992). *Les parents habitant en région périphérique de Québec et leur implication dans le processus de réadaptation de leur enfant*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Belpaire, F. (1993). Les racines de la collaboration éducateurs et parents dans le modèle systémique, dans G. Gendreau (Éd.). *Briser l'isolement entre jeune en difficulté, éducateurs et parents* : 173-213. Montréal : Éditions Sciences et Culture.
- Berlios, A. (1999). Systémique et rééducation en milieu scolaire : la mobilisation des compétences parentales, *Thérapie familiale*, 20, 3-21.
- Blumenthal, K., & Weinberg, A. (1984). *Establishing parent involvement in foster care agencies*. New York: Child Welfare League of America.
- Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (2012). Document consulté le 17 janvier 2012. Aider c'est dans notre nature! [http://www.cprcn.qc.ca/documents/2012-03ARH\\_000.pdf](http://www.cprcn.qc.ca/documents/2012-03ARH_000.pdf).
- Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2011). [http://www.cjsaglac.ca/donnees/fichiers/1/offre\\_emploi\\_educ\\_spec\\_111108\\_site\\_mg.pdf](http://www.cjsaglac.ca/donnees/fichiers/1/offre_emploi_educ_spec_111108_site_mg.pdf).
- Cormier, J. P. (1995). Un regard sur les compétences requises des acteurs de la collaboration éducateurs et parents; regard des parents, dans G. Gendreau (Éd.). *Partager ses compétences entre parents, jeune en difficulté et éducateurs, un projet à découvrir*, volume 1 : 258-267. Montréal : Éditions Sciences et Culture.
- Fangeras, F., Laguerre, C., Moisan, S., et Tremblay, D. (2002). *Les enjeux et les défis de l'intervention en centre jeunesse*. Québec : Institut universitaire.
- Frisch, F. (1999). *Les études qualitatives*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Gendreau, G. (1993). Vers une définition de la collaboration éducateurs et parents, dans G. Gendreau (Éd.). *Briser l'isolement entre jeune en difficulté, éducateurs et parents* : 70-91. Montréal : Éditions Sciences et Culture.
- Gendreau, G. (1995). Un regard sur les compétences requises des acteurs de la collaboration éducateurs et parents; regard de professionnels, dans G. Gendreau (Éd.). *Partager ses compétences entre parents, jeune en difficulté et éducateurs, un projet à découvrir*, volume 1 : 267-289. Montréal : Éditions Sciences et Culture.
- Gouvernement du Québec (2008). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Document consulté le 12 mai 2009. <http://www.cdpdj.qc.ca/fr/commun/docs/LPJ.pdf>.
- Hanson, S. L. (1992). Involving families in programs for pregnant adolescents: practices and obstacles, *Family in Society*, 73, 274-281.
- Lakin, B. L., Brambila, A. D., & Sigda, K. B. (2004). Parental involvement as a factor in the readmission to a residential treatment center, *Residential Treatment for Children and Youth*, 22, 37-51.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M. C., et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Mercier, L. (1991). Contexte d'autorité et judiciarisation : régression ou redéfinition novatrice de la pratique sociale professionnelle? *Service social*, 40 (2), 43-53.
- Moss, E., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A., et Cyr, C. (2007). L'intervention auprès des familles maltraitantes fondée sur les principes de l'attachement, dans L. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (Éd.). *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher* : 181-204. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mucchielli, A., et Paillé, P. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin Éditeur.
- Odesse, M., Vachon, J., et Simard, M. (1991). *Support à l'intervention; programmes d'intervention auprès des familles d'enfants placés en centre d'accueil*. Québec : Centre de recherche sur les services communautaires.
- Pouliot, E., Turcotte, D., et Monette, M.-L. (2009). La transformation des pratiques sociales auprès des familles en difficulté : du « paternalisme » à une approche centrée sur les forces et les compétences, *Service social*, 55 (1), 17-30.
- Saint-Jacques, M.-C., Beaudoin, A., Drapeau, S., et Lessard, G. (2000). *Les pratiques d'implication parentale dans l'intervention en protection de la jeunesse*. Québec : Institut universitaire sur les jeunes en difficulté.
- Turcotte, D., Saint-Jacques, M. C., et Pouliot, E. (2005). La perception des familles par les intervenants, dans A. Beaudoin, M. Brousseau, S. Drapeau, M.-C. Saint-Jacques, M. Simard et D. Turcotte (2005). *L'intervention de soutien des services psychosociaux pour les parents qui vivent des situations difficiles* : 77-104. Québec : Centre de recherche JEFAR.

