

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Numéro 131, 40^e anniversaire, hiver 2009

INTERVENTION



**d'observation
et d'intervention**



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

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

COMITÉ DE LA REVUE

Nathalie Delli-Colli, présidente
 Simon Archambault
 Isabelle Côté
 Geneviève Piché
 Louise Provost
 Valérie Roy
 Marie Senécal Émond
 Claire Tranquille
 Luc Trottier, membre *ex-officio*

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

PERSONNES-RESSOURCES

André Beaudoin, coordonnateur
 Isabelle Tessier, secrétaire
 Luc Trottier, directeur des communications
 Denise Bernard, indexation
 Muriel Dérogis, réviseuse linguistique
 Lithographie SB, montage et impression

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.

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 2009-2010 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
 Denis Arsenaault

Région 02 - Saguenay/Lac-Saint-Jean
 Danièle Tremblay

Région 03/12 - Capitale-Nationale/Chaudière-Appalaches
 Josée Masson
 Marie-Josée Morin
 Serge Turcotte

Région 04/17 - Mauricie/Centre-du-Québec
 Claude Leblond

Région 05 - Estrie
 Benoît Van Caloen

Région 06/13 - Montréal/Laval
 Lorraine Brault
 John Thomas Compassi
 Jeannine Loïselle
 Allan Ptack
 Sylvio Rioux
 (poste vacant)

Région 07 - Outaouais
 Guylaine Ouimette

Région 08/10 - Abitibi/Témiscamingue/Nord-du-Québec
 Rolande Hébert

Région 09 - Côte-Nord
 Stéphane Verret

Région 14/15 - Lanaudière/Laurentides
 Madeleine Laprise

Région 16 - Montérégie
 Rachel Bonneau
 Sonia Gilbert

SECTEUR THÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE

Louise Lemieux

Membres externes nommés par l'Office des professions

Claire Denis
 Lucie Granger
 Jean-Luc Henry
 Gladys Pagé

COMITÉ EXÉCUTIF

Claude Leblond, t.s., président
 Guylaine Ouimette, t.s., 1^{re} vice-présidente
 Rolande Hébert, 2^e vice-présidente
 Serge Turcotte, trésorier
 Jean-Luc Henry, 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

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
 Commis senior à la comptabilité
 Commis intermédiaire
 Réceptionniste

Service des communications et publications

Directeur
 Conseillère en relations publiques
 Secrétaire
 Coordonnateur de la revue *Intervention*

Secrétaire

Direction du développement professionnel

Directrice
 Chargée d'affaires professionnelles
 Chargé(e) d'affaires professionnelles
 Chargée d'affaires professionnelles, t.c.f.
 Chargée d'affaires professionnelles (contractuel)
 Responsable du programme de l'inspection professionnelle
 Secrétaire administrative
 (formation continue, service de références)
 Secrétaire (inspection)
 Secrétaire
 Secrétaire
 Secrétaire

Service juridique

Conseiller juridique

Direction des admissions

Directrice
 Secrétaire administrative
 Secrétaire (réadmission)
 Secrétaire

Bureau du syndic

Syndic
 Syndics adjoints

Secrétaire (bureau du syndic)

Comité de discipline

Secrétaire au comité de discipline
 Secrétaire au contrôle de l'exercice professionnel (discipline et révision)

Comité de révision

Secrétaire au contrôle de l'exercice professionnel

Claude Leblond, t.s.
 Sara Veilleux

Ghislaine Brosseau, t.s.
 Marie-Cécile Pioeger
 Emilie Grégoire

Sylvie Tremblay
 Rose-Myrène Dorival
 Carolina Loyola
 Mélissa Nourry
 Claire Kinelski

Luc Trottier
 Johane Bergeron
 Anouk Boislard
 André Beaudoin, t.s.
 (jusqu'en décembre 2009)
 Claude Larivière, t.s.
 (à partir de janvier 2010)
 Isabelle Tessier

Natalie Beauregard, t.s.
 Marie-Lyne Roc, t.s.
 (poste vacant)
 Louise Roberge, t.c.f.
 Sonia Bourque, t.s.

Jean-Yves Rheault, t.s.

Huguette Houle
 Johanne Martel
 Tatiana Petrova
 Lucie Robichaud
 Valérie Tengueu Motso
 (*congé de maternité*)

Richard Silver, t.s., avocat

Marielle Pauzé, t.s.
 Sylvie Poirier
 Nathalie Fiola
 (poste vacant)

Étienne Calomme, t.s.
 Marcel Bonneau, t.s.
 Dennis Farley, t.s.
 Jacqueline La Brie, t.s.
 Nathalie Fiola

M^e Maria Gagliardi

Tatiana Petrova

Johanne Martel

Éditorial : 40 ans d'observation, d'intervention et d'excellence par <i>Claude Leblond, président</i>	5
Présentation du contenu par <i>Nathalie Delli-Colli</i>	7

Articles thématiques

Origines de la revue <i>Intervention</i> et chemin parcouru depuis sa fondation par <i>André Beaudoin</i>	10
« Que sont les travailleurs sociaux devenus? » Un demi-siècle d'évolution de la pratique du travail social au Québec (1960-2010) par <i>Madeleine Rivard-Leduc</i>	24
The Evolution of Professional Legislation since the Creation of the Corporation of Professional Social Workers of the Province of Quebec by <i>Richard Silver</i>	34
Le travail social comme discipline pratique par <i>Jacques Alary</i>	42
Recherche et pratique en travail social : un rapprochement continu et essentiel par <i>Daniel Turcotte</i>	54
Les femmes et le service social. La place de l'intervention féministe illustrée par le parcours d'une femme engagée par <i>Christine Corbeil et Dominique Damant</i>	65
A History of the Montreal General Hospital Social Service Department by <i>Constance Lechman</i>	79
Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier par <i>Jean-François Berthiaume</i>	89
Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte par <i>Marielle Pauzé et Lyse Gautier</i>	98
Travail social et collaboration entre l'école, les familles et la communauté : réflexions sur le chemin parcouru et voies de l'avenir par <i>Rollande Deslandes</i>	108
De l'invisible au visible : les enfants exposés à la violence conjugale par <i>Isabelle Côté et Geneviève Lessard</i>	118
Couple and Family Therapy: The Evolution of the Profession with Social Work at its Core by <i>Sharon Bond</i>	128
Témoignages sur l'historique des thérapeutes conjugaux et familiaux au Québec : origines, développements, intégration à l'Ordre, défis actuels par <i>Herta Guttman, Geneviève Hone, Louise Lemieux, Michel Lemieux, Julien Mercure, Roch Pelletier, Jacqueline Prud'homme et Louise Roberge</i>	139
Merci aux pionniers! Bowen, Boszormenyi-Nagy, Minuchin, Haley et les autres... par <i>Cynthia Brosseau, Monique Doré et Stéphanie Latour</i>	151
La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales par <i>Denis Bourque</i>	161
Pratiques et enjeux de la coordination professionnelle en organisation communautaire de service public par <i>Dominic Foisy, Denis Bourque et René Lachapelle</i>	172

Articles hors thématique

La roue de bien-être : une contribution autochtone au travail social par <i>Marguerite Loiselle et Lauretta McKenzie</i>	183
Une pratique de travail social culturellement enracinée : regard sur les savoirs d'expérience des intervenants sociaux autochtones par <i>Christiane Guay</i>	194

Un programme d'éducation parentale à l'intention de parents séparés : les séminaires sur la coparentalité par <i>Gilles A. Vidal et Dominique Trottier</i>	204
Faciliter l'ajustement des hommes en rupture amoureuse par le renforcement de leurs stratégies d'adaptation par <i>Steve Audet</i>	212
Comment conjuguer les valeurs du travail social et l'intervention en contexte d'autorité à l'évaluation des signalements en protection de la jeunesse? par <i>Mélissa Desjardins et Louise Lemay</i>	222
La réponse du système de protection de la jeunesse montréalais aux enfants issus des minorités visibles par <i>Chantal Lavergne, Sarah Dufour, Janet Sarniento et Marie-Ève Descôteaux</i>	233
L'application du modèle transthéorique du changement dans le cadre du protocole de collaboration police-CLSC en violence conjugale par <i>Annie Blais et Sonia Gauthier</i>	242
Les modèles de relations partenariales dans le secteur du soutien à domicile québécois par <i>Sébastien Savard, Suzie Robichaud et Sabrina Tremblay</i>	249
L'appréciation des services sociaux par la clientèle : pertinence de la satisfaction et de la perception du changement par <i>Michèle Brousseau, Daniel Turcotte, Chantal Pilote et Mélanie Perreault</i>	261

Pistes de lecture

<i>Autobiographie d'un épouvantail</i> de Boris Cyrulnik commenté par Pascale Hamet	269
<i>Mes parents vieillissent : mode d'emploi</i> de Martine Trudel commenté par Claude Montpetit	271
<i>Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité</i> de William A. Ninacs commenté par Marie-Lyne Roc	273

Politique éditoriale	275
Editorial Policy	276



40 ans d'observation, d'intervention et d'excellence

Claude Leblond, M.S.s., travailleur social
Président de l'Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

À une époque où notre société a élevé en système des notions telles que l'efficacité et l'efficience, alors que les critères de quantité ont trop souvent préséance sur la qualité, il est réconfortant de constater que des valeurs telles que la rigueur et l'excellence semblent échapper à l'usure du temps. Si *Intervention*, la revue professionnelle et scientifique de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), est en mesure aujourd'hui de célébrer son 40^e anniversaire, c'est qu'elle a toujours maintenu le cap vers le même objectif : L'Humain. Avant tout. Ainsi, quarante ans de rigueur et d'excellence auront permis à *Intervention* de se tailler une place de choix parmi les plus prestigieuses publications du genre à l'échelle mondiale, particulièrement au sein de la francophonie.

Intervention est née de la volonté d'une poignée de travailleuses sociales et de travailleurs sociaux, conscients de l'importance de doter la profession d'un organe de diffusion apte à témoigner de l'évolution de la société québécoise, à travers le prisme de nos pratiques et de nos valeurs. À cette enseigne, je tiens à souligner la qualité de l'engagement des dizaines de membres bénévoles qui se sont succédé, au fil des ans, au sein du Comité de la revue. C'est à eux, à leur travail, à leur enthousiasme et à leur détermination que nous devons dédier ce numéro spécial.

Sur un autre plan, le quarantième anniversaire de la revue *Intervention* a une résonance bien particulière puisqu'il nous permet d'entrer dans la cinquantième année d'existence de notre ordre professionnel, constitué le 4 février 1960.


Observer, intervenir

Dès le départ, la revue professionnelle et scientifique de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec s'est donné pour objectif de créer un lieu permettant aux travailleurs sociaux de partager leurs connaissances, leurs compétences et leurs expériences afin de soutenir leur développement professionnel et de promouvoir la profession. Dans un article soulignant le 30^e anniversaire de la revue, Marie Sénécal-Émond, travailleuse sociale (et qui fut présidente de l'Ordre de 1989 à 1991) souligne à quel point *Intervention* aura contribué à donner une voix aux travailleurs sociaux et à leur donner le goût de l'écriture. Avec les années, un nombre de plus en plus grand de membres ont relevé, avec de plus en plus de brio, le défi de l'écriture. Certains ont même fait du métier d'auteur leur deuxième profession et il est permis de croire que, dans quelques cas, la revue aura servi de banc d'essai.

Depuis ses modestes débuts, l'attachement de nos membres envers « leur revue » ne s'est jamais démenti, particulièrement pendant les périodes où les finances de l'Ordre menaçaient son existence. Fort de cet appui assurant sa légitimité, *Intervention* s'est efforcée, d'un numéro à l'autre, de faire toujours plus, de faire toujours mieux. La grande variété et la pertinence des thèmes abordés, au cours de ces quatre décennies, reflètent bien l'éventail des expertises et des compétences des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux et de l'importance de leur rôle au sein de la société québécoise.

Le défi de la pertinence

La pratique du travail social, tout comme celle de la thérapie conjugale et familiale, exige une formation initiale permettant d'acquérir les compétences nécessaires. Cependant, afin de demeurer



pertinentes, nos professions doivent évoluer au rythme de la société, de ses enjeux, de ses réalités. Ainsi, pour être en mesure de suivre les différents courants de pensée, pour prendre connaissance des recherches les plus récentes, pour partager nos expériences professionnelles reliées aux problématiques émergentes, en un mot, pour maintenir et développer nos compétences, nous sommes privilégiés de pouvoir compter sur la revue *Intervention*. Parallèlement, au moment où l'Ordre joue un rôle de plus en plus important à l'échelle canadienne et au niveau international, la revue *Intervention* est promise à une visibilité planétaire, contribuant ainsi, de puissante façon, à la visibilité, à la notoriété et à la promotion de nos professions.

En terminant, au nom de tous les membres de l'Ordre, je tiens à réitérer toute mon admiration à celles et ceux qui se sont dévoués et qui se dévouent encore pour assurer la publication de notre revue professionnelle. J'exprime aussi le souhait de voir la revue *Intervention* jouer encore longtemps ce rôle indispensable de phare qui éclaire nos réflexions, nos actions et nos professions.



Présentation du contenu

Le comité de la revue *Intervention* remercie le président de l'Ordre, Claude Leblond, pour cet éditorial et partage le même sentiment de fierté devant la richesse que représente la revue *Intervention* dans la diffusion des savoirs professionnels et scientifiques des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. De nombreux auteurs ont accepté l'invitation de participer à ce numéro spécial du 40^e en témoignant de la riche histoire du service social et de la thérapie conjugale et familiale au Québec à travers l'évolution des réformes, des lois, des politiques, du développement des connaissances et des modèles de pratique. C'est avec un immense plaisir que nous vous présentons ce fructueux et volumineux numéro.

Tout d'abord, André Beaudoin, coordonnateur sortant de la revue *Intervention*, dresse un portrait très bien documenté qui va des modestes débuts de la revue en 1969 aux défis actuels et futurs, comme l'utilisation de la technologie comme moyen de diffusion dans *Origines de la revue Intervention et chemin parcouru depuis sa fondation*.

Les articles suivants relatent l'évolution du travail social sous différentes formes. D'abord, Madeleine Rivard-Leduc met la table dans *Que sont les travailleurs sociaux devenus?*, en discutant d'événements marquants comme la mise en place de lois et de réformes qui ont influencé la pratique du travail social au Québec au cours des 50 dernières années. Pour sa part, Richard Silver relate par ordre chronologique les principaux moments clés et les valeurs promues du cadre législatif du *Code des professions* dans *The Evolution of Professional Legislation since the Creation of the Corporation of the Professional Social Workers of the Province of Quebec*.

Jacques Alary dans *Le travail social comme discipline pratique* ravive ensuite la mémoire du lecteur, avec une perspective critique, sur les principales théories à la base des différents modèles de pratique enseignés et exercés encore aujourd'hui. Daniel Turcotte fait état, à travers le temps, de la rencontre de deux solitudes, la recherche et la pratique, et de l'importance de leur influence mutuelle dans la production de nouvelles connaissances dans *Recherche et pratique en travail social : un rapprochement continu et essentiel*.

C'est par le biais d'une entrevue réalisée auprès de Louise Vaillant, travailleuse sociale et féministe, engagée dans la lutte contre la violence conjugale que Christine Corbeil et Dominique Damant retracent le chemin parcouru depuis les 25 dernières années de l'intervention féministe au Québec dans *Les femmes et le service social. La place de l'intervention féministe illustrée par le parcours d'une femme engagée*.

Les deux articles suivants racontent un pan d'histoire du travail social en milieu hospitalier. Constance Lechman expose comment l'implication de certaines femmes comme Helen Reid, Emma J. Foulis, Ada Davison, pour ne nommer que celles-ci, a permis l'émergence de la profession du travail social au Québec et particulièrement dans le milieu hospitalier dans *A History of the Montreal General Hospital Social Service Department*. De l'Hôpital général de Montréal à la pratique du travail social en milieu hospitalier d'aujourd'hui, Jean-François Berthiaume discute d'enjeux tels que la reconnaissance professionnelle et les savoirs professionnels à travers le temps dans *Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier*. Marielle Pauzé et Lyse Gautier font état d'un bel exemple récent de reconnaissance professionnelle, celui de l'acte réservé aux travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux : l'évaluation psychosociale dans le cadre de mesures et de régimes de protection. De 1938 à aujourd'hui, les auteurs énoncent certains éléments historiques dans *Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte*.

La pratique du travail social avec les enfants, leur famille et les différents systèmes qui les entourent a aussi connu son lot de transformations depuis la création de l'Ordre et de sa revue *Intervention*.

Dans *Travail social et collaboration entre l'école, les familles et la communauté : réflexions sur le chemin parcouru et voies de l'avenir*, Rollande Deslandes fait le bilan de ses nombreuses recherches où la collaboration, la participation parentale, l'intégration des services et l'exercice du travail social en milieu scolaire sont au cœur des préoccupations de l'auteur depuis les 15 dernières années. Isabelle Côté et Geneviève Lessard se sont intéressées à une dure réalité, la violence conjugale, qui touche aussi l'enfance. L'article *De l'invisible à l'invisible : les enfants exposés à la violence conjugale* fait une rétrospective des éléments clés de la reconnaissance de ce phénomène comme problème social et présente des pistes d'intervention et de recherche à valoriser actuellement et dans le futur.

Au cours des dernières années, l'Ordre et la revue *Intervention* se sont enrichis de l'expertise d'un groupe de professionnels, les thérapeutes conjugaux et familiaux comme en témoignent les trois articles suivants. Dans *Couple and Family Therapy: The Evolution of the Profession with Social Work at its Core*, Sharon Bond fait le récit de l'évolution historique de la thérapie conjugale et familiale en rappelant, notamment, l'influence de certaines approches dans son développement tant au Canada qu'aux États-Unis et le rôle de leader qu'a joué le travail social au Québec dans la reconnaissance de cette profession. Dans la même lignée, un groupe de conférenciers et d'auteurs ayant participé à une journée sur les thérapeutes conjugaux et familiaux organisée par l'Ordre – Herta Guttman, Geneviève Hone, Louise Lemieux, Michel Lemieux, Julien Mercure, Roch Pelletier, Jacqueline Prud'homme et Louise Roberge – regroupent leurs diverses expériences et présentent *Témoignages sur l'histoire des thérapeutes conjugaux et familiaux au Québec : origines, développements, intégration à l'Ordre, défis actuels*. Cet article expose des faits historiques importants pour l'enrichissement de la thérapie conjugale et familiale, présente les principaux acteurs de cette évolution et met également l'accent sur les développements récents, dont l'intégration à l'Ordre et les défis futurs comme l'accès aux thérapeutes conjugaux et familiaux à l'accréditation de la psychothérapie. Enfin, dans *Merci aux pionniers! Bowen, Boszormenyi-Nagy, Minuchin, Haley et les autres... trois auteurs issus de la pratique*, Cynthia Brosseau, Monique Doré et Stéphanie Latour, posent comme question de départ : avons-nous gardé en mémoire l'héritage des approches bowémienne, contextuelle, structurale et stratégique? L'article permet de revisiter ces pionniers de la thérapie familiale.

Enfin, la transformation récente du réseau de la santé et des services sociaux a aussi été marquante pour plusieurs acteurs, notamment pour les travailleurs sociaux en intervention individuelle et collective. Cette nouvelle réalité est discutée par Denis Bourque dans *La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleurs sociaux*. Dans la même lignée, Dominic Foisy, Denis Bourque et René Lachapelle discutent des défis qu'amène cette reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux sur la fonction et la contribution des organisateurs communautaires ainsi que les mécanismes de soutien dans *Pratiques et enjeux de la coordination professionnelle en organisation communautaire de service public*.

Trêve d'histoire, revenons en 2009, période aussi fertile et dynamique pour le travail social. Les articles suivants livrent des résultats de recherches sur des sujets très actuels ou discutent d'enjeux de la pratique d'aujourd'hui.

Tout d'abord, deux articles nous entretiennent d'une thématique peu abordée dans *Intervention* soit l'apport du savoir autochtone au travail social. Dans *La roue du bien-être : une contribution autochtone au travail social*, Marguerite Loiselle et Lauretta McKenzie présentent comment la roue du bien-être, un concept millénaire, peut être utilisée dans le contexte de pratique d'aujourd'hui à travers un programme de transformation personnelle. Christiane Guay s'interroge sur les modes d'entraide traditionnels dans le champ du travail social et sur la rencontre du savoir autochtone et du savoir scientifique dans *Une pratique de travail social culturellement enracinée : regard sur les savoirs d'expérience des intervenants sociaux autochtones*.

Les conséquences positives et négatives de la séparation conjugale sont au cœur des deux articles qui suivent. D'abord, dans *Un programme d'éducation parentale à l'intention des parents séparés : les séminaires sur la coparentalité*, Gilles A. Vidal et Dominique Trottier rapportent les bienfaits et décrivent le contenu des séminaires sur la coparentalité offerts dans différents Centres jeunesse et CSSS. Ensuite, dans le récit de pratique intitulé *Faciliter l'ajustement des hommes en rupture amoureuse*

par le renforcement de leurs stratégies d'adaptation, Steve Audet nous informe des différentes stratégies d'adaptation des hommes et offre un outil d'intervention qui tient compte de leur style adaptatif.

La pratique du travail social en protection de la jeunesse comporte son lot de défis. Dans un premier temps, MéliSSa Desjardins et Louise Lemay démontrent l'intérêt d'adopter une pratique réflexive et une approche visant le développement du pouvoir d'agir des individus et des collectivités dans *Comment conjuguer les valeurs du travail social et l'intervention en contexte d'autorité à l'évaluation des signalements en protection de la jeunesse*. Dans un deuxième temps, l'article, *La réponse du système de protection de la jeunesse montréalais aux enfants issus des minorités visibles* de Chantal Lavergne, Sarah Dufour, Janet Sarniento et Marie-Ève Descôteaux, informe le lecteur d'un sujet encore trop peu documenté au Québec : la situation des enfants appartenant à une minorité visible et recevant des services de la protection de la jeunesse.

Les trois derniers articles traitent d'aspects spécifiques de la pratique. D'abord, Annie Blais et Sonia Gauthier exposent les résultats d'une étude qualitative qui a permis de tester les assises du modèle transthéorique et aussi les pistes d'intervention spécifiques aux femmes victimes de violence conjugale, dans l'article intitulé *L'application du modèle transthéorique du changement dans le cadre du protocole de collaboration police-CLSC en violence conjugale*. Ensuite, Sébastien Savard, Suzie Robichaud et Sabrina Tremblay ont mené une étude de type quantitatif qui a permis d'interroger plusieurs gestionnaires d'organismes de tiers secteurs et des établissements publics de différentes régions du Québec sur *Les modèles de relations partenariales dans le secteur du soutien à domicile*. Enfin, Michèle Brousseau, Daniel Turcotte, Chantal Pilote et Mélanie Perreault présentent *L'appréciation des services sociaux par la clientèle : pertinence de la satisfaction et de la perception du changement*. Cet article discute de trois concepts clés dans l'évaluation des services sociaux : la satisfaction de la clientèle, les changements perçus et les résultats des interventions. Les auteurs s'intéressent en particulier aux services offerts en Centre jeunesse.

Enfin, trois pistes de lecture sont suggérées. Tout d'abord, Pascale Hamet propose *Autobiographie d'un épouvantail*. Ce livre porte sur le sujet de la résilience des enfants provenant de diverses cultures et ayant vécu des événements traumatisants. C'est à travers cet essai, où se côtoient les illustrations et la réflexion, que Boris Cyrulnik démontre encore une fois l'importance de l'ouverture à la différence de l'autre. Ensuite, Claude Montpetit commente *Mes parents vieillissent : mode d'emploi*, de Martine Trudel. Ce livre, divisé en plusieurs chapitres, discute de la réalité des proches-aidants. Utile tant aux professionnels de la santé et des services sociaux qu'aux adultes engagés comme proche-aidants auprès de leurs parents, ce guide aborde de façon pratique plusieurs aspects de la relation aidant-aidé, comme l'accompagnement et les responsabilités liés à ce rôle. Enfin, le livre *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, de William A. Ninacs, est présenté par Marie-Lyne Roc. L'*empowerment*, concept largement utilisé, s'avère scruté d'abord sous l'angle des aspects théoriques dans les quatre premiers chapitres, puis les dimensions de l'intervention axée sur les principes d'*empowerment* sont explicitées. Ce livre intéressera les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux dans leur pratique et leur enseignement.

Bonne lecture!

Par *Nathalie Delli-Colli*, t.s.

Présidente du comité

Origines de la revue *Intervention* et chemin parcouru depuis sa fondation

par

André Beaudoin, Ph. D., t.s.

Coordonnateur de la revue *Intervention*

Courriel : abeaudoin@optsq.org

History of the creation of the newsletter that eventually became the *Intervention* Journal. Evolution: subjects and contents, procedure and editorial policy.

Histoire de la création du *Bulletin* de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, devenu ensuite la revue *Intervention* : évolution au fil des ans, thèmes abordés, fonctionnement et politique éditoriale.

En 1969, le conseil d'administration de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec (CTSPQ) choisissait de doter ses membres de la revue *Intervention*. Quarante ans plus tard, la portée de cette décision mérite d'être examinée.

Qu'est-ce qui explique les origines de cette revue? Quel cheminement a-t-elle effectué de sa création jusqu'à maintenant?

L'objectif visé ici est double : retracer et expliquer les origines et l'histoire de la revue *Intervention* et souligner son articulation pour l'expression de la pensée du travail social et plus récemment de la thérapie conjugale et familiale. À cet effet, le présent article est divisé en deux grandes sections. La première tentera de circonscrire et d'expliquer les origines de la revue. La deuxième décrira à l'aide de la méthode historique l'évolution de la revue au fil des ans et présentera quelques données pour éclairer cette description. Nous concluons en présentant quelques défis auxquels la revue est confrontée actuellement.

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 10-23.**

1. Précurseur de la revue

La publication de la revue *Intervention* prend ses racines dans *Le Bulletin* que publiait depuis 1961 la CTSPQ. D'ailleurs, le premier numéro de la revue *Intervention* porte le numéro 25. Cette première section mettra en évidence comment le *Bulletin* a contribué à préparer la voie à la revue.

En décembre 1961, la CTSPQ publie son premier *Bulletin de Nouvelles* au moment même où se fait l'embauche de la première secrétaire générale (voir Illustration 1). Ce premier bulletin comprend huit pages non numérotées avec de brefs textes traitant surtout des affaires de la corporation : comités à l'œuvre, reproduction du communiqué de presse annonçant la création du comité d'étude sur l'assistance publique, une note du trésorier intitulé « 603 membres dans la Corporation » et d'autres nouvelles brèves. En plus, il contient deux courts articles : l'un présente le rôle du service social face à la pauvreté (Sarrasin, 1961), l'autre discute de l'influence de la loi créant la corporation des travailleurs sociaux (Pulford, 1961). Dès ce premier bulletin, une orientation se dessine : y insérer des textes à contenu portant sur le travail social en même temps que des nouvelles concernant les affaires de la Corporation.

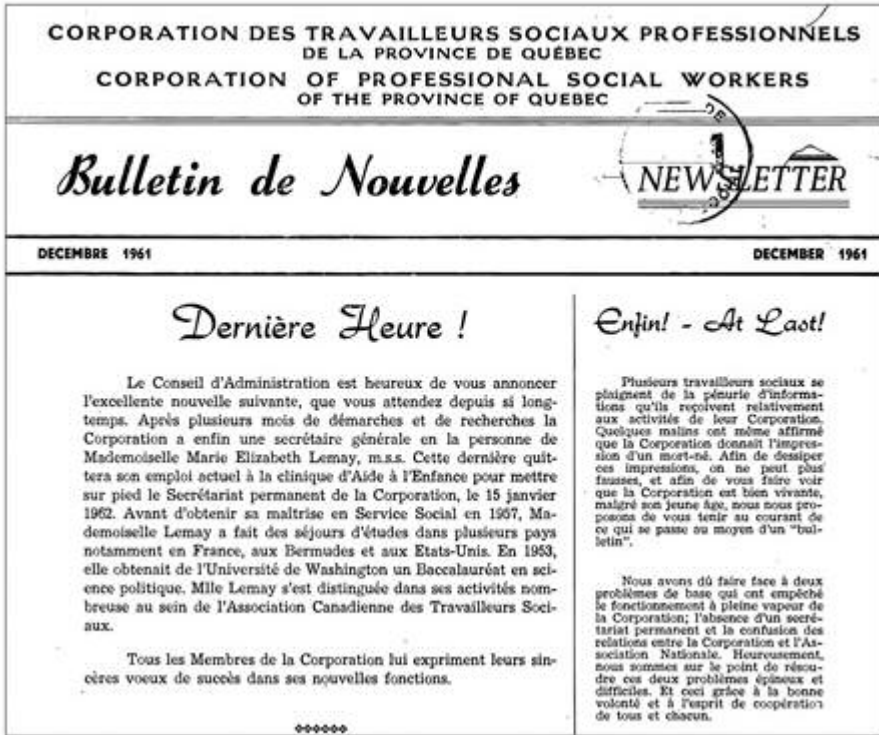
C'est ainsi qu'on retrouve presque toujours dans chaque bulletin des textes courts : descriptions de situation, courtes analyses, prises de position ou expressions d'opinion. À partir du numéro 4, les mots « *de Nouvelles* » qui faisaient jusque-là partie du titre disparaissent; ce dernier devient le *Bulletin de la CTSPQ*.

Originellement publiés sous format de lettre, les numéros 5 (avril 1963) à 15 (janvier 1966) sont publiés en format tabloïd (36 par 26 cm). Il reprend ensuite son format original à partir du numéro 16.

Dans le numéro 6 (juillet, 1963), le rapport du comité éditorial présenté à l'assemblée générale de la CTSPQ contient une première esquisse des différentes sections incluses dans le bulletin

Illustration 1

Reproduction d'une partie de la page originale du premier bulletin publié en décembre 1961



avec l'intention déclarée de publier tous les deux mois des commentaires éditoriaux, des articles à contenu, des rapports de comités et des lettres à l'éditeur en plus des différentes nouvelles traitant des affaires de la Corporation (voir illustration 2). Une tribune libre est ajoutée à partir du numéro 18 (juin-juillet 1967).

L'importance relative accordée aux textes à contenu dans les différents bulletins varie beaucoup. Certains bulletins ne consacrent qu'une page ou deux à ces textes alors que d'autres numéros leur consacrent la quasi-totalité de l'espace (7, septembre 1961; 13, mars 1965; 16, mars-avril 1966; et 22, février-mars 1968).

Les articles publiés sont la plupart du temps des textes très courts (une ou deux pages). Ils sont descriptifs ou expriment des prises de position des auteurs sur les questions abordées. Ils contiennent occasionnellement des ingrédients d'analyse critique avec remise en question de l'ordre existant. Leur contenu est le plus souvent centré sur la place du travailleur social et sur son rôle professionnel (Sarrasin, 1962; Beaupré, 1962; Berlinguet, 1962; Blondin,

The Bulletin is to be published regularly every two months. While it is impossible to foresee, at this time, the exact sub-divisions of the Bulletin, the Committee has decided on the following tentative sections: editorial comments; feature article; chapter news; Executive Secretary's and President's corner; Members of the Corporation profiles (biographical sketches); interim reports of the Corporation Committees; letters to the Editor; C.A.S.W. news; administrative news as issued by the office of the Corporation; sundry items.

Illustration 2 : Extrait du *Bulletin* (Kage, 1963 : 6)

1966; Notebaert, 1964; Cardin, 1966; Massé, Blondin, Blackburn, Couture et Vachon, 1967). Il y est aussi question de la formation en service social (Latour, 1963; Lacroix, 1964; Blondin, 1965-1966; Durocher, 1966), en ajoutant un numéro thématique traitant du même

sujet (Prudhomme, 1967; Zay, 1967; Routhier, 1967). D'autres articles remettent en question des modes de fonctionnement du système (Lacroix, 1962; Melvyn, 1965). Certains articles traitent aussi de domaines en émergence dans le travail social de l'époque comme l'organisation et l'action communautaires (Kage, 1962; Boissinot, 1963; Monette et Rochon, 1965; Beaudoin, 1966), la recherche et le travail social (Favreau, 1962; Beaupré, 1964; Solomon, 1964; Cloutier, 1968) et les services aux personnes âgées (Novick, 1963; Fleming et Schwarzmans, 1966). En plus de celui déjà cité sur la formation, deux autres numéros du bulletin ont été entièrement consacrés à des thématiques particulières : le service social en milieu hospitalier (Johnston, 1963; Sauveur, 1963; Naylor, 1963) et la planification familiale (Sarrasin, 1968; Perron, 1968; Bélanger, 1968; Courville, 1968; Dionne, 1968; Cloutier, 1968; Cowan, 1968).

En ce sens, le bulletin peut être vu comme l'un des premiers instruments officiels fournissant à l'ensemble des travailleurs sociaux un contenu de réflexion sur leur profession et certaines questions auxquelles ils se heurtaient. Il se situe à la fin de cette période décrite comme celle des origines du travail social au Québec, au moment de sa reconnaissance officielle sanctionnée sur le plan juridique par la reconnaissance des travailleurs sociaux comme groupe professionnel dans un contexte de transformation liée à la réforme de l'éducation pendant la Révolution tranquille (Prudhomme, 2007; Carey-Bélanger, 1979).

2. Quelques faits marquants de l'histoire de la revue

Quatre regroupements de faits paraissent importants pour caractériser les quarante années d'histoire de la revue : la décision de mettre sur pied la revue et sa pérennité, les caractéristiques de sa structure et de son fonctionnement ainsi que le contenu de la politique éditoriale avec comme complément quelques données quantitatives. Pour cet article, l'approche adoptée s'inspire d'une conception de l'histoire issue de la méthode « history-as-account » de Stanford (1994 : 2). Autrement dit, l'histoire permet de rendre compte des différents faits et événements en expliquant leur arrangement au moyen des concepts et des idées qui les caractérisent¹.

2.1 La décision de fonder la revue et les manifestations de la continuité de cette décision

Comme on l'a vu précédemment, le bulletin exerçait déjà une certaine influence de stimulation de la réflexion, de la discussion, de l'analyse et de l'expression du point de vue des travailleurs sociaux. Pourquoi passer à l'étape de production d'une revue? L'intérêt constaté chez les membres par la présence de brefs articles à contenu de réflexion dans cette première publication peut sans doute être invoqué comme une hypothèse de départ. En effet, ces articles sont le reflet du début d'une effervescence pour le développement d'une pensée en travail social qui s'articule autour de l'action sur le terrain. En même temps, le monde du travail social n'était pas étranger aux réformes en cours dans la société québécoise. Plusieurs travailleurs sociaux étaient d'ailleurs à la même période parties prenantes d'un certain nombre de changements en voie de réalisation dans la société québécoise à la fois comme agents et comme acteurs. Certains ont été associés à la réforme de l'éducation et aux nouvelles façons de fournir l'assistance publique. D'autres ont contribué à la révision des définitions plutôt moralistes données jusque-là à plusieurs problèmes sociaux et aux remises en question des structures d'action face à la pauvreté élaborées dans un contexte où l'influence cléricale et les valeurs paternalistes étaient dominantes pour ne pas dire exclusives.

À la fin des années 1960, un certain nombre de personnes revenaient au Québec à la suite d'études doctorales en service social à l'étranger, surtout aux États-Unis. Elles avaient pris conscience de l'importance des revues professionnelles et scientifiques pour le développement des connaissances et de la pratique en travail social. Elles se rendaient compte qu'une pensée en langue française propre à la situation québécoise était en train de s'articuler et que la quasi-totalité des revues disponibles était exclusivement diffusée en langue anglaise. L'une des rares exceptions était la revue *Service social* publiée à l'Université Laval, mais son tirage assez restreint et l'orientation du contenu ne touchaient pas l'ensemble des travailleurs sociaux. C'est pourquoi l'ouverture d'esprit démontrée par le conseil d'administration de la CTSPQ d'accepter la proposition de créer

une nouvelle revue envoyée à l'ensemble de ses membres et de l'utiliser pour diffuser la pensée en travail social mérite d'être soulignée. Dans l'éditorial du premier numéro publié, Jacques Alary donne les explications suivantes sur les raisons d'être de la revue *Intervention* :

«C'est d'ailleurs exactement ce que veut être la revue qui porte ce titre, un geste qui pose les travailleurs sociaux, une action qui nous engage collectivement. Commencer à s'exprimer publiquement par le médium d'une revue sur des questions d'actualité, engager ouvertement la discussion entre eux sur ces mêmes questions, s'informer réciproquement sur les actions entreprises, tout ceci pourra être pour les travailleurs sociaux du Québec une façon d'intervenir dans leur milieu ainsi qu'une occasion de se démystifier par rapport à eux-mêmes... C'est autant pour combattre cette tendance que pour engager la guerre à la pauvreté intellectuelle qui y est sous-jacente que les travailleurs sociaux du Québec ont voulu se donner une revue professionnelle» (Alary, 1969 : 2).

Cet énoncé met en relief le mandat de la revue au début de son existence. Au cours des premières années, le contenu des articles publiés varie considérablement. Ces articles prennent des formes très différentes et sont de longueur très inégale. Le plus souvent, ils sont plutôt courts. Il s'agit tantôt d'articles descriptifs de situations de pratique, d'articles de fond avec analyses documentées, d'articles sur des enjeux professionnels, des prises de position, des reproductions de résumés de rapports de comité ou de mémoires présentés à différentes autorités et quelquefois même de rapport de la présidence de la Corporation sur des questions particulières. De manière régulière, chaque numéro contient un éditorial et des comptes-rendus de lecture. Au fur et à mesure que les années passent et surtout à partir du numéro 43, en 1975, on voit diminuer les articles courts d'énoncés d'opinions et de prise de position, les rapports de comité et les lettres à l'éditeur.

La fréquence des parutions est caractérisée par un certain nombre d'irrégularités d'une année à l'autre au cours des 20 premières années. Il y a souvent trois ou même quatre numéros publiés chaque année mais parfois seulement un; ils le sont à différents moments dans le temps. Entre

1979 et 1995, la revue a été publiée, environ trois fois par année, sauf quelques exceptions. Depuis 1995, le nombre de parutions s'est stabilisé à deux par année. Nous fournissons un peu plus loin quelques données quantitatives sur cette question.

L'examen de l'ensemble des numéros publiés (voir tableau 1, p. 14) au cours des 40 dernières années permet les constatations suivantes :

- Au cours des 10 premières années de parution, entre 1969 et 1978, les 29 numéros publiés n'avaient pas de thématique précise, sauf le numéro 52 (été 1978) dont la thématique portait sur «la protection de la jeunesse»;
- Entre 1979 et 1988, 15 numéros sont sans thématique alors que 13 numéros en ont une;
- Entre 1989 et 1998, 24 des 27 numéros portent sur des thématiques précises;
- Entre 1999 et 2008, tous les numéros (n = 21) sont à thématique.

Il faut souligner que la quasi-totalité des numéros thématiques contient aussi des articles traitant de sujets externes hors thématique.

La deuxième partie de ce tableau fait état des différents regroupements selon la nature des thématiques pour les 59 numéros avec thématique. Au premier rang des regroupements des thématiques publiées dans le plus grand nombre de numéros, on retrouve celles centrées sur l'exercice de la profession. Dix numéros traitent à un titre ou à un autre de différents angles de l'exercice de la profession : le numéro 68 (publié en 1984) : *La pratique professionnelle*; 88 (1991) : *Pour une société en mutation, une formation et pratique renouvelées*; 100 (1995) : *Le service social une profession aux pratiques diversifiées*; 111 (2000) : *Travail social et thérapie conjugale et familiale*; 112 (2000) : *Travail social et résilience*; 114 (2001) : *Travail social et savoirs d'expérience*; 117 (2002) : *Responsabilités et dilemmes éthiques*; 118 (2003) : *Travailleurs sociaux, multidisciplinarité et interdisciplinarité*; 127 (2007) : *Les pratiques intégrées*; et 128 (2008) : *Enjeux actuels du travail social et de la thérapie conjugale et familiale*. Cela montre très bien comment le comité de la revue a accordé une place centrale à ce sujet depuis l'insertion des numéros à thématique. C'est en particulier une tendance marquée des 10 dernières années,

Tableau 1 – Numéros publiés entre 1969 et 2008 selon le regroupement des thématiques

	1969-1978	1979-1988	1989-1998	1999-2008	Total
Sans thématique	28	15	3		46
Thématique	1	13	24	21	59
Total des numéros publiés	29	28	27	21	105
Nombre de numéros publiés selon la nature des thématiques					
Exercice de la profession		1	2	7	10
Enfance et jeunesse	1		4	1	6
Violence/victimisation		2	4		6
Structure des services		1	3	1	5
Famille et intervention			3	2	5
Histoire du travail social		3		1	4
Santé mentale/alcoolisme		1	2	1	4
Problèmes sociaux			1	3	4
Gérontologie/fin de vie		2		1	3
Interculturel		1	1	1	3
Autres					
Santé physique/handicap		1	1		2
Administration/évaluation		1		1	2
Service social des groupes			2		2
Organisation communautaire			1	1	2
Réalités masculines				1	1

puisque sept des 21 numéros publiés portent sur l'un ou l'autre aspect de la question. Le contenu des thématiques choisies permet de voir la place centrale accordée dans la revue au renouvellement et à la diversification de la pratique, à la définition de ses assises et à l'arrivée de la thérapie conjugale et familiale dans les domaines de pratique.

Au deuxième rang, on retrouve deux regroupements qui ont fait l'objet chacun de six numéros. Le premier inclut les thématiques reliées à « l'enfance et à la jeunesse » abordées dans les numéros 52 (1978), 84 (1989), 87 (1991), 90 (1991), 95 (1993) et 129 (2008). Le second « Violence ou victimisation » a fait l'objet des numéros 75 (1986), 77 (1987), 92 (1992), 101 (1995), 106 (1998) et 107 (1998). C'est pendant la période de 1989 à 1998 qu'on retrouve le plus souvent les thématiques des regroupements de ces deux sous-ensembles. On peut avancer l'hypothèse que la place qu'occupent ces thématiques dans la revue reflète leur importance pendant ces années comme préoccupations de la pensée et de la pratique en travail social.

On retrouve ensuite deux sous-ensembles de thématiques qui ont fait l'objet chacun de cinq numéros. Le premier qui est présent au cours des trois dernières décennies traite de structures et de dispensation de services dans diffé-

rents milieux : numéros 78 (1987), 82 (1989), 83 (1989), 98 (1994) et 109 (1999). Sa fréquence plus grande entre 1989 et 1998 avec la publication de trois numéros sur des thématiques de ce sous-ensemble paraît attribuable aux difficultés vécues pendant ces années par la pratique de l'intervention dans le système public des services sociaux. Le second sous-ensemble traite à un titre ou un autre de l'intervention auprès des familles : numéros 89 (1991), 91 (1992), 99 (1994), 122 (2005) et 123 (2005). Il est constitué de thématiques abordées de façon récurrente dans la revue au cours des 20 dernières années, ce qui souligne l'importance particulière de ce champ d'intervention.

Quatrièmement, trois autres sous-ensembles de thématiques sont présents à quatre reprises : 1) l'histoire du travail social, qui a fait l'objet de trois numéros entre 1979 et 1988 et à une autre occasion au cours des dix dernières années; 2) la santé mentale qui revient avec une certaine régularité entre 1988 et 2004; 3) certains problèmes sociaux (itinérance, souffrance sociale, insuffisances de protection sociale et exclusion) abordés surtout entre 1999 et 2008.

En cinquième lieu, deux thématiques ont fait l'objet de trois numéros chacune : les préoccupations interculturelles et les questions gérontologiques ou de fin de vie. Enfin, les autres

thématiques sont beaucoup moins fréquentes, plus éclatées et plus difficiles à situer. Néanmoins, l'apparition plus récente de certaines d'entre elles, comme le service social des groupes, l'organisation communautaire et les réalités masculines, pourrait être considérée comme le reflet des préoccupations émergentes.

Deux réserves importantes s'imposent au sujet de l'analyse précédente. En premier lieu, l'analyse n'a porté que sur les numéros avec thématique. En conséquence, nous n'avons pas tenu compte des sujets abordés dans les numéros publiés entre 1969 et 1978, sauf dans celui à thématique, ni dans plus de la moitié des numéros publiés entre 1979 et 1988. De plus, il faut ajouter que plusieurs articles hors thématique sont publiés dans les numéros avec thématique; selon notre estimation, ils représenteraient au moins le quart des articles publiés dans les numéros thématiques.

Pour compléter cette analyse de la continuité de la revue, deux remarques additionnelles s'imposent. La première concerne le rayonnement et la seconde, l'appui reçu des membres de l'Ordre. Le tirage de la revue se situe maintenant à plus de 8000 exemplaires qui sont distribués aux travailleurs sociaux et aux thérapeutes conjugaux membres de l'Ordre. La revue dénombre aussi plusieurs autres abonnés institutionnels et individuels au Québec et à l'extérieur du Québec, dans le reste du Canada et en milieu francophone, aussi bien au Canada que dans plusieurs autres pays de la francophonie dans le monde. De plus, les articles de la revue sont souvent utilisés pour l'enseignement universitaire, l'enseignement collégial et la formation continue. En ce sens, la revue a un rayonnement qui dépasse largement les différents réseaux constitués par les membres de l'Ordre.

Deuxièmement, même si la revue a été occasionnellement l'objet de certaines critiques et qu'on a souvent le sentiment que son existence est « tenue pour acquise », elle a reçu un appui à certains moments critiques où elle était menacée. Dans un éditorial de 1977, Lindsay examine la situation de la revue à partir des 25 premiers numéros parus. Il souligne en particulier la difficulté de savoir quel est vraiment l'intérêt des membres vis-à-vis de la revue « si ce n'est qu'à des périodes plus difficiles à des

moments où l'existence même de la revue était mise en cause les membres se sont opposés à sa disparition » (Lindsay, 1977 : 2). Cette affirmation pourrait être retenue comme une constante de l'histoire de la revue.

2.2 Structure et fonctionnement de la revue³

Durant toutes ces années, le fonctionnement de la revue a été assuré par un comité composé de bénévoles nommés par le conseil d'administration. Les auteurs n'ont jamais obtenu de rémunération pour leur travail même si, à quelques rares occasions, certains d'entre eux ont reçu de menues subventions pour embaucher des assistants pour la rédaction de certains articles. La revue publie des textes inédits qui n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Ces derniers ne retirent aucun droit d'auteur et l'autorisation de reproduire le contenu de la revue est accordée à la condition de mentionner la source. En dépit de ces constantes, la structure et le fonctionnement de la revue ont subi certaines modifications importantes au cours des années. Trois moments-clés serviront à les mettre en évidence : une structure bénévole de fonctionnement au début; une structure dirigée surtout par la permanence de l'Ordre avec l'appui d'un comité composé de bénévoles et plus récemment une structure avec comité mandaté par le conseil d'administration dont la coordination est assurée par la permanence.

De sa fondation à la fin des années 1970, la revue a fonctionné presque exclusivement à partir du travail de bénévoles. Comme l'écrit Marie Émond, « au début mise en page, rapports avec l'imprimeur, révision du texte imprimé faisaient partie des tâches du comité de rédaction » (Émond, 1999 : 96). C'était ce comité composé de bénévoles qui se chargeait de l'ensemble des tâches. Il va sans dire que la revue bénéficiait du soutien de la Corporation pour le secrétariat, le paiement des coûts d'impression et d'envoi de la revue aux membres; il en était de même des coûts afférents au remboursement des dépenses effectuées par les membres du comité.

Vers la fin des années 1970, du personnel rémunéré de la permanence s'est progressivement intégré au processus de production de la revue, personnel à qui de plus en plus de tâches ont été déléguées. S'ajoute d'abord la contribution

du personnel professionnel de la permanence spécifiquement affecté à la revue. Puis à partir de 1981, on retrouve un poste de rédacteur en chef auquel s'ajoutent par la suite les tâches occasionnelles rémunérées de rédacteur adjoint ou de substitut au rédacteur en chef, des tâches de traducteur et de réviseur linguistique.

Entre 1981 et 1985, le rédacteur en chef, membre du personnel de la CTSPQ avait une fonction centrale pour la production de la revue. Il avait entre autres comme responsabilité de faire l'évaluation des articles et profitait du soutien du comité de rédaction auquel avait été greffée une liste de lecteurs externes. De cette manière, la revue était une publication plus directement administrée et contrôlée par les responsables de la Corporation. Son modèle de fonctionnement était plutôt centralisé, le nombre et le rôle des membres du comité de rédaction étant quelque peu réduits. Mais la formule comportait en même temps différents inconvénients. D'un côté, elle devenait plus impersonnelle et les membres du comité chargés de produire la revue pouvaient se sentir quelque peu aliénés dans leur rôle de membres du comité. Ils étaient dépendants de la façon de voir la production de la revue véhiculée par la permanence, d'où le risque de jouer un rôle plutôt instrumental dans la structure et de moins contribuer au développement de la pensée et de la profession du travail social. Plus concrètement, le fait d'utiliser des lecteurs externes, même s'il assurait un éventail plus large d'opinions pour l'appréciation des articles, aurait contribué à ralentir de beaucoup le processus d'examen des articles. Cette perception est d'ailleurs confirmée par un rapport récent de la *Society for Social Work Research* aux États-Unis (Jenson et Fortune, 2008).

C'est dans cette perspective qu'il faut analyser le virage effectué en 1986. Le comité de la revue prend position sur la nécessité de préciser les orientations de la revue, de définir sur une base plus solide et stable le processus de production de la revue et de clarifier les critères de sélection des articles. Il y a réaffirmation de la vocation initiale de la revue : publication d'articles reliés à l'intervention et faisant état de son développement, et instrument privilégié pour traduire la pratique du travail social au Québec. Sans nier la contribution d'autres chercheurs et intervenants, le comité de rédaction

doit s'assurer que la revue *Intervention* n'échappe pas aux travailleurs sociaux et qu'elle reflète adéquatement la réalité du travail social (Rondeau, 1986). L'utilisation de lecteurs externes est abolie, «procédure qui s'était avérée difficile et peu profitable à long terme» (Rondeau, 1986 : 5). Chaque article est évalué par trois membres du comité, les noms des auteurs étant masqués pour éviter le plus possible de les reconnaître. Le comité prend la décision de publication. En conséquence, la fonction de rédacteur en chef est profondément modifiée, même s'il faut attendre en 1998 pour la voir ensuite désigner sous le nom de coordonnateur de la revue *Intervention*.

Ce mode de fonctionnement est demeuré le même dans ses grandes lignes depuis 1986 et plusieurs mesures ont été prises depuis ce moment-là pour assurer une qualité plus grande du contenu des articles publiés, pour améliorer la rétroaction aux auteurs et pour augmenter l'efficacité de sa production. Parmi ces nombreuses mesures, soulignons notamment les suivantes :

- L'annonce à l'avance des thématiques des numéros futurs avec bref sommaire de présentation;
- Les accusés de réception rapides des articles reçus;
- Des précisions sur les dates de tombée des articles;
- L'envoi aux auteurs par le coordonnateur d'un texte comprenant l'évaluation faite par les lecteurs et les membres du comité de rédaction pour faciliter et personnaliser la communication. Il s'agit d'un moyen d'assurer une plus grande unité et cohérence de la pensée dans les évaluations fournies pour augmenter la qualité d'ensemble, la rigueur et la consistance des articles;
- L'utilisation dans la mesure du possible depuis quelques années du courriel pour :
 1. recevoir plus rapidement les articles soumis,
 2. faciliter et accélérer la communication entre le secrétariat, le coordonnateur, les lecteurs et les membres du comité,
 3. et assurer une communication plus rapide et efficace avec les auteurs;

- La mise en place d'un processus transparent de rétroaction aux auteurs de la part du comité qui assure le plus grand respect possible de la pensée exprimée dans les textes produits;
- L'envoi aux auteurs pour approbation de la version finale du texte prêt pour l'impression.

Un dernier aspect concerne la structure et le fonctionnement de la revue en relation avec les lecteurs et en particulier les membres de l'Ordre auxquels la revue est principalement destinée. Au cours des dix dernières années, elle a été progressivement indexée dans une banque de données accessible aux membres et au public en général sur le site de l'Ordre à l'adresse suivante : http://www.optsq.org/fr/index_communication_intervention_recherche.cfm, et où il est possible de faire directement des recherches pour identifier des articles par auteur, par titre et résumé ou par descripteur. Les sommaires des différents numéros à partir du numéro 106 sont aussi disponibles sur le site. Ce sont là des réalisations qui s'ajoutent aux indexations publiées dans d'autres banques comme *Repères*.

En somme, le type de patronage fourni par la Corporation ou l'Ordre a permis à la revue d'édifier une structure et un fonctionnement facilitant, d'une part, le développement d'une organisation fonctionnelle pour l'expression de la pensée et de la recherche et, d'autre part, la jonction avec la pratique et l'engagement professionnel d'agents impliqués dans l'action du travail social.

2.3 La politique éditoriale

Les quinze premières années de la revue l'ont été sans une politique éditoriale explicitement affichée. Les textes d'Alary (1969) et de Lindsay (1977; 1980) laissent bien supposer qu'il existe des critères et des normes pour publier un article, mais ils ne sont pas officiels. Tout au plus retrouve-t-on dans les différents numéros précédant 1983 des mentions intitulées « Pour soumettre un article » qui comprennent des indications très élémentaires sur le format à respecter pour présenter un article.

Au début des années 1980, les pressions sont de plus en plus fortes pour que la revue définisse et affiche explicitement sa politique d'accepta-

tion des articles pour publication. Dans le numéro 67 (CPTSQ, 1983 : 2) et dans les quelques numéros subséquents, on retrouve un encadré « Procédures de soumission d'articles » qui décrit certaines normes du format que l'article doit prendre et précise entre autres : le caractère inédit des textes publiés, la participation d'un travailleur social parmi les auteurs, la responsabilité des auteurs de modifier les textes ainsi que des précisions concernant l'examen des textes sans mention du nom des auteurs.

Quelques numéros plus tard, on retrouve dans la revue le premier énoncé officiel de « politique éditoriale » (CPTSQ, 1985: 108-109). En plus de présenter la nature de la revue, la fréquence de publications, les indications matérielles de présentation des textes (dactylographie, exemplaire, résumé et façon d'assurer l'anonymat de l'article), les éléments centraux du contenu de cette politique se définissent dans l'extrait suivant :

Ses buts [*Intervention*] sont de permettre aux membres de la Corporation de partager et de diffuser leurs expériences professionnelles ou leurs recherches, de stimuler la réflexion et d'assurer une formation continue. *Intervention* est un lieu privilégié où les travailleurs sociaux peuvent débattre des grandes questions d'actualité qui les préoccupent.

... critères à partir desquels est faite l'évaluation des articles qui lui [au comité de rédaction] sont soumis.

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

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

Sujets : Enjeux professionnels; problèmes sociaux actuels dans un contexte québécois; éléments d'histoire du service social québécois; politiques, organisations, pratiques du service social; théories sous-tendant la pratique; recherche et formation.

...

Les articles sont évalués par le rédacteur en chef, les membres du comité de rédaction et une équipe de lecteurs «extérieurs».

...

Le comité... étudie individuellement les demandes des annonceurs désireux de faire paraître une publicité dans ses pages.

(CPTSQ, 1985 : 109)

On est ainsi en présence de la première politique éditoriale publiée dans la revue. Plusieurs de ces éléments sont demeurés les mêmes pendant longtemps et les critères d'évaluation formulés à ce moment-là perdurent en grande partie encore aujourd'hui. Comme nous l'avons vu précédemment en parlant des structures et du fonctionnement, la réappropriation en 1986 par le comité de sa responsabilité pour l'évaluation des articles a entraîné en même temps la diminution du recours à des lecteurs externes. Ces derniers ont été remplacés par des lecteurs membres du comité qui évaluent les articles qui leur sont présentés de manière anonyme, c'est-à-dire après avoir enlevé le nom de l'auteur.

Depuis ce moment-là, certaines autres modifications ont été apportées progressivement dans la politique éditoriale de la revue. La politique éditoriale actuelle se résume comme suit :

- Publication : deux fois par année pour les intervenants, chercheurs, enseignants et étudiants en travail social et en thérapie conjugale et familiale. Distribuée gratuitement aux membres de l'OTSTCFQ.

Numéros thématiques avec acceptation d'articles hors thématique.

- Objectifs : 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.

- Critères : semblables à ceux définis mentionnés précédemment.

- Soumission des textes et procédure de communication avec les auteurs : textes dont la longueur ne doit pas excéder 35 000 caractères pour un article de fond et de 26 000 pour les autres types d'articles de communication par courriel. Dans la plupart des cas d'articles acceptés, publication dans un délai ne dépassant pas habituellement six mois après la date de tombée pour l'acceptation des articles.

- Évaluation : articles soumis de façon anonyme à **trois lecteurs** du comité de la revue qui en font une évaluation; 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.

- Complément à la politique éditoriale : un guide de rédaction est disponible pour aider les auteurs et le coordonnateur de la revue sert d'intermédiaire avec les auteurs.

À partir de l'analyse faite précédemment des changements principaux et de son état actuel, il est possible d'affirmer que la politique éditoriale est en voie de satisfaire une bonne partie des critères de qualité établis pour les revues publiées en travail social comme ceux définis par Valentine (2005) et le groupe de travail sur les publications de la *Society for Social Work and Research* (Jenson et Fortune, 2008).

2.4 Quelques informations quantitatives

Les 105 numéros de la revue publiés entre 1969 et 2008 comptent au total 1 044 articles. Aux fins de la présente analyse, un article est défini comme un texte écrit par un auteur ou par des coauteurs sous la forme d'articles de fond, de récits de pratique, d'articles traitant des pratiques d'ailleurs, d'articles de débats et d'analyses critiques ou d'une question d'actualité selon les définitions données de ces articles dans le *Guide de rédaction*. Sont exclus de cette définition les éditoriaux, les lettres à l'éditeur, les pistes de lecture et autres recensions de volumes, de revues ou de documents audiovisuels.

Trois indicateurs sont utilisés pour faire l'examen des numéros publiés au cours des quarante dernières années : le nombre annuel d'articles publiés, le nombre de pages et le nombre de mots. Chacun se complète en matière d'information : les articles fournissent

un éventail de la quantité de textes différents publiés dans la revue; comme ils peuvent être de longueur différente et que les pages peuvent compter plus ou moins de mots, les pages et le nombre de mots se complètent pour fournir l'information à différents moments dans le temps. Les trois figures suivantes montrent comment la revue a évolué au cours des quarante dernières années pour ce qui est du nombre d'articles publiés, du nombre de pages consacrées à ces articles et du nombre de mots qu'ils représentent.

Le nombre d'articles publiés n'affiche pas une tendance marquée (Figure 1). Le nombre d'articles publiés chaque année se situe surtout autour de 20 à 30 articles publiés annuellement, avec un nombre annuel aussi bas que quatre et six articles publiés en 1973 et 1974 et des sommets de 39 et 44 articles atteints en 2006 et en 1999 respectivement.

Les années avec un moins grand nombre d'articles ou celles avec un plus grand nombre d'articles correspondent aussi à celles qui ont le moins de mots, ce qui montre qu'il n'y a pas eu de changements affectant de manière importante la présentation des pages de la revue.

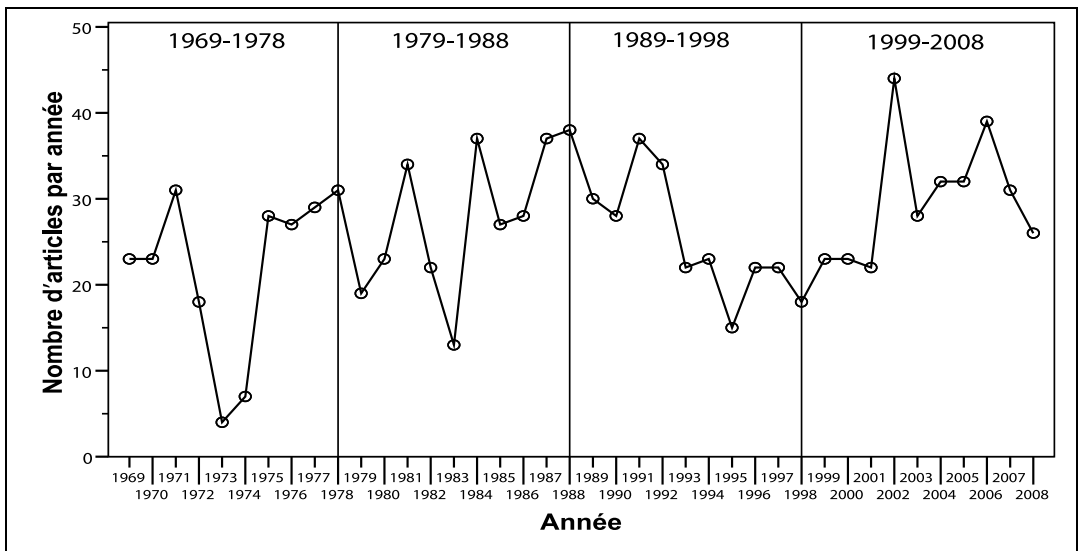
Le tableau 2 (p. 21) présente le nombre annuel moyen d'articles, de pages publiées et de mots

pour les quatre décennies d'existence de la revue. On peut observer une légère augmentation du nombre d'articles entre la première et les autres décennies. Le nombre moyen de pages publiées a augmenté continuellement au cours des quatre décennies de sorte qu'il a plus que doublé entre la première (1969-1978) et la dernière décennie (1999-2008), passant de 118 à 251 pages publiées en moyenne par année. La situation est à peu près semblable pour le nombre annuel moyen de mots : il passe de 69 215 à 159 681 entre la première et la dernière décennie.

En utilisant l'analyse de variance pour comparer les quatre décennies, il est possible de faire ressortir ce qui est le plus révélateur dans ces différentes données. Même s'il est plus grand, le nombre moyen d'articles ne s'accroît pas de manière suffisante d'une décennie à l'autre pour affirmer l'existence d'une augmentation significative du nombre d'articles produits pour l'ensemble des décennies entre 1969 et 2008 (d. l. : 3; F : 1,54; $p > 0,001$).

Par ailleurs, il y a augmentation significative du nombre moyen de pages publiées pendant les quatre décennies examinées (d. l. : 3; F : 6,44; $p < 0,001$). À l'aide d'un test de comparaison⁴ pour les quatre périodes,

Figure 1
Représentation du nombre annuel d'articles dans les différents numéros de la revue *Intervention* entre 1969 et 2008



on peut constater que le nombre annuel moyen de pages publiées entre 1999-2008 est significativement plus élevé que celui qu'on retrouve pendant la première période entre 1969 et 1978.

Toutefois, il n'y a à peu près pas de différence pendant les décennies 1979-1988 et 1989-1998. De plus, les différences constatées ne sont pas suffisamment considérables entre ces deux

Figure 2
Représentation du nombre annuel de pages consacrées aux articles dans les différents numéros de la revue *Intervention* entre 1969 et 2008

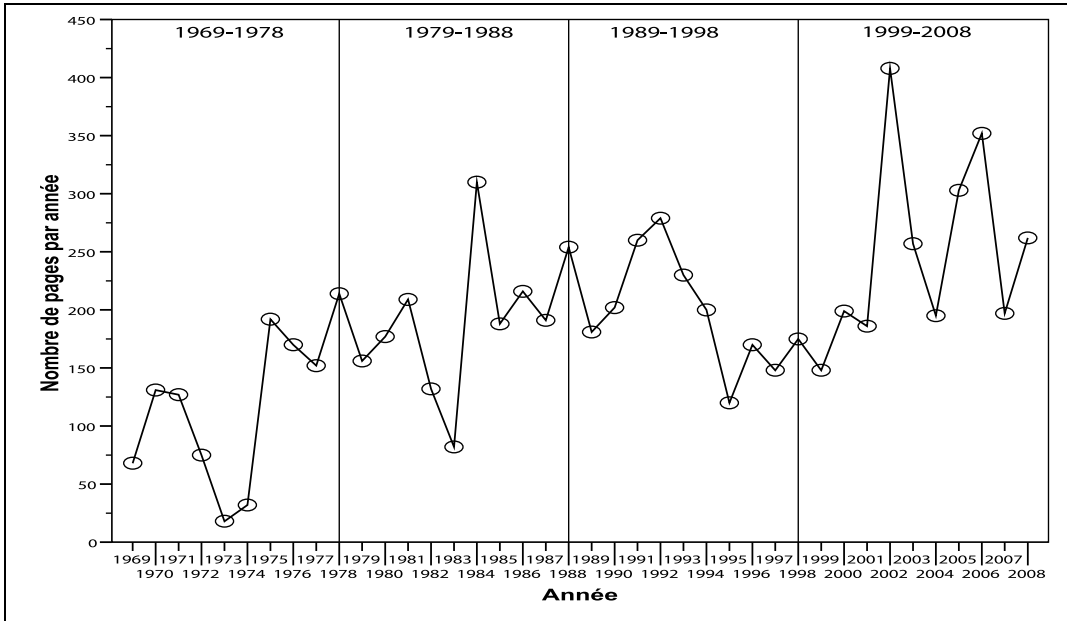


Figure 3
Représentation du nombre annuel de mots dans les articles publiés entre 1969 et 2008

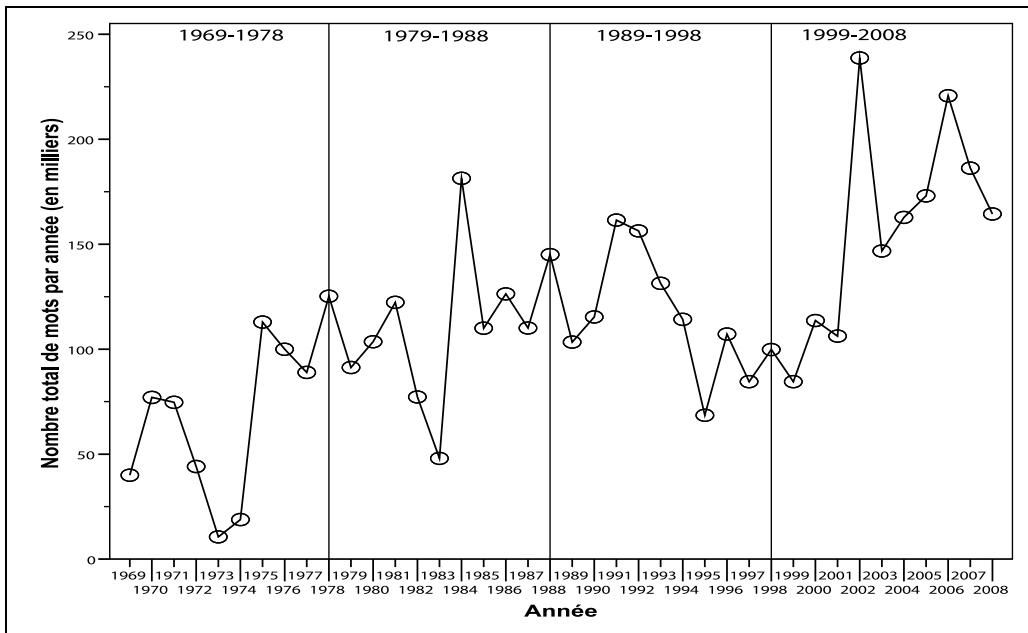


Tableau 2 : Données sur le nombre annuel moyen d'articles, de pages publiées et du total des mots dans les articles pour les décennies entre 1969 et 2008

Décennie	Nombre annuel moyen		
	Articles	Pages publiées	Total des mots
1969 - 1978	22	118	69 215
1979 - 1988	28	191	111 504
1989 - 1998	25	196	114 200
1999 - 2008	30	251	159 681

dernières décennies et la première (1969-1978) ou la dernière (1999-2008) pour les accepter comme différences significatives.

L'estimé fait du nombre de mots par page permet des constatations assez semblables à celles faites précédemment sur le nombre de pages. Il y a augmentation significative du nombre moyen de mots (d. l. : 3; F : 8,4; $p < 0,001$) publiés sur l'ensemble de la période. Mais encore là c'est la décennie la plus récente (1999-2008) qui se distingue avec un nombre de mots plus considérable que celle de 1969-1978 alors qu'il n'y a pas de différence pour les deux autres lorsqu'on utilise le même test de comparaison.

Conclusion : des défis pour le futur

Il ne semble pas exagéré de prétendre que la revue *Intervention* a atteint un niveau de notoriété et de qualité qui la situe parmi les grandes revues savantes et professionnelles existantes. Toutefois, le chemin à parcourir n'est pas encore terminé et d'autres défis attendent cette publication au cours des prochaines années. Sans prétendre être exhaustif, en voici quelques-uns :

- 1) Maintenir le développement de la qualité et assurer un contenu pertinent et plus près des intervenants;
- 2) Définir et utiliser les moyens appropriés d'encourager la contribution des intervenants à la production d'articles;
- 3) Faire de la revue un instrument de pointe pour la formation continue des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux;
- 4) Promouvoir l'augmentation de la proximité technique de la revue par la continuité de l'indexation et de l'accès facile en ligne des références aux articles;

5) Adopter les meilleures façons d'utiliser les moyens électroniques existants pour rendre plus directement, plus facilement et plus immédiatement le contenu des articles accessible et facile à utiliser.

Le soutien des autorités de l'Ordre et les conditions d'organisation fournies à la revue *Intervention* ont facilité le fonctionnement indépendant du comité dans l'exécution de son mandat. L'importance et la considération que l'ensemble des membres de l'Ordre lui accorde sont aussi des facteurs importants pour l'accomplissement de sa mission. La participation active de membres de l'Ordre à la production d'articles utiles et contributifs au développement des savoirs et de la pratique est au cœur de l'atteinte de ses objectifs. Comme revue québécoise dédiée au travail social et à la thérapie conjugale et familiale, la qualité et la pertinence des articles qu'elle contribue à diffuser sont essentielles à la mise à niveau des connaissances pour la pratique et le développement de l'intervention. En même temps, elle occupe une place centrale non seulement pour les professionnels de l'Ordre, mais aussi pour l'ensemble des intervenants des services sociaux. C'est pourquoi plus la revue sera organisée et gérée pour maximiser la disponibilité, la portée, l'utilité et l'influence des différents articles publiés, mieux sera actualisée son action au bénéfice ultime des populations visées par nos interventions. Soulignons pour terminer qu'il aurait été intéressant d'examiner la contribution de la revue au développement de la profession. Mais, pour y arriver, il aurait fallu analyser le contenu des articles publiés au fil du temps, ce que nous n'étions pas en mesure de faire ici. Partie remise malgré toute son importance!