## *Tempête dans la famille. Les enfants et la violence conjugale (2<sup>e</sup> édition)*

## Piste de lecture

par Isabelle Côté, T.S.,  
Louis-François Dallaire, T.S., et  
Jean-François Vézina, T.S., Éditions  
du CHU Sainte-Justine, 2011,  
208 pages.

Résumé et commenté par  
Linda Dupont, T.S.

L'ouvrage *Tempête dans la famille*, édition du CHU Sainte-Justine, est consacré plus particulièrement aux parents. Il apporte également des éléments cliniques fort éclairants aux intervenants qui travaillent dans les secteurs enfance/famille et qui doivent considérer plusieurs facteurs reliés au maintien de la relation père/enfant et à ses modalités dans un contexte de violence conjugale.

Les auteurs exposent rapidement l'angle choisi pour traiter du sujet – la violence exercée par les hommes envers les femmes, le rapport de domination entre les sexes – pour s'attarder aux problèmes des enfants exposés à la violence conjugale et à la manière dont ils la vivent de l'intérieur.

Comme il s'agit d'une seconde édition, ils mentionnent que des mises à jour ont été faites et que de nouveaux éléments de réflexion s'y trouvent : les conduites aliénantes, la parentification de l'enfant, les rôles tenus par les enfants exposés, les adolescents exposés vivant en maison d'hébergement, les droits d'accès accordés au père, la délicate question de la sécurité des femmes et de leurs enfants et, enfin, l'influence de la violence conjugale dans l'exercice des rôles parentaux des mères et des pères.

Le premier chapitre expose une réalité complexe et troublante. Il décrit les liens qui unissent

l'homme et la femme, le cercle infernal, répétitif et évolutif de la violence conjugale, les stratégies de la victime pour garder la paix et les impacts sur l'enfant. De façon plus globale, statistiques à l'appui, force est de constater que la violence envers les conjointes demeure un problème social mondial majeur. De plus, différentes études sur les enfants exposés à la violence conjugale, blessés physiquement et même tués dans un tel contexte, démontrent la gravité de cette problématique sans compter, comme le disent si bien les auteurs, les douleurs de l'âme, les maux causés par les mots.

Dans un tableau, les auteurs décrivent les diverses typologies de « chicanes » et leur assignent des feux vert, jaune et rouge. Cette façon de présenter les disputes est claire, originale et permet de distinguer rapidement ce qui serait normal ou très toxique. Des notions importantes sont rappelées, comme le fait que l'enfant craigne autant la séparation que la violence, surtout lorsqu'il s'agit de ses parents. Sont également abordées huit stratégies familiales utilisées pour maintenir le secret de la violence conjugale. Nous pouvons ainsi mieux comprendre de l'intérieur les enjeux et reconnaître les stratégies de chacun des membres de la famille.

Le second chapitre aborde de façon plus spécifique le quotidien des enfants exposés à la violence conjugale. Des témoignages, des paroles de parents, d'enfants, d'adolescents sont fort pertinents. C'est ici que la notion d'enfant « exposé » plutôt que de « témoin » prend tout son sens. Il est question de la perception des enfants sur la violence, de l'intervention policière, du séjour en maison d'hébergement, du retour et de la rupture. À juste titre, les auteurs insistent sur le fait que chacune de ces étapes ne constitue pas, en soi, une garantie de l'arrêt de la violence. À la suite de la rupture, il faut examiner le désir réciproque de maintenir la relation père/enfant, s'il existe un réel processus de changement d'amorcé. L'ex-conjoint est-il un père violent,

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs  
sociaux et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec.**  
Numéro 136 (2012.1) : 90-92.

quel est son état psychologique, dans quel état revient l'enfant de ses séjours chez son père, etc.? Les auteurs émettent des mises en garde sur le fait qu'un père ayant des comportements violents, des troubles de santé mentale et vivant une rupture peut être potentiellement dangereux. Des facteurs de risque et de protection, présentés dans un tableau, servent à l'évaluation de la dangerosité.