Descripteurs :

Le bulletin (Périodiques) - Québec (Province) // Intervention (Périodiques) - Histoire // Service social - Périodiques // Service social - Associations - Histoire // Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec - Périodiques

Newsletter (Periodicals) - Quebec (Province) // Intervention (Periodicals) - History // Social service - Periodicals // Social service - Associations - History

Notes

- 1 L'autre approche définie par Stanford (1994) est "history-as-event" qui consiste à présenter et à décrire ce qui se produit ou ce qui se passe dans le monde.
- 2 Nous tenons à souligner l'éclairage que nous a fourni Jacques Alary, lors d'un entretien téléphonique en juillet 2009 dans l'élaboration de ces hypothèses.
- 3 Nos remerciements à madame Yolande Préfontaine, t.s., t.c.f., ex-coordonnatrice de la revue pour l'information fournie en regard de cette section de l'article. Il est entendu que la responsabilité de l'interprétation appartient à l'auteur.
- 4 Le test de Tukey de la procédure d'ANOVA du progiciel Statistical Package for Social Sciences est utilisé ici avec seuil de regroupement en sous-ensembles : $\alpha = 0,05$.

Références

N.B. : Toutes les références précédées d'un astérisque (*) proviennent de documents archivés à l'OTSTCFQ.

Alary, J. (1969). La signification d'un titre/The meaning of a title, *Intervention*, 25, 2-3.

* Beaudoin, A. (1966). Développement communautaire chez les Indiens, *Bulletin de la CTSPQ*, 16 (mars-avril), 3.

* Beaupré, L. (1962). Le service social personnel progresse-t-il? *Bulletin de Nouvelles CTSPQ/CPSWQ*, 2 (février), 10.

* Beaupré, L. (1964). La centralisation excessive est coûteuse et dangereuse, *Bulletin de la CTSPQ*, 11 (mai), 5.

* Bélanger, J.-d'A. (1968). Planification et service social. Implications pour les praticiens en province, *Bulletin de la CTSPQ*, 22 (février-mars), 4-5.

* Berlinguet, M. (1962). Les aides sociaux et les travailleurs sociaux, *Bulletin de Nouvelles CTSPQ/CPSWQ*, 3 (avril), 5-6.

* Blondin, M. (1965-1966). La formation en service social, *Bulletin de la CTSPQ*, 15 (décembre janvier), 7-8.

* Blondin, M. (1966). Service social et pauvreté en milieu urbain, *Bulletin de la CTSPQ*, 16 (mars-avril), 6-7.

* Boissinot, Y. (1963). Rôle du travailleur social dans le développement communautaire, *Bulletin de la CTSPQ*, 5 (avril), 3.

Carey-Bélanger, É. (1979). Les débuts et le développement de la Corporation (1960-1979), *Intervention*, 56, 5-25.

* Cardin, J. R. (1966). Association et corporation professionnelle, *Bulletin de la CTSPQ*, 17 (juin-juillet), 2-3 et 5.

* Cloutier, R. (1968). L'importance de la recherche dans un nouveau service, *Bulletin de la CTSPQ*, 22 (février-mars), 8-10.

CPTSQ (1983). Procédures de soumission des textes, *Intervention*, 67, 2.

CPTSQ (1985). Editorial policy / Politique éditoriale, *Intervention*, 71, 108-109.

* Courville, C. L. (1968). Approche théorique du rôle du t.s. en planification familiale, *Bulletin de la CTSPQ*, 22 (février-mars), 6.

* Cowan, A. (1968). Quebec leads the way, *Bulletin de la CTSPQ*, 22 (février-mars), 10-12.

* Dionne, C. (1968). Une expérience de planification familiale en casework familial, *Bulletin de la CTSPQ*, 22 (février-mars), 7-8.

* Durocher, J. (1966). Réactions à propos de la formation du service social, *Bulletin de la CTSPQ*, 17 (juin-juillet), 7.

Émond, M. (1999). Grandeur et misère d'une revue professionnelle, *Intervention*, 110, 95-98.

* Favreau, B. (1962). Besoin impérieux de recherche *Bulletin de Nouvelles CTSPQ/CPSWQ*, 2 (février), 11.

Jenson, J. M., & Fortune, A. E. (2008), *Journal Publications Practices in Social Work*. Final report from the Society for Social Work Research Task Force on Publications. New York: SSWR.

* Johnston, A. (1963). The rationale of social work in hospital, *Bulletin de la CTSPQ*, 7 (septembre), 1-2.

* Kage, J. (1962). Social work and international social welfare, *Bulletin de Nouvelles CTSPQ/CPSWQ*, 3 (avril), 3.

* Kage, J. (1963). Report of the Editorial Committee on publications to the General Assembly of the CPSW - June 8th, 1963, Montréal, *Bulletin CTSPQ*, 6 (juillet), 6.

* Lacroix, G. (1964). Une école d'assistance sociale, qu'est-ce? *Bulletin de la CTSPQ*, 9 (janvier), 2.

- * Lacroix, G. (1962). Notre législation sociale est-elle trop confessionnelle? *Bulletin de Nouvelles CTSPQ/CPSWQ*, 2 (février), 9.
- * Latour, G. (1963). La formation du personnel en cours d'emploi au service social diocésain de Saint-Jean, *Bulletin de la CTSPQ*, 6 (juillet), 8.
- Lindsay, J. (1977). Éditorial. Orientation de la revue intervention, *Intervention*, 50, 2-7.
- Lindsay, J. (1980). Éditorial, Vers un avenir prometteur pour Intervention, *Intervention*, 58, 2-3.
- * Massé, M., Blondin, M., Blackburn, P., Couture, A., et Vachon, J. (1967). Le service social générique... Un fruit de l'esprit, *Bulletin de la CTSPQ*, 19 (janvier-avril), 2-3.
- * Melvyn, P. (1965). Agents de changements ou tranquillisants, *Bulletin de la CTSPQ*, 14 (juin), 6 et 8.
- * Monette, A., et Rochon, C. (1965). Rôle du service social au niveau de la planification, *Bulletin de la CTSPQ*, 13 (mars), 8.
- * Naylor, L. (1963). Functions of the social service department, *Bulletin de la CTSPQ*, 7 (septembre), 3.
- * Notebaert, G. (1964). Prophètes ou techniciens, *Bulletin de la CTSPQ*, 9 (janvier), 5.
- * Novick, L. J. (1963). Programming the Brain-Damaged Aged, *Bulletin de la CTSPQ*, 6 (juillet), 9-10.
- * Perron, J. (1968). Planification familiale et agences familiales, *Bulletin de la CTSPQ*, 22 (février-mars), 3-4.
- * Fleming, D., & Schwarzmans, M. (1966). We are downgrading the Elderly, *Bulletin de la CTSPQ*, 16 (mars-avril), 9-10.
- Prudhomme, J. (2007). *Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé. Histoire des professions paramédicales au Québec, 1940-2005*. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en histoire UQAM (novembre).
- * Prudhomme, R. (1967). Social service practice in the Province of Québec, *Bulletin de la CTSPQ*, 19 (janvier-avril), 1 et 11-14.
- * Pulford, G. (1961). Impact of the Quebec Professional Social Workers' Act», *Bulletin de Nouvelles CTSPQ/CPSWQ*, (décembre), [sans numéro et sans page].
- Rondeau, G. (1986). Une nouvelle politique éditoriale pour Intervention [Éditorial], *Intervention*, 73, 4-6.
- * Routhier, R. (1967). La formation en service social telle que vue sur le champ de bataille, *Bulletin de la CTSPQ*, 19 (janvier-avril), 15.
- * Sarrasin, R. (1961). Le rôle du service social en face du pauvre d'aujourd'hui, *Bulletin de Nouvelles CTSPQ/CPSWQ*, (décembre), [sans numéro et sans page].
- * Sarrasin, R. (1962). Nécessité du travailleur social dans la cité, *Bulletin de Nouvelles CTSPQ/CPSWQ*, 2 (février), 5.
- * Sarrasin, R. (1968). Misères et grandeurs de la planification familiale, *Bulletin de la CTSPQ*, 22 (février-mars), 2-3.
- * Sauveur, S. Ste-M. du (1963). Les fonctions du service social dans l'hôpital, *Bulletin de la CTSPQ*, 7 (septembre), 3.
- * Solomon, C. (1964). Action research project in community organization of the Family service association of Montreal, *Bulletin de la CTSPQ*, 11 (mai), 2.
- Stanford, M. (1994). *A Companion to the Study of History*. Cambridge: Blackwell.
- Valentine, D. P. (2005). The scholarly journal review process: A call for transparency, *Journal of Social Work Education*, 41, 3-10.
- * Zay, N. (1967). Les orientations nouvelles de la formation en service social, *Bulletin de la CTSPQ*, 19 (janvier-avril), 1 et 8-12.

« Que sont les travailleurs sociaux devenus? » Un demi-siècle d'évolution de la pratique du travail social au Québec (1960-2010)

par
Madeleine Rivard-Leduc¹
Retraitée
Certificatrice des résidences privées
de personnes âgées
Conseil québécois d'agrément
Courriel : leduc@dsuper.net

*Je vous parle d'un temps
Que les moins de vingt ans
Ne peuvent pas connaître...
Charles Aznavour*

Description of the organizational changes and laws, including the Professional Code, which had an impact on the professional practice of social work.

Présentation des changements organisationnels et des lois (dont le *Code des professions*) qui ont influencé la pratique professionnelle en travail social.

C'est la jeunesse relative du lectorat de la revue *Intervention* qui a inspiré cet article. Avant que ne disparaissent à jamais les pionnières et les pionniers, témoins de cette période, il est important d'en rappeler l'histoire et certaines étapes significatives. Cette réflexion sera fortement teintée de mon expérience personnelle. Elle évitera les analyses sociologiques en profondeur de la période concernée pour en retenir certains impacts sur la pratique des travailleurs sociaux.

Le contexte des années 1960

Les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux de cette génération, soit les diplômés

universitaires des années 1950 et 1960, accédaient à la pratique armés de principes et de valeurs solides, mais de connaissances plutôt générales sur les comportements humains et les courants politiques et sociaux qui agitaient alors la société québécoise. Nos maîtres à penser étaient les Charlotte Towle (1955), Felix Biestek (1957), Helen H. Perlman (1957), Florence Hollis (1964), etc. Le curriculum des écoles de service social était alors très branché sur un contenu américain, suivant la tradition de Mary E. Richmond (1922), qui avait, au début du XX^e siècle, posé les premiers jalons d'une approche scientifique et professionnelle aux activités qu'on qualifiait alors de « charitables ». Nous abordions la pratique avec beaucoup d'idéalisme et la velléité de changer le monde. Que sommes-nous devenus au bout de ces cinquante années de bouleversements et d'apprentissage?

La formation reçue à l'époque pourrait être jugée incomplète par les praticiens d'aujourd'hui, car elle ciblait avant tout les problèmes individuels; ainsi, les problèmes sociaux et leur impact sur les clientèles vulnérables étaient peu approfondis. Cependant, ceux-là mêmes qui ont reçu cette formation ont suscité et géré les changements subséquents de la pratique professionnelle amorcés dès la Révolution tranquille. Par exemple, même à l'heure d'aujourd'hui, je considère que les sept fondements de la relation d'aide, énumérés par Felix Biestek (1957; 1962), sont l'ancêtre incontesté de tous les codes d'éthique et de déontologie colligés à ce jour. Ces principes sont les suivants :
1. Individualiser; 2. Favoriser l'expression des sentiments; 3. Répondre aux sentiments; 4. Accepter; 5. Ne pas juger; 6. Respecter l'auto-détermination du client; 7. Respecter le secret professionnel (Biestek, 1962 : 25).

La fondation de la revue *Intervention*, en 1969, a aussi été l'initiative de ces travailleurs sociaux de la « vieille école » qui ont cru que le développement des compétences passait par le partage des connaissances.

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 24-33.**

Alors que tout le Québec était en ébullition, les travailleurs sociaux n'étaient pas en reste : dès 1960, ils se dotaient d'une Charte et établissaient la Corporation des travailleurs sociaux professionnels du Québec, qui est l'ancêtre de l'Ordre² que nous connaissons aujourd'hui. Cette association présentait un caractère quasi-syndical, davantage axé sur la protection de ses membres que sur la protection du public, comme l'exigera plus tard le *Code des professions* (Lois refondues du Québec, c. 26). Ce n'est d'ailleurs qu'au bout de quelques décennies de pratique sous l'égide du *Code des professions* que la mentalité syndicale et associative le cédera pleinement aux objectifs poursuivis par ledit code.

Les événements marquants qui ont influencé la pratique

Il existe une telle abondance de documents, de textes législatifs et d'analyses en tous genres de la période qui s'étend de 1960 à nos jours que le plus ardu consiste à en dégager les principaux éléments qui ont influencé l'exercice de la profession. Celle-ci a été fortement marquée par le remaniement des structures gouvernementales et institutionnelles qui en constituent le cadre, mais également par l'enrichissement des contenus, notamment par l'apport des unités universitaires de service social du Québec dans l'enseignement et la recherche.

Nous sommes d'avis que les événements suivants ont exercé une influence déterminante sur la pratique des travailleurs sociaux et nous tenterons d'analyser brièvement leur apport spécifique à ladite pratique. Ce sont :

- **La Loi sur les services de santé et les services sociaux,**
- **La promulgation du Code des professions,**
- **La Loi sur la protection de la jeunesse,**
- **La consolidation des Centres jeunesse et des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), à la suite des recommandations des commissions Rochon et Clair,**
- **Le développement de la pratique autonome,**
- **L'université et son influence sur l'évolution de la pratique.**

La Loi sur les services de santé et les services sociaux

Cette loi, qui découlait des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu (1966-1971), constitue un premier bouleversement dans l'univers des services sociaux québécois. Il y avait eu d'abord, en 1970, l'institution de l'assurance-maladie qui consacrait l'accessibilité à des soins de santé universels et gratuits pour toute la population du Québec. Puis, en 1974, étaient abolies les agences de service social telles que nous les connaissions depuis quelques générations : par exemple, la vénérable Société de service social aux familles, la Société d'adoption, les agences diocésaines, etc. Une soixantaine d'agences régionales et diocésaines, confessionnelles et disparates furent remplacées par treize Centres de services sociaux (CSS), un dans chaque région administrative du Québec, et trois à Montréal. Ceux-ci offraient alors une gamme presque complète de services dits spécialisés. La mise sur pied de quelque cent soixante centres locaux de services communautaires (CLSC), qui devaient être la porte d'entrée du système de santé et de services sociaux pour les consommateurs de services, était également prévue.

Les travailleurs sociaux des centres hospitaliers, à leur grand désarroi, furent intégrés administrativement aux CSS, de même que ceux du milieu scolaire et des centres d'accueil. Des ententes contractuelles liaient les établissements hôtes aux CSS, qui déterminaient le nombre de postes accordés, la structure et la gestion du dossier social, ainsi que les modalités de résolution de conflits. Il y avait là une situation quelque peu schizoïde, surtout ressentie par les cadres chefs de service. Les orageuses négociations des premières conventions collectives des employés et des professionnels du secteur public entraînèrent des grèves et des débrayages (1972-1973) qu'on pourrait qualifier de sauvages. Il faut se rappeler l'emprisonnement des chefs syndicaux à cette époque.

Nos luttes furent épiques et nombreuses. Elles furent canalisées dans les regroupements syndicaux, les associations rassemblant les praticiens d'un même champ de pratique et les chefs de service. Ces luttes se sont exprimées, notamment, en protestation contre le caractère confessionnel et linguistique des trois CSS de

Montréal qui allait à l'encontre du caractère universel et non confessionnel de la pratique en milieu hospitalier. La crainte de perdre la spécificité des approches que nous y avons développées ainsi que notre place dans les équipes soignantes a alimenté ces batailles.

Beaucoup de ces craintes ne se sont pas avérées. Les CSS, par leurs départements de services professionnels et par la recherche qui s'y pratiquait, par l'encadrement, la programmation et la formation offerte aux cliniciens et aux cadres, ont certes contribué de façon significative à l'évolution et à la sophistication des savoirs des travailleurs sociaux, notamment en matière d'approche familiale, de travail avec les clientèles multiethniques et avec les personnes âgées. Les travailleurs sociaux ont également joué un rôle prépondérant dans la désinstitutionnalisation des clientèles psychiatriques.

Cependant, la multiplicité des missions confiées aux CSS a créé bien des tiraillements et des insatisfactions. On pourrait comparer cette institution à un immense parapluie, mais qui fut impuissant à satisfaire toutes les missions qui cherchaient à s'y abriter. Les travailleurs sociaux œuvrant dans les hôpitaux, les centres d'accueil et autres établissements hôtes devaient fréquemment tenter de concilier des missions et des directives contradictoires émanant tant du CSS que dudit établissement. Le retard de développement des CLSC, qui n'ont véritablement vu le jour que dans les années 1980, a pesé lourd sur les CSS qui ont exercé un rôle de suppléance en regard de la mission dévolue aux premiers.

Le chapitre 48 créait également une confusion qui allait engendrer quelques conséquences néfastes sur la pratique sociale, en confondant dans son texte, le service social et les services sociaux. Cela explique que, dans l'esprit du législateur, ces deux termes étant identiques, il fallait donc intégrer tous les intervenants sociaux, c'est-à-dire la plupart des diplômés des programmes de sciences humaines, dans les structures dispensatrices des services sociaux, notamment les CSS et les CLSC.

Il est possible d'affirmer que les années 1970 ont été une période de crises et de bouleversements, mais qui ont constitué également une fenêtre d'opportunité pour redéfinir la pratique sociale en fonction de clientèles mieux identi-

fiées et de nouvelles priorités. Au cours des années 1980, nous avons assisté à un développement spectaculaire des ressources alternatives et communautaires en santé mentale, très souvent à l'initiative des travailleurs sociaux. De même, les groupes de parents et d'amis des malades psychiatriques ont été mis sur pied et soutenus durant des années par des travailleurs sociaux.

Une autre recommandation de la Commission Castonguay-Nepveu a donné naissance, en 1974, au *Code des professions*. Nous allons voir maintenant quelle fut l'influence de cet événement sur la pratique des travailleurs sociaux.

La promulgation du Code des professions

Dans l'esprit du législateur, les objectifs de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ne pouvaient être atteints sans organiser et réglementer les professions au Québec. Le *Code des professions* fut promulgué le 1^{er} février 1974, après son adoption par l'Assemblée nationale du Québec. Un article de Christian Lévesque, paru dans *Le Devoir* du 16 octobre 2004, décrit fort bien l'impact de cette réforme :

« En vertu de ce code, l'État créa des ordres professionnels à qui il confia le mandat de protéger le public eu égard à leurs activités respectives. Ces regroupements de professionnels agissent ainsi comme des organismes de réglementation et de surveillance de leurs membres. Le changement est majeur : la protection du public devient obligatoire et impérative pour tout professionnel. "Il y avait des lois qui existaient avant cela, mais il n'y avait aucun critère pour déterminer qui pouvait se regrouper en corporation professionnelle, et la protection de leurs membres était plus importante que la protection du public", se rappelle Claude Castonguay, président de la commission qui porte son nom. »

Le *Code des professions* s'est avéré une réforme majeure, sans doute l'une des plus importantes de l'histoire du Québec. Lévesque citait aussi dans ce même article une déclaration du juge René Dussault, qui fut responsable de l'implantation du code : « Reformuler autant de champs de pratique au même moment était une grosse entreprise... » Cette implantation ne s'est pas effectuée sans résistance.

Pour les travailleurs sociaux, ainsi que pour la moitié de la quarantaine de professions régies

par le code, un problème fondamental fut à l'origine d'importantes difficultés. Il faut comprendre ici la division des professions en deux groupes : celles, dites d'exercice exclusif, telles que le Barreau, l'Ordre des médecins, des ingénieurs, des infirmières, etc., qui ne peuvent exercer leur profession sans la sanction et l'appartenance à leur ordre professionnel. L'autre groupe comprend les professions, dites de titre réservé, telles que les psychologues, les travailleurs sociaux ainsi qu'une vingtaine d'autres ordres. Ces ordres ont investi beaucoup de temps et d'énergie dans la définition et la défense de leur acte réservé, qui est un peu « l'assiette au beurre » où des individus non autorisés pignent parfois sans vergogne et affichent un titre usurpé.

De plus, à moins que l'employeur n'exige l'appartenance à l'Ordre professionnel, les intervenants sociaux et autres professionnels dont le titre est dit réservé peuvent occuper des emplois même dans les secteurs publics et parapublics, sans posséder le permis d'exercice décerné par leur ordre professionnel. Nous nous serions attendus à ce que le gouvernement, à tout le moins, fasse respecter sa propre loi ! C'est ainsi qu'un grand nombre de praticiens sociaux ont choisi de poursuivre une carrière en travail social, dans l'enseignement, la gestion ou la pratique, sans jamais appartenir à l'Ordre professionnel, et ce, sans impunité. Ce fut la cohorte des « agents de relations humaines », issus de disciplines multiples, mais que des employeurs assignaient à des fonctions où ils pratiquaient l'acte réservé aux travailleurs sociaux. Malgré cet état de fait, nous verrons que le code a exercé une influence majeure sur l'évolution de la pratique des travailleurs sociaux.

Le *Code des professions* instaurait à l'intérieur d'une loi et de règlements un cadre d'exercice de la profession, dont les principaux éléments relatifs à la pratique étaient les suivants :

- **Les conditions d'admission et de radiation de l'Ordre** (diplôme de base, paiement de la cotisation, assurance responsabilité professionnelle),
- **Le Code de déontologie**, inscrit dans la loi, qui est le cœur de la pratique professionnelle,

- **L'obligation de se soumettre à l'inspection par les pairs**, sous l'autorité d'un comité d'inspection professionnelle,
- **La mise en place d'un bureau du syndic**, dont le mandat est de recevoir les plaintes du public au sujet d'un membre et de faire enquête à cet effet,
- **L'instauration d'un comité de discipline** au mandat quasi judiciaire, pour entendre les causes envoyées par le syndic,
- **L'obligation de formation continue.**

La mise en place des structures d'encadrement de tous les éléments prescrits par le code a mis un certain temps à démarrer chez les travailleurs sociaux. La raison fondamentale de ce retard était la nécessité pour l'Ordre – comme pour tous les autres ordres – de s'autofinancer par les cotisations des membres. Or, nous avons précédemment fait allusion au fait que les nouveaux Centres de services sociaux, qui assuraient l'encadrement de la pratique et la mise en place de critères de qualité, assortis à la syndicalisation, étaient perçus par certains intervenants sociaux comme remplaçant une adhésion, sans coûts afférents, à l'Ordre, adhésion qui n'était par ailleurs pas obligatoire pour occuper un emploi. Ces facteurs combinés à une réduction salariale généralisée dans la fonction publique, au début des années 1980, ont amené une telle baisse du nombre de membres que l'Ordre ne disposait plus des moyens suffisants pour remplir ses obligations juridiques et réglementaires.

Il a fallu attendre la fin des années 1980 et le milieu des années 1990 pour que soient instaurées, de façon satisfaisante, les mesures les plus susceptibles de favoriser l'évolution de la pratique, c'est-à-dire **l'inspection professionnelle et la formation continue.**

L'inspection professionnelle consiste en une vérification de la conformité de l'exercice de la profession par chacun des membres avec les valeurs, les fondements didactiques et déontologiques qui la sous-tendent. Les membres désignés doivent se soumettre au processus d'inspection. Un objectif secondaire de l'inspection est de procurer du soutien aux membres qui vivent des situations d'isolement professionnel. Une appréciation du milieu de pratique est apparue utile aux gestionnaires des

établissements où se déroulent les inspections, afin de remédier à certaines faiblesses et de procurer un soutien professionnel efficace à leurs employés travailleurs sociaux.

La formation continue au sein de l'Ordre est confiée au département des affaires professionnelles³. Celui-ci existe depuis le début de l'Ordre. Sa structure a cependant évolué au fil des années. Le *Code des professions* soumet les ordres à une obligation juridique de mettre à la disposition de leurs membres **des cours, des publications, des colloques et des congrès** organisés ou sanctionnés par lui. Il doit s'assurer que tous les membres actualisent constamment leurs connaissances et mettent à profit les acquis de la recherche et de l'expérience terrain de leurs collègues. Les **avis professionnels** émis à la demande du département des affaires professionnelles de l'Ordre constituent également de la formation continue. Ces avis sont requis par des praticiens et des gestionnaires sur des questions d'éthique ou d'approche clinique.

C'est dans ce contexte que sont offerts aux membres de l'Ordre, depuis quelques décennies, en complémentarité avec la formation universitaire, des cours de perfectionnement sur différents aspects du *Code de déontologie* et de la pratique professionnelle. Ces cours se donnent tant à Montréal que dans les régions. Le colloque annuel de formation continue propose un menu abondant d'ateliers sur des sujets pointus, où le partage de résultats de recherche avoisine les avancées théoriques et les pratiques exposées par des universitaires et des membres expérimentés. Plusieurs milliers de membres ont bénéficié de la formation continue au cours des trente dernières années.

Il n'existe pas, à ma connaissance, de recherches scientifiques ayant étudié l'impact de la formation continue, offerte par l'Ordre, sur la pratique professionnelle. Mais les commentaires d'appréciation des membres ayant profité de ces mesures nous portent à croire que l'intérêt et la protection du public sont mieux servis grâce à elles. Il faut par ailleurs mentionner que de plus en plus de centres de services exigent l'appartenance de leurs employés aux ordres professionnels, en raison de l'inspection professionnelle et de la formation continue offerte par ces derniers. Il s'agit,

pour les gestionnaires de ces centres, d'une garantie supplémentaire de la qualité des services offerts à leur population.

Mentionnons l'outil de formation qu'a constitué la vénérable revue *Intervention*, dont nous célébrons le 40^e anniversaire. Il n'est qu'à constater l'amélioration constante de la qualité de son contenu pour en déduire le rôle déterminant qu'elle a joué dans l'évolution de la pratique des travailleurs sociaux. L'Ordre ne peut que se féliciter d'avoir consenti les ressources nécessaires à cette publication, même dans des temps difficiles sur le plan financier. La réputation de notre revue étend ses ramifications jusqu'à l'international.

Il faut souligner également la **fonction de défense des droits (advocacy)** des clientèles desservies par les travailleurs sociaux qui fut exercée par l'Ordre, parfois au sein d'une coalition de regroupements professionnels. L'Ordre nous a conféré une grande liberté d'intervention auprès des pouvoirs publics, liberté dont nous ne disposions pas en tant qu'employés de l'État. J'ai souvenance d'un directeur général de CSS, membre de l'Ordre, qui profitait de la tribune offerte par l'Ordre pour revendiquer haut et fort des améliorations législatives et de services au nom des plus démunis...

Il est donc possible d'affirmer que le *Code des professions* aura exercé une influence déterminante sur la pratique des travailleurs sociaux, notamment en imposant la rigueur et l'imputabilité dans cette pratique et le souci des clientèles vulnérables.

La Loi sur la protection de la jeunesse (LRQ, Chapitre P-34 1)

Cette loi fut adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 24 décembre 1978 et entra en vigueur le 15 janvier 1979. Elle a donné lieu à la création de la Direction de la protection de la jeunesse qui se devait de protéger l'enfant « dont la sécurité et le développement sont compromis ». L'article 38 de la loi énumère les situations de danger où il y a obligation d'intervenir. En 1984, la loi fut modifiée afin de l'aligner sur la loi fédérale sur les jeunes contrevenants. Le directeur de la protection de la jeunesse cumule désormais les fonctions de directeur provincial selon les dispositions de la loi fédérale. Dans un premier temps, l'application de la loi fut confiée aux CSS.

D'autres amendements, en 1994 et en 2006, ont apporté des précisions au texte législatif, entre autres, la loi de 1994 qui procédait au démantèlement des CSS. La mission de protection de la jeunesse sous tous ses aspects ainsi que celle des Centres d'accueil de réadaptation sont désormais encadrées exclusivement par les Centres jeunesse. Nous reviendrons plus tard sur ces autres bouleversements de structures survenus dans le sillage de ces amendements.

La *Loi sur la protection de la jeunesse*, que nous appellerons ci-dessous la LPJ, a constitué une véritable révolution, pas toujours bienvenue, dans la pratique des travailleurs sociaux. Alors que nous étions tous d'accord avec les principes généraux de la loi et sur la priorité accordée aux droits des enfants, la LPJ, surtout dans sa première mouture, nous forçait à revoir l'ensemble des principes qui soutenaient notre pratique. Voici comment :

1. Nous n'étions que très peu familiers avec **le travail en contexte d'autorité**. L'un des principes qui soutenaient la pratique de la profession était précisément **le respect de l'autonomie du client**. Alors que nous étions davantage portés vers les approches psychologisantes, la LPJ tendait à faire de nous des officiers de la loi, avocats ou policiers. Ce n'est pas sans crainte et tremblements que des collègues devaient se présenter à un domicile afin de soustraire par la force des enfants à leurs parents à la suite d'un signalement. Des maladresses dans l'application de la loi à ses débuts suscitérent des articles et des commentaires fielleux contre les travailleurs sociaux dans les médias. Cela n'a certes pas amélioré le moral des troupes!
2. La LPJ imposait **l'obligation de signaler toute situation menaçant la sécurité d'un enfant**, même si la connaissance de cette situation lui parvenait lors d'entretiens confidentiels avec un client. Les droits de l'enfant avaient priorité sur **le droit du client à la confidentialité**. Le contexte fut particulièrement pénible dans des équipes médicales et psychiatriques, où les travailleurs sociaux, employés des CSS et tenus d'appliquer la loi, suscitérent la méfiance, tant de la clientèle que des collègues des autres professions. Cet état de fait est passablement différent aujourd'hui alors que la DPJ sous tous ses

aspects a été rapatriée dans les Centres jeunesse et constitue une entité séparée des autres champs de pratique. L'obligation de signalement des situations d'abus ou de mauvais traitements demeure cependant entière pour les professionnels.

3. Les travailleurs sociaux qui présentaient des dossiers en Chambre de la jeunesse ont essuyé maintes rebuffades de la part de juges courroucés. Ils ont souvent été **les boucs émissaires du système** où les ressources se font rares et ne sont pas toujours adéquates. Ils auront néanmoins appris à augmenter la rigueur de leurs rapports et des recommandations afférentes.
4. Un autre principe de notre pratique qui fut particulièrement mis à mal par l'application de la LPJ est celui de **la continuité des services**. La grande mobilité de la main-d'œuvre ainsi que l'organisation des services à l'interne sont responsables, probablement en parts égales, du morcellement qui caractérisa longtemps l'octroi des services dans certains Centres jeunesse. De la réception à l'analyse du signalement, de l'application des mesures au suivi de la famille, de même à la division territoriale des responsabilités (« il ne fallait pas déménager si vous teniez à conserver le même intervenant!... »), un enfant et sa famille sont toujours susceptibles de traiter avec un grand nombre de praticiens. Les théories de **l'attachement, du transfert et du contre-transfert** en prennent toujours pour leur rhume, semble-t-il!
5. Nous savons que de solides coups de barre, tant sur le plan de la législation que sur le plan de l'organisation des services et de la recherche, ont été apportés depuis ces temps semés d'embûches. Pour s'en convaincre, il faut consulter, sur Internet, la bibliographie sur les placements d'enfants, entre autres, compilée par le Centre jeunesse de Montréal (Bazinet, 2001). Nous constatons qu'une somme considérable de réflexions et des recherches en profondeur ont influencé la pratique. L'avènement de la LPJ a suscité des changements profonds dans la perception et le traitement des cas de protection. Même pour les travailleurs sociaux qui évoluent dans d'autres champs de pratique, les droits des enfants sont à l'avant-plan de leurs

valeurs et de leurs préoccupations. J'ignore si nous avons réussi à réconcilier complètement les contradictions inhérentes à la pratique en protection de la jeunesse, mais voilà un domaine où l'Ordre a investi largement en formation, car les travailleurs sociaux de ce champ de pratique ont certainement grand besoin d'un soutien continu.

La consolidation des Centres jeunesse et des Centres de santé et de services sociaux, à la suite des recommandations des Commissions Rochon et Clair

La Commission Rochon (1988)

En 1985, le gouvernement du Québec, dès son accession au pouvoir, met sur pied une commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui a le mandat « d'étudier les objectifs, le financement et le développement du système de santé et de services sociaux ». La présidence en est confiée au Docteur Jean Rochon, qui devint plus tard ministre de la Santé et des Services sociaux. Le secteur des services sociaux y était représenté par Jean-Pierre Duplantie, t.s.

Il s'agissait de déterminer les déficiences et les projets inachevés du système mis en place dans le sillage de la loi de 1970 et d'y remédier. Le développement des CLSC, par exemple, n'avait jamais véritablement pris son essor au cours de la période antérieure. Après deux années d'études et de recherches et plus de 6 000 entrevues et consultations, le verdict de la commission est sans équivoque : « le système est pris en otage par les innombrables groupes d'intérêt qui le traversent et laisse prévaloir la loi du plus fort aux dépens des mécanismes démocratiques » (Dubois et Denis, 2001). L'article précité attribue à la Commission Rochon des velléités d'instauration d'un modèle politique d'imputabilité, où l'on redonnerait aux communautés une responsabilité et un pouvoir accrus dans la définition des enjeux. Notre propos n'est pas d'étudier les conclusions de la Commission Rochon dans son entièreté, mais d'en résumer les conséquences sur la pratique des travailleurs sociaux.

Les amendements apportés à la loi, entrée en vigueur en 1994, changeaient à nouveau la structure de dispensation des services sociaux. Les principales modifications en furent les suivantes :

- Tous les secteurs reliés à la protection de la jeunesse et aux jeunes contrevenants, y compris les centres d'accueil et de réadaptation, étaient désormais réunis dans les **Centres jeunesse**, soit des établissements distincts et autonomes. Cela mettait fin à la confusion des mandats, notamment pour les travailleurs sociaux des secteurs hospitaliers et scolaires, et contribuait aux conditions de développement de la pratique dans ce domaine.
- **Les CSS étaient abolis** et leurs effectifs, intervenants et cadres, sauf ceux déjà affectés à la DPJ, étaient répartis dans les CLSC. Toutefois, un grand nombre de postes furent abolis, afin de réduire les coûts des services. Les travailleurs sociaux les plus expérimentés furent encouragés à prendre leur retraite. À l'instar des secteurs infirmier et médical, ces départs créèrent un vide immense dans les effectifs professionnels. En résultèrent des lacunes pour les jeunes intervenants en matière de modèles d'identification et de soutien professionnel. Les « vieilles guerrières et les vieux guerriers » de la profession ayant été « mis au vert », la supervision professionnelle devenait une denrée rare dans les milieux de pratique, les équipes professionnelles étant souvent dirigées par des membres d'autres professions qui n'offraient que de l'encadrement administratif. Ces données nous sont apparues très évidentes dans le cadre de l'inspection professionnelle. Nous avons assisté alors à un intérêt accru des diplômés en travail social envers l'appartenance à l'Ordre et à ses activités de formation continue, afin de suppléer les carences en matière de supervision et de mentorat qui affectent désormais les établissements du réseau.
- **Les intervenants sociaux affectés aux hôpitaux et aux commissions scolaires** redevenaient des employés de la structure hôte et n'avaient plus à gérer des mandats de délégation en vertu de la LPJ.

Les réformes préconisées par la Commission Rochon auraient pu être profitables pour la pratique sociale, sans ces énormes pertes en effectifs qu'elles ont entraînées. Ces changements ont eu pour conséquences de clarifier les mandats des établissements et, sans doute,

d'uniformiser les services offerts. Un effort réel fut consenti afin de remettre le client au cœur des systèmes en place.

Ainsi, le Conseil québécois d'agrément (CQA) fut établi en 1995, à l'initiative d'un certain nombre de CLSC. Le mandat que se donna cet organisme correspondait en tous points aux principes énoncés par la Commission Rochon, laquelle :

« projette une vision de la performance qui intègre trois dimensions : le mode d'organisation des ressources, la qualité des processus et les résultats obtenus... Il s'agit en fait de déterminer l'adéquation des actions accomplies par rapport à des critères prédéterminés » (Dubois et Denis, 2001).