Les auteurs remettent en question le mythe voulant que ce soit plus facile pour une femme victime de violence conjugale de prendre la décision de se séparer. Ils présentent les différents facteurs qui nourrissent l'ambivalence des mères, afin d'ajouter à la compréhension. Ils nous sensibilisent aux défis auxquels la mère qui décide de se séparer est confrontée, en plus des démarches judiciaires où parfois trois paliers de tribunaux sont en cause, des enfants qui peuvent être appelés à témoigner et des réactions diverses que leur décision peut entraîner. Ils rappellent avec justesse que, lors d'une rupture, en présence de violence conjugale, on ne peut, ni ne doit, considérer ou traiter cette situation comme les situations habituelles de séparation. Aux notions de besoins et d'intérêt des enfants, des droits et des responsabilités des parents, se juxtaposent des principes de sécurité et de protection pour les enfants et leur mère.

Le troisième chapitre est consacré aux contre-coups de l'exposition à la violence conjugale chez les enfants : leurs réactions peuvent être à court, moyen et long terme. Des tableaux sur les réactions physiques et émotives, les problèmes extériorisés, intériorisés et cognitifs, ainsi que par groupe d'âge viennent étayer les principales conséquences observées. Les auteurs soulignent que chaque enfant est unique, ainsi que sa manière de réagir à l'exposition à la violence conjugale. Outre le sexe de l'enfant et son âge, ses réactions et son adaptation sont influencées par divers éléments de vulnérabilité ou de protection. Le concept de résilience, développé par Boris Cyrulnik, neuro-psychiatre et éthologue, est également soulevé, car certains enfants dans un contexte à risque élevé réussissent à bien fonctionner dans plusieurs sphères de leur vie. Une synthèse des principaux facteurs de vulnérabilité et de protection liés à l'enfant, à la famille et à l'environnement est présentée.

Le dernier chapitre porte principalement sur l'aide à apporter à l'enfant et à ses parents. Il est question pour les parents de quatre étapes à franchir : reconnaître le problème de violence, opter pour la non-violence et l'offrir à son enfant, recourir à des ressources pour mettre fin à la violence, développer des compétences parentales. Les auteurs soulignent que certaines ressources d'aide, comme le groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI), ont intégré dans leur programme des éléments visant à sensibiliser les hommes à l'incidence de leur violence sur leurs comportements parentaux. Ils insistent sur une action concertée des différents intervenants et des ressources d'aide, ce qui permet d'avoir une vision globale du problème et de se préoccuper également des enfants et de la relation parent-enfant.

La conclusion est porteuse d'espoir pour les parents, les enfants et les intervenants œuvrant auprès des familles. À la fin de chaque chapitre, un résumé fort utile met en évidence les éléments abordés. De plus, les annexes qui présentent une petite histoire à propos de la violence conjugale sont une façon intéressante d'aborder ce sujet délicat avec l'enfant. La liste de suggestions de livres pour les parents et les enfants, les sites internet et les organismes d'information et d'aide sont utiles.

Nous croyons que cet ouvrage est fort pertinent pour les aidants naturels, les intervenants en milieu communautaire et les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Les propos des parents et des enfants sont très touchants, émouvants. Certains propos, diront les auteurs, ont été si souvent entendus et sont surtout si criants de vérité. Des parents se reconnaîtront, ou y verront les propos de leurs enfants ou encore ce qu'ils vivent de l'intérieur.

À la lecture, on perçoit le souci des auteurs d'aborder la problématique sous un angle systémique. L'accent est mis sur l'enfant, sur son vécu, sur ses réactions, sur les séquelles possibles et également sur le vécu de la mère, ses préoccupations, ses ambivalences, tout en abordant différentes dimensions à considérer chez le père et l'aide pouvant lui être offerte. Par ailleurs, les différentes ressources et les intervenants sont interpellés pour travailler en concertation, afin d'être plus efficaces.

Nous ne pouvons que nous rallier à cette façon  
d'aborder la problématique de la violence  
conjugale et familiale.

Bonne Lecture!

**Descripteurs :**

Violence entre conjoints - Aspect psychologique

Marital violence - Psychological aspects

***Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec***

## Piste de lecture

**par Julien Prud'homme, Les Presses de l'Université de Montréal, 2011, 228 pages.**

Résumé et commenté par  
Valérie Roy, T.S.

Connaissions-nous notre histoire en tant que travailleuses sociales? Comment le travail social québécois s'est-il façonné au fil des relations interprofessionnelles et de l'évolution du système de santé? Dans le contexte de l'entrée en vigueur prochaine de la loi 21, redéfinissant les champs d'exercice des professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, l'ouvrage de Julien Prud'homme sur l'histoire de cinq professions dites paramédicales démontre l'importance et la pertinence de s'intéresser à cette histoire professionnelle.

Ce livre nous plonge dans l'histoire québécoise de deux professions psychosociales (travail social et psychologie) et de trois professions en réadaptation physique (ergothérapie, orthophonie et physiothérapie) des années 1940 à 2010. L'auteur est historien et a écrit cet ouvrage dans le cadre d'une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et de la Chaire de recherche sur l'histoire et la sociologie des sciences. À cet égard, le livre ne vise pas à faire l'histoire de chaque profession, mais plutôt à expliquer comment chacune a été amenée à acquérir son autonomie, à définir son champ d'expertise et ses cibles d'intervention, ainsi qu'à développer ses pratiques. Cette quête professionnelle est située dans le cadre des rapports entre les professionnelles et de son influence sur le système de santé. L'analyse s'appuie sur des documents diversifiés (ex. : revues professionnelles,

mémoires de maîtrise), offrant ainsi un historique sous l'angle des professionnelles elles-mêmes (ex. : développement des pratiques) et non uniquement des ordres professionnels. Le livre adopte une approche constructiviste, ce qui a l'avantage de mettre en évidence la participation des différents acteurs et les enjeux de pouvoir.

Le livre est composé de trois chapitres, chacun couvrant une période historique, soit les années d'après-guerre, les années 1970-1985 et la période contemporaine, de 1985 à 2010. Le premier chapitre présente le développement historique de chaque profession, notamment sur le plan des pratiques, de la formation, des relations avec les médecins ainsi que des difficultés et des limites rencontrées dans l'exercice professionnel. L'étendue et la diversité du champ d'exercice du travail social sont soulignées en comparaison des quatre autres professions. Bien que chaque profession ait ses particularités, ce premier chapitre aide à comprendre les premières démarches d'autonomie, voire d'affranchissement de l'autorité médicale, tant dans les milieux de pratique que sur le plan légal (ex. : premières corporations professionnelles, syndicalisation).

Le deuxième chapitre présente les années 1970-1985 comme une période de transition pour les travailleuses sociales, les psychologues, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les physiothérapeutes. Malgré une bureaucratisation des pratiques, l'auteur défend la thèse que les réformes en santé et en éducation ont favorisé l'autonomie des professionnelles, notamment en raison de l'accès à une clientèle de plus en plus diversifiée et d'une définition plus clinique des cibles d'intervention. Le chapitre illustre les rapports parfois tendus entre les professionnelles concernant la définition des frontières de leur champ d'exercice. Les enjeux interprofessionnels ne sont pas nouveaux... les luttes entre les psychologues et les médecins au sujet de la psychothérapie dans les années 1970 rappellent les récents

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.  
Numéro 136 (2012.1) : 93-95.**

débats à ce sujet. De la même manière, il est intéressant de lire sur les stratégies de chaque profession dans le cadre des travaux qui mèneront à l'adoption du *Code des professions* en 1973. Tant durant les années 1970-1985 qu'en période contemporaine, l'auteur souligne le caractère politique des relations entre les ordres professionnels, de même qu'entre les ordres et l'État.

Les années 1985-2010 voient, pour reprendre l'expression de l'auteur, « l'extension du territoire de soins » de chaque profession. Dans leur quête d'autonomie, les professionnelles en viennent à empiéter sur le territoire d'autrui, qu'elles finissent, dans certains cas, par s'approprier et se réclamer. La question de la spécificité et des frontières n'est pas nouvelle pour le travail social, mais le livre a ceci d'intéressant qu'il situe cette problématique dans un contexte politique, administratif et professionnel plus large. L'auteur reconnaît la vulnérabilité particulière du travail social, en raison entre autres de l'étendue de son objet, mais d'autres exemples, dont celui de l'orthophonie et de la psychologie par rapport aux troubles du langage, soutiennent l'intérêt d'un regard plus global en ce qui a trait à l'analyse des enjeux identitaires d'une profession. Dans cette extension des champs d'exercice, l'auteur traite, entre autres, de l'influence des ordres professionnels, de la recherche universitaire, ainsi que des transformations du système de santé. Le chapitre se termine par les changements dans le système professionnel avec les comités Bernier et Trudeau.