Au cours des années, le CQA a constamment raffiné son approche évaluative des établissements. Alors qu'à l'origine, la demande d'agrément auprès du Conseil était volontaire et facultative, elle est devenue obligatoire en vertu de l'article 107.1 de la LRQ S4, amendée en 2003.

Il est sans doute trop tôt pour évaluer l'impact de l'agrément et des nombreuses démarches axées sur l'amélioration constante de la qualité effectuées dans les établissements concernés. La pratique sociale en établissement a certainement participé de cette volonté d'amélioration constante de la qualité qui est au cœur de l'esprit de la loi.

La Commission Clair (2000)

Cette Commission, mise sur pied en juin 2000, vise avant tout à explorer des avenues qui amélioreront l'efficacité du système de santé tout en contrôlant les coûts et l'imputabilité des producteurs de services. Le mandat reflétait la préoccupation du législateur d'assurer l'universalité et l'accessibilité du système québécois de santé et de services sociaux dans un environnement caractérisé par la pénurie de ressources humaines et financières. La Commission préconisait, notamment, des ententes de services contractuelles entre les différents acteurs, producteurs et consommateurs de services. Treize groupes de médecine familiale furent mis sur pied dans les régions du Québec. Le rapport de la Commission Clair constitue un exercice louable de rationalisation. Dans la pratique, il a mené, à travers des méandres nombreux, à une

autre réforme des structures. Les régies régionales devenaient des agences et les établissements dispensateurs de services étaient regroupés dans des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Un grand nombre de CLSC fusionnèrent entre eux et avec des hôpitaux généraux et de soins prolongés. Cette nouvelle réforme ne s'est pas effectuée sans difficulté.

Nous n'avons pas l'intention d'analyser en profondeur ni les conflits de mandats des établissements ni l'impact généralisé sur les intervenants à l'intérieur des établissements. Nous avons cependant constaté dans plusieurs instances une bureaucratisation de la pratique des travailleurs sociaux qui sont devenus des gestionnaires de cas avec peu d'ouverture sur une pratique clinique pour laquelle ils ont été formés. Cette réforme est encore loin d'être « métabolisée » et il est difficile d'en mesurer les effets à long terme. Avec passablement de cynisme, nous avons envie de dire : attachons nos ceintures et tenons-nous prêts pour la prochaine révolution!

Le développement de la pratique autonome

Ce tableau de l'impact des structures mouvantes des établissements publics sur la pratique des travailleurs sociaux ne serait pas complet sans mentionner le développement de l'exercice à leur propre compte de ces derniers. Alors que la manière traditionnelle d'exercer en travail social est généralement associée au secteur public, il semble que l'attrait de la pratique autonome ne soit pas étranger à tous ces bouleversements de structures vécus ces dernières années. Le Tableau des membres de l'Ordre, compilé en 2009, affichait les données suivantes : 150 travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux exerçaient à leur propre compte à temps plein, ce travail constituant leur moyen de subsistance; 769 membres déclaraient une pratique autonome à temps partiel.

Beaucoup de praticiens d'expérience ont suivi des formations complémentaires, notamment par l'apprentissage de différentes approches, telles la médiation familiale, la thérapie conjugale et familiale, par le retour à l'Université pour l'acquisition d'une maîtrise clinique, par des formations à diverses thérapies, et même à

la psychanalyse. Un bon nombre de membres de l'Ordre ont délaissé la pratique dans le secteur public pour s'établir à leur compte, seuls ou en association avec d'autres professionnels. Le permis d'exercice, pour ces différentes spécialisations, est parfois soumis à des exigences particulières, administrées par les ordres ou par des groupements spécialisés. Ainsi, après des années de tergiversations, une entente a été conclue entre certains ordres professionnels afin de réglementer l'exercice de la psychothérapie.

Plusieurs de ces professionnels sont des « phares » pour la profession. Ils pourraient être des mentors pour les praticiens débutants à qui ils transmettraient leur savoir, leur savoir-être et leur rigueur professionnelle.

L'université et son influence sur la pratique professionnelle des travailleurs sociaux

Durant ces cinquante années de bouleversements, les écoles de service social ont réussi un remarquable travail d'adaptation de leur « curriculum » aux nouvelles exigences de la pratique commandées par le contexte législatif et social. C'est en 1979 que les huit unités de formation universitaire en travail social se réunirent à l'intérieur du Regroupement des unités de formation universitaire en travail social (RUFUTS). Voici ce qu'en dit le site Internet consacré à ce regroupement :

« Le RUFUTS a été constitué à un moment précis du développement de la formation universitaire en travail social au Québec, en relation avec le contexte particulier de la fin des années 1960 et des années 1970, à travers l'action des nouveaux mouvements sociaux émergents et sous les effets des transformations du système de services sociaux. S'est alors posée la question de la pertinence de la formation universitaire et même de la discipline elle-même du service social par rapport aux exigences de la pratique. Les unités existantes ont alors senti le besoin de se regrouper pour redéfinir leur projet de formation et surtout pour agir de façon concertée auprès des instances québécoises et canadiennes de définition de la formation et de la pratique ». Le regroupement se décrit comme « porteur de la spécificité du Québec en regard de la formation universitaire en travail social au Canada » (RUFUTS, 2009).

En plus de répondre à leurs propres besoins de concertation et d'élaboration des projets éducatifs de chacune des écoles, les unités universitaires ont suivi de très près l'évolution des pratiques et l'ont soutenue par un enseignement renouvelé et par des recherches significatives, notamment en matière de placements d'enfants. L'une des réalisations dignes de mention du RUFUTS a consisté dans l'amorce d'une :

« démarche d'élaboration d'un continuum de formation permettant d'articuler entre eux les quatre niveaux de formation en travail social (DEC-Bacc., Maîtrise-Doctorat), en vue de favoriser une plus grande continuité entre les niveaux et encadrer la reconnaissance d'acquis entre les niveaux du DEC et du Baccalauréat. Suite à la décision de principe prise par l'OPTSQ de hausser du baccalauréat à la maîtrise le niveau de formation de base pour l'admission à la pratique professionnelle, l'accent a été mis sur la continuité des objectifs entre le Baccalauréat et la Maîtrise » (RUFUTS, 2009).

Lorsqu'on pose la question « Que sont les travailleurs sociaux devenus? », il faut sans contredit chercher des réponses à l'université dont les programmes ont évolué avec les besoins et les problématiques d'une société en plein bouleversement. Loin de nous la formation presque exclusivement à l'américaine d'il y a 50 ans! La formation d'aujourd'hui reflète davantage des valeurs et des réalités d'ici.

Conclusion

Au terme de ce survol de cinquante années d'histoire, « Que sont les travailleurs sociaux devenus? » Ils ont été parties prenantes des valeurs exprimées par les débats de société et les différentes législations qui en ont marqué le cours. Ils ont combattu tant au sein de l'Ordre qu'en tant qu'individus, auprès du public et des autres professionnels pour maintenir l'universalité des services de santé et des services sociaux, pour l'accessibilité et la gratuité. Ils ont œuvré à la mise sur pied de ressources alternatives et communautaires à l'intention des plus démunis, ainsi que pour l'amélioration continue de la qualité des services par le développement de la compétence. Cette période s'est avérée excitante et mouvementée, malgré les difficultés rencontrées, mais les acquis en sont très riches. C'est pourquoi nous espérons que

cet écrit contribuera au devoir de mémoire qui est le nôtre. En dépit des tentatives de standardisation et de bureaucratisation des pratiques que nous constatons souvent aujourd'hui, il est important de nous rappeler les valeurs qui nous animent et les batailles que nous avons livrées. Il ne faudrait pas que la réponse à la question initiale : « Que sont les travailleurs sociaux devenus? » soit qu'ils sont maintenant de dociles agents de l'État, qui appliquent des protocoles prédéterminés. De nombreux problèmes psychosociaux nécessitent toujours notre intervention créative et combative.

Descripteurs :

Travailleurs sociaux - Québec (Province) - Histoire // Service social - Québec (Province) - Histoire // Service social - Pratique - Québec (Province) // Services sociaux - Politique gouvernementale - Québec (Province) - Histoire // Code des professions - Québec (Province) // Protection de la jeunesse - Québec (Province) - Histoire
Social workers - Quebec (Province) - History // Social service - Quebec (Province) - History // Social service - Practice - Quebec (Province) // Human services - Government policy - Quebec (Province) - History // Professional Code - Quebec (Province) // Youth Protection - Quebec (Province) - History

Notes

- 1 L'auteur a obtenu sa Maîtrise en travail social à l'Université Loyola de Chicago. Elle a été cadre et praticienne dans le domaine de la santé mentale et en protection de la jeunesse durant trente-cinq années. Elle a également été présidente de l'OPTSQ, de l'Association canadienne des travailleurs sociaux, et responsable du programme d'inspection professionnelle de l'OPTSQ de 1994 à 2003. Elle a aussi été présidente du Conseil québécois d'agrément des services de santé et des services sociaux.
- 2 Le terme Ordre est utilisé indifféramment pour désigner l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec/ou la nouvelle appellation : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
- 3 Devenu depuis l'automne 2009, la direction du développement professionnel.

Références

- Bazinet, J. (2001). *Le placement d'enfants. Bibliographie*. Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire. http://www.centrejeunesdemontreal.qc.ca/pdf/biblio/placement_enfants.pdf.
- Biestek, F. (1957). *The Casework Relationship*. Loyola University Press, School of Social Work.
- Biestek, F. (1962) *Pour une assistance sociale individualisée : la relation de casework*. Adapté de l'américain par Michèle Wahl. Paris : Seuil.
- Commission Rochon (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Les Publications du Québec.
- Commission Clair (2000). *Les solutions émergentes. Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dubois, C.-A., et Denis, J.-L. (2001). *De la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Clair. Le façonnement socio-historique de l'imputabilité*. Université de Montréal. http://www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/comm_cast-nepveu.pdf.
- Hollis, F. (1964). *Casework, a Psychosocial Therapy*. New York: Random House.
- Lévesque, C. « Il y a trente ans, la naissance du système professionnel québécois », dans *Le Devoir*, le samedi 17 octobre 2004.
- LRQ, S4, Chapitre 48, 1971. Devenue la loi S4 à la suite de nombreux amendements. À jour le 27 juillet 2009.
- LRQ, Chapitre P-34 1. 1977, dite *Loi sur la protection de la jeunesse*. À jour le 27 juillet 2009.
- Perlman, H. H. (1957). *Social Casework, a Problem-Solving Process*. University of Chicago Press.
- RUFUTS (2009). *Regroupement des unités de formation universitaire en travail social du Québec*. Extrait du site de l'Université du Québec en août 2009 : <http://www.unités.uquam.ca/rufuts/presentation.html>.
- Richmond, M. E. (1922). *What is Social Casework? An Introductory Description*. (Éditeur inconnu).
- Towle, C. (1955). *Common Human Needs*. New York, American Association of Social Workers.

The Evolution of Professional Legislation since the Creation of the Corporation of Professional Social Workers of the Province of Quebec

by
Richard Silver, S.W., Attorney, B.S.W., B.C.L.,
LL.B., LL.M.
Legal Counsel
OTSTCFQ
Email: rsilver@optsq.org

Évolution de la législation sur les professions.
Impact sur les ordres professionnels et la
protection du public.

Evolution of the professional legislation.
Impact on professional orders and public
protection.

Introduction

When 44 social workers, social work educators and agency directors persuaded the Quebec government to create the “*Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec* – Corporation of Professional Social Workers of the Province of Quebec” on February 4th, 1960, the professional system as we know it today did not exist.

The legislation (An Act respecting the Corporation of Professional Social Workers of the Province of Quebec, chapter 178) acknowledged that the public interest justified the proper regulation and control of the profession of social work. It was thirteen years later that the Professional Code was adopted and the structures of the professional system subsequently established.

While a number of professions were already grouped, like social workers, under the auspices of a professional corporation, the catalyst for the adoption of the Professional Code and the creation of a unified professional system

was the Castonguay-Nepveu Commission, which presented its report on the Quebec health system to the Quebec government in 1970. Concluding that existing professional corporations acted without outside control and that their practices were not always consistent, that professionals were increasingly employees with limited autonomy and that the notion of liberal profession was undergoing a major transformation, the Commission recommended a new form of professional organization that was enshrined in the Professional Code (Conseil interprofessionnel du Québec, CIQ, 2007; Dussault and Borgeat, 1974).

At the time it came into force, the Professional Code regulated 38 professions, nine of which were newly created. These bodies represented 112,000 professionals and 4.5% of the active population (CIQ, 2004).

Since that time, the Quebec professional system has evolved dramatically. New professions (including acupuncturists, bailiffs, translators, terminologists, respiratory therapists, interpreters, geologists, midwives, psychoeducators, marriage and family therapists, physical rehabilitation therapists, professional technologists) have been recognized and the organization of the work place has changed for numerous professionals.

Social workers have lived through a number of reforms in health and social services over the past 35 years. The creation of new institutions, the fusion of existing institutions into new models, the establishment of new administrative regions and the development of new models of practice have all had an impact on social work practice.

Government policies have also evolved. For example, with the aging of the work force and a shortage of qualified professionals, the integration of foreign-trained workers and the facilitation of labour mobility within Canada have become important priorities. This too has had an impact on the functioning of professional orders.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 34-41.

As we approach the 50th anniversary of the founding of the Corporation, the Quebec professional system is now well established. Professional orders now count more than 318,000 members. In 2006-2007, the revenue of the 45 professional orders amounted to more than \$186 million. A total of 11,447 professionals were inspected at a cost of almost nine million dollars. Six thousand and thirty-four investigations were conducted after the filing of a complaint; 312 complaints were transmitted to disciplinary councils, which treated a total of 461 files and rendered 154 decisions involving a sanction. Control of illegal practice and usurpation of professional title entailed 559 investigations, with 73 complaints resulting in court action (Office des professions du Québec, 2008).

The purpose of this article is to give an overview of the evolution of professional and ancillary legislation in Quebec and its impact on the mandate, role and functioning of professional orders. We shall proceed with an historical review of the legislative framework and its effect on the organization of the professional system and the 45 professional orders that today regulate 51 distinct professions. We shall also pay specific reference to the impact on what is now the *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*.

The creation of the modern professional system in Quebec: The adoption and coming into force of the Professional Code (Bill 250)

The goal of the legislation, adopted in 1973, was set out in the explanatory notes accompanying Bill 250:

“The main object of this bill is to establish procedure and rules of discipline to be followed by the professional corporations subject to the Professional Code, to institute a uniform system as regards these corporations for ascertaining the quality of the professional acts done by their members, to constitute a Québec Professions Board (Office des professions du Québec) to see that the professional corporations ensure the protection of the public, and to set up a Québec Interprofessional Council (Conseil interprofessionnel du Québec) which will make recommendations to the Board and to the Government.”

According to René Dussault, first president of the *Office des professions*,

“The new legislation clearly demonstrates the confidence of legislators in the system of the professional corporation. It emphatically upholds the professional self-administrative principle. However, it contains two important modifications: it provides for representation of the public within professional organizations and creation of the Québec Professions Board, whose main function is to make sure professional corporations fulfill their duties” (Dussault, 1974).

As self-management by the regulated professions is subjected to a form of control by the State, the philosophy underlying the Professional Code can be defined as “a balance of powers: independence, transparency, accountability and monitoring” (CIQ, 2007).

The Professional Code created two distinct types of professions, those of exclusive practice and those of reserved title. As regards exclusive practice, only members of the professional order may practice those activities reserved to the profession and use the title reserved to them. As for professions of reserved title, only the title is reserved to members of the order; activities associated with the practice of the profession can be undertaken by those who are not members of the Order. The Code initially recognized 21 professions of exclusive practice and 17 of reserved title. In spite of recommendations made by the Corporation of Professional Social Workers of the Province of Québec to the Castonguay-Nepveu Commission that exclusive practice was necessary to ensure the protection of the public, the profession of social work was recognized as a profession of reserved title.

Section 36 (d) of the Professional Code reserved the title of social worker or any other title comprising such expression or the equivalent and the use of the initials “P.S.W.” and “T.S.P.” to persons holding a valid permit for that purpose and entered on the roll of the Professional Corporation of Social Workers of Québec.

Section 37 (d) stated that, in addition to those professional activities allowed by law, persons entered on the roll of the Corporation could “assist persons, families, groups or communities with a view to improving their social activity”.

All members in good standing of the Corporation at the time of the coming into force of Bill 250 were entered on the roll of the new Professional Corporation of Social Workers of Québec and issued a permit (s. 219).

The evolution of the Professional Code since its coming into force

The professional system has evolved considerably since its creation and the Professional Code has been amended regularly to reflect these changes. The *Office des professions*, in accordance with its mandate under the Code, has periodically reviewed the professional system and proposed recommendations regarding the legislative and regulatory changes needed to improve it (for example, *Office des professions*, 1976, 1984, 1997). While not all these proposals have been enthusiastically received (CIQ, 1977, Barreau du Québec, 1997), these initiatives have in some cases resulted in amendments to the Code.

Several important changes have occurred within the last ten years. In 1999, the Minister responsible for the application of professional legislation announced an action plan to bring up to date the professional system and created working groups to develop recommendations on how to achieve these goals. In 2002, two working groups presented recommendations to render more flexible the administrative and regulatory process and improve methods of control, notably the organization of professional inspection, the syndic and the disciplinary council. (*Groupe de travail sur l'amélioration du rendement des mécanismes de contrôle de l'inspection professionnelle et de la discipline*, 2002, *Groupe de travail sur la révision de la réglementation et de son processus*, 2002).

The Minister's action plan also led to the creation of the *Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines* (Bernier Committee), which published, in June 2002, a series of recommendations relating to the professions in the realm of health and human relations (*Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*). The Professional Code subsequently modified the professional activities of 11 professions in the health field, including doctors, nurses and nursing assistants, to take into

account the reality of professional practice and to ensure continuity of care (Bill 90). The committee also recommended the redefinition of fields of practice and reserved activities for professions in the mental health and human relations field.

In 2004, the *Office des professions* set up a second committee to complete the work of the Bernier Committee, specifically to make recommendations on the definitions of fields of practice, reserved and shared professional activities for these professions, the integration of certain groups into the professional system and the regulation of psychotherapy. The Committee (the Trudeau Committee) delivered its report in November 2005 (*Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*, 2005). Legislation incorporating a number of the Committee's recommendations was adopted in June 2009.

Aware of the challenges facing professionals trained abroad, a non-partisan group of elected members of the Quebec National Assembly reviewed their difficulties related to the recognition of their competencies and training. Their recommendations also led to amendments in the Professional Code so that orders now possess the tools to facilitate the integration of foreign-trained professionals into the professional system (*Task Force on Access to Regulated Trades and Professions*, 2005).

The evolution of professional legislation and the impact on professional orders

While the Professional Code has been amended numerous times since it came into force, certain key elements remain unchanged. Perhaps most importantly, no change has been made to section 23 of the Code, which notes that the principal function of each order shall be to ensure the protection of the public, in particular through the supervision of the practice of its members. Neither have the criteria used to determine if a new professional order should be created been modified since this time, the concept of a profession remaining constant for thirty-five years (s. 25). Key elements, such as the role of the syndic, the function of the professional inspection committee and the mandate of the disciplinary council, are still in place. Moreover, public

members, appointed by the *Office des professions*, continue to sit as board members of professional orders.

However, amendments to the Professional Code and the coming into force of ancillary legislation indicate several trends:

- (1) Provisions aimed at better protecting the public have come into place over the years.
- (2) The internal functioning of orders has become somewhat more flexible.
- (3) Professional orders have become increasingly accountable to government bodies.
- (4) The operations of professional orders have also become more transparent.
- (5) In recognition of new realities, the Professional Code has, in recent years, been amended to provide a new legal framework for professions in the realm of health and human relations.
- (6) As instruments of government policy, orders have been equipped with new tools to facilitate the integration of foreign trained professionals and to improve labour mobility.

Increased protection of the public

Over the years, the Professional Code has evolved to include new measures to better ensure the protection of the public. While it is not possible, in this text, to give a detailed historical analysis of every amendment, the following examples indicate the continued emphasis on the *raison d'être* of the professional system.

Certain information about the membership has become public. This allows members of the public to better inform themselves about the history of a member of the profession. Since 2006, the name, sex, employer and professional domicile of the professional are considered public information. Moreover, the professional's history is also public: the year he was first entered on the membership roll and the year of every subsequent entry on the roll, in addition to any decision pertaining to a restriction or limitation of practice. This allows the public to trace the professional history of the professional. (s. 46.1)

The board of directors can order a medical examination of a member or a person applying for admission where it has reason to believe his physical or mental condition is incompatible with the practice of his profession (s. 48). This

process, which originally necessitated the intervention of three physicians, was rendered more flexible in 2008, so as to allow a single physician to carry out the examination with the consent of the board of directors and the individual.

In 1987, the Code was amended to allow orders to require their members to take out professional liability insurance so that clients or others harmed by professional malpractice would be fully indemnified.

In 1990, public protection was increased as the Code regulated the type of advertising permitted by professionals, targeting specifically false representations and claims (ss. 60.1, 60.2, 60.3).

Extra safeguards were added in 1994, with the inclusion in the Code of acts deemed derogatory to the dignity of the profession. A professional taking advantage of his professional relationship with a person to whom he is providing services, to have sexual relations with that person during that relationship, or to make improper gestures or remarks of a sexual nature, would commit such an act and be subject to disciplinary sanctions (s. 59.1). Moreover, since 1994, a candidate for membership has had to inform the Order of any criminal conviction (unless a pardon has been obtained). The board of directors can refuse to issue a permit or to enter the person on the roll if, in its reasoned opinion, the criminal offence is related to the practice of the profession. In 2008, the Code was amended to permit orders to conduct criminal record checks of candidates for admission.

These examples indicate how the Professional Code has evolved since its adoption to better protect the public.

Better and easier governance

In 2008, the Professional Code was amended to render more flexible the governance and regulatory framework of orders. The legislation facilitated the circulation of information within the Order and permitted the board of directors to delegate certain decisions to committees. The board could also proceed by simple board resolution rather than by regulation in some areas related to its internal operations. For example, rather than waiting for up to a year to amend a regulation enabling the board of directors to

meet by conference call or videoconference, the board could simply adopt a resolution to this effect at one of its meetings.

Increased accountability and control

Over time, orders have become increasingly subject to control by outside bodies. Bill 250 gave the *Office des professions* broad responsibilities to ensure that professional orders respected their obligations under the Professional Code. These powers have grown over time. In 1994, the Code was amended to give the Office, on the authorization of the Minister, power to investigate orders that do not respect the law. In 2008, the Office was granted the power to propose a course of action or measures to be taken by an order in situations in which it considers it necessary for the protection of the public.

In 2002, ironically for bodies created by the state with a mandate of public protection defined by the Code, orders were defined as lobbyists by the Lobbying Transparency and Ethics Act (R.S.Q., c. T-11.011), required to register with the *Commissaire au lobbyisme* and register any activities that were defined as lobbying by the new legislation.

In 2006, orders became subject to access to information legislation, enabling the public to obtain information on activities regarding the supervision of the practice of the profession.

Orders are also increasingly subject to reporting mechanisms. Annual reports have become so detailed that, in November 2007, the *Office des professions* sent a 39-page guide to orders on how to complete them. In the near future, we can anticipate a Quebec government regulation specifying which information must be available on the Internet site of professional orders.

Particular emphasis has been placed on the admissions process to ensure that the registration practices are fair, objective and impartial. In June 2009, the Minister introduced a bill to create the office of Commissioner for complaints about the recognition mechanisms of professional competence. The Commissioner, situated within the structure of the *Office des professions*, would have the mandate to examine complaints against professional orders regarding mechanisms for the recognition of professional competence, monitor the operation of

these mechanisms and take measures to ensure that additional training required by orders is offered by an educational institution (Bill 53, An Act to create the office of Commissioner for complaints concerning mechanisms for the recognition of professional competence).

Transparency

Hand in hand with accountability, the practices of orders related to the control of the profession have become increasingly transparent over the years. Hearings of the disciplinary council were originally held behind closed doors. However, since 1988, hearings have been open to the public, unless the council decides it is in the general interest or in the interest of public order, in particular to preserve professional secrecy or to protect a person's privacy or reputation (s. 142).

Moreover, a person may have access to the hearing roll and record of the disciplinary council (s. 120.2).

While much information was already available to members and the public, the subjecting of orders, in 2006, to access to information legislation has also increased the duty of transparency. A broad range of information is now accessible, including documents related to professional training, admissions, the issue of permits and special authorizations. The legislation also covers documents related to discipline, the conciliation and arbitration of accounts, the supervision of the practice of the profession and professional inspection (s. 108.1).

Resolutions striking a member off the roll or suspending his right to engage in professional activities are public, as is the name of a member subject to disciplinary proceedings (s. 108.7). Moreover, a person may have access to the annual report of the professional liability insurance fund, the professional liability group insurance plan contract and any portion of the minutes of the annual general meeting or a special general meeting concerning the supervision of the practice of the profession (s. 108.9).

These legislative changes have obliged orders to develop new internal structures to meet their responsibilities. In 1994, the Professional Code was amended to provide for the establishment of a committee to review, at the request of the

person seeking an inquiry, the decision of the syndic not to lodge a complaint with the disciplinary council (s. 123.3). In 2006, the board of directors was obliged, by regulation, to set up a independent review process for candidates whose application for recognition of an equivalency was denied (s. 93, c.1).

The role of professional orders as instruments of government policy in the recognition of foreign-trained professionals

As successive Quebec governments have put a focus on the integration of foreign trained professionals into the labour force and on labour mobility between Canadian provinces, several initiatives have had an impact on the way orders regulate access to the profession. The Professional Code has been amended to facilitate the responsibilities of orders, which have essentially become tools of government policy in this area. The principle of self-regulation has on occasion been mitigated as orders adjust their practices to harmonize with government policy.

Orders traditionally issued a permit based on the university degree or college-level diploma recognizing the necessary competencies for professional practice. However, the Code was amended in 1994 to oblige orders to pass a regulation on training equivalences, thus enabling candidates without the designated degree or diploma to apply for membership.

In 2005, the Task Force on Access to Regulated Trades and Professions, composed of members of the National Assembly from different Quebec political parties, tabled a series of recommendations aimed at facilitating access to the regulated trades and professions (Task Force, 2005). As a result of these recommendations, the Professional Code was amended to allow orders to deliver temporary restrictive permits, facilitating the rapid integration into the labour force of candidates whose training is partially equivalent, and, as a simple solution, to draw up a list of foreign and Canadian orders whose members would be automatically admitted to the profession.

In November 2008, the Quebec and French governments signed an Agreement on the Recognition of Professional Qualifications so as to facilitate the mobility of professionals and

workers between these two jurisdictions. Professional orders were required to initiate proceedings with a view to concluding reciprocity arrangements with their French counterparts in accordance with the agreement signed by their respective governments.

In June 2009, the government adopted legislation to provide for the implementation of the Agreement between France and Quebec. The law amended the Professional Code to authorize the issue of a permit to a person who meets the conditions required to give effect to an agreement for mutual recognition of professional competence entered into between the Quebec government and another government (An Act to provide for the implementation of the *Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles* and similar agreements, 2009, c. 16).

In the context of inter-Canadian labour mobility, an Agreement on Internal Trade was concluded by the federal, provincial and territorial governments in 1994. Regulatory bodies across the country were required to conclude Mutual Recognition Agreements to recognize the qualifications of professionals regulated in other provinces. When these Mutual Recognition Agreements did not, in the eyes of governments, provide for sufficient recognition, the Agreement on Internal Trade was modified in 2008 to impose mutual recognition by default, so undermining the prerogatives of orders to set their own standards for access to the profession

Recognition of evolving professional practice

Today's Professional Code recognizes that Quebec society and the professional world are in constant evolution. New professions have been created since the Code came into force. Amendments have been made to take into account new professional realities in a changing world. For example, professional orders may now authorize their members to carry on their professional activities within a limited liability partnership or a joint-stock company.

In the realm of the health care and human relations professions, the legislative amendments recommended by the Bernier and Trudeau committees proposed concrete solutions to take into account changing professional practice.

For professions of reserved title in the field of human relations, the activities reserved to members by amendments adopted in June 2009 represent perhaps the most significant developments in professional legislation since the adoption of the Code in 1973.

Impact of changes specifically on the *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* and the professions regulated by the Order

In addition to the more general changes outlined above, the evolution of the professional system has had a specific impact on the Order, particularly in recent years. In November 2001, after many years of discussion, the government recognized the profession of marriage and family therapist and integrated these professionals into the Order. Since this time, the Order has been regulating two distinct professions.

The decree that recognized this new profession defined their professional activities and redefined the professional activities of social workers.

In April 2009, subsequent to the Agreement between the French and Quebec governments, the Order signed a mutual recognition agreement with the *Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville* of France to recognize the qualifications of social work professionals trained in France and Quebec and facilitate their labour mobility.

Perhaps most significant for the future of the two professions regulated by the Order was the adoption in June 2009 of Bill 21 (An Act to amend the Professional Code and other legislative provisions in the field of mental health and human relations, 2009, c. 28). Integrating many of the recommendations of the Trudeau Committee, the legislation provided a new definition of professional activities for social workers and marriage and family therapists and specified a list of reserved activities for the two professions, notably where there is a risk of harm to those who receive these services. As a result, many employees in the public health and social services system who are eligible for membership but chose not to become members will be required to register with the Order. The legislation also gives the Order the power to

regulate those who already exercise these activities but are not eligible for membership.

Also in June 2009, the government adopted legislation (Bill 46), which amended the title of the Order to the *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* to recognize, at the request of the Order, the two distinct professions regulated under the Order's auspices (2009, c. 35).

Conclusion

The continuing evolution of the professional system over the next few years is inevitable. If the past is any guide, it is likely that new professions will be recognized and that orders will continue to have the flexibility to administer their internal affairs. At the same time, trends indicate that professional orders will continue to become increasingly accountable to government and to the *Office des professions* on other issues. These responsibilities place increasing demands on their human and financial resources.

This situation is not unique to Quebec. In Ontario, the Office of the Fairness Commissioner was created by the Fair Access to Regulated Professions Act in 2007. In 2007-2008, the Fairness Commissioner conducted a review of registration practices of Ontario's regulated professions to understand their registration practices, establish baseline data and measure progress. In May 2009, the Commissioner announced that it would survey people who had applied to regulated professions in Ontario (Office of the Fairness Commissioner, 2009). At least one commentator has questioned the commitment of the Ontario government to self-regulation (Steinecke Maciura Leblanc, 2009).

What has become clear is that if professional orders do not implement what is required by government policy, solutions will be imposed. As amendments to the Agreement on Internal Trade indicate, regulatory bodies no longer have the last word on establishing the standards for access to the profession, thus undermining their principal mandate of public protection. Only the future will determine if the independence of professional orders in Quebec will be further put into question.

Descripteurs :

Code des professions - Québec (Province) //
Travailleurs sociaux - Associations // Services
sociaux - Politique gouvernementale - Québec
(Province) - Histoire // Protection du public
Professional Code - Quebec (Province) // Social
workers - Associations // Human services -
Government policy - Quebec (Province) - History //
Public protection

References

- Barreau du Québec (1997). *Le système professionnel québécois de l'an 2000*. Mémoire sur l'avis de l'Office des professions du Québec.
- Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines (2005). *Partageons nos compétences*. Québec : Office des professions.
- Conseil interprofessionnel du Québec (1977). *L'évolution du professionnalisme au Québec*. Commentaires sur l'étude de l'Office des professions du Québec.
- Conseil interprofessionnel du Québec (2004). *Le Québec professionnel en chiffres*.
- Conseil interprofessionnel du Québec (2006). *Chronologie du système professionnel 1965-2005*.
- Conseil interprofessionnel du Québec (2007). *The Professional System in Québec*.
- Dussault, R. (1974). Quebec's Professional Code requires radical restructure of professional organization, *Canadian Medical Association Journal*, October 5, 111 (7), 724.
- Dussault, R., et Borgeat, L. (1974) La réforme des professions du Québec, *Revue du Barreau*, t. 34 (3), 145.
- Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines (2002). *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*. Québec : Office des professions.
- Groupe de travail sur l'amélioration du rendement des mécanismes de contrôle de l'inspection professionnelle et de la discipline (2002). *Recommandations*. Office des professions.
- Groupe de travail sur la révision de la réglementation et de son processus (2002). *Recommandations*. Office des professions, Québec.
- Office des professions du Québec (1976). *L'évolution du professionnalisme au Québec*. Québec.
- Office des professions du Québec (1984). *Le système professionnel québécois 1974-1984 : bilan et perspective*. Québec.

- Office des professions du Québec (1997). *Le système professionnel québécois de l'an 2000 : l'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXI^e siècle*. Québec.
- Office des professions du Québec (2008). *Rapport annuel de gestion 2007-2008*.
- Office of the Fairness Commissioner (2009). First-Ever Survey About Getting a Professional Licence, *Press Release, May 7*.
- Steinecke Maciura LeBlanc (2009). Self-Regulation Under Siege, *Grey Areas*, no. 134.
- Task Force on Access to Regulated Trades and Professions (2005). *Foreign Trained Immigrants and Access to Regulated Trades and Professions, Summary of Recommendations*. Québec: ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles.

Legislation consulted

- Professional Code, R.S.Q., c. C-26, as amended.
- We draw your attention particularly to:
- An Act to amend the Professional Code and other legislative provisions in the field of mental health and human relations (2009, c. 28).
- An Act to provide for the implementation of the *Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles* and similar agreements (2009, c. 16).
- An Act to amend the Professional Code and other legislative provisions (2009, c. 35).

Le travail social comme discipline pratique

par
Jacques Alary, Ph. D. (service social)
Courriel : jalary@iteract.ca

*To be a social worker one
must be a social scientist*
Robert MacIver (1931 : 22)

Recap of issues, which led to the development of knowledge in social work in Quebec and North America. Origins of the concept of social adjustment.

Rappel des enjeux qui ont mené au développement des connaissances en service social au Québec et en Amérique du Nord. Origines du concept de fonctionnement social.

Lorsque Robert MacIver déclarait en 1931 que le travailleur social devait aussi être un scientifique, il poursuivait en fait un débat amorcé par Abraham Flexner (1915) lors d'un congrès où l'on s'interrogeait sur le statut disciplinaire du service social. On se demandait si le service social était vraiment une profession et s'il avait sa place à l'université. On avait de la difficulté à circonscrire son champ d'étude et à lui attribuer des théories propres. Les connaissances enseignées à l'époque étaient principalement des formalisations de savoirs tirés de l'expérience des praticiens. Ce sont ces interrogations au sujet du statut du service social, en tant que discipline faisant partie des sciences sociales, qui sont à l'origine des efforts menés par les théoriciens du service social, au cours des cinquante années suivantes, pour définir son

objet d'étude et jeter les bases de son corpus de connaissances.

Comme on le verra dans cet article, ce débat a eu des échos au Québec où il a été repris au début des années 1960 par un doyen de sciences sociales et un directeur d'école de service social. Par la suite, lorsque le Conseil des universités a formé le comité d'étude sur le travail social en 1979, avec mandat d'analyser les contenus communs aux programmes offerts en service social, en psychoéducation, en criminologie et en psychologie, c'est la même question qui était posée à propos du statut disciplinaire du service social et de son champ d'étude spécifique. Ce que nous proposons dans ce texte, c'est en quelque sorte une réflexion épistémologique sur le développement des connaissances en service social à partir des questionnements soulevés par un certain nombre de théoriciens pour la plupart américains.

La recherche d'une théorie générale du service social

Depuis le début des années 2000, on assiste au Québec à la naissance d'une littérature de synthèse sur les théories et les pratiques en travail social. La publication de manuels d'introduction au travail social et d'ouvrages portant sur les théories en travail social ainsi que sur l'évolution des pratiques en service social est un phénomène qui témoigne d'une capacité à saisir et à analyser le champ dans son ensemble. Dans ces ouvrages, les chapitres qui traitent plus spécifiquement des approches d'intervention ou des modèles de pratique s'inspirent inmanquablement des auteurs américains qui ont conçu ces modèles et articulé leurs composantes. La pensée en service social au Québec s'est donc développée dans la mouvance des efforts intellectuels menés depuis le début du XX^e siècle par les pionniers du service social américains pour élaborer un corpus de connaissances et pour donner des assises scientifiques à la pratique professionnelle.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 42-53.

Bien que la littérature américaine en service social comprenait déjà de nombreux écrits qui avaient servi à articuler les concepts fondateurs de la discipline, deux événements importants survenus en 1958-1959 ont marqué l'évolution de la pensée américaine en service social. Il y a eu d'abord la publication dans *Social Work*, revue de la National Association of Social Workers, d'un article intitulé « Working Definition of Social Work Practice » (NASW, 1958), et la publication par le Council on Social Work Education du rapport intitulé « Social Work Curriculum Study » (CSWE, 1959). Le CSWE était à l'époque l'organisme d'agrément des programmes des écoles universitaires de service social américaines et canadiennes.

La définition du travail social proposée en 1958 était en fait une description des composantes normatives, analytiques et méthodologiques du corpus des connaissances considérées comme essentielles dans l'exercice de la profession, et à propos desquelles il y avait consensus parmi les membres. On soulignait que c'était ces composantes, prises dans leur ensemble et non une à une, qui faisaient du service social une profession distincte des autres professions. Le champ du service social était donc reconnaissable aux trois dimensions suivantes : (a) les valeurs et les objectifs orientant la pratique; (b) les théories des sciences humaines et sociales nécessaires à l'analyse des situations et des problèmes visés par la pratique; (c) les méthodes, les techniques et les habiletés mises en application au cours de la pratique.

Cette façon de circonscrire le champ du service social a alimenté la réflexion et la critique des théoriciens pendant plusieurs années, tant dans notre milieu qu'aux États-Unis. La question qui préoccupait les théoriciens du travail social était de savoir comment relier entre elles de façon cohérente les valeurs, les connaissances et les méthodes constitutives de la profession. Pour y parvenir, Philippe Garigue (1961) alors doyen de la Faculté des sciences sociales de l'université de Montréal, soutenait que le service social devait se doter d'une « théorie générale » qui permettrait d'évaluer l'efficacité des services en fonction des valeurs associées aux objectifs de l'intervention.

« Nous nous trouvons donc devant une question qui est fondamentale. Est-il possible d'établir une théorie générale du service social qui

incorpore non seulement les critères scientifiques quant aux conséquences de l'utilisation de certaines conclusions d'origine sociologique, psychologique, économique, etc., mais qui établissent une échelle capable de mesurer l'efficacité des services donnés pour améliorer la condition humaine d'un individu ou d'un groupe? » (Garigue, 1961 : 43-62).

Selon Garigue, les théoriciens du service social ne pouvaient se satisfaire d'emprunter des théories explicatives aux autres disciplines des sciences sociales ni simplement d'affirmer les principes normatifs qui orientaient leur action. Ils devaient énoncer leur propre problématique et appliquer la méthode scientifique pour mesurer l'efficacité de leurs pratiques et pour justifier les choix qu'ils faisaient sur le plan des valeurs poursuivies dans l'action.

Dans la littérature américaine de l'époque, William Gordon soulignait également la nécessité de développer « un cadre de référence théorique » capable d'articuler les composantes normative, analytique et méthodologique du service social conçu comme une discipline (Gordon, 1962; 1965a; 1965b). La même idée était développée en 1966 par Shaun Govenlock, alors directeur de l'École de service social de l'université de Montréal. Il définissait le service social comme un « engagement raisonné » voulant souligner par là le lien entre la poursuite de valeurs (engagement) et l'application de connaissances (raisonnement).

« Le véritable cadre de référence et la spécificité du service social se trouvent dans l'interdépendance de ses valeurs et de ses connaissances... Il ne suffit pas d'affirmer que c'est dans la zone des valeurs et des connaissances que le service social trouvera son identité spécifique et distinctive. Plusieurs de ces valeurs, et une très grande proportion de ces connaissances font partie de l'héritage d'autres professions et disciplines. Ce qui est crucial, donc, c'est d'en déterminer l'optique particulière, le "schème de référence"... qui n'appartient à nul autre qu'au service social. Il faudra, en plus, s'assurer que, du côté de ses "valeurs", le service social se définisse d'une façon qui échappe à la relativité culturelle absolue que Garigue semblait lui reprocher..., et que du côté de ses connaissances, il élabore un schème qui aura une véritable puissance théorique, i.e., susceptible d'orienter les études déductives et de canaliser la recherche scientifique » (Govenlock, 1966 : 31-32).

La nécessité pour le service social de nommer et d'affirmer plus clairement les valeurs qui orientent son action avait déjà été signalée en 1958 par David Kirk, alors professeur à l'École de service social de l'Université McGill. Il considérait que la profession devait se doter d'un mécanisme de recherche lui permettant de donner des assises plus rationnelles à sa position au sujet des problèmes sociaux.

«La question de l'identification de cette profession n'a pas encore été résolue de façon satisfaisante. Le personnel professionnel continue à être menacé *par l'incertitude des valeurs professionnelles* comme guides à l'action... Ce qui semble manquer dans la situation présente est le pouvoir de laisser vos connaissances et vos valeurs se heurter aux autres pouvoirs de la société» (Kirk, 1958).

Les trois citations précédentes montrent bien qu'au début des années 1960, les théoriciens du service social cherchaient à le définir comme une discipline possédant un corpus de connaissances comprenant trois dimensions fondamentales : des valeurs, des référents théoriques et des méthodes. De plus, ces auteurs s'entendaient pour dire que c'est au moyen de la recherche et par l'application de la méthode scientifique propres aux sciences humaines et sociales que ce corpus de connaissances allait devoir être élaboré.

La nature du service social comme discipline

Mais il aurait fallu, d'entrée de jeu, préciser la nature de cette discipline dont le corpus de connaissances englobe à la fois des valeurs, des théories et des technologies, c'est-à-dire répondre à la question si fréquemment posée de savoir ce qui fait sa spécificité, ce en quoi elle se distingue des autres disciplines. Est-ce une discipline à prédominance normative axée sur l'analyse et la poursuite de valeurs? Est-ce une discipline à prédominance théorique axée sur l'analyse des problèmes sociaux et sur la conception de stratégies pour les résoudre? Est-ce une discipline à prédominance pratique axée sur la recherche et l'expérimentation des moyens les plus efficaces de mobiliser les personnes, les groupes et les communautés dans une démarche de résolution de problèmes?

Une première façon d'aborder cette question a consisté à distinguer entre sciences pures et

sciences appliquées. Ainsi, Cornelius Benjamin (1965) classait, entre autres, la science politique, la sociologie et la science économique parmi les sciences pures, tandis qu'il plaçait la science du comportement politique, la science du travail social et la science de l'administration des affaires parmi les sciences appliquées. Il ajoutait cependant qu'en science appliquée, il faut encore distinguer entre la pratique de la recherche et la pratique professionnelle :

«Pure science can then be defined as a study of causal relations (it deals with truths of the form, "A causes B"), and practical science can be defined as a study of how these causal relations can be put to work when A is a *means* and B is an *end*. It is an attempt to determine how to produce A if B is a positive value and to prevent A if B is a negative value... On the other hand, the trades and professions, accepting the values set by man and society, and using these means-end relationships, attempt to *create* the means which result in the positive values and try to *prevent from occurring* the means which eventuate in the negative values¹» (Benjamin 1965 : 248).

Ainsi, selon Benjamin, le service social pourrait être considéré comme une science appliquée parce qu'il traite des relations entre des moyens et des fins. Il ajoute, cependant, qu'en tant que profession, le service social doit aussi tenir compte des valeurs établies par la société. Il faut donc qu'il y ait place dans la discipline pour une approche critique des valeurs, c'est-à-dire pour une réflexion de type normatif. Il n'est donc pas suffisant de classer le service social parmi les sciences appliquées.

On trouve par ailleurs chez Edmund Husserl (1959) une réflexion sur les rapports entre disciplines théoriques, disciplines normatives et disciplines pratiques qui semble plus pertinente pour éclairer notre démarche de clarification de la nature du service social comme discipline. On retiendra de ses écrits sur cette question deux passages qui rejoignent nos préoccupations :

«Nous commencerons par fixer une proposition qui est d'une importance décisive pour nos recherches ultérieures, à savoir que toute discipline normative, et pareillement toute discipline pratique, repose sur une ou plusieurs disciplines théoriques, en tant que ses

règles doivent posséder une teneur théorique séparable de l'idée de normalisation (ou d'obligation), teneur dont l'étude scientifique incombe précisément à ces disciplines théoriques» (Husserl, 1959 : 41).

«En d'autres mots, toute discipline normative exige la connaissance de certaines vérités qui ne sont pas normatives; mais elle tire cette connaissance de certaines sciences théoriques, ou bien elle l'acquiert en appliquant les propositions ainsi tirées de ces sciences, aux constellations de cas fixés par l'intérêt normatif. Il en est naturellement aussi de même pour le cas plus spécial de la technologie, et manifestement dans une mesure plus large encore. Il s'y ajoute ici les connaissances théoriques qui doivent offrir une base et des moyens pour une réalisation féconde des buts que l'on s'est fixés» (Husserl, 1959 : 51).

Sans entrer dans les détails de la démonstration que fait Husserl de la nature et de l'interdépendance des savoirs dans les disciplines théoriques, normatives et pratiques, on peut très bien voir que le service social se classe dans la catégorie des disciplines pratiques. Et, à ce titre, son corpus théorique comprend nécessairement des connaissances méthodologiques qui sont liées à des connaissances normatives qui, à leur tour, sont liées à des connaissances théoriques. En d'autres mots, le processus et les méthodes employés dans l'intervention sont déterminés par les objectifs de changement ou d'amélioration visés. Ces objectifs dépendent par ailleurs des normes et des valeurs considérées comme étant mises en cause dans une situation donnée. Enfin, la détermination de l'écart qui existe dans une situation donnée par rapport à une norme ou à une valeur repose sur l'évaluation objective des données de cette situation au moyen de critères théoriques. Il importe de souligner qu'on parle bien ici, à chacune des étapes du processus, d'une mise en œuvre de connaissances, car on a eu trop souvent tendance en service social à limiter le volet «connaissances» à l'application de théories empruntées aux autres disciplines des sciences humaines et sociales. Les valeurs et les méthodes n'étaient pas considérées comme faisant partie de l'ordre des connaissances proprement dit, mais plutôt comme relevant d'un «engagement moral» et d'un «entraînement technique».

Dans un chapitre intitulé «Knowing, Doing, and Valuing», C. I. Lewis (1962), professeur de philosophie à l'Université Harvard, montre bien comment dans chacune de ces trois opérations on a essentiellement affaire à un processus de connaissance qui repose sur une activité cognitive. Cela pourrait s'appliquer, *mutatis mutandis*, aux opérations qui sont conduites dans la pratique en service social et qui sont essentiellement des opérations d'évaluation :

«Evaluations are a form of empirical knowledge, not fundamentally different in what determines their truth or falsity, and what determines their validity or justification, from other kinds of empirical knowledge²» (Lewis, 1962 : 365).

En tant que discipline pratique, le service social fait appel régulièrement à des jugements pratiques, qui présupposent des jugements normatifs qui reposent à leur tour sur des raisonnements analytiques. Il s'agit là comme le montre Lewis d'une démarche scientifique qui vise à la production d'un savoir empirique qui a sa propre validité. Il ne suffit pas, cependant, d'affirmer que la démarche suivie en service social est une démarche rigoureuse capable de produire des connaissances valides. Une discipline, si elle veut mériter son nom, doit avoir un objet d'étude et d'intervention qui lui donne une spécificité et une unité, et qui permet de circonscrire et de délimiter son champ d'investigation et son champ de pratique. Quel est donc cet objet d'étude qui est en même temps un objet d'intervention en travail social?

Le service social, son objet d'étude et d'intervention

Dans le premier tome du rapport du Council on Social Work Education intitulé *Objectives of the Social Work Curriculum of the Future*, son auteur, Werner W. Boehm (1959), proposait l'idée que le «fonctionnement social» constituait l'objet d'étude et d'intervention du travail social. Cette publication donnait au concept de «fonctionnement social» une signification particulière qui allait être reprise par les théoriciens et les praticiens du service social dans de nombreuses publications et pendant de nombreuses années. On retrouve encore ce concept dans les définitions officielles du travail social proposées par l'Association canadienne des

travailleurs sociaux (2000) et par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2005).

Dès le début de l'année 1960, on a diffusé au Québec la définition du concept de fonctionnement social telle que proposée par Werner Boehm dans ce rapport :

«Le service social a pour fin d'améliorer le *fonctionnement social* partout où un besoin de cette amélioration se fait sentir soit dans les individus soit dans la société. Dans ce contexte, les termes *fonctionnement social* désignent les actes considérés comme essentiels pour remplir les rôles multiples que chaque individu est appelé à accomplir à titre de membre de groupes sociaux... Le travailleur social doit donc diriger son activité à la fois sur la capacité d'interactions efficaces des individus et des groupes et sur les ressources sociales du point de vue de ce qu'elles apportent à un *fonctionnement social efficace*» (Boehm, 1960 : 71-87).

En proposant l'expression «fonctionnement social» pour désigner l'objet d'étude et d'intervention du service social, on voulait souligner en quoi il se distinguait des autres disciplines des sciences humaines qui ont pour objet le «fonctionnement psychologique» des personnes et des groupes, et des disciplines des sciences de la santé qui ont pour objet «le fonctionnement biologique ou physiologique» des individus ou des populations. Par la suite, on précisera que le travail social s'intéresse au fonctionnement social non en soi, ce qui intéresse aussi d'autres disciplines des sciences sociales, mais plutôt au fonctionnement social dans son rapport au développement social des personnes et des collectivités.

Les origines du concept de fonctionnement social dans la littérature américaine en service social

Dans une étude de la littérature américaine en service social (Alary, 1968) portant sur les écrits datant de 1915 à 1965, nous avons pu établir que le concept a commencé à être utilisé plus régulièrement à partir de l'année 1940. Introduit spontanément pour la première fois en 1934 dans un texte écrit par Bartlett³, le concept apparaît quelques années plus tard dans trois autres publications (Bartlett, 1940;

French, 1940; Hamilton, 1940), ce qui révèle davantage une convergence de conceptualisation qu'une simple coïncidence dans l'usage d'une terminologie.

Jusqu'en 1939, le concept couramment utilisé pour désigner le phénomène principal auquel s'intéresse le service social est le concept d'adaptation sociale ou en anglais «social adjustment». Le concept sera d'abord défini en termes d'un équilibre entre les capacités des personnes et les opportunités offertes par l'environnement. Par la suite, on précisera que l'adaptation implique aussi un équilibre entre la satisfaction des besoins personnels et la satisfaction des exigences du milieu. D'autres critères seront ensuite ajoutés pour indiquer que l'adaptation implique également l'autosuffisance et l'autodétermination de la part de l'individu de même que la conformité aux us et coutumes et aux valeurs de la culture du groupe d'appartenance.

À partir des années 1940, le concept de fonctionnement social remplace définitivement le concept d'adaptation sociale pour désigner l'objet d'étude et d'intervention du service social, ce qu'on appelle en anglais «the subject matter of social work». Au cours des vingt années suivantes, de 1940 à 1960, beaucoup d'efforts seront consacrés par de très nombreux auteurs pour expliciter ce que l'on entend par fonctionnement social et pour jeter les bases d'une théorie générale du fonctionnement social.

Le fonctionnement social est d'abord vu comme une variable dépendante, c'est-à-dire comme un phénomène qui est influencé ou déterminé par divers facteurs : d'une part, le fonctionnement social peut être influencé par les besoins et les capacités de la personne, d'autre part, le fonctionnement social peut être influencé par les exigences et les opportunités de l'environnement. Ces facteurs deviendront par la suite plus génériques pour correspondre aux facteurs biopsychologiques, d'une part, et aux facteurs socioculturels, d'autre part.

Pendant qu'on cherche ainsi à établir les déterminants du fonctionnement social, on donne à ce concept une définition empirique qui correspond aux actes déployés dans l'accomplissement des rôles que commande la vie en société. En donnant ainsi au concept de fonctionne-

ment social une dénotation comportementale, on abrogeait son potentiel théorique, on le ramenait à une question de comportement social très proche de ce qui constitue l'objet d'étude d'une école de pensée de la psychologie.

La recherche du potentiel théorique du concept de fonctionnement social

William Gordon (1964 : 72) sera l'un des premiers à se rendre compte des limitations inhérentes à la définition qui avait été donnée au concept de fonctionnement social⁴. Cela semble se confirmer lorsque l'on examine les écrits des théoriciens et des praticiens du service social. À travers une analyse de contenu⁵ d'un échantillon de la littérature américaine des années 1956 à 1966, on a pu observer que, dans 55% des énoncés retenus à des fins d'analyse, l'expression « fonctionnement social » était employée comme évidente en soi, sans aucun référent théorique ou empirique. Lorsqu'il y avait des référents, trois fois sur cinq il s'agissait d'une référence empirique à des comportements ou à des tâches associés à des rôles et des statuts. Par comportements on entend des activités associées à des rôles dans la famille, dans le milieu de travail ou l'école, dans la communauté ou le quartier, dans le domaine de la consommation ou des loisirs et de façon plus générale dans les relations interpersonnelles.

Lorsque les énoncés font allusion à des variables indépendantes pouvant agir sur le fonctionnement social des personnes, on distingue des facteurs endogènes et des facteurs exogènes. Parmi les facteurs endogènes pouvant affecter ou influencer le fonctionnement social des personnes ou des individus, dans 68% des cas, on mentionne qu'il peut s'agir de facteurs psychologiques tels que des conflits ou des problèmes psychologiques ou encore des habiletés, des capacités, des limitations, des forces ou des faiblesses du moi. Par ailleurs, dans 32% des cas, on fait référence à des facteurs physiques tels que l'âge, le sexe, l'hérédité, l'état de santé ou un handicap. Pour ce qui est de l'influence exercée par des facteurs exogènes, dans 50% des cas, on fait référence soit à des ressources ou des opportunités offertes par le milieu, soit au contraire à des pressions ou à des problèmes du milieu. Dans 50% des cas, on évoque plutôt des attentes ou des exigences associées à l'appar-

tenance à une famille, un groupe, une communauté ou plus généralement une culture.

Lorsque l'on examine les attributs du fonctionnement social, il est intéressant de constater que, dans les énoncés analysés, l'expression comporte souvent une connotation normative. Dans 63% des énoncés, l'attribut accolé au concept suggère soit un état de normalité (fonctionnement adéquat, approprié, efficace), soit un état d'anormalité (fonctionnement problématique, bloqué, perturbé), soit un état modifiable (fonctionnement rehaussé, amélioré, restauré). Dans 10% des énoncés, l'attribut suggère que le fonctionnement social peut être conçu comme une entité clinique qu'on peut évaluer, diagnostiquer, mesurer. Dans 27% des énoncés, l'expression « fonctionnement social » est employée dans un sens plus neutre pour évoquer un phénomène qu'on peut analyser dans ses dimensions ou encore une variable qui peut être mesurée.

Ce que révélait cette analyse de la littérature américaine en service social des années 1956-1966, c'est que, dans son usage courant, le concept de fonctionnement social possédait un faible niveau d'abstraction et qu'il était souvent défini dans des termes équivalents à celui de comportement social ou de performance dans l'exercice des rôles sociaux. Ce faisant, le service social ne proposait aucune explication originale et il pouvait simplement mettre en application dans sa pratique les théories du comportement social élaborées par les différentes écoles de pensée de la psychologie ainsi que les théories des rôles et des systèmes issues du courant fonctionnaliste de la sociologie.

L'influence de l'interactionnisme symbolique sur la pensée en service social

Cet état de choses paraissait insatisfaisant aux yeux de certains théoriciens du service social qui considéraient que le concept de fonctionnement social possédait un potentiel théorique qui n'était pas exploité lorsqu'on y substituait le concept de comportement social. Certains auteurs, dont Elizabeth Meier (1965), soulignaient que depuis ses débuts le service social s'intéressait à la « personne en situation » et que cette dimension devrait aussi être reflétée dans la définition du concept de fonctionnement social. Selon Meier, la situation dans laquelle

une personne fonctionne ne se limite pas simplement aux personnes et aux choses avec lesquelles elle est en contact, car cette situation comporte également une dimension symbolique se rapportant « aux attentes des autres envers elle ainsi qu'aux circonstances et aux pressions qui rendent plus ou moins difficile la réponse à ces attentes » (Meier, 1965 : 544).

Cet effort pour établir ce qui est vraiment significatif dans la dynamique des rapports sociaux, en mettant l'accent sur l'interprétation ou le sens que la personne accorde aux attentes des autres et du milieu dans lequel elle fonctionne, a conduit un groupe de théoriciens, dont Maas (1957), Klein (1960) et Hofstein (1964), à s'intéresser aux théories de la psychologie sociale et plus particulièrement à la théorie de l'interactionnisme symbolique découlant de la pensée de George Herbert Mead (1934). De plus, le concept d'interaction symbolique paraissait pertinent non seulement pour analyser la dynamique des relations interpersonnelles et familiales, mais aussi pour analyser la dynamique des phénomènes dans un groupe ou dans une communauté.

Le courant de pensée de l'interactionnisme symbolique rejoignait aussi l'intérêt qu'on avait toujours porté en service social au concept de situation. Selon Blumer (1967 : 146), les actions des individus ne sont pas déterminées par des facteurs structurels ou organisationnels, mais plutôt par des éléments des situations dans lesquelles ils se trouvent. Ce point de vue est en effet très proche de la pensée exprimée par Meier dans la citation précédente.

Un autre élément de la théorie de l'interaction symbolique jugé pertinent en service social, c'était le rôle attribué au processus d'interprétation dans les interactions humaines. Selon cette théorie, c'est en interprétant leurs attentes réciproques que les personnes donnent un sens à la situation dans laquelle elles vivent, qu'elles construisent leur identité personnelle, donnent un sens à leur vie, contribuent au changement social et font évoluer la société. Selon Stryker (1967 : 379), la personne construit son identité à partir de l'image que les autres lui renvoient, car nous en venons à savoir qui nous sommes à la façon dont les autres réagissent envers nous. Selon Blumer (1967 : 148), le changement social découle également de l'interprétation que les

acteurs font des situations auxquelles ils sont confrontés.

Ce qui paraissait prometteur également, c'était les perspectives de recherche qui s'ouvraient sur des questions proches des préoccupations du service social. Les concepts de la psychologie sociale pouvaient être employés dans des études portant sur les comportements au sein de la famille ou de l'école, de même que dans des recherches portant sur la délinquance, la toxicomanie, la santé mentale, les troubles émotionnels et même l'engagement politique. L'ouvrage de Manis et Meltzer (1967) contient plusieurs illustrations de l'application de la théorie de l'interactionnisme symbolique dans la recherche portant sur ces problématiques.

Le fonctionnement social au service du développement social personnel et collectif

L'influence de l'interactionnisme symbolique se fera sentir en service social à travers les écrits de certains auteurs dont William Gordon (1965b) et Edmund A. Smith (1965) associés à l'école de pensée transactionnelle en service social. Bien que reprenant essentiellement l'idée fondamentale voulant qu'un processus d'interprétation intervienne (entre le stimulus et la réponse) dans les échanges entre les personnes en situation d'interaction, le concept de *transaction* employé pour désigner la dimension centrale du fonctionnement social demeurerait obscur et difficile à définir sur les plans théorique et opérationnel. Cependant, la pensée de ces auteurs s'inscrivait correctement dans la perspective de l'interactionnisme symbolique en mettant l'accent non sur les déterminants du fonctionnement social, mais plutôt sur ses effets ou ses conséquences, d'une part, pour l'actualisation des potentialités de la personne et, d'autre part, pour l'amélioration de l'environnement social.

William Gordon (1965b), présente clairement cette perspective théorique dans les termes suivants :

« If our goal for people, the object of our effort and the criterion of our success, becomes self-realization for people, and the base of our expertise the part played in this by social functioning patterns, we open the largely undeveloped area of inquiry with unlimited and fascinating opportunities for research.

Social functioning becomes the beginning of our social work concern, not the end, as our present way of viewing ourselves might suggest. Rather than using patterns of social functioning as normative criteria (we are sometimes accused of helping society enforce its normative standards of behaviour), we explore it scientifically in terms of its effectiveness in bringing about self-realization and in producing a social environment conducive to human growth in the fullest sense⁶» (Gordon, 1965 : 24).

La nouvelle perspective théorique proposée par William Gordon en 1965 visait à considérer l'étude du fonctionnement social dans son rapport au développement social des personnes et des collectivités. Il ne s'agissait plus d'analyser les déterminants du fonctionnement social mais plutôt ses conséquences. Il ne s'agissait plus d'étudier, comme l'avait proposé Boehm (1960), comment améliorer le fonctionnement social pour le rendre plus efficace, mais plutôt de chercher à comprendre en quoi certains modes de fonctionnement peuvent être contreproductifs, car ils font obstacle à la croissance personnelle et au changement social, et en quoi d'autres modes de fonctionnement peuvent avoir des conséquences positives sur ces plans. En reliant à nouveau l'objet de l'intervention aux buts de l'intervention, on remettait au premier plan des préoccupations la question des rapports entre les connaissances théoriques se rapportant à l'objet de l'intervention et les connaissances normatives se rapportant aux objectifs de l'intervention. On posait donc d'une nouvelle façon la problématique du service social.

La problématique du service social comme discipline d'intervention

On trouve peu d'écrits en service social qui abordent de façon approfondie cette question des rapports entre la composante analytique et la composante normative du cadre de référence de la discipline. Pour J. N. Kaufmann (1974 : 7), un philosophe qui s'est intéressé à l'épistémologie du travail social, si le fonctionnement social est à la fois l'objet d'étude et l'objet d'intervention en travail social, il faut alors analyser la pratique en tenant compte de ces deux composantes. D'une part, il s'agit d'appliquer un savoir théorique à l'étude des situations

dans lesquelles les personnes fonctionnent et, d'autre part, de dégager les principes normatifs qui servent à déterminer le but et les objectifs de l'intervention.

Les principes normatifs qui orientent la pratique doivent cependant être plus précis que ce qui est proposé par des énoncés aussi généraux que «contribuer à l'actualisation du potentiel des individus» ou «contribuer à l'amélioration de l'environnement». La question qui se pose selon Kaufmann est de savoir «non pas quelles sont les valeurs auxquelles souscrivent les travailleurs sociaux mais bien quelles sont les valeurs que devraient poursuivre les travailleurs sociaux» (Kaufmann, 1974 : 10). À cette question que le service social pose parfois à la philosophie, la philosophie ne peut répondre si ce n'est de montrer que la poursuite de certaines valeurs et l'application de certaines normes donnent lieu à certaines conséquences que le travailleur social considère comme des problèmes à combattre. Comme le souligne Kaufmann, «le problème est le suivant : tous nos choix pratiques sont faits en fonction de valeurs que nous acceptons, mais quand nous devons changer les valeurs... quand nous devons opérer des choix à ce niveau, quels sont nos points de repère?» (Kaufmann, 1974 : 12).

Comme le travailleur social veut contribuer au développement social des personnes et des collectivités en «améliorant leur fonctionnement social», il ne peut demeurer dans une position de neutralité axiologique, la poursuite de cet objectif ne pouvant être dissociée de l'idée qu'il se fait du «bien-être social» entendu au sens d'eunomie. Bien que signifiant initialement l'ordre juridique, le terme d'eunomie est ici employé dans un sens plus large pour caractériser un fonctionnement social axé sur des valeurs et ainsi se distinguer d'un fonctionnement caractérisé par l'anomie ou l'absence de valeurs. Selon Passeron (1988), la socionomie pourrait être la discipline qui s'intéresse aux lois du fonctionnement social axé sur un système de valeurs, ce qui n'est pas étranger aux objectifs du travail social. Comme l'écrit Fortin, «l'éthos propre au travail social est également porteur d'une constellation axiologique, c'est-à-dire d'un ensemble de valeurs qui le structurent et lui donnent un sens» (2003 : 88).

La question des valeurs en service social demeure cependant complexe et peu explorée. Par ailleurs, l'analyse des problèmes sociaux et des problèmes de fonctionnement social peut difficilement se faire sans une référence à des normes et à des valeurs. Comme le souligne Langlois :

«La question des valeurs est centrale dans la construction des problèmes sociaux et dans leur analyse... Une situation est jugée problématique d'abord lorsqu'apparaît une divergence entre valeurs nouvelles et normes sociales instituées... À la question de la distance entre valeurs et normes se greffe le conflit ouvert entre valeurs opposées dans une société pluraliste» (Langlois, 1994 : 1117-1118).

En travail social, la question des valeurs ne se pose pas seulement en rapport avec l'analyse des problèmes sociaux. Elle intervient aussi en écho avec ce qu'Auclair (2000 : 246) appelle la «prise de décision éthique» qui suppose non seulement une clarification des valeurs sociales en cause dans la situation, mais aussi une clarification de ses valeurs personnelles. Nous pourrions ajouter que cette prise de décision implique aussi une clarification des valeurs véhiculées par la profession et par les institutions où s'exerce la pratique. Comme le souligne Auclair, il s'agit bien ici d'une clarification, donc d'une opération cognitive impliquant un raisonnement, et cela renvoie à ce que disait Lewis (1962) à propos des jugements de valeur comme éléments constituant un savoir. Ce type de savoir ne peut cependant être dissocié des autres types de savoir constitutifs de la discipline du travail social. La dimension normative du savoir en travail social doit donc être intégrée à ses dimensions analytiques et méthodologiques. À notre avis, c'est dans la conceptualisation des modèles de pratique que cela peut se faire, car la construction d'un modèle oblige son auteur à démontrer comment certaines valeurs, certaines théories et certaines méthodes peuvent se conjuguer pour former un cadre de référence applicable dans la pratique.

Les modèles de pratique comme lieux de construction des connaissances en service social

Nous reprenons ici l'idée avancée en 1979 par le Comité sur le travail social voulant que ce

soit dans l'élaboration et par la validation de ses modèles de pratique que se construit le corpus de connaissances du service social comme discipline pratique⁷. Les modèles de pratique peuvent être vus comme des outils épistémologiques pour l'élaboration des connaissances dans la discipline et pour la critique de ces connaissances. En effet, chaque modèle doit posséder *une cohérence interne qui tient à la logique* entre ses orientations normatives, ses orientations analytiques et ses orientations méthodologiques. C'est à cette condition qu'on peut dire qu'il s'agit d'un *modèle* de pratique, et non seulement d'une *approche* composée d'une juxtaposition d'éléments plus ou moins congruents qui peuvent conduire à une représentation de la pratique aussi aberrante que celle qu'on trouve dans ce qu'on a appelé l'approche éclectique.

Dans une recension des écrits portant sur les modèles de pratique, Alary et Guédon (1980) ont examiné une vingtaine «d'approches» qui pour la plupart se présentaient comme des approches cliniques ou comme des approches génériques. Bien qu'il existe des modèles en travail social de groupe et en action communautaire, ils n'ont pas fait l'objet de cette recension. Pour chacune de ces approches, la recension visait à présenter les composantes suivantes : une définition générale de l'approche; les objectifs poursuivis et la conception du rôle du praticien; les principales bases théoriques; la description du processus d'intervention. En jetant un regard rétrospectif sur cette étude, on constate combien les orientations normatives et les orientations théoriques de ces modèles sont peu explicites et peu développées comparativement aux orientations méthodologiques.

Ainsi, lorsqu'il s'agit d'établir les bases théoriques d'un modèle, ce que l'on trouve souvent c'est une référence à certains éléments de théories psychologiques ou sociologiques sans démonstration de leur pertinence pour l'explication des problèmes ou des situations qui sont considérés comme les objets de l'intervention. En conséquence, il demeure très difficile de mettre en évidence la cohérence interne de chacun de ces modèles, c'est-à-dire la logique entre la grille d'analyse du problème retenue, les principes normatifs associés à la définition

des objectifs et les principes méthodologiques à mettre en œuvre dans l'intervention. Par extension, il demeure très risqué et très difficile de construire une classification de ces modèles en fonction de leurs orientations normatives ou de leurs orientations théoriques. Un point de départ intéressant pour un tel travail se trouve par ailleurs dans un article de Kettner (1975) qui présente un cadre de référence pour la comparaison des modèles de pratique.

Dans un ouvrage plus récent, Van de Sande, Beauvolsk et Renault (2002) présentent huit modèles considérés comme des approches majeures et six modèles considérés comme d'autres approches pertinentes. Malgré un effort systématique pour présenter les fondements théoriques, les concepts clés liés aux objectifs et les techniques d'intervention comme des composantes essentielles de chacune des approches, ils font face à la même difficulté pour ce qui est d'articuler la cohérence interne de chacun de ces modèles. Ainsi, à propos de «l'approche structurelle conflictuelle», ils montrent que ce modèle repose sur le postulat que «les structures de la société sont aliénantes pour les personnes et sont la source des problèmes auxquels elles font face...» (Van de Sande et al., 2002 : 112). Par ailleurs, selon les mêmes auteurs, «l'approche structurelle conflictuelle s'inspire principalement de la théorie des systèmes» (ibid : 113). On peut voir là une contradiction, car la théorie des systèmes repose plutôt sur le postulat de l'homéostasie que sur le postulat de l'aliénation, un concept qui relève plutôt de la théorie du matérialisme historique. Enfin, sur le plan de l'intervention, on peut reconnaître que la logique de «l'empowerment» (appropriation du pouvoir) rejoint la logique de l'aliénation, mais encore là on voit plus difficilement le rapport à un élément de la théorie des systèmes.

Conclusion

Plusieurs chercheurs et praticiens en travail social sont maintenant regroupés dans les équipes des instituts et des centres affiliés universitaires au Québec. Ils ont démontré qu'ils sont capables de travailler à la validation des théories et à l'évaluation des pratiques dans leur discipline. Leurs travaux font preuve d'innovation sans ignorer les acquis de l'importante littérature américaine. Il importe

maintenant de procéder à une critique des apports de cette littérature, particulièrement en ce qui a trait aux modèles de pratique. Un travail d'épuration s'impose dans les modèles hérités des théoriciens américains, car certains de ces modèles contiennent des contradictions entre leurs composantes normatives, analytiques et méthodologiques. D'autres modèles sont à compléter, car leurs orientations normatives ne sont pas explicitées. Enfin, quelques modèles sont à revoir de façon critique, car les principes méthodologiques qu'ils proposent ne peuvent s'appliquer de façon réaliste dans le cadre d'une pratique professionnelle. Ils contiennent parfois des objectifs et des stratégies qui relèvent plutôt de ce qui peut être accompli par un mouvement social que par un intervenant social.

Dans l'état actuel de leur conceptualisation, il serait difficile de procéder à une validation de l'efficacité de certains modèles de pratique et pourtant ce sont ces modèles qui sont enseignés aux futurs praticiens. Pour mener à bien une telle révision critique des modèles de pratique, il faudrait d'abord sélectionner les modèles qui ont clairement comme objet d'étude le fonctionnement social, s'assurer qu'il existe une logique entre les concepts clés de chaque modèle et transposer sous forme de propositions vérifiables au moyen de la recherche les énoncés concernant les composantes de ces modèles.