Bien que la médicalisation soit abordée à différents endroits dans l'ouvrage, le dernier chapitre et la conclusion permettent de prendre la pleine mesure de cette orientation dans l'intervention. Ce thème est bien connu des travailleuses sociales, mais l'intérêt du livre est de situer et de traiter ce thème dans une perspective historique, interprofessionnelle et politique où les enjeux de pouvoir sont soulignés de façon plus évidente. L'auteur met certes une responsabilité sur les professionnelles qui n'est pas de leur seul ressort (il faut minimalement souligner l'intrusion des pratiques de gestion dans l'intervention), mais il situe les professionnelles comme des actrices face à cette médicalisation : « Les décisions prises en clinique sont des décisions politiques [...] où l'avenir des réseaux

public et privé de la santé dépend directement des choix des professionnels sur le terrain. Qu'est-ce qu'une maladie? Qui soigne? À quelle fin? Dans quel intérêt? » (222-223). Pour les travailleuses sociales, il y a là une invitation au rôle de changement social dans le « ici et maintenant » de l'intervention.

Les lecteurs auront remarqué que nous avons privilégié, dans ce compte rendu, le féminin et l'utilisation de termes liés à la santé. Du fait que les professions étudiées sont à majorité féminine, l'auteur a adopté le féminin et il traite d'ailleurs de l'influence du genre dans les rapports interprofessionnels. S'il ne prétend pas faire une histoire féministe de ces professions, il nous convainc certainement de la pertinence de le faire! L'auteur rappelle qu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, les auxiliaires féminines étaient favorisées en raison de leur docilité et que, jusque dans les années 1950, il ne semblait pas opportun d'ouvrir la profession d'orthophoniste aux hommes en raison de la faible rémunération.

Par ailleurs, le livre s'intéresse à un « certain » travail social, c'est-à-dire surtout individuel, institutionnel, dans le domaine de la santé, voire à un « certain » travail social dans le domaine de la santé. Cette conception du travail social est posée d'emblée dans le premier chapitre alors que le développement historique est traité sous l'angle des *Charity Organization Societies* et de Mary Richmond. Aucune mention n'est faite au courant de réforme sociale plutôt associé aux *Settlement Houses* et à Jane Addams. Les pratiques de groupe sont à peine effleurées (à partir des années 1960) et celles en organisation communautaire, presque ignorées. Bien que l'auteur souligne parfois les tensions au sein du travail social, celles-ci ne sont pas explicitées.

Il s'agit certainement là d'une limite d'un ouvrage qui n'est pas consacré exclusivement au travail social. D'ailleurs, on ne trouve pas de référence aux ouvrages sur l'histoire du travail social au Québec (par exemple, Groulx, 1993, et Mayer, 2002). Ce portrait partiel de la profession est probablement une critique qui pourrait être partagée par les autres professions étudiées. Sous l'angle du travail social, un titre précisant le domaine de la santé aurait au moins donné une indication plus précise de l'angle adopté

pour cette histoire. Il aurait d'ailleurs été intéressant que l'auteur explique le choix des professions étudiées; la psychoéducation aurait par exemple pu être incluse.

Mentionnons que l'ouvrage offre une histoire de ces cinq professions dans l'ensemble du Québec. Plusieurs exemples sont donnés dans les différentes régions du Québec et des nuances sont aussi soulevées entre les établissements. Cette diversification et cette mise en contexte contribuent au style vivant du livre qui maintient l'intérêt du lecteur.

Ce livre est d'un réel intérêt pour les travailleuses et travailleurs sociaux actuels et en devenir. Les enseignants et les superviseurs y trouveront une perspective historique intéressante pour traiter entre autres des enjeux identitaires et des relations interprofessionnelles. Enfin, les professionnels, les décideurs et les gestionnaires pourront certainement trouver matière à réflexion quant à la place du « social » dans le système de santé... et de services sociaux.

**Descripteurs :**

Service social - Québec (Province)

Social service - Quebec (Province)

**Références**

Groulx, L. (1993). *Le travail social : analyse et évolution, débats et enjeux*. Montréal : Éditions Agence d'Arc.

Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.

# **Profession : travailleuse sociale. Quarante-cinq ans de service social hospitalier, 1950-1995**

## **Piste de lecture**

**par Monique Meloche, travailleuse sociale, Éditions Liber, 2011, 248 pages.**

Résumé et commenté par

Jean-François Berthiaume, Ph. D., T.S.