Descripteurs :

Service social - Québec (Province) - Définition //
Service social - États-Unis // Fonctionnement social
Social service - Quebec (Province) - Definition //
Social service - United States // Social adjustment

Notes

- 1 « Une science pure consiste donc en l'étude de relations causales : elle traite de propositions du type "A cause B", tandis qu'une science pratique examine comment ces relations causales peuvent être utilisées lorsque A est un moyen et B est une fin. C'est une démarche pour déterminer comment activer A si B possède une valeur positive, et comment neutraliser A si B possède une valeur négative... Par ailleurs, les métiers et les professions opérant dans le cadre des valeurs établies par l'homme et la société et mettant en œuvre des relations entre des moyens et des fins cherchent à développer les moyens qui produisent des résultats positifs et à neutraliser les moyens associés à des résultats négatifs » (traduction libre).
- 2 « L'évaluation est une forme de connaissance empirique qui ne diffère pas foncièrement des autres types de connaissance empirique quant à ce qui détermine sa vérité ou sa fausseté et quant à ce qui détermine sa validité ou sa justification » (traduction libre).
- 3 Dans une correspondance avec J. Alary en novembre 1968, Mme Bartlett écrivait : « My use of the term in my 1934 study was just by chance and not particularly significant except to show that it was coming ».
- 4 Dans une correspondance avec J. Alary en juillet 1968, il écrivait : « The problem with the thinking about social functioning to date is that we have attempted to define it behavioristically. I fell into this trap myself several years ago... »
- 5 Dans une partie de la recherche qui a servi de base à ma thèse de doctorat en service social, j'ai procédé à une analyse de contenu de 416 énoncés contenant l'expression « social functioning » et d'extraits de 162 articles publiés dans les revues *Social Work* et *Social Casework* entre janvier 1956 et janvier 1967.
- 6 « Si nous prenons la réalisation du potentiel des personnes comme objectif, c'est-à-dire comme objet de notre travail et comme mesure de sa réussite, et si nous considérons que notre domaine d'expertise consiste à voir en quoi les façons de fonctionner contribuent au développement de ce potentiel, nous ouvrons alors un nouveau champ de recherche qui recèle des possibilités fascinantes et illimitées. Le fonctionnement social devient alors le point de départ et non la fin de notre démarche, contrairement à ce qu'on pense présentement. Au lieu de considérer le fonctionnement social dans un sens normatif, (on nous reproche parfois d'aider la société à imposer ses standards de comportement) on va plutôt l'aborder de façon scientifique : mesurer son efficacité quant à la réalisation de soi et quant à l'avènement d'un environnement propice à la croissance humaine au plein sens du mot » (traduction libre).

7 Voir la référence au Conseil des universités du Québec (1979 : 9), Comité sur le travail social.

Références

- Alary, J. (1968). *A Meaning Analysis of the Expression « Social Functioning » as a Social Work Concept*. Tulane University: Thèse de doctorat en service social. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms, Inc., 68-15, 224.
- Alary, J., et Guédon, M. C. (1980). *Les modèles d'intervention en service social : une analyse descriptive de leurs principales composantes*. Rapport d'une recension des écrits. École de service social, Université de Montréal.
- Association canadienne des travailleurs sociaux (2000). *L'énoncé de l'ACTS – Le champ de pratique du service social*. Approuvé par le Conseil de l'ACTS en mars 2000.
- Auclair, R. (2000). Valeurs et éthique en travail social, dans J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise (Sous la direction de). *Introduction au travail social* : 238-263. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bartlett, H. (1934). *Medical Social Work: A Study of Current Aims and Methods in Medical Social Work*. Chicago: American Association of Medical Social Workers, 88.
- Bartlett, H. (1940) *Some Aspects of Social Casework in a Medical Setting: A Study in the Field of Medical Social Work*. Chicago: American Association of Medical Social Workers.
- Benjamin, A. C. (1965). *Science, Technology, and Human Values*. Columbia: University of Missouri Press.
- Blumer, H. (1967). Society as Symbolic Interaction. In J. G. Manis & B. N. Meltzer. *Symbolic Interaction: A Reader in Social Psychology*: 139-148. Boston: Allyn and Bacon.
- Boehm, W. W. (1959). *Objectives of the Social Work Curriculum of the Future*. New York: CSWE.
- Boehm, W. W. (1960). La nature du service social, *Service Social*, 9 (1), 71-87. Traduction par Hayda Denault des pages 40-54 du Tome 1, *Objectives of the Social Work Curriculum of the Future*. New York: CSWE.
- Conseil des universités du Québec (1979). Comité sur le travail social. *Problématique de la formation en vue du travail social*. Bulletin spécial de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec : Janvier 1980.
- Council on Social Work Education (1959). *Social Work Curriculum Study*, 13 volumes. New York: CSWE.
- Flexner, A. (1915). Is Social Work a profession? *Proceedings of the Annual Meeting of The National Conference on Social Welfare*, 576-590.

- Fortin, P. (2003). L'identité professionnelle des travailleurs sociaux, dans G. Legault (Sous la direction de). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme* : 85-104. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- French, L. M. (1940). *Psychiatric Social Work*. London: Oxford University Press.
- Garigue, P. (1961). Les problèmes théoriques du service social, *Service Social*, 10 (1), 43-62.
- Gordon, W. E. (1962). A Critique of the Working Definition, *Social Work*, 7 (4), 3-13.
- Gordon, W. E. (1964). Notes on the Nature of Knowledge, in *Building Social Work Knowledge: Report of a Conference*. New York: National Association of Social Workers.
- Gordon, W. E. (1965a). Knowledge and Value: Their Distinction and Relationship in Clarifying Social Work Practice, *Social Work*, 10 (3), 32-39.
- Gordon, W. E. (1965b). Toward a Social Work Frame of Reference. *Journal of Education for Social Work*, 1 (2), 19-26.
- Govenlock, S. (1966). Service social : un engagement raisonné. *International Social Work – Service social international*, 9 (3), 25-34.
- Hamilton, G. (1940). *Theory and Practice of Social Casework*. New York: Columbia University Press.
- Hofstein, S. (1964). The Nature of Process: Its Implications for Social Work, *Journal of Social Work Process*, 14, 13-53.
- Husserl, E. (1959). *Recherches logiques, Tome premier : Prologomènes à la logique pure*. Traduit de l'allemand par Hubert Élie. Paris : Presses universitaires de France.
- Kaufmann, J. N. (1974). *Problématique du service social*. Notes pour le cours SVS 3000, École de service social, Université de Montréal. (J. N. Kaufmann a fait carrière comme professeur au Département de philosophie de l'Université du Québec à Trois-Rivières).
- Kettner, P. M. (1975). A Framework for Comparing Practice Models, *Social Service Review*, 49 (4), 629-642.
- Kirk, D. (1958). *Problèmes réels et factices des sciences sociales et du service social*. Communication à la Conférence canadienne de service social, Montréal, le 4 juin 1958.
- Klein, A. F. (1960). Role and Reference Group Theory: Implications for Social Group Work Research. In L. S. Kogan (Ed.). *Social Science Theory and Social Work Research*. New York: NASW.
- Langlois, S. (1994). Fragmentation des problèmes sociaux, dans F. Dumont et S. Langlois (Sous la direction de). *Traité des problèmes sociaux* : 1107-1126. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Lewis, C. I. (1962). *An Analysis of Knowledge & Valuation*. La Salle, Illinois: Open Court.
- MacIver, R. (1931). *The Contribution of Sociology to Social Work*. New York: Columbia University Press.
- Manis, J. G., & Meltzer, B. N. (1967). *Symbolic Interaction: A Reader in Social Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Maas, H. S. (1957). Problems in the Use of the Behavioral Sciences in Social Work Education, *Proceedings: Annual Program Meeting*. New York: CSWE.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meier, E. I. (1965). Interactions between the Person and His Operational Situations: A Basis for Classification in Casework, *Social Casework*, 46 (9), 542-549.
- National Association of Social Workers (1958). Working Definition of Social Work Practice, *Social Work*, 3 (2), 5-8
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2005). *Le Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, adopté par le Bureau de l'Ordre en juin 2005.
- Passeron, J.-C. (1988). L'illusion de représentativité : note sur un effet de littérature réaliste, conjointe à une remarque sur « graphie-logie-nomie », *Enquête : Cahiers du CERCOM*, 4 *Varia*.
- Smith, E. A. (1965). *Social Welfare: Principles and Concepts*. New York: Association Press.
- Stryker, S. (1967). Symbolic Interaction as an Approach to Family Research. In J. G. Manis & B. N. Meltzer. *Symbolic Interaction: A Reader in Social Psychology*: 371-383. Boston: Allyn and Bacon.
- Van de Sande, A., Beauvoles, M.-A., et Renault, G. (avec la collaboration de David, A.-M. et Hubert, G.) (2002). *Le travail social : théories et pratiques*. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur.

Recherche et pratique en travail social : un rapprochement continu et essentiel

par

Daniel Turcotte, Ph. D., t.s.

Professeur titulaire

École de service social

Université Laval

Courriel : Daniel.Turcotte@svs.ulaval.ca

Evolution of social work research in Quebec, and thoughts on the impact of research on the professional practice.

Évolution de la recherche en travail social au Québec et réflexions sur l'impact de la recherche sur la pratique professionnelle.

Depuis les premiers pas vers la professionnalisation du travail social, le rapport entre la pratique et la recherche est généralement abordé comme un mariage de raison. Pour obtenir sa reconnaissance comme discipline professionnelle, le travail social doit pouvoir s'appuyer sur un corpus de connaissances issu de la recherche. C'est ce fondement scientifique qui distingue l'acte professionnel de l'action volontaire des aidants naturels (Graham, 1992). Par ailleurs, dans une discipline axée sur l'intervention directe auprès des personnes, des groupes et des communautés, comme c'est le cas du travail social, la recherche revendique souvent sa pertinence sociale par la capacité de ses résultats d'influencer l'action; ainsi, la recherche doit maintenir un rapport de proximité avec l'action directe. Intervention et recherche s'appuient donc l'une sur l'autre pour revendiquer leur légitimité.

Ce mariage de raison est cependant régulièrement traversé par des tiraillements et des

remises en question. Au fil des ans, différents auteurs ont parlé de crise (Gomori, 2001; Fischer, 1976; Austin, 1991; Thyer, 2001) pour décrire les rapports entre l'intervention et la recherche, toutefois, comme le souligne Thyer (2001), quand une situation s'étend sur une longue période, il ne s'agit pas d'une crise mais d'une condition habituelle.

Dans le cadre de ce texte, nous amorcerons une réflexion sur les rapports entre la recherche et la pratique en travail social. Dans un premier temps, un bref survol de l'évolution de la recherche en travail social au Québec sera présenté. Par la suite, nous examinerons les raisons qui peuvent expliquer le rayonnement limité des résultats de la recherche sur l'intervention pour aborder ensuite les enjeux et la portée de la popularité grandissante de l'approche de la pratique fondée sur des données probantes.

L'évolution de la recherche en travail social au Québec

Gendron (2000) découpe l'évolution de la recherche en service social au Québec en quatre phases, lesquelles sont étroitement reliées aux politiques de l'État concernant l'organisation des services sociaux et le financement de la recherche : du début du siècle à la fin des années 1960, la période 1970-1980, les années 1980 et la décennie 1990.

Une première phase couvre la période allant des premiers efforts de professionnalisation du service social vers les années 1930 à l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* au début des années 1970. Dans la foulée de la création des programmes de formation universitaire aux États-Unis et à Toronto en 1914, un mouvement semblable se met en place au Québec avec la mise sur pied de l'École de service social de l'Université McGill en 1923. En milieu francophone, ce n'est qu'une quinzaine d'années plus tard, en 1940, que le premier programme structuré de formation en service social est développé dans le cadre de « l'École catholique de service social » qui allait devenir

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 54-64.

en 1948 « l'École de service social de Montréal » et être intégrée à l'Université de Montréal. Un programme est également développé à l'Université Laval en 1943 (Rondeau et Commelin, 2007). L'effort de définition du service social comme une pratique professionnelle qui exige une formation universitaire entraîne évidemment la nécessité de développer un corpus de connaissances scientifiques qui puisse appuyer cette prétention. En découleront les premiers travaux de recherche menés par des formateurs et des étudiants en service social. Selon Gendron (2000), les recherches réalisées à cette époque portent sur des sujets qui témoignent de préoccupations à la fois étendues et plus ou moins précises, et s'inscrivent souvent dans une orientation strictement descriptive en se présentant comme un rapport d'observation d'un problème social ou d'une institution, abordé dans le cadre d'un stage ou d'une situation d'intervention. Cette assertion trouve appui dans l'examen des premiers textes de la revue *Service social*¹. Dans l'index analytique (*Service social*, 1969) des textes publiés entre 1951 et 1967, 33 (sur 340) sont indexés sous la rubrique Recherches et théories. À l'examen des titres, huit de ces 33 articles semblent véritablement présenter des résultats de recherche. Voici quelques titres : « Caractéristiques des familles à problèmes multiples et facteurs sociaux et psychologiques de leur situation », « Description de quelques expériences françaises d'assistance sociale par la radio », « Enquête du Conseil des œuvres sur les pensions aux mères nécessiteuses », « La satisfaction des besoins et la naissance des aspirations chez la famille salariée du Québec », « Participation d'une population à ses groupes de famille, de parenté, d'amitié, de voisinage », « Perception des travailleurs sociaux des caractéristiques de leurs clients ».

C'est au début des années 1970, sous l'impulsion des réformes résultant de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (connue comme la Commission Castonguay-Nepveu), que la recherche en service social prendra son envol au Québec (Kérisit, 2007). Le nouveau modèle d'organisation des services sociaux, basé sur la création des Centres de services sociaux (CSS) en remplacement des agences diocésaines, apparaît comme l'expression d'une volonté de professionnaliser le ser-

vice social en appuyant les pratiques sur des données empiriques rigoureuses, collectées et analysées selon les paramètres d'une méthodologie scientifique s'inscrivant dans une « approche positiviste, fortement empirique, utilisant généralement des devis quantitatifs » (Kérisit, 2007 : 271). La proximité entre recherche et gestion des services est clairement illustrée dans le thème d'un numéro de la revue *Service social* paru en 1968 et dont le titre est « La recherche et l'administration en service social ».

Le développement de ce « type de recherche empirique, quantitative et axée indirectement sur l'évaluation des systèmes », qui est soutenu à la fois par la mise sur pied d'équipe de recherches dans les CSS et par les premiers efforts de financement de la recherche universitaire, se bute cependant à certains obstacles. Dans son article sur les défis de la recherche dans les Centres de services sociaux, Lacroix (1976 : 54) estime que :

« La rationalité nécessaire à l'établissement d'un programme de recherche qui réponde aux besoins de la direction, de la gestion et de la pratique professionnelle ne peut donc se fonder sur la définition actuelle du C.S.S. qui n'est que formelle, qui se refait et s'interprète continuellement dans un contexte politico-techno-gestionnaire. »

Mais il n'y a pas que les chercheurs d'établissement qui se questionnent. Au sein des mouvements sociaux, dont l'organisation se consolide, des acteurs critiquent le savoir des experts de la recherche jugés trop loin du terrain de l'action et des groupes défavorisés. Du côté des intervenants des établissements du réseau de services sociaux, les résultats de ce type de recherche suscitent également peu d'intérêt; ils les jugent biaisés par les préoccupations technocratiques et insensibles à la complexité de la pratique (Kérisit, 2007; Mayer, 2000; 2002).

Le désir de rapprocher recherche et pratique sera le trait dominant des années 1980. L'État maintient son effort de développement de la recherche sociale en créant des organismes subventionnaires, tels que le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH). En outre, en misant sur le financement de la recherche réalisée en partenariat entre chercheurs universitaires et acteurs des milieux

de pratique, il affirme clairement sa volonté que les résultats de la recherche soient compatibles avec les préoccupations de la pratique. En résultent une diversification des thématiques de recherche et un élargissement des courants de recherche. La recherche d'orientation positiviste basée sur des analyses quantitatives n'est plus la seule option possible; le recours aux méthodes qualitatives est de plus en plus répandu et certaines orientations de recherche jusque-là marginales, comme la recherche-action, la recherche participative, la recherche conscientisante, gagnent en popularité. S'il n'existe plus une seule façon de faire de la science, on reconnaît également que la production de la connaissance scientifique n'est pas l'apanage des chercheurs universitaires.

Ce mouvement d'expansion de la recherche en service social, mouvement qui s'accompagne de l'élargissement des sujets de recherche, des méthodes utilisées et des acteurs engagés dans sa réalisation, se consolidera durant les années 1990. En milieu universitaire, cette consolidation s'appuiera sur le développement de diplômes de 2^e cycle en service social dans toutes les universités offrant un programme de 1^{er} cycle et sur l'offre d'un programme de doctorat en service social dans trois universités : Laval, McGill et Montréal. Dans les milieux de pratique, cette consolidation se traduira par la désignation d'instituts universitaires et de centres affiliés universitaires. En plus d'exercer les activités propres à leur mission, ces établissements sont dotés d'une structure de recherche reconnue par un organisme voué au développement de la recherche sociale et évaluent des technologies ou des modes d'intervention reliés à leur expertise. Bien qu'elle ne soit pas exclusivement axée sur le service social, la programmation scientifique de ces structures de recherche situées dans les établissements de santé et de services sociaux couvre des thèmes reliés à la pratique du service social. Ce développement s'est accompagné de la formation de plusieurs équipes de recherche, au sein desquelles chercheurs et praticiens se côtoient, et d'une diversification des lieux de diffusion des résultats de la recherche, qu'il s'agisse de colloques, de congrès, de séminaires ou de publications scientifiques et professionnelles (Deslauriers, 1992; Mayer, 2002).

Ce survol de l'histoire de la recherche en travail social au Québec suggère donc un tableau très positif de l'évolution de la situation au cours des 50 dernières années. Non seulement il se fait de plus en plus de recherche, mais les sujets en sont plus diversifiés, les méthodes plus variées, les acteurs plus hétérogènes et les occasions de diffusion plus nombreuses. Néanmoins, une ombre persiste : comme c'est le cas un peu partout dans le monde, les résultats de la recherche semblent avoir peu de retombées sur les actions des praticiens au quotidien.

Le rayonnement de la recherche sur l'intervention

Même si la plupart des observateurs s'entendent pour affirmer que la reconnaissance du travail social comme profession passe par le développement d'un corpus de connaissances propres à la discipline à partir duquel les intervenants peuvent justifier leurs décisions, la pratique continue de prendre largement appui sur les connaissances intuitives des intervenants. Bien que souhaité, le développement d'assises scientifiques à la pratique du travail social ne se réalise pas facilement (Cnaan et Dichter, 2008). L'impact de la recherche sur la pratique demeure limité : les intervenants s'appuient davantage sur leur expérience professionnelle, sur leurs intuitions cliniques et sur les croyances normatives que sur la recherche clinique pour prendre leurs décisions cliniques (Tsang, 2000; Addis, 2002; Mullen et Bacon, 2003; Proctor et Rosen, 2008).

Un certain nombre de raisons peuvent être invoquées pour expliquer cette situation. Cnaan et Dichter (2008) suggèrent trois explications à ce phénomène. La première est la grande diversité du travail social qui est à la fois un type d'intervention et une discipline. On retrouve des travailleurs sociaux engagés dans une très grande diversité de problématiques et œuvrant dans une grande diversité de milieux, et plusieurs effectuent des interventions qui ne correspondent pas exclusivement à du travail social alors qu'en contrepartie plusieurs personnes n'ayant pas de formation en travail social remplissent des rôles qui correspondent à cette profession. Cette situation est particulièrement manifeste dans les organismes communautaires où les frontières entre les

professions sont très perméables (Comeau, Duperré, Hurtubise, Mercier et Turcotte, 2008). En fait, toute forme d'implication à visée humanitaire et sociale, qu'elle soit salariée ou bénévole, peut se voir conférer le titre de travail social. Évidemment, cette diversité n'a pas que des effets négatifs; en effet, la profession peut sans cesse explorer de nouveaux champs de pratique et trouver de nouveaux clients potentiels. Cependant, il est très difficile de déterminer un corpus de connaissances scientifiques qui soit propre au travail social.

Une seconde explication, reliée à la première, est le contexte de multidisciplinarité de la pratique et de la recherche : intervenants et chercheurs évoluent dans des environnements qui exigent qu'ils travaillent en association avec d'autres professionnels (Deslauriers et Hurtubise, 2007; Cnaan et Dichter, 2008). En raison de sa nature même, le travail social est interdisciplinaire; il incorpore des connaissances issues, entre autres, de la psychologie, de la sociologie, de l'économie et de la biologie. Même s'il a une identité propre sur le plan des valeurs et des préoccupations éthiques, le travail social peut difficilement se limiter à un champ spécifique de connaissances sans risquer de renier sa nature.

La troisième explication tient à la conception de la pratique du service social. Comme c'est le cas pour d'autres professions axées sur l'intervention directe auprès des personnes (Lesage, Stip et Gninberg, 2001), le travail social est marqué par une dialectique entre deux conceptions de la pratique : s'agit-il d'un art ou d'une science? (Blom, 2009; Robbins, 1999; Cnaan et Dichter, 2008). Selon Nygren et Soydan (1997), concevoir le travail social comme un art conduit à l'aborder comme une pratique dont l'expertise ne peut pas s'acquérir par les connaissances présentées dans les livres. L'expertise repose sur les compétences personnelles et elle ne peut s'apprendre que dans l'action, par imitation d'intervenants d'expérience. Conséquemment, la compétence centrale pour l'intervention en service social n'est pas la maîtrise de connaissances issues de la recherche scientifique, mais la capacité de composer avec des enjeux éthiques (Nygren and Soydan, 1997).

La conception du service social comme un art s'appuie notamment sur le fait que l'action prend forme dans un système social dont l'un des traits dominants est l'imprévisibilité. Les connaissances scientifiques se basent sur le postulat que les comportements humains sont, jusqu'à un certain point, prévisibles, qu'ils sont le résultat d'un ensemble de facteurs d'influence et non strictement le fruit d'un enchaînement de coïncidences. Mais, pour beaucoup d'intervenants, tout en reconnaissant l'influence de certains déterminants sur le comportement humain, les réactions des personnes à l'intervention sont impossibles à prédire, d'où leur intérêt limité pour les connaissances issues de la recherche (Archer, Bhaskar, Collier, Lawson et Norrie, 1998). On conçoit aisément qu'une telle conception se traduise par un faible intérêt pour les résultats de la recherche.

Stevens, Liabo, Frost et Roberts (2005) proposent une quatrième explication au faible recours aux données de recherche chez les intervenants : le peu de correspondance entre leurs besoins et ces données. Pour certains sujets, les données de recherche sont peu développées et difficilement accessibles aux intervenants. Et même lorsque la recherche est disponible, le contexte fait souvent en sorte que, dans la réalité quotidienne de leur pratique, les intervenants n'ont pas accès aux écrits scientifiques ou manquent de temps pour faire des recherches documentaires, lire des écrits disponibles et réfléchir sur la pertinence de ces connaissances pour leur action (Archer et al., 1998; McNeil, 2006). Par conséquent, la prise de décision en contexte de pratique s'apparente davantage à un processus indéterminé, réflexif et basé sur la comparaison avec des situations connues qu'à un processus rationnel de traitement de l'information (Schwalbe, 2004).

Par ailleurs, les intervenants souhaitent des informations transposables à leur propre situation. Ce type d'information s'obtient plus facilement dans les discussions entre collègues, les études de cas et les récits anecdotiques que dans les écrits scientifiques (Blom, 2009). Ainsi, ils vont généralement préférer les résultats basés sur des méthodes qualitatives parce que les données obtenues vont davantage traduire la complexité des situations (Gilgun et Abrams,

2002; Shaw, Arksey et Mullender, 2006). En outre, les méthodes qualitatives telles l'entrevue et l'observation sont plus familières aux intervenants, donc elles leur apparaissent moins complexes et plus facilement assimilables que les analyses quantitatives (Petrucci et Quinlan, 2007).

Les connaissances que produit la recherche ne débouchent pas toujours sur des indications précises pour guider l'action des intervenants. Harrison et Thyer (1988) ont examiné les résumés des 187 thèses en service social produites aux États-Unis entre juillet 1984 et juin 1985. Seulement 16 (9 %) étaient des recherches évaluatives basées sur un devis expérimental ou quasi expérimental. Rosen, Proctor et Staudt (1999) ont examiné 863 articles présentant des résultats de recherche et publiés dans des revues scientifiques entre janvier 1993 et juillet 1997 par des travailleurs sociaux. Aux fins de leur analyse, ils ont distingué trois catégories de recherche : (1) les recherches descriptives, qui présentent les caractéristiques de certaines populations ou certains phénomènes, (2) les recherches explicatives, qui examinent les relations associatives ou causales entre deux ou plusieurs variables et (3) les recherches évaluatives (*control studies*) mesurant les effets des services rendus ou vérifiant l'efficacité des interventions.

Selon leur analyse, près de la moitié des articles (49 %) correspondent à des recherches explicatives et plus du tiers (36 %) à des recherches descriptives. Les recherches portant sur l'efficacité des politiques, des programmes, des services et des interventions représentent 15 % des articles examinés. Par ailleurs, parmi les publications de ce dernier groupe, moins de la moitié (42 %) contenait suffisamment de détails sur le dispositif évalué (politique, programme, service ou intervention) pour être reproduit intégralement par une autre personne. Ainsi, selon leurs conclusions, seuls 3 % des articles de recherche publiés par des travailleurs fournissent des indications suffisamment précises pour guider un intervenant dans la planification de son plan d'action. Comme l'écrit Thyer (2001), un intervenant à la recherche d'indications pour le guider dans le développement d'une intervention efficace pour venir en aide à ses clients est susceptible de devoir lire

30 articles avant d'en trouver un qui réponde à son besoin.

Ces données sur la faible disponibilité des textes de recherche qui portent sur l'efficacité des interventions et dont le contenu est suffisamment explicite pour guider les décisions en matière d'intervention sont particulièrement préoccupantes dans un contexte où, à l'instar des autres professions d'aide, la pratique fondée sur des données probantes apparaît comme la nouvelle avenue de développement pour le service social.

La pratique fondée sur les données probantes

Depuis le début des années 1990, suivant le mouvement amorcé par la médecine, de nombreuses professions axées sur les services sont incitées à faire la démonstration du fondement scientifique de leurs pratiques. Ce courant, désigné comme l'approche de la pratique fondée sur des données probantes (*Evidence-Based Practice* (EBP)), touche aussi bien la physiothérapie, la psychothérapie, la psychiatrie (Addis, 2002; Trinder et Reynolds, 2000) que le travail social (Gambrell, 1999, 2006; Gibbs et Gambrell, 2002; Rosen, 2003; Gilgun, 2005; Morago, 2006; Roberts et Yeager, 2006; Blom, 2009).

L'approche de la pratique fondée sur des données probantes se présente comme un processus de prise de décision transparent et explicable qui consiste à faire un usage consciencieux et judicieux des connaissances sur les meilleures pratiques disponibles dans le choix de ses interventions (Howard, McMillen et Pollio, 2003; Pollio, 2002, 2006). Bien qu'il s'agisse d'un processus rationnel à l'opposé de la prise de décision strictement intuitive (Rosen, 2003), plusieurs auteurs reconnaissent que les données sur lesquelles il prend assise ne se limitent pas aux résultats de recherche basée sur des devis expérimentaux. Elles peuvent inclure les données qualitatives basées sur des études de cas ou des discussions de groupe, les données collectées de façon systématique par les intervenants dans le cadre d'évaluations sur système unique ainsi que les analyses critiques de la pratique personnelle (Pollio, 2002). Ainsi, selon cette conception, les intervenants ne sont pas exclusivement des consommateurs des données probantes, ils sont appelés eux-mêmes à contribuer à leur production.

Par ailleurs, pour que la prise de décision soit judicieuse, elle doit se fonder sur trois éléments : (1) une évaluation spécifique de la situation exigeant une intervention, (2) un examen approfondi des connaissances disponibles et une appréciation de leur pertinence en fonction des particularités de la situation et (3) la prise en considération des valeurs et des attentes du système-client (Gira, Kessler et Poertner, 2004). La pratique fondée sur les données probantes implique donc d'intégrer l'expertise de l'intervenant et les valeurs du système-client aux connaissances disponibles sur les mesures les plus efficaces (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg et Haynes, 2000; Straus et McAlister, 2000; Gilgun, 2005; Mullen, Bledsoe et Bellamy, 2008), tout en tenant compte du contexte organisationnel, législatif et sociopolitique de l'intervention (McNeil, 2006).

Selon Thyer (2008), la montée de l'approche fondée sur des données probantes fournit au travail social l'occasion de donner des assises scientifiques plus solides à une profession érigée sur des préoccupations humanitaires. Certains estiment même qu'il s'agit d'un incontournable pour la survie de la profession. Selon McNeil (2006), sans un meilleur usage des connaissances scientifiques et une adhésion à l'approche fondée sur des données probantes, le travail social risque de perdre sa pertinence comme profession d'aide. Et ce risque est d'autant plus grand que la nécessité de proposer des services dont l'efficacité a été démontrée n'est plus seulement justifiée par des impératifs économiques de meilleure utilisation des ressources; elle repose sur des considérations éthiques et sur le droit du client de bénéficier des services les plus efficaces.

Cette approche, qui représente un « véritable changement culturel » (Lesage, Stip et Gninberg, 2001), ne fait pas que soulever l'engouement; elle suscite également des préoccupations. Soulignant que son émergence correspond à deux grandes secousses qui ont ébranlé les systèmes publics de soins dans les pays industrialisés, à savoir les restrictions budgétaires et le déferlement de l'information associé à Internet et qu'elle coïncide avec des préoccupations de contrôle bureaucratique, Lesage, Stip et Gninberg (2001) mentionnent que la pratique fondée sur les données probantes ne

s'appuie pas sur l'efficacité démontrée pour une personne ou une situation spécifique, mais plutôt sur l'efficacité pour un groupe de personnes ou un ensemble de situations dans des conditions semblables. Elle comporte donc le risque de « contraindre l'idiosyncrasie des cliniciens » (Lesage, Stip et Gninberg, 2001 : 398) en obligeant le recours à des pratiques utiles à la majorité. Comme chaque situation est unique, il est difficile de généraliser les résultats d'une intervention, d'autant plus que la relation intervenant-client résulte d'une constellation unique de connaissances, d'habiletés et d'attitudes expérientielles difficilement transposables. Certains intervenants craignent que la pratique fondée sur des données probantes élimine le recours au jugement professionnel et qu'elle conduise à une pratique basée sur l'application de façons de faire prédéterminées (Sackett et al., 2000).

Les procédés méthodologiques qui soutiennent le développement de données probantes sont également remis en question. Outre les résultats souvent contradictoires auxquels aboutissent les évaluations, certaines critiques portent sur le peu de place accordée à la réalité subjective des personnes au profit des aspects plus facilement mesurables à l'aide d'outils standardisés, de même sur l'impossibilité de déterminer avec précision quels sont les facteurs qui expliquent la réussite d'une intervention. Lesage, Stip et Gninberg (2001) signalent quelques zones d'ombre de la méta-analyse, méthode particulièrement utilisée dans l'identification des pratiques efficaces. Parmi ces zones d'ombre, ils soulèvent la surestimation de l'effet de traitement qui résulte du fait que les recherches qui ne débouchent pas sur des résultats concluants ne sont pas toujours publiées ainsi que l'absence de prise en considération des particularités des populations ou des programmes étudiés. Comme ils le soulignent, « Il y a en effet, du fait de l'agglomération des données pour le calcul statistique, une abolition des spécificités des variables » (2001 : 400).

La nature même des critères pour juger de l'efficacité d'une intervention et pour déterminer des options à privilégier dans le développement est également questionnée. Différentes logiques entrent en jeu dans le choix des services à mettre en place : celle des professionnels

(logique professionnelle), des gestionnaires (logique bureaucratique), des consommateurs qui paient et utilisent les services (logique économique) et de l'État (logique démocratique) (Lesage, Stip et Gninberg, 2001). En outre, dans les processus décisionnels complexes et dynamiques de ces quatre groupes d'acteurs, différents éléments entrent en jeu, notamment les résultats de recherche fondés sur des données probantes, mais également les positions idéologiques, les vues politiques et les réalités économiques (Frost, 2005).

Tout en reconnaissant la nécessité d'être conscients des limites de la pratique fondée sur les données probantes, la majorité des auteurs s'entendent cependant pour affirmer qu'il s'agit d'une avenue que le travail social ne peut pas ignorer, bien au contraire. Avoir une connaissance des résultats de recherche les plus récents représente plus qu'un impératif professionnel; il s'agit d'une obligation morale et éthique. En effet, s'il s'appuie seulement sur les théories générales ou sur sa sagesse de pratique, comment un intervenant peut-il savoir s'il prend les décisions les plus avantageuses pour les systèmes-clients qu'il veut aider? Ainsi, soutenir le développement d'une pratique fondée sur des données probantes pourrait constituer le principal défi de la recherche en travail social pour la prochaine décennie.

La recherche comme soutien à la pratique fondée sur des données probantes

Bien que la plupart des auteurs s'entendent pour reconnaître que l'intervention sociale ne pourra jamais faire abstraction de la sagesse de pratique que les intervenants développent au fil de leur expérience, ils reconnaissent également que l'intégration des connaissances issues de la recherche est essentielle pour que la profession conserve sa légitimité (McNeil, 2006). Or, deux défis principaux nous apparaissent se poser à la recherche pour qu'elle puisse soutenir le développement d'une pratique fondée sur des données probantes.

Le premier consiste à élargir le corpus de connaissances en travail social issu de la recherche. L'examen de l'évolution de la recherche sociale nous indique que des progrès sont observés sur ce plan au Québec (Gendron, 2000; Kérisit, 2007) comme ailleurs (Reid,

Kenaley et Colvin, 2004). Mais les efforts doivent s'intensifier (Craig, Cook et Fraser, 2004; Proctor et Rosen, 2008). Ces recherches peuvent avoir une visée descriptive et servir à guider les décisions en matière de développement de services; elles peuvent avoir une fonction explicative en cernant les facteurs qui expliquent pourquoi certaines situations se produisent; elles peuvent également avoir comme préoccupation d'augmenter le contrôle que la profession peut exercer sur certains phénomènes en mesurant l'impact des interventions (Osmond, 2006). Ce dernier type de recherche est particulièrement utile pour justifier les décisions en matière de stratégies d'intervention, puisqu'il fournit des données sur les éléments qui peuvent influencer ou transformer la réalité des personnes (Fraser, 2004; Osmond, 2006; Rubin, 2000; Thyer, 2000). Le besoin d'augmenter les recherches de cette nature a maintes fois été mentionné (Fortune et Proctor, 2001; Fraser, 2003; Proctor, 2003; Schilling, 1997). Dans le contexte actuel, il est essentiel d'intensifier les efforts consacrés à l'évaluation des résultats de l'intervention et à l'examen des processus par lesquels ces résultats sont produits (Thyer, 2008).

Les hypothèses cliniques des intervenants sur ce qui fonctionne peuvent constituer des bases intéressantes pour les recherches sur l'efficacité des services (Zeira et Rosen, 2000). La pratique fondée sur les données probantes reconnaît d'ailleurs l'intérêt des connaissances issues de l'expérience individuelle et des consensus entre intervenants, mais ces connaissances ne peuvent que gagner en crédibilité si elles font l'objet d'une vérification dans le cadre d'une démarche systématique et rigoureuse de recherche (McNeil, 2006).

Tout en étant conscients des limites de cette méthode, des efforts doivent être consacrés à la réalisation de méta-analyses de recherches quantitatives et à des synthèses des recherches basées sur des méthodes qualitatives afin d'en dégager des guides pour la pratique. Si certaines interventions sont plus efficaces que d'autres, il est impératif que les intervenants en soient informés (McNeil, 2006).