Le titre de son ouvrage est on ne peut plus clair. C'est à un parcours de tout près d'un demi-siècle dans l'univers de la profession, mais également de l'histoire du Québec que Monique Meloche invite le lecteur. Cette praticienne chevronnée a œuvré en grande partie en milieu hospitalier, tout particulièrement en pédopsychiatrie. L'ouvrage est structuré en fonction de la chronologie des postes qu'elle a occupés jusqu'à sa retraite en 1995. Un premier chapitre décrit les grandes lignes du contexte des services sociaux à Montréal dans les années 1950. C'est à cette période que l'auteure termine sa maîtrise à l'École de service social de l'Université de Montréal et fait ses débuts en étant l'une des premières travailleuses sociales francophones au sein du Montreal General Hospital. Les sept chapitres qui suivent mettent en lumière une carrière impressionnante : l'Hôpital Général de Montréal (1952-1955); l'Occupational Therapy and Rehabilitation Center, devenu le Centre de réadaptation Constance Lethbridge (1955-1958); l'Institut Albert-Prévost (1958-1965); l'Hôpital Douglas (1961-1962); la Clinique Tavistock de Londres (1965-1966); l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, devenu l'Institut universitaire Louis-Hyppolite-Lafontaine (1966-1968); et, enfin, l'Hôpital Notre-Dame de Montréal (1968-1995).

Mme Meloche a une bonne plume qui intéressera tant un public averti, issu de la profession, qu'un public large et profane. Une écriture

limpide, intimiste même par moments, révélant une sensibilité, un souci du détail, un goût pour l'anecdote et parsemée de touches d'humour bien personnelles de celle qui a déjà été décrite par ses supérieurs, comme elle le mentionne, comme étant une « forte tête ». Dans un domaine marqué encore à ce jour par la présence des femmes, ce récit met en quelque sorte en lumière le travail d'une pionnière et d'une femme qui ne s'en laisse pas imposer, à une époque où bien des obstacles d'ordre social, religieux, culturel, économique et politique se dressaient sur son passage. Cette contribution d'une praticienne expérimentée est des plus rafraîchissantes en ce qu'elle ne vient justement pas du milieu habituel des professeurs, des chercheurs et des historiens sur le sujet.

Friande d'histoire, l'auteure nous met régulièrement en contexte concernant chacune des institutions au sein desquelles elle a œuvré. Par la proximité des liens qu'elle a eus avec certaines figures marquantes (Mme Lethbridge, Dr Camille Laurin et autres), Mme Meloche tantôt déboulonne certaines statues, tantôt n'hésite pas à rendre hommage à des personnes qui furent, tout comme elle, en avance sur leur temps.

En bonne clinicienne, l'auteure présente de nombreux cas de patients auprès desquels elle est intervenue. À notre avis, ceux-ci auraient pu être encore plus nombreux et développés encore davantage. C'est, à vrai dire, la seule critique que nous adressons à un ouvrage qui saura trouver preneur chez un public général autant que spécialisé. Son époque est celle de bien des mouvances : l'effritement du pouvoir du clergé, l'émergence de celui des nouvelles élites laïques, l'émancipation de plus en plus significative des femmes, les processus d'étatisation et de professionnalisation au cœur de la modernisation qui marque la Révolution tranquille au Québec.

Enfin, soulignons la présence d'enjeux encore très contemporains pour la profession. Même si dans cet ouvrage, ils se présentent à une autre

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
**Numéro 136 (2012.1) : 96-97.**

époque, il est intéressant de les retrouver encore présents aujourd'hui sous des formes différentes. Il s'agit, entre autres : de la permanence de la quête de reconnaissance professionnelle du travail social dans un univers dominé par le modèle médical; des pressions administratives et financières pour standardiser des pratiques d'abord et avant tout à caractère humain; des changements continuels de structure et d'organisation du réseau de la santé et des services sociaux et de leurs impacts sur les conditions de travail des professionnelles ainsi que sur les clientèles desservies, pour ne nommer que ceux-là.

# Politique éditoriale

La revue *Intervention* est publiée deux fois par année par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). Elle est destinée tant aux intervenants, aux chercheurs, aux enseignants qu'aux étudiants en travail social et en thérapie conjugale et familiale. La revue est distribuée gratuitement aux membres de l'OTSTCFQ et il est possible de s'abonner ou d'en acquérir des exemplaires en faisant la demande par courriel à : [<revue.intervention@otstcfq.org>](mailto:revue.intervention@otstcfq.org) ou par téléphone aux numéros 514 731-3925 ou sans frais 1 888 731-9420.

Son objectif est de contribuer à l'amélioration de la pratique et à l'avancement des connaissances dans les différents champs d'exercice professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. Les articles publiés touchent des questions de fond sur les plans professionnel et scientifique, traitent de manière documentée de questions d'actualité importantes, mettent en évidence et font l'analyse de nouveaux modes de pratique et d'expériences novatrices intéressantes pour le développement des pratiques professionnelles.

Le comité de la revue *Intervention* a retenu un certain nombre de critères à partir desquels se fait l'évaluation des articles qui lui sont soumis.

## Contenu :

Originalité, rigueur logique et méthodologique, actualité, respect de l'éthique, documentation adéquate, contribution au domaine du service social québécois.

## Forme :

Clarté, cohérence, qualité de la langue écrite, style approprié au contenu de la revue et au sujet traité.

La revue *Intervention* accepte des articles inédits, lesquels sont publiés dans la langue originale. Les auteurs qui soumettent un texte s'engagent à ne pas le présenter ailleurs avant d'avoir reçu la décision du comité de la revue *Intervention*.

Les textes doivent être tapés à **double interligne 12 points** et compter **au maximum 35 000 caractères**

(20 pages) **pour un article de fond** ou **au maximum 26 000 caractères** (15 pages) **pour un autre type d'article**, en incluant les notes et les références.

L'auteur fera parvenir son texte par courriel à [<revue.intervention@otstcfq.org>](mailto:revue.intervention@otstcfq.org).

Ce courriel devra contenir deux fichiers distincts.

- Le texte et le titre seulement; et
- une fiche personnelle de l'auteur comprenant les renseignements suivants : le nom de l'auteur, son adresse, ses numéros de téléphone et de télécopieur, son courriel, ainsi que son statut professionnel, c'est-à-dire son titre d'emploi ainsi que le nom et l'adresse de son employeur.

Les textes qui ne sont pas conformes à l'une de ces exigences seront retournés aux auteurs.

Tous les articles sont soumis de façon anonyme à **trois lecteurs** du comité de la revue qui en font une évaluation. Par la suite, la décision de publier ou de refuser un article est prise par le comité de la revue qui peut au besoin consulter des experts externes.

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec offre aux auteurs un exemplaire gratuit du numéro d'*Intervention* auquel ils ont contribué.

---

## Pour obtenir d'autres informations ou pour soumettre un article, veuillez vous adresser au :

---

Coordonnateur de la revue *Intervention*  
Ordre des travailleurs sociaux et des  
thérapeutes conjugaux et familiaux  
du Québec  
255, boulevard Crémazie Est, bureau 520  
Montréal (Québec) H2M 1M2  
Téléphone : 514 731-3925, poste 228  
Ligne sans frais : 1 888 731-9420  
Télécopieur : 514 731-6785  
Courriel : [revue.intervention@otstcfq.org](mailto:revue.intervention@otstcfq.org)  
Site Web : [www.otstcfq.org](http://www.otstcfq.org)

NB : Un *Guide de rédaction* est disponible sur demande.

*Intervention* Journal is published twice a year by the *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (OTSTCFQ). Its contents are of interest to professionals active in the various areas of social work, including field workers, researchers, and teachers as well as students in social work and couples and family therapy. It is distributed free of charge to members of the OTSTCFQ and is also available by subscription. Copies can be requested by email at <[revue.intervention@otstcfq.org](mailto:revue.intervention@otstcfq.org)> or by calling 514 731-3925 or toll-free 1 888 731-9420.

This publication seeks to contribute to the ongoing improvement of professional practices and the advancement of knowledge in the various areas of practice involving social workers, and couples and family therapists. Its articles deal with fundamental professional and scientific matters, address major current issues with corroborating documentation, present and analyze new practice methods and innovative experiments of interest for the development of professional practices.

The evaluation of the articles submitted to the Editorial Committee is based on the following criteria:

#### Contents:

Originality, rigorous logical development and methodological approach, topicality, respect for ethics, adequate documentation, contribution to the field of social work in Québec.

#### Style:

Clarity, consistency, quality of the writing, style's suitability to the subject matter and the publication's overall contents.

*Intervention* accepts **original** articles in **French** and **English**. English articles are published in English. Authors submitting a manuscript agree to refrain from submitting it elsewhere before receiving the decision of *Intervention's* Editorial Committee.