Le second défi consiste à favoriser la dissémination, l'adoption et l'implantation de pratiques fondées sur des données probantes

par une utilisation plus systématique des connaissances disponibles. À cet égard, une attention particulière doit être accordée à relever les obstacles auxquels se butent les intervenants dans l'utilisation des résultats de la recherche. Les processus de décision qui conduisent au choix des stratégies d'intervention de même que les dilemmes que pose la transposition de connaissances générales pour l'action dans un cas spécifique sont des éléments encore peu documentés (Proctor et Rosen, 2008); il est nécessaire d'en développer une meilleure connaissance.

Les efforts de mise à contribution des intervenants à toutes les étapes du processus de recherche, efforts qui sont amorcés depuis plusieurs années dans plusieurs milieux, par le biais des équipes en partenariat, des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires, doivent être accentués. En effet, lorsque chercheurs et intervenants se sentent également engagés dans des activités de recherche, la diffusion et la mise en application des résultats en sont facilitées (Lavis et al., 2003).

Les stratégies de transfert de connaissances devront également faire l'objet d'une évaluation de leur efficacité. Les résultats de la recherche de Gira, Kessler et Poertner (2004) mettent en évidence la faiblesse de certaines stratégies, comme la diffusion de matériel écrit et le recours aux leaders locaux, tout en soulignant l'intérêt de la formation en milieu de travail et de la formation assistée par ordinateur. Mais, comme le soulignent ces auteurs, les attitudes des intervenants à l'égard de la pratique fondée sur des données probantes, de même que les barrières personnelles et organisationnelles à l'instauration de cette approche doivent faire l'objet de recherche.

Conclusion

Dans cet article, nous avons tenté de passer en revue l'évolution de la recherche en travail social et de souligner les défis qui se présentent actuellement. Si l'histoire de la recherche est caractérisée par une évolution intéressante sur le plan de la production et de la diffusion, le transfert des résultats de la recherche dans la pratique quotidienne des intervenants continue de soulever des inquiétudes. Avec l'essor de la pratique fondée sur des données probantes

dans l'ensemble des professions d'aide du domaine social et du domaine médical, l'utilisation des résultats de la recherche apparaît comme un enjeu majeur pour le développement de la profession. La double dimension d'art et de science qui caractérise le travail social exige que les intervenants continuent de se baser sur leur jugement clinique et d'adopter une perspective réflexive dans leurs interventions, mais elle pose également l'exigence de pouvoir s'appuyer sur des connaissances scientifiques pertinentes pour justifier les prises de décision. En ce sens, l'avenir de la profession et celui de la recherche en travail social sont intimement liés.

Descripteurs :

Service social - Étude et enseignement - Québec (Province) // Pratique professionnelle // Pratique fondée sur les données probantes - Définition // Service social - Recherche // Relations praticiens-chercheurs

Social service - Study and teaching - Quebec (Province) // Professional practice // Evidence-based practice - Definition // Social service - Research // Relationships between scientists and social workers

Note

1 Cette revue constituait dans les années 1960 la principale source de diffusion des écrits théoriques en service social.

Références

- Addis, M. E. (2002). Methods for Disseminating Research Products and Increasing Evidence-Based Practice: Promises, Obstacles, and Future Directions, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 367-78.
- Archer, M., Bhaskar, R., Collier, A., Lawson, T., & Norrie, A. (1998). *Critical Realism. Essential Readings*. London: Routledge.
- Austin, D. M. (1991). *Building social work knowledge for effective services and policies: A plan for research development*. Austin: University of Texas.
- Blom, B. (2009). Knowing or un-knowing? That is the question in the era of evidence-based social work practice, *Journal of Social Work*, 9 (2), 158-177.
- Cnaan, R. A., & Dichter, M. E. (2008). Thoughts on the use of knowledge in social work, *Research on Social Work Practice*, 18 (4), 278-284.
- Comeau, Y., Duperré, M., Hurtubise, Y., Mercier, C., et Turcotte, D. (2008). *L'organisation communautaire en mutation. Étude sur la structuration d'une profession du social*. Québec : PUL.
- Craig, C. D., Cook, P. G., & Fraser, M. W. (2004). Research awards in the society for social work and research, 1996-2000, *Research on Social Work Practice*, 14 (1), 51-56.
- Deslauriers, J.-P. (1992). Nouveaux programmes de subvention du Conseil québécois de la recherche sociale : commentaires, *Nouvelles pratiques sociales*, 5 (2), 157-162.
- Deslauriers, J.-P., et Hurtubise, Y. (2007). Introduction, dans J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise, (dir.). *Introduction au travail social* : 1-16. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Fisher, J. (1976). *The effectiveness of social work*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Fortune, A. E., & Proctor, E. K. (2001). Research on social work interventions, *Social Work Research*, 25 (2), 67-9.
- Fraser, M. K. (2004). Intervention Research in Social Work: Recent Advances and Continuing Challenges, *Research on Social Work Practice*, 14 (3), 210-222.
- Fraser, M. W. (2003). *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*. Washington, DC: NASW Press (2nd ed.).
- Frost, N. (2005). A problematic relationship?: evidence and practice in the workplace. In A. Bilson. *Evidence-based practice in social work*: 124-140. London: Whiting & Birch Ltd.
- Gambrill, E. (1999) Evidence-Based Practice: An Alternative to Authority-Based Practice, *Families in Society*, 80, 341-50.

- Gambrill, E. (2006). Evidence-Based Practice and Policy: Choices Ahead, *Research on Social Work Practice*, 16, 338-57.
- Gendron, J. L. (2000). La recherche en service social, dans J. P. Deslauriers et Y. Hurtubise (sous la direction de). *Introduction au travail social* : 289-312. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Gibbs, L., & Gambrill, E. (2002). Evidence-Based Practice: Counterarguments to Objections, *Research on Social Work Practice*, 12, 252-476.
- Gilgun, J. F. (2005). The Four Cornerstones of Evidence-Based Practice in Social Work, *Research on Social Work Practice*, 15, 52-61.
- Gilgun, J. F., & Abrams, L. S. (2002). The nature and usefulness of qualitative social work research, *Qualitative Social Work*, 1 (1), 39-55.
- Gira, E. C., Kessler, M. L., & Poertner, J. (2004). Influencing Social Workers to Use Research Evidence in Practice: Lessons From Medicine and the Allied Health Professions, *Research on Social Work Practice*, 14 (2), 68-79.
- Gomori, T. (2001). A fallibilistic response to thyer's theory of theory-free empirical research in social work practice, *Journal of Social Work Education*, 37 (1), 26-50.
- Graham, J. R. (1992). The Haven, 1878-1930: A Toronto charity's transition from a religious to a professional ethos, *Histoire Sociale [Social History]*, 25, 283-306.
- Harrison, D. F., & Thyer, B. A. (1988). Doctoral research on social work practice: A proposed agenda, *Journal of Social Work Education*, 24, 107-114.
- Howard, M. O., McMillan, C., & Pollio, D. E. (2003). Teaching evidence-based practice: Toward a new paradigm for social work éducation, *Research on Social Work Practice*, 13, 234-259.
- Kérisit, M. (2007). Recherche et service social, dans J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise (sous la direction de). *Introduction au travail social* : 267-295. Québec : Les Presses de l'Université Laval (2^e édition).
- Lacroix, L. (1976). La situation problématique de la recherche dans les centres de services sociaux et ses orientations possibles, *Service social*, 25 (2-3), 52-79.
- Lavis, J., Robertson, D., Woodside, J., McLeod, C., Abelson, J., & the Knowledge Transfer Study Group (2003). How can research organisations more effectively transfer research knowledge to decision-makers? *The Milbank Quarterly*, 81 (2), 221-248.
- Lesage, A. D., Stip, P. E., & Grinberg, F. (2001). « What's up, doc? » Le contexte, les limites et les enjeux de la médecine fondée sur des données probantes pour les cliniciens (Evidence-Based Medicine), *Revue canadienne de psychiatrie*, 46, 396-402.
- Mayer, R. (2000). L'évolution de la recherche sociale au Québec (1960-2000). Le cas du champ des services sociaux, dans R. Mayer, F. Ouellet, M. C. Saint-Jacques, et D. Turcotte (dir.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* : 9-38. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- McNeil, T. (2006). Evidence-based practice in an age of relativism: toward a model for practice, *Social work*, 51 (1), 147-156.
- Morago, P. (2006). Evidence-Based Practice: From Medicine to Social Work, *European Journal of Social Work*, 9, 461-77.
- Mullen, E. J., & Bacon, W. F. (2003). Practitioner adoption and implementation of practice guidelines and issues of quality control. In A. Rosen & E. K. Proctor. *Developing practice guidelines for social work intervention: Issues, methods, and research agenda*: 223-235. New York: Columbia University Press.
- Mullen, E. J., Bledsoe, S. E., & Bellamy, J. L. (2008). Implementing evidence-based social work practice, *Research on Social Work Practice*, 18 (4), 325-338.
- Nygren, L., & Soydan, H. (1997). Social Work Research and its Dependence on Practice, *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6, 217-24.
- Osmond, J. (2006). Knowledge use in social work practice: examining its functional possibilities, *Journal of Social Work*, 6 (3), 221-237.
- Petrucci, C. J., & Quinlan, K. M. (2007). Bridging the research-practice gap, *Journal of Social Service Research*, 34 (2), 25-42.
- Pollio, H. D. (2002). The evidence-based group worker, *Social work with groups*, 25 (4), 57-70.
- Pollio, D. H. (2006). The Art of evidence-based practice, *Research on Social Work Practice*, 16 (2), 224-232.
- Proctor, E. K. (2003). Research to inform the development of social work interventions, *Social Work Research*, 27 (1), 3-5.
- Proctor, E. K., & Rosen, A. (2008). From knowledge production to implementation: research challenges and impératives, *Research on Social Work Practice*, 18 (4), 285-291.

- Reid, W. J., Kenaley, B. D., & Colvin, J. (2004). Do some interventions work better than others? A review of comparative social work experiments, *Social Work Research*, 28 (2), 71-81.
- Robbins, S. P. (1999). Theory, knowledge, and social work practice: Ongoing debates and fresh perspectives, *Families in Society*, 80, 325-326.
- Roberts, A. R., & Yeager, K. R. (2006). *Foundations of Evidence-Based Social Work Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Rondeau, G., et Commelin, D. (2007). La formation en travail social, dans J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise, (sous la direction de). *Introduction au travail social* : 295-318. Québec : Les Presses de l'Université Laval (2^e édition).
- Rosen, A. (2003). Evidence-Based Social Work Practice: Challenges and Promises, *Social Work Research*, 27, 197-208.
- Rosen, A., Proctor, E. K., & Staudt, M. M. (1999). Social work research and the quest for effective practice, *Social Work Research*, 23 (1), 4-14.
- Rubin, A. (2000). Social work research at the turn of the millennium: Progress and challenges, *Research on Social Work Practice*, 10, 9-14.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone (2nd ed.).
- Schilling, R. F. (1997). Developing intervention research programs in social work, *Social Work Research*, 21, 173-180.
- Schwalbe, C. (2004). Re-visioning risk assessment for human service decision making, *Children and Youth Services Review*, 26, 561-576.
- Shaw, I. F., Arksey, H., & Mullender, A. (2006). Recognizing social work, *British Journal of Social Work*, 36, 227-246.
- Stevens, M., Liabo, K., Frost, S., & Roberts, H. (2005). Using research in practice: A research information service for social care practitioners, *Child and Family Social Work*, 10, 67-75.
- Straus, S. E., & McAlister, F. A. (2000). Evidence-based medicine: A commentary on common criticisms, *Canadian Medical Association Journal*, 163 (7), 837-841.
- Thyer, B. A. (2000). A decade of Research on Social Work Practice, *Research on Social Work Practice*, 10, 5-8.
- Thyer, B. A. (2001). What is the role of theory in research on social work practice? *Journal of Social Work Education*, 3 (1), 9-25.
- Thyer, B. A. (2008). The quest for evidence-based practice: we are all positivists! *Research on Social Work Practice*, 18 (4), 339-345.
- Trinder, L., & Reynolds, S. (2000) *Evidence-Based Practice – A Critical Appraisal*. Oxford: Blackwell.
- Tsang, A. K. T. (2000). Bridging the gap between clinical practice and research: an integrated practice-oriented model, *Journal of service research*, 26 (4), 69-90.
- Zeira, A., & Rosen, A. (2000). Unraveling “tacit knowledge”: What social workers do and why they do it, *Social Service Review*, 74, 103-123.

Les femmes et le service social. La place de l'intervention féministe illustrée par le parcours d'une femme engagée

par

*Christine Corbeil*¹, M.A.

Professeure associée

École de travail social

UQAM

Institut de recherches et d'études féministes (IREF)

Courriel : corbeil.christine@uqam.ca

Dominique Damant, Ph. D., t.s.

Professeure titulaire

École de service social

Université de Montréal

Courriel : dominique.damant@umontreal.ca

Historical recap of social work with women in Quebec. Through an interview with Louise Vaillant, social worker and feminist, the article looks at professional practice and the impact of feminism.

Rappels historiques du travail social auprès des femmes au Québec. Par le biais d'une entrevue avec Louise Vaillant, travailleuse sociale et intervenante féministe, regard sur la pratique professionnelle et sur l'influence du féminisme.

Dans le cadre d'un projet de recherche intitulé *Discours et intervention féministes : un inventaire des lieux*², une entrevue a été réalisée le 30 août 2006 avec Louise Vaillant, travailleuse sociale et intervenante féministe de la première heure au Québec. Interrogée sur le sens de son adhésion au féminisme et sur ses choix d'actions militantes, Louise Vaillant évoque les circonstances ainsi que les conditions qui ont marqué l'émergence et le développement d'une pratique féministe en violence conjugale au Québec depuis les années 1985. À travers ce

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 65-78.**

survol historique, elle jetait un regard rétrospectif sur sa pratique de travailleuse sociale au cours des 30 dernières années et mettait en évidence les questionnements et les tensions qui ont ponctué sa trajectoire professionnelle. Faisant appel à sa mémoire des événements et aux impressions qu'ils ont laissées, elle s'interrogeait alors sur les changements survenus au cours des dernières décennies dans le champ des services sociaux et de santé (plus spécifiquement en regard des transformations successives des CLSC et des CSS) et exprimait une certaine inquiétude sur la place réservée à l'intervention féministe dans le contexte actuel de l'intervention auprès des femmes. Quand nous avons été contactées afin de participer à ce numéro consacré au 40^e anniversaire de la revue *Intervention* et compte tenu de la pertinence et de l'actualité de ses propos sur le développement de la pratique en travail social, nous lui avons demandé la permission de publier de larges extraits de cette entrevue.

Pour nous, au-delà de la trajectoire d'une travailleuse sociale, cette entrevue devenait l'occasion de parcourir l'histoire récente du travail social auprès des femmes. Le but de l'entrevue de recherche était de retracer l'évolution de l'intervention féministe au Québec. La lecture de l'article et des propos de Louise Vaillant permet de déterminer les moments forts de l'intervention féministe telle qu'elle a été vécue ici. Il s'agit de voir l'émergence de la pratique au Québec, l'apport de la recherche, son déclin dans les organismes institutionnels et les enjeux actuels de l'intervention féministe. Seront abordées, tour à tour, les raisons et les circonstances qui ont amené Louise Vaillant à s'intéresser au féminisme et au mouvement des femmes ainsi que les moments marquants de sa carrière qui ont contribué à son parti pris pour l'intervention féministe. Compte tenu de l'expérience de Louise Vaillant comme intervenante et formatrice dans le domaine de la violence conjugale, un accent spécifique est mis sur cette question; nous y voyons à travers ses yeux l'évolution de la pratique en violence

conjugale au Québec. Par la suite, elle dépeint avec finesse l'intervention de groupe auprès des femmes qu'elle a mis sur pied avec l'organisatrice communautaire de son CLSC, les stratégies d'intervention utilisées et les impacts perçus de ces groupes. Elle décrit comment les changements organisationnels des années 1990 ont eu un impact majeur sur l'intervention féministe. Elle conclut en énonçant des lacunes qu'elle a relevées concernant l'intervention féministe et les moyens qu'elle a utilisés pour y remédier. L'entrevue conclut sur l'avenir de l'intervention féministe tel que perçu par cette pionnière.

À la suite de l'entrevue, lors de la discussion, nous ferons un bilan de l'intervention féministe au Québec en y apportant des éléments historiques et théoriques, et concluons sur les enjeux actuels auxquels font face de nos jours les intervenantes féministes québécoises.

Présentation du parcours féministe

Quelles sont les principales raisons ou circonstances qui vous ont amenée à vous impliquer dans le mouvement des femmes?

La première raison est sans doute personnelle. Je suis la deuxième d'une famille de quatre enfants. Mon frère était l'aîné. Mes parents valorisaient les études pour un garçon mais pas pour une fille. Ils m'ont dirigée vers un cours commercial en prétextant qu'il n'était pas nécessaire de poursuivre de longues études pour élever une famille. Cette décision m'a mise dans une grande colère. Je trouvais la situation injuste d'autant plus que mes résultats scolaires étaient excellents. Il m'a fallu un certain temps et l'aide d'un conseiller en orientation pour convaincre mes parents que je pouvais envisager une autre carrière que celle de secrétaire. Fort probablement que vingt ans plus tôt j'aurais songé à devenir religieuse étant donné mon intérêt pour les questions de justice sociale – d'aide aux plus démunis – et mon implication dans les mouvements de jeunesse catholique. Je dois préciser que, dans ma famille, tant du côté maternel que paternel, les traditions d'entraide étaient très développées.

L'effervescence des années 1970-1980 en matière de mouvements sociaux et mes lectures d'auteures féministes m'ont grandement influencée et ont contribué à mon engagement au sein du

mouvement féministe. Au même moment, je prenais la décision de devenir travailleuse sociale et d'investir un milieu d'intervention devenu plus critique vis-à-vis de certaines approches traditionnelles axées sur la charité et, donc, plus enclin à s'engager sur la voie plus contestataire de la lutte pour l'équité et l'égalité. Mon tout premier stage à la Croix Blanche, dans un centre communautaire pour patients psychiatisés, m'a mise en contact avec une clientèle – majoritairement féminine – extrêmement vulnérable et malheureusement rendue complètement apathique du fait des fortes doses de médicaments qui lui étaient administrées. Je retrouvais dans ce milieu une autre expression de l'oppression et de l'impuissance vécue par les femmes. Ma révolte contre cette violence faite aux « malades mentaux » a trouvé un écho du côté du mouvement d'anti-psychiatrie qui proposait une approche alternative à la surmédicalisation des malades.

Un autre événement a joué un rôle déterminant à mon adhésion à la pensée féministe : il s'agit du deuxième stage que j'ai fait à l'âge de vingt ans dans un bureau de service social lié à l'hôpital de La Miséricorde et qui avait pour nom *L'aide aux filles-mères*. Ma tâche consistait à aller à la rencontre des jeunes filles enceintes qui arrivaient au terminus d'autobus Voyageur, petite valise à la main, en provenance des îles de la Madeleine ou de Gaspésie. Les religieuses proposaient leurs services aux familles aisées en quête d'une aide ménagère, et ce, jusqu'à leur accouchement. Ces mères non mariées étaient généralement très jeunes et vulnérables. Je côtoyais donc des femmes de mon âge qui auraient peut-être eu recours à l'avortement plutôt que de mener leur grossesse à terme, mais avaient dû renoncer à cette option compte tenu du contexte familial et social de l'époque (illégalité de l'avortement et forte réprobation sociale envers les mères célibataires). Je devais obtenir leur consentement à confier leur bébé en adoption généralement dans les 24-48 heures suivant leur accouchement. Beaucoup de questions me sont alors venues à l'esprit : pourquoi la mise en adoption figure-t-elle comme la seule solution à envisager? Pourquoi ne leur offre-t-on pas d'autres formes de soutien? Un profond sentiment d'injustice, une révolte, un désir de me solidariser avec ces jeunes femmes démunies m'habitaient.

Dès la fin de mon stage, j'ai obtenu un emploi dans ce service et j'ai eu recours à des stratégies silencieuses et subversives, pour l'époque. Je ne suivais pas les recommandations de ma superviseuse et je donnais du temps de réflexion aux jeunes mères tout en leur offrant diverses options avant qu'elles confient leur enfant pour adoption. Je leur disais aussi la vérité sur le fait que j'ignorais si leur enfant allait être adopté ou placé en famille d'accueil. Je reste convaincue qu'un grand nombre de femmes n'auraient jamais confié leur enfant pour adoption, si elles avaient su que celui-ci pouvait demeurer longtemps à la crèche et errer, par la suite, de famille d'accueil en famille d'accueil jusqu'à sa majorité. Je réagissais au fait que ces jeunes femmes étaient mises dans une situation de non-choix : l'obligation d'abandonner leur enfant. J'intervenais auprès d'elles dans une perspective de défense de leurs droits (*advocacy*) en leur disant : « Vous savez, vous n'êtes pas obligée de prendre la décision à l'hôpital. Oui, vous pouvez essayer de vivre avec votre enfant, je vais vous aider là-dedans ». Ce n'était pas facile de défendre une telle position, car j'étais une jeune travailleuse sociale, inexpérimentée et isolée. Je n'étais pas certaine de faire les bons gestes, mais le fait de donner aux femmes une information juste était extrêmement important à mes yeux. Personne ne m'avait enseigné à agir ainsi. J'ai eu recours à des stratégies silencieuses pour les aider du mieux que je pouvais. Mon engagement féministe ne fut pas d'abord un parcours intellectuel.

Y a-t-il eu d'autres moments marquants dans votre pratique professionnelle qui ont contribué à approfondir vos convictions féministes?

Au cours des années 1970, j'ai travaillé auprès de jeunes filles mineures qui m'étaient envoyées pour des raisons de grossesses précoces, de problèmes de comportement, de difficultés familiales ou scolaires. Là encore, j'étais témoin du traitement différencié imposé aux adolescentes et aux adolescents de la part des services sociaux. Les jeunes filles qui étaient envoyées en placement institutionnel fermé par ordonnance du Tribunal de la jeunesse l'étaient généralement pour cause de comportements jugés inacceptables par la famille ou par la société (sexualité active, fugue, désobéissance, absen-

téisme scolaire), alors que les garçons étaient placés en institution à la suite d'actes criminels (vols, entrées par effraction, vente de drogue, agressions, participation à des groupes criminalisés). Une chercheuse de l'Université de Montréal – j'ai malheureusement oublié son nom – avait élaboré un projet de recherche dont l'objectif était de comparer les causes d'internement des jeunes en regard de leur genre. En collaboration avec cette chercheuse, j'ai organisé un colloque sur ce thème pour sensibiliser les intervenants à cette réalité discriminatoire. Malheureusement, nous n'avions pas les moyens d'enrayer totalement cette injustice, mais il me semblait primordial, tout au moins, de dénoncer cette situation et de la rendre socialement visible. Par la suite, j'ai toujours tenu compte de cet enjeu dans mes suivis avec les jeunes filles.

En tant que travailleuse sociale, j'ai été souvent confrontée à des situations de grande misère sociale. J'ai travaillé dans des quartiers défavorisés où vivaient des familles monoparentales à faible revenu, des femmes aux prises avec des situations de violence conjugale, des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, etc. Le goût de lire et de me documenter pour mieux comprendre les causes individuelles et sociales à l'origine de leurs difficultés a pris forme à cette époque et ne m'a jamais quittée depuis. Au début des années 1980, j'ai lu deux ouvrages écrits par des Québécoises qui ont grandement influencé ma démarche professionnelle : *Va te faire soigner, t'es malade!* (Guyon, Simard et Nadeau, 1981) et *L'intervention féministe, l'alternative des femmes au sexisme en thérapie* (Corbeil, Paquet-Dehy, Lazure et Legault, 1983). Ces lectures m'ont fait prendre conscience, de manière plus aiguë, de la nature discriminatoire de certains discours tenus par des experts dans le champ des services sociaux et de la santé, et de leurs conséquences sur les pratiques sociales auprès des femmes. Elles m'ont servi de références pour démarrer des groupes de conscientisation avec des femmes isolées, victimes de multiples abus et sans ressources. Les objectifs poursuivis dans le cadre de ces groupes étaient clairs : dénoncer les discours culpabilisants et méprisants à l'égard des femmes les plus vulnérables, briser leur isolement, établir des liens entre leurs problèmes personnels et leur situation sociale, travailler à rehausser leur estime

d'elles-mêmes, les aider à défendre leurs droits et favoriser la solidarité entre elles. J'ai animé plusieurs groupes et eu l'occasion de partager mes réflexions avec d'autres intervenantes, ce que je considérais comme extrêmement précieux. D'ailleurs, à cette époque, les travailleuses sociales avaient une grande latitude d'agir et disposaient de nombreux lieux d'échanges et d'expérimentations.

Un autre moment crucial dans l'évolution de ma pratique a coïncidé avec la bataille menée par le mouvement des femmes pour la reconnaissance de la violence conjugale en tant que problème social. Dans les groupes de soutien que nous avons mis sur pied au milieu des années 1980, les femmes nous confiaient leurs problèmes de santé mentale, leurs difficultés avec les enfants, avec le mari ou l'ex-mari, ou encore leurs démêlés avec la Justice et les divers agents gouvernementaux. À l'occasion de ces partages, nous réalisons que presque toutes ces femmes avaient connu des épisodes de violence conjugale, mais n'en avaient jamais parlé à quiconque. Nous étions de plus en plus convaincues qu'il existait un lien étroit entre le climat de violence dans lequel elles et leurs enfants avaient évolué pendant des années parfois et l'apparition de leurs problèmes familiaux, conjugaux et personnels. Notre intervention visait donc à leur faire prendre conscience qu'elles n'étaient pas les seules responsables de leurs difficultés, que rien mais absolument rien ne justifiait qu'elles soient traitées avec mépris, qu'elles continuent de vivre dans la terreur et la violence et, surtout, qu'elles avaient tout le potentiel pour reprendre leur vie en main. Les premières maisons d'hébergement pour femmes violentées qui ont ouvert leurs portes à cette époque ont permis aux femmes et à leurs enfants de trouver un lieu sécuritaire où se réfugier et de bénéficier d'un accompagnement dans leurs différentes démarches de prise en charge. Tout à coup, la violence conjugale sortait de l'ombre et devenait une réalité tangible, reconnue dans sa dimension sociale plutôt que privée.

Comment la pratique féministe en violence conjugale a-t-elle évolué dans les services sociaux au cours des dernières décennies?

Au milieu des années 1980, j'ai travaillé au Centre des services sociaux du Montréal métro-

politain (CSSMM) aux côtés de Ginette Larouche, une travailleuse sociale qui a été une pionnière dans le développement de l'approche féministe en violence conjugale (Larouche, 1987). Ce furent des années stimulantes à bien des égards. J'ai eu l'occasion de collaborer à un projet de recherche coordonné par le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) sous la direction de Maryse Rinfret-Raynor, dont l'un des objectifs était la validation scientifique d'un modèle d'intervention féministe en violence conjugale. Quelques travailleuses sociales, dont je faisais partie, avaient accepté d'être filmées sur vidéo lors de leurs interventions de groupe. Des chercheuses venaient nous observer à travers une vitre, avec l'autorisation, bien sûr, des femmes qui pouvaient, elles aussi, aller de l'autre côté du miroir. Nous avions l'impression de contribuer à enrichir les connaissances et à nourrir les questionnements scientifiques sur l'intervention auprès des femmes violentées. Pour une fois, nous étions celles qui pensent et celles qui agissent sur le terrain.

Au cours de ces mêmes années, environ dix-huit intervenantes issues de différentes régions du Québec ont reçu une formation sur l'intervention féministe en violence conjugale pour pouvoir assurer des suivis individuels et de groupe. Le service de formation continue du CSSMM offrait cette formation étalée sur plus d'une année. Nous nous définissions comme des intervenantes conscientisées et féministes. Nous voulions réfléchir sur le sens de nos pratiques et mettre en place des approches novatrices pour mieux répondre à nos idéaux de justice et d'égalité pour les femmes. Même si j'avais déjà une pratique féministe, j'étais heureuse de participer à ce projet qui, j'en suis convaincue, a contribué à accroître la reconnaissance de l'intervention féministe dans les milieux institutionnels. Désormais, nous n'étions plus obligées de nous cacher ou de recourir à des stratégies silencieuses. Nous pouvions même compter sur une masse critique d'intervenantes et sur le soutien des comités de condition féminine mis sur pied par notre syndicat pour promouvoir une approche féministe.

Cet intérêt pour l'intervention féministe dans le milieu institutionnel s'est prolongé jusque dans les années 1992-1995. En y réfléchissant, je crois qu'au cours de cette période, la clientèle féminine a pu bénéficier de services dans l'un des cadres les plus cohérents depuis les dernières décennies. Bien que tous et toutes ne fussent pas entièrement d'accord, il régnait un certain consensus parmi les intervenants pour mettre de l'avant une analyse féministe des problèmes vécus par les femmes. Cette prise de conscience de l'ampleur de la violence faite aux femmes et de ses conséquences dévastatrices sur leur vie et sur celle de leur famille a sans doute favorisé l'adoption en 1995, par le gouvernement du Québec, d'une politique nationale en matière de violence conjugale qui devait servir de guide ou de référent dans le milieu de l'intervention sociale et judiciaire³. Nous étions particulièrement soulagées de constater que cette politique, entérinée par plusieurs ministères, définissait la violence conjugale comme un rapport de pouvoir – la plupart du temps exercé par un mari sur sa conjointe – et s'inspirait de plusieurs éléments de l'analyse féministe. Dorénavant, plus question de réduire la violence conjugale à de simples chicanes ou mésententes au sein du couple : elle devait être appréhendée comme un acte criminel.

Quelques années plus tard, soit vers l'an 2000, j'ai participé en tant que formatrice et superviseuse à un autre projet du CRI-VIFF. Ce projet visait l'expérimentation de l'implantation d'un protocole de dépistage de la violence conjugale pour toutes les femmes qui consultaient dans les CLSC du Québec, quels que soient leurs motifs. Nous étions chargées de former les différents professionnels œuvrant dans les CLSC (médecins, infirmières, travailleuses sociales). À ce moment-là, j'ai été renversée par l'ampleur des résistances envers l'analyse féministe. Ce constat n'était pas difficile à faire : comme j'étais responsable, au même moment, de donner une formation sur le traitement de l'état de stress post-traumatique, je pouvais aisément comparer à quel point cette formation ne suscitait pas de réactions aussi vives et émotives des intervenants, ceux-ci étant tout à fait réceptifs aux différents concepts et stratégies d'intervention proposés.

En fait, la majorité des intervenants rencontrés ignoraient l'existence d'une politique nationale

en matière de violence conjugale et plusieurs réagissaient négativement au contenu de la formation. En contrepartie, j'ai aussi entendu les confidences d'intervenants qui se sentaient démunis devant la problématique de la violence conjugale et qui, à la suite des neuf heures de formation et de la demi-journée de supervision, affichaient une plus grande ouverture envers le modèle présenté. J'avoue tout de même avoir été bouleversée par l'écart entre le niveau de conscience féministe dans les années 1980-1990 et celui des années 2000. J'espère sincèrement que le travail de dépistage en CLSC n'a pas disparu pour autant car – j'en suis convaincue – un très grand nombre de femmes consultent des professionnels de la santé et des services sociaux pour différents motifs sans jamais révéler qu'elles sont victimes de violence conjugale.

Quelle était la spécificité de l'intervention féministe auprès des femmes victimes de violence conjugale dans le milieu des services sociaux entre les années 1985 et 1995?

Tout d'abord, on offrait aux femmes un soutien psychologique, médical et juridique, car elles étaient généralement très affectées par cette violence, puis on les aidait à développer des réseaux d'entraide pour mettre un terme à leur isolement et accroître leur sentiment de sécurité. Parmi tous les principes de l'intervention féministe, nous étions particulièrement attentives à instaurer des rapports égalitaires avec les femmes et à encourager le partage de l'expérience. Malgré certaines réserves sur l'opérationnalisation de ce principe d'égalité entre, d'une part, des intervenantes éduquées, salariées, en santé et, d'autre part, des femmes pauvres, vulnérables, sans emploi et souvent malades, nous étions soucieuses de réussir à établir un équilibre entre le partage de l'expérience des femmes et celui de notre propre vécu. En somme, il fallait trouver la manière de s'impliquer personnellement sans outrepasser certaines frontières. On pouvait alors leur dire : « je comprends très bien ce que vous m'expliquez parce que ça ne m'est pas inconnu ; j'ai déjà vécu une chose qui ressemblait à ça ; je me souviens comment ça fait mal, comment on devient plus mêlée dans ce temps-là ». Parmi les objectifs de l'intervention féministe, il y avait également ce souci de redonner espoir

aux femmes, et ce, en dépit de la gravité des problèmes qu'elles vivaient ou avaient vécus. En réaction au sentiment d'impuissance des femmes, nous valorisons les moindres stratégies déployées pour s'en sortir et pour se protéger ainsi que leurs enfants. Nous étions également conscientes de devoir nous attaquer au sentiment de culpabilité qui habitait les femmes presque universellement : la culpabilité d'être une mauvaise conjointe, une mauvaise mère et de ne jamais être à la hauteur des rôles qui leur étaient dévolus. On les encourageait à s'affirmer et à prendre leur place dans leur famille et dans la société en général. De plus, il nous semblait fondamental d'établir un lien entre le privé et le politique, entre les violences subies durant l'enfance ou la vie adulte et les violences institutionnelles, économiques et politiques. Nous avons misé sur l'appropriation du pouvoir (*empowerment*) des femmes, travaillé à rehausser leur estime d'elle-même, leur capacité d'affirmation, des notions qui nous semblaient essentielles. Nous insistions sur le fait qu'il n'était pas question de parler d'un manque de compétences ou d'habiletés personnelles de leur part. À leurs côtés, nous voulions dénoncer les obstacles structureux et juridiques les empêchant de se libérer de différentes situations d'oppression.

Pouvez-vous me décrire le fonctionnement de vos groupes de femmes?

Entre 1985 et 1992, au Bureau des services sociaux de l'est de Montréal, avec d'autres intervenantes partageant la même analyse, j'ai mis sur pied plusieurs groupes de femmes. Nous travaillions en collaboration avec Louise Leboeuf, une organisatrice communautaire qui a toujours été très inspirante pour moi. Nous voulions décloisonner la pratique du service social en permettant aux femmes de bénéficier à la fois d'un suivi individuel – accompagnement à la Cour – d'un suivi familial et d'un suivi en groupe. L'approche féministe favorisait le travail à ces différents niveaux et le développement de collaborations entre intervenantes. Les femmes participaient dans un premier temps à douze rencontres. L'organisatrice communautaire assistait à la dernière rencontre et préparait, avec le groupe, le déroulement d'une fin de semaine à la campagne dans une

maison communautaire; les femmes avaient le choix d'être accompagnées ou non de leurs enfants. Cette étape était charnière pour la suite du travail de groupe. Souvent, les femmes et leurs enfants n'avaient pas vécu depuis longtemps une période de loisirs, de plaisir et d'amitié. C'était toujours touchant de les voir si rieuses et détendues. À la suite de cette première session, nous organisons une autre session de douze rencontres pour consolider les acquis. C'est souvent à ce moment-là que les femmes dévoilaient leurs secrets et leurs pires souvenirs reliés au vécu de violence. Petit à petit, les femmes ne nous percevaient plus comme une menace mais plutôt comme des alliées. Dans le cadre de chacun de nos groupes de femmes, nous planifions une activité extérieure. Lors d'un pique-nique, je me souviens de la présence d'une femme âgée d'environ 50 ans, une femme très sérieuse, une femme de devoir, qui nous a dit : « Si on jouait à la cachette ». Nous avons toutes joué à la cachette. Moi-même, qui ne suis pas tellement joueuse, je l'ai fait. Ces femmes se sont donc retrouvées en compagnie de leurs travailleuses sociales à jouer à la cachette. De la pure folie! On peut, dès lors, imaginer les liens qui se sont tissés dans le groupe. Pour nous, il est évident que cela allait dans le sens de nos valeurs et c'était une manière très concrète de nous rapprocher d'elles, de rendre nos rapports plus égalitaires.