All manuscripts submitted to *Intervention* must be typed **double-spaced in 12-point font** with a maximum of **35,000 characters** (20 pages) for a **lead article** or a **maximum of 26,000 characters**

(15 pages) for **other articles**, including notes and references. Authors must email their articles to <[revue.intervention@otstcfq.org](mailto:revue.intervention@otstcfq.org)>.

This email must contain two separate files.

- The article and title only and
- personal data on the author including the following: author's name, address, fax and telephone numbers as well as professional status, job title and employer's name and address.

Documents that fail to comply with these requirements will be automatically returned to the author.

All articles are submitted anonymously to **three readers** on the Journal's Editorial Committee who will determine their suitability for publication in *Intervention*. Thereafter, a decision as to whether or not to publish an article will be made by the Editorial Committee, which may consult outside experts, if required.

The OTSTCFQ offers contributing authors one complimentary copy of the issue of *Intervention* in which their article appeared.

---

#### For more information or to submit an article, please contact:

---

*Intervention* Journal Coordinator  
Ordre des travailleurs sociaux et des  
thérapeutes conjugaux et familiaux  
du Québec  
255 Cremazie Blvd. East, Suite 520  
Montreal, Quebec H2M 1M2  
Telephone: 514 731-3925, ext. 228  
Toll-free: 1 888 731-9420  
Fax: 514 731-6785  
Email: [revue.intervention@otstcfq.org](mailto:revue.intervention@otstcfq.org)  
Web site: [www.otstcfq.org](http://www.otstcfq.org)

N.B. A guide to assist writers in preparing articles for *Intervention* is available upon request.

**Abonnement / Subscription****Réabonnement / Renewal of subscription****Revue *Intervention*****Nom / Name****Adresse / Address**

|                          |                  |                           |                         |
|--------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|
| Numéro / Number          |                  | Rue / Street              | Appartement / Apartment |
| Ville / City             | Province / State | Code postal / Postal Code | Pays / Country          |
| Téléphone / Phone number |                  | Courriel / Email address  |                         |

**Abonnement / Subscription****Individu / Individual** 39 \$ (taxes incluses / taxes included)**Institution / Institution** 51 \$ (taxes incluses / taxes included)**Abonnement à l'étranger / Foreign Subscription****Individu / Individual** 45 \$ (taxes incluses / taxes included)

(Port payé / Postage paid)

**Institution / Institution** 57 \$ (taxes incluses / taxes included)

(Port payé / Postage paid)

**Le paiement doit être envoyé à l'adresse suivante (cheque payable to) :****Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec**

255, boulevard Crémazie Est, bureau 520

Montréal (Québec) H2M 1M2 CANADA

Chèque ou mandat poste à l'ordre de l'OTSTCFQ / *Cheque or money order payable to OTSTCFQ*

Visa



Mastercard

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|



Date d'expiration SIGNATURE

L'abonnement comprend deux numéros d'*Intervention* et chaque exemplaire coûte 27,45 \$ + taxes = 31,56 \$*Subscription includes two issues of Intervention and each issue costs 27,45 \$ + taxes = 31,56 \$*

La revue est distribuée gratuitement aux membres de l'OTSTCFQ et aux étudiants associés.

*The magazine is distributed free of charge to the Members of the OTSTCFQ and also to associated students.*

Vous pouvez vous procurer une édition déjà publiée en écrivant à &lt;revue.intervention@otstcfq.org&gt;.

*Previous issues are available upon request at <revue.intervention@otstcfq.org>.*

TPS / GST : 101162089 = 5 %

TVQ / QPT : 1006163331 = 9,5 %

**THÈME À VENIR**

Le comité de la revue souhaite vous faire part du thème qui fera l'objet d'un prochain numéro (juillet 2013) :

**Le transfert de connaissance de la recherche à la pratique clinique** – date limite pour soumettre les articles : 9 décembre 2012.

Nous invitons tous les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux à nous soumettre des articles.

Pour tout projet d'article en lien avec ce thème ou sur d'autres sujets, communiquez à

<revue.intervention@otstcfq.org> afin d'obtenir un exemplaire du *GUIDE DE RÉDACTION* d'articles.

Consultez le site Web de l'OTSTCFQ pour les appels de contributions ou pour connaître les dates de publication des prochains numéros à &lt;www.otstcfq.org/fr/docs/public\_communication\_publication&gt;.