Des liens de solidarité se tissaient graduellement et les femmes trouvaient intérêt à maintenir des contacts entre elles à l'extérieur des rencontres de groupe plus formelles. Après avoir participé à un autre camp familial, on leur offrait de se joindre à un groupe de soutien composé de femmes ayant subi ou aux prises avec de la violence conjugale. Progressivement, elles en arrivaient à nommer leurs droits et à revendiquer le respect de ceux-ci. Elles terminaient la démarche en organisant leur propre groupe d'entraide pour offrir, entre autres, de l'accompagnement à la Cour. L'organisatrice communautaire les appuyait dans leur projet et leurs demandes de soutien financier. Ces femmes, autrefois isolées, impuissantes et ignorantes de leurs droits, se définissaient maintenant comme fortes, mieux informées et nous avions l'impression qu'elles devenaient les *sujets* de leur vie. Cette époque a vraiment été passionnante, voire palpitante.

Quelles stratégies d'intervention avez-vous développées pour atteindre les femmes?

Quel que soit le contexte de mon intervention, en milieu institutionnel ou communautaire, en bureau privé, en individuel ou en groupe, j'ai demandé aux femmes de se tenir debout particulièrement lorsqu'il s'agissait de travailler l'expression de leur colère. Nous encourageons les femmes à écrire sur un grand tableau ce qu'elles auraient souhaité dire à leur conjoint, sans aucune forme de censure. Nous leur disions alors qu'elles se tenaient debout : «Qu'est-ce que vous avez envie de lui dire? Est-ce que vous acceptez que je vérifie si vous êtes solide? Vous permettez? Ah! Essayons autrement». J'ai remarqué que, dans des situations où les femmes avaient des difficultés d'affirmation et de mobilisation, le fait de s'adresser à elles comme à une personne debout et forte avait un impact évident.

Pour moi, la première rencontre est un moment important pour instaurer des rapports égaux et redonner de la dignité à une femme. Très souvent, elle est passée par plusieurs institutions, a croisé plusieurs intervenants et elle a vu sa vie étalée un peu partout. Pour éviter qu'une nouvelle humiliation ne se produise, je demandais donc à ne pas lire les rapports d'experts avant de rencontrer la femme afin de partir à zéro dans ma connaissance de cette personne. Lorsqu'une femme m'était envoyée, je précisais toujours «Vous n'êtes jamais obligée de répondre à mes questions. Si je vous pose une question et que vous êtes mal à l'aise ou que vous ne comprenez pas pourquoi, vous me le dites. Si je ne suis pas capable de vous répondre, c'est peut-être parce que ma question était mauvaise et c'est mieux que je la retire. Si je dis des choses qui vous blessent, qui vous troublent, vous me le dites. Ici, il n'y a pas de tabou, c'est un lieu de vérité et d'authenticité». Et j'ajoutais : «Nous allons travailler ensemble. Vous allez me confier votre intimité et moi je suis une étrangère. Avant de commencer, aimeriez-vous me demander quelque chose de particulier? Si je ne peux pas vous répondre ou si c'est trop intime, je vais vous le dire. Mais avant de parler à une étrangère, si vous avez des questions que ce soit tout de suite ou plus tard, je veux que vous puissiez les poser». Je suis persuadée que c'est avec une telle

approche que l'on réussit à établir une alliance thérapeutique et féministe.

Quel a été l'impact de votre intervention auprès de ces femmes?

Au cours de ces années, nous avons travaillé avec un nombre considérable de femmes et les résultats nous sont apparus impressionnants. Les femmes réagissaient plus rapidement à la violence subie en la dénonçant et vivaient moins de culpabilité; elles souffraient moins de problèmes de santé mentale et allaient chercher des services appropriés; si l'occasion se présentait, elles développaient un réseau de gardiennage pour les enfants. Les femmes ne pouvaient pas changer leurs réalités quotidiennes rapidement et complètement, mais elles étaient outillées pour en faire une autre lecture et se percevaient moins comme des personnes impuissantes et seules à vivre une telle situation.

Dans la foulée de ces changements, les femmes ont pris conscience que la violence conjugale affectait aussi leurs enfants et ont réclamé des services en conséquence. La nécessité de réfléchir et de trouver une solution au problème des enfants exposés à la violence a donc d'abord été exprimée par les femmes. En réponse à leur demande, le Bureau des services sociaux de l'est de Montréal a accepté la mise sur pied de groupes d'enfants ayant grandi dans un environnement marqué par la violence. Bien sûr, on ne travaillait pas avec la même approche que la Direction de la protection de la jeunesse, une approche plus axée sur le contrôle. Nous étions conscientes de manquer d'outils et de formation dans le domaine. Au début des années 1990, j'ai donc décidé d'entreprendre des études de maîtrise en service social et de travailler sur la problématique des enfants exposés à la violence. Je dois d'ailleurs souligner la contribution de Françoise Alarie, une travailleuse sociale, à la mise sur pied d'un programme novateur d'intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale.

Cet appui institutionnel au développement d'une approche féministe a pris fin assez brusquement. Que s'est-il passé au juste dans le milieu des services sociaux et de santé?

Cette évolution remarquable de l'intervention féministe, cette belle mobilisation s'est arrêtée

en 1992, au moment du transfert des CSS vers les CLSC. Je considère que les institutions, qui avaient appuyé le développement des services offerts aux femmes et aux enfants dans une perspective féministe, nous ont coupé les ailes. Nos équipes de travail, qui étaient devenues des lieux de réflexion, de partage de connaissances et de développement de projets, ont été démantelées. Les travailleuses sociales ont été dispersées dans différents CLSC pour offrir les services de première ligne, alors que les services de deuxième ligne étaient réservés aux Centres jeunesse. Les conséquences de cette nouvelle politique administrative ont été catastrophiques à bien des égards. Les liens avec les équipes de recherche du CRI-VIFF et les CLSC à Montréal ont été pratiquement rompus. Les travailleuses sociales qui ont été transférées en CLSC n'ont pu mettre sur pied des groupes de femmes pendant des années. Ces intervenantes continuaient à travailler dans une perspective féministe, mais en privilégiant une approche individuelle, ce qui ne correspondait pas tout à fait aux principes de l'intervention féministe. Souvent, les cadres des équipes étaient issus de professions médicales et défendaient des approches aux fondements fort différents. Bien qu'éparpillées dans différents points de service, nous gardions des liens informels, mais l'adaptation à ce nouveau contexte de pratique a été difficile pour plusieurs travailleuses sociales. Il n'était pas évident de défendre une vision féministe de l'intervention en étant isolées et d'avoir, en même temps, à se battre pour sa propre identité professionnelle.

Quelles ont été les répercussions de ces changements institutionnels sur votre trajectoire professionnelle?

J'ai accepté un poste de quatre jours par semaine dans un hôpital où ma tâche était répartie entre le département d'obstétrique et l'urgence. Mon environnement de travail a alors totalement changé, car je crois n'avoir jamais entendu prononcer le mot féminisme durant mes trois années de présence en milieu hospitalier. Dans la mesure où j'intervenais auprès de femmes qui venaient d'accoucher et se préparaient à retourner à la maison dans des situations souvent précaires (conjoint violent, problèmes de toxicomanie et de pauvreté chronique, etc.), je continuais à véhiculer les mêmes

valeurs féministes, à appliquer les mêmes principes, mais sans pouvoir compter sur l'appui du travail communautaire.

Par ailleurs, j'ai aimé travailler avec les infirmières particulièrement en salle de repos des patientes venues pour subir un avortement. Dans cette salle où, entre cinq et huit femmes pouvaient se côtoyer pendant plusieurs heures, avant et après l'avortement, il régnait souvent un silence total. Les infirmières avaient décidé de leur offrir des collations en prenant les fonds nécessaires à même leur petite caisse. De mon côté, j'utilisais une approche de *caring* : je facilitais la prise de parole de ces patientes dans un lieu sécuritaire et confidentiel, je leur donnais l'occasion de révéler à d'autres femmes leur sentiment de culpabilité, leur tristesse et leur angoisse. Les infirmières me confirmaient que les femmes abordaient l'intervention médicale de manière plus apaisée. À l'occasion de cet échange, je pouvais aussi offrir un suivi individuel aux femmes qui avaient subi plusieurs avortements ou qui vivaient des situations de couple et de famille problématiques.

Par contre, je ne me suis jamais vraiment sentie à l'aise avec le travail en salle d'urgence – l'autre partie de ma tâche. Bien que je reconnaisse sans peine la nécessité d'intervenir auprès des personnes malades et âgées, je ressentais une rupture dans mon parcours personnel et professionnel. J'avais le sentiment que j'allais m'éteindre si je ne bougeais pas. J'ai donc décidé de quitter le milieu hospitalier pour poursuivre ma trajectoire d'intervenante féministe et communautaire en tant que travailleuse autonome. Par la suite, je me suis engagée dans une pratique privée stimulante et cohérente avec mes valeurs féministes. Des femmes m'étaient envoyées tant de la part des milieux communautaires œuvrant auprès des femmes en difficulté, victimes de violence conjugale ou d'agression sexuelle, que des milieux institutionnels tels que les CLSC et les Centres jeunesse. Comme j'avais acquis une expertise en traitement de l'état de stress post-traumatique, je recevais aussi des femmes recommandées par le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels, la Société d'assurance automobile du Québec et la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Depuis que vous travaillez auprès des femmes, y a-t-il eu des changements importants dans votre façon d'intervenir? Avez-vous eu l'impression que l'intervention féministe présentait certaines limites?

Fondamentalement, les valeurs et l'intervention féministes sont demeurées au cœur de mon travail, qu'il s'effectue en individuel, en groupe, en supervision ou en formation. Je me sens personnellement concernée par la situation des femmes; je crois en leur potentiel et je ne peux m'empêcher de relier leurs difficultés personnelles à leur condition sociale. J'ai toujours souhaité que l'approche féministe soit incarnée dans mon intervention mais jamais de manière dogmatique. Par contre, il est important d'être en contact, de se familiariser avec d'autres approches ou modèles d'intervention qui peuvent contribuer à bonifier notre intervention. Lorsque je me suis sentie limitée dans l'aide que je pouvais apporter aux femmes, je n'ai pas hésité à aller chercher différentes formations en psychothérapie. Cette décision m'a valu des remarques négatives de la part d'intervenantes féministes qui croyaient que je trahissais la cause des femmes. C'est ainsi que j'ai dû parfois expliquer mes choix à des collègues féministes qui condamnaient mon approche «trop psychologisante» et à mes collègues professionnels en santé mentale qui me reprochaient d'être «trop féministe».

Quels sont les principaux apports théoriques qui ont contribué à enrichir votre pratique auprès des femmes?

Dans le cadre de notre travail, nous sommes en contact avec des situations complexes et dramatiques devant lesquelles notre bagage de travailleuse sociale et de féministe peut paraître insuffisant. Devant une femme déprimée, suicidaire, aux prises avec des hallucinations, des états dissociatifs et incapable d'assumer ses enfants, on doit pouvoir se sentir suffisamment outillée pour l'aider et prévenir une détérioration de sa situation. J'ai donc ajouté à ma formation de base en travail social un complément de formation puisé à même divers modèles et approches théoriques – systémique, psychodynamique, humaniste, thérapie brève stratégique – et je me suis familiarisée avec d'autres techniques comme l'hypnose. Ces formations complémentaires furent un enrichissement tant

en ce qui concerne ma compréhension de la personne humaine que ma capacité d'intervenir. Elles ont été utiles dans mon travail de superviseure et de formatrice auprès d'intervenantes qui, même si elles n'avaient pas de connaissances précises sur l'intervention féministe, n'en véhiculaient pas moins un certain nombre de préjugés à son égard. Je me sentais mieux «équipée» pour apporter des éléments critiques lorsque nous discutons de modèles théoriques qui ne prenaient pas en compte l'oppression des femmes ou qui tenaient un discours sexiste. J'étais à l'aise dans ce décloisonnement. Et, bien que le contexte d'une pratique privée soit souvent synonyme de travail individuel, j'ai eu suffisamment de témoignages de femmes – dans ma clientèle – pour me rassurer sur le fait que je ne trahissais pas les valeurs féministes de solidarité et d'engagement social.

Comment entrevoyez-vous l'avenir de l'intervention féministe au Québec principalement en milieu institutionnel? Quels sont les défis à relever pour en assurer la survie et la transmission?

Comme je l'ai signalé précédemment, je ne puis m'empêcher de constater le recul de l'intervention féministe dans le milieu des services sociaux et de santé. Bien sûr, il est encore possible de trouver des intervenantes qui tiennent un discours et exercent une pratique féministes (que ce soit ou non en violence conjugale), mais elles ne reçoivent pas suffisamment de soutien de leur institution. Il est clair que présentement l'intervention féministe n'a pas la cote dans les CLSC et encore moins dans les Centres jeunesse. Dans la foulée des dernières restructurations, plusieurs intervenantes avouent être plus que jamais débordées, isolées et envahies par un certain sentiment d'impuissance. À cela s'ajoute le regret d'avoir vu disparaître les réunions d'équipe et de supervision où elles pouvaient partager leurs questionnements et trouver du soutien.

Il est fréquent d'entendre dire que le féminisme est dépassé ou n'a plus de pertinence sociale puisque la situation des femmes s'est grandement améliorée ces dernières décennies. Or, lorsqu'on est sur le terrain, force est de constater que l'appauvrissement des femmes va s'intensifiant et que les violences faites aux femmes

ne diminuent pas pour autant. À mon avis, le ressac antiféministe actuel sert la cause des groupes de pères qui réclament la garde partagée des enfants même s'ils sont soupçonnés ou officiellement accusés d'avoir été violents envers leurs conjointes. Inspirés par un courant américain, les juges d'ici statuent de plus en plus *de facto* en faveur de cette garde partagée au nom des intérêts de l'enfant. Une femme divorcée qui avoue sa peur de voir ses enfants accompagner leur père au cours d'une fin de semaine – à cause d'antécédents de violence ou d'alcoolisme – n'est pas nécessairement prise au sérieux. Il peut être difficile pour une intervenante de s'opposer à la décision du juge, même si elle est tout à fait consciente des risques que cela comporte pour l'enfant et pour la mère. Je crois qu'il faut multiplier les lieux d'échange, de réflexion pour débattre de ces questions et envisager des actions respectueuses des droits, des besoins et des réalités des enfants, des mères et des pères.

La question de la transmission demeure indissociable de l'avenir de l'intervention féministe dans les milieux institutionnels. Si on faisait un inventaire des lieux où l'intervention féministe est enseignée, que trouverions-nous? Je m'interroge sérieusement sur la place qu'occupe ce modèle de pratique dans la formation des travailleurs sociaux, des infirmières, des avocats ou des psychoéducateurs. J'ai l'impression qu'elle n'a jamais été très grande et qu'elle perd même du terrain récemment. Par ailleurs, je ne crois pas que les ordres professionnels offrent une telle formation dans leurs programmes de formation continue. Si les milieux communautaires proposaient une formation sur l'intervention féministe, les intervenants des milieux institutionnels auraient-ils l'intérêt et les conditions pour la suivre? Comment combler le vide laissé par le départ à la retraite de toute une génération d'intervenantes sensibilisées à l'approche féministe. Ce sont là des questions pour lesquelles je n'ai pas de réponse.

Il y a un risque actuellement que l'intervention féministe ne soit pratiquée qu'en milieu communautaire et qu'il y ait un retour à un certain cloisonnement avec le milieu institutionnel. Il faut à tout prix éviter que l'intervention féministe demeure en vase clos et trouver des moyens d'assurer sa transmission et sa circula-

tion dans les différents réseaux d'aide aux femmes. Je pense que la voie de la concertation pourrait constituer une clé intéressante pour l'avenir de l'intervention féministe. Au début de l'an 2000, j'ai participé en tant que superviseuse à un projet issu de la table de concertation en violence conjugale de Montréal. Il s'agissait de mettre sur pied des groupes d'enfants exposés à la violence conjugale dans divers secteurs de Montréal. Ces groupes étaient animés par deux intervenantes dont l'une provenait d'un CLSC ou centre jeunesse et l'autre d'une maison d'hébergement pour femmes violentées. Un cadre théorique avec des éléments féministes a été développé pour l'occasion et les intervenantes (22 femmes et un seul homme) ont travaillé à partir de ces notions. Même si ce projet ne fut pas exempt de difficultés, la méfiance et les préjugés entre les intervenantes ont diminué et les collaborations se sont transformées. Les intervenantes provenant des milieux institutionnels ont reconnu l'expertise des intervenantes des maisons d'hébergement et réciproquement.

Même si je suis d'avis que les maisons d'hébergement devraient être mieux financées pour offrir des services internes et externes aux femmes victimes de violence conjugale en raison de leur longue expérience dans le domaine, l'un des défis actuels est de nous assurer que l'intervention féministe subsiste et se développe aussi dans les services sociaux institutionnels. Toutes les femmes qui consultent ne sont pas aux prises avec un problème de violence conjugale, mais l'approche féministe peut être utile à des femmes qui vivent une tout autre problématique. Tout en reconnaissant le bienfondé d'autres modèles d'intervention, je pense tout de même que l'absence d'une analyse féministe constitue une grande perte pour les intervenants et pour les femmes en général.

Pourquoi ne pas envisager la mise sur pied de projets de concertation entre chercheurs et intervenants de divers horizons et saisir cette occasion pour redonner de la visibilité et enrichir l'intervention féministe? Pourquoi ne pas pénétrer davantage le milieu médical et psychiatrique, puisque ce sont des milieux d'intervention qui jouent un rôle essentiel dans la vie des femmes? Cette réflexion vaut également pour le milieu juridique, car les femmes ont

aussi besoin d'avocats qui défendent leurs droits dans une perspective féministe.

En terminant, j'aimerais réitérer l'importance d'avoir du temps pour mettre en place une relation d'aide basée sur une alliance féministe et thérapeutique. Cette alliance n'est pas magique. Ce n'est pas parce qu'on se dit féministe qu'automatiquement on établit un rapport de confiance avec la ou les femmes devant soi. Cela demande de l'implication personnelle, de la connaissance, de l'humanité et du temps. Et le temps nous manque beaucoup.

Discussion

L'entrevue de Louise Vaillant a permis de voir, par son expérience de travailleuse sociale, la prise de conscience vécue par toute une génération de travailleuses sociales au cours des années 1970 et 1980. La richesse de l'entrevue relève du fait qu'à travers la description de l'évolution de cette pratique au Québec, nous avons pu saisir l'influence importante que le féminisme a eue sur le service social au Québec. Historiquement, le service social a été à l'image de la société dans laquelle il s'est inscrit, par moments progressiste, souvent conservateur. Cette constatation est également vraie pour le rapport entre le service social et les femmes. Souvent appareil de maintien des femmes dans les structures traditionnelles, il a aussi été porteur d'approches qui ont accompagné les femmes dans leurs luttes pour leur émancipation. Le service social a dû conjuguer avec toutes ces tendances, souvent contradictoires. Des fois à la remorque du changement, à d'autres moments son porte-parole, il a oscillé entre conservatisme et progrès. En ce sens, comme la description des premières années de pratique de Louise Vaillant nous a permis de voir que, jusque dans les années 1970, le service social québécois francophone était un peu le prolongement de l'Église catholique et véhiculait ses valeurs et son idéologie, c'est-à-dire une idéologie patriarcale et conservatrice, où le rôle des femmes était défini comme étant celui de mère et d'épouse. Ainsi, l'avortement était interdit et toute pratique qui préconisait le libre choix des femmes de garder ou non leur enfant se devait d'être silencieuse.

Les mouvements progressistes influencés par les courants américains sont peu présents au

Québec avant les années 1970 (Mayer et Groulx, 1987). C'est une prise de conscience individuelle et collective que nous dépeint Louise Vaillant. Les extraits de l'entrevue où elle décrit ses premières années de pratique auprès de mères adolescentes ou dans des cliniques d'avortement témoignent de cette prise de conscience. À l'instar des féministes américaines, plusieurs travailleuses sociales québécoises ont fortement réagi à la pratique traditionnelle du service social en portant une attention particulière à la réalité des femmes elles-mêmes plutôt qu'à leurs rôles de mère ou d'épouse. Ces pionnières ont relevé plusieurs éléments du vécu des femmes qui devaient être transformés. Comme Louise Vaillant le souligne, influencées par les écrits féministes américains et européens, ces pionnières ont remis en question la primauté du biologique, l'instinct maternel, la maternité comme institution sociale (Badinter, 1980; Descarries et Corbeil, 2002) et ont commencé à étudier le rôle de la socialisation dans l'étiologie de certains problèmes comme la dépression. En conséquence, les problèmes personnels ont été envisagés comme des problèmes sociaux. En cherchant à comprendre la place de la socialisation dans l'étiologie de certains problèmes de santé mentale, des auteures comme Guyon et al. (1981) et Belotti (1973) ont étudié les processus au travers desquels se font l'apprentissage des rôles d'objet, de victime ou de malade.

Comme le démontre clairement l'entrevue, l'influence du féminisme sur plusieurs intervenantes est venue questionner les méthodes et les pratiques traditionnelles du service social, compte tenu de ces nouvelles grilles d'analyse et de la mise en relief de ces nouvelles problématiques. Ainsi, de nouvelles pratiques sont apparues. Les fondements de l'intervention féministe sont publiés aux États-Unis au début des années 1970 (Bourgon et Corbeil, 1990). Les concepts clés de cette approche sont le changement personnel, social et politique, le développement autonome, la reprise de leur pouvoir par les femmes (Van Den Bergh et Cooper, 1986). L'intervenant féministe aide les femmes à redécouvrir leur potentiel, à exprimer leur colère et à affirmer leurs droits. Élément clé de cette approche : le rapport thérapeute/client traditionnel est dénoncé et un rapport égalitaire fondé sur l'autonomie, la confiance, l'ouverture

et le respect mutuel (Bourgon et Corbeil, 1990) est proposé. Louise Vaillant décrit avec passion sa découverte de l'intervention féministe et donne plusieurs exemples concrets de la façon dont elle a expérimenté cette approche en intervention individuelle et de groupes d'entraide. Elle fait référence à plusieurs stratégies utilisées pour développer des rapports égalitaires avec les femmes et leur permettre de créer entre elles des groupes d'entraide. Comme elle le souligne, l'intervention féministe vise le partage du vécu personnel et collectif des femmes ainsi que de leurs problèmes, la diminution de leur sentiment de culpabilité et le développement de nouvelles solidarités autour de problématiques spécifiques.

Le travail accompli avec des femmes victimes de violence conjugale qui se sont tuées pendant de longues années leur a permis de partager avec des femmes qui avaient le même vécu. Sorties de leur isolement, ces femmes réalisaient que non seulement elles n'étaient pas les seules à avoir vécu de tels abus, mais également que les structures sociales dans lesquelles elles vivaient encourageaient ce genre d'évènements. C'était pareil pour toutes les femmes victimes d'une forme ou d'une autre de violence. Ses propos démontrent également combien cette période était propice au développement d'une approche intégrée (individuelle, groupe et collective) et la cohérence de cette approche avec les fondements même de l'intervention féministe. Tout le réseau de maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale est l'exemple le plus percutant de ce phénomène. Ainsi, pour répondre au besoin de sécurité des femmes, les maisons ont été créées, l'intervention féministe y a été expérimentée et un travail politique a mené aux luttes pour la reconnaissance de la violence conjugale et le financement de ces maisons. Parallèlement au travail accompli en milieu communautaire, pendant plusieurs années au Québec, la pratique féministe a été très répandue en milieu institutionnel (Bourgon et Corbeil, 1990), comme les CLSC et même certains centres jeunesse, entre autres, à cause de l'intervention en violence conjugale. De longs extraits de l'entrevue font référence à l'effervescence de cette période dans les milieux institutionnels.

Un élément qui est moins illustré dans l'entrevue, mais qui a eu une importance dans l'histoire du mouvement féministe québécois est celui de la lutte politique contre toute pratique discriminatoire et oppressive. Au Québec, cette lutte s'est déroulée principalement dans les groupes autonomes de femmes. En effet, les intervenantes féministes qui, plutôt que de travailler dans des organismes institutionnels (CLSC, centre jeunesse ou centre hospitalier, par exemple) militaient dans des groupes autonomes de femmes ressentaient moins les contraintes et les limites du travail institutionnel. Ainsi, le mouvement autour de la marche du Pain et des Roses (1995) et la Marche mondiale des femmes (2000), mené par la Fédération des femmes du Québec qui a abouti à la fondation de Québec Solidaire (parti politique féministe), a été influencé par des organisatrices communautaires féministes.

Un autre élément marquant de cette entrevue n'est autre que le lien important entre des centres et des équipes de recherche et les milieux de pratique (dans son cas avec le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, CRI-VIFF). La recherche sur la pratique féministe en milieu communautaire et institutionnel a permis en effet de donner ses lettres de noblesse à cette pratique longtemps perçue comme une pratique de nature purement idéologique. Ces équipes de recherche ont développé des questions de recherche en partenariat avec leurs partenaires communautaires et institutionnels. L'un des exemples les plus probants de ce partenariat de recherche est celui relié au développement et à l'évaluation de l'intervention en violence conjugale de Ginette Larouche (1987). Le modèle de Larouche a été implanté dans plusieurs CLSC et a mené à l'évaluation de la formation aux intervenantes de CLSC (Rinfret-Raynor, 1992) à laquelle se réfère Louise Vaillant dans l'entrevue.

Dans l'entrevue, il est aussi question de la restructuration des Centres de services sociaux et du démantèlement des pratiques féministes qui y existaient. Comme l'article nous a permis de le voir, les pratiques féministes se sont développées en réaction aux pratiques de la médecine et de la psychiatrie qui ne permettaient pas

aux femmes d'avoir le contrôle de leur corps. Or, de façon semblable mais plus récemment, plus particulièrement depuis le début des années 2000, en ce qui concerne la restructuration des CLSC, il semble que l'on observe un certain retour de l'influence du modèle médical, une tendance à la psychologisation des problèmes sociaux et à la montée du néolibéralisme et de la droite conservatrice. Ces faits ont eu une influence marquante sur l'organisation et la prestation des services sociaux. Nous nous retrouvons dans une période où moins de place est accordée aux aspects sociaux des problèmes, notamment en ce qui concerne les femmes, entre autres dans leur rôle de mère. Influencées par diverses théories, notamment la théorie de l'attachement, les mères sont désormais souvent considérées comme des facteurs de risque sans que le soutien, notamment financier, dont elles ont véritablement besoin ne leur soit accordé. Comme nous l'avons vu dans l'entrevue, l'intervention en violence conjugale a perdu de son importance en CSSS. La prise de psychotropes a augmenté et pour reprendre les premières analyses de l'analyse féministe, il semble y avoir une remontée des interventions sur les symptômes plutôt que les aspects sociaux des problèmes de santé mentale.

Cela dit, l'intervention féministe peut elle aussi avoir des effets pervers. En effet, la lutte pour la reconnaissance de l'exposition à la violence conjugale a mené à l'obligation de signalement des situations d'exposition à la violence conjugale. Les femmes victimes de violence conjugale pourraient ainsi être de nouveau considérées comme de « mauvaises mères », cette fois-ci pour exposer leurs enfants à la violence conjugale dont elles sont elles-mêmes victimes. Craintives d'être confrontées à la Direction de la protection de la jeunesse et ayant peur de perdre la garde de leurs enfants, les femmes victimes de violence pourraient ainsi décider de ne pas faire de demande d'aide et être privées de services.

Conclusion

Cet article nous a permis de prendre connaissance du parcours d'une pionnière de l'intervention féministe au Québec, Louise Vaillant. Bien sûr, comme tout récit, il ne peut pas être généralisé, mais il nous donne une bonne description de l'émergence de la pratique

féministe au Québec ainsi que des éléments liés à la baisse de son influence dans la pratique du service social. En conclusion, nous pouvons nous demander si cette baisse d'influence est, comme certaines personnes le croient, la preuve que les femmes ont atteint l'égalité pour laquelle elles se battaient? Sans vouloir minimiser le travail accompli, la pauvreté des mères monoparentales, le blâme des mères concernant certaines problématiques sociales, la situation des femmes réfugiées, les homicides conjugaux, les craintes de voir les droits des femmes liés à l'avortement de nouveau bafoués, la sous-représentation des femmes en politique sont autant d'indicateurs que le travail social et le féminisme ont encore du travail à faire avant que l'égalité entre hommes et femmes ne soient enfin atteints.

Descripteurs :

Thérapie féministe // Vaillant, Louise // Service social - Québec (Province) - Histoire // Travailleuses sociales - Travail - Québec (Province) // Travailleuses sociales - Québec (Province) - Histoire // Travailleuses sociales - Québec (Province) - Biographies // Intervention auprès des femmes victimes de violence // Service social aux femmes victimes de violence

Feminist therapy // Social service - Quebec (Province) - History // Women social workers - Employment - Quebec (Province) // Women social workers - Quebec (Province) - History // Women social workers - Quebec (Province) - Biographies // Abused women - Counseling of // Social work with abused women

Notes

- 1 Christine Corbeil est l'auteure de l'entrevue et Dominique Damant de l'introduction, de la discussion et de la conclusion.
- 2 Sous la direction de Francine Descarries et Christine Corbeil, ce projet de recherche (2004-2008) tente d'une part de cerner comment des actrices du mouvement des femmes québécois (MFQ) pensent et vivent leur féminisme, quelles postures théoriques les touchent et quel en est l'impact sur leurs pratiques. D'autre part, il vise à répertorier et à analyser les pratiques contemporaines de l'intervention féministe auprès des femmes dans ses différents lieux d'application, à savoir dans les groupes communautaires du MFQ ainsi que dans le milieu institutionnel (CLSC). Pour obtenir plus d'information, consulter le site : www.iref.uqam.ca, à la rubrique Alliance de recherche sur le mouvement des femmes québécois.
- 3 Cette politique élaborée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec s'intitule : *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*.

Références

- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus*. Paris : Flammarion.
- Belotti, E. (1983). *Du côté des petites filles*. Paris : Éditions des femmes.
- Bourgon, M., et Corbeil, C. (1990). Dix ans d'intervention féministe au Québec : bilan et perspectives, *Santé mentale au Québec*, 16, 205-222.
- Corbeil, C., Paquet-Dehy, A., Lazure, C., et Legault, G. (1983). *L'intervention féministe : l'alternative des femmes au sexisme en thérapie*. Montréal : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- Descarries, F., et Corbeil, C. (2002). *Espaces et temps de la maternité*. Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Guyon, L., Simard, R., et Nadeau, L. (1981). *Va te faire soigner, t'es malade!* Montréal : Stanké.
- Larouche, G. (1987). *Agir contre la violence : une option féministe à l'intervention auprès des femmes battues*. Montréal : Éditions de La pleine lune.
- Mayer, R., et Groulx, L. (1987). *Synthèse-critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960, Synthèse-critique 42*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux au Québec. Québec : Les Publications du Québec, 51-54.
- Rinfret-Raynor, M., sous la direction de (1992). *Intervenir auprès des femmes violentées : évaluation de l'efficacité d'un modèle féministe*. Montréal : Éditions coopératives Saint-Martin.
- Van Den Bergh, N., & Cooper, L. B. (1986). *Feminist visions for social work*. Silver Spring, Md.: National Association of Social Workers.

A History of the Montreal General Hospital Social Service Department

by
Constance Lechman¹, S.W., MSW, MBA
Manager, Social Services Department, Adult Sites
McGill University Health Centre
Email: constance.lechman@muhc.mcgill.ca

Informations sur les pionniers et les événements qui ont contribué à la création du département de travail social de l'Hôpital général de Montréal.

Information on social work pioneers and the events that helped create the Social Service Department at the Montreal General Hospital.

In anticipation of the 100th anniversary in 2011 of the Social Service Department at the Montreal General Hospital and to mark the special 40th anniversary issue of *Intervention*, it is important to understand the earliest historical roots of medical social work in Montreal. The Montreal General Hospital Social Service Department helped pioneer medical social work and link the hospital and community social services. The objective of this article is to demonstrate how social work pioneers got started, the challenges they faced, the kinds of interventions they made and, most importantly, how social work is inextricably linked with humane medical care.

The Beginning in Montreal: 1910

The story of organized social services in Montreal begins with the establishment of the Montreal General Hospital (MGH) itself. In 1818, before there was a formal MGH, a group of socially conscious women known as The

Female Benevolent Society mobilized to help European refugees settling in Montreal after the Battle of Waterloo because many of the refugees were unprepared for Montreal's winter weather. Their public appeal succeeded in raising funds that established soup kitchens and schools for the benefit of those in need. Before long, the Society found that many immigrants who sought their help suffered from medical illnesses. This drove the group to raise additional funds to establish a "House of Recovery". The initiative was so successful that, by 1820, enough money was raised to purchase a house on Craig Street, and equip it with 24 beds. Ultimately, the House of Recovery was christened "the Montreal General Hospital" (Montreal Star, 1935).

In 1910, Montreal was struck by a massive typhoid epidemic. Hospitals were overflowing and volunteers were taken on to help the overburdened staff. Miss Helen Reid was in charge of these volunteers (Reid, 1913). After the epidemic abated, many volunteers still eager to be of assistance visited patients at home and organized a Christmas tree party with gifts for the children. Miss Reid became a strong advocate of the supportive role volunteers could play in helping hospitalized patients. She wrote, "... the Montreal General Hospital offers a special opportunity ... as its clientele includes hundreds of people who are affected with the awful diseases of ignorance and poverty which the trained social worker is better fitted to cope with than the busy doctor" (Reid, 1913: 6).

Miss Reid met a likeminded collaborator in Reverend John Lochhead, a Presbyterian minister of the Melville Church in Westmount. Lochhead had done an apprenticeship in social service in the Glasgow University Settlement in Scotland. Lochhead's first encounter with a medical social service department happened prior to his arrival in Montreal from Scotland in 1909. Prior to coming to Montreal, he had spent the winter in New York City, where he visited the newly created Social Service Department in the Presbyterian Hospital (Lochhead, 1947).

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 79-88.**

This experience left such an impression, that Lochhead "... felt that a west-end church should develop a social outlook," (Lochhead, 1947). To this end, he began studying social service developments in the medical field. Among those with whom Lochhead studied was Dr. Richard Cabot, a senior physician at the Massachusetts General Hospital, and a pioneer in establishing hospital-based social service programs. Dr. Cabot had learned about hospital social service in London (Cabot, 1909). On his return to Boston, Cabot was responsible for establishing the first structured hospital social service department in North America in 1905, and hiring the hospital's first social worker, Miss Ida Maude Cannon (Brock, 1969: 22, Cabot, 1928). In 1910-11, the first social work departments in Canada were initiated at the Toronto General and Winnipeg General Hospitals (Taylor Rossinger, 1985).

Inspired by Cabot's work, Reverend Lochhead decided to limit his volunteers to the hospital closest to his congregation, namely the Western Hospital, as it was known then. He arranged to see the matron, Miss Craig but "... I got the impression that she regarded me as a sentimental, hair-brained faddist, although she was too polite to say so" (Lochhead, 1947). Therefore, in 1910, he approached the Montreal General Hospital, which was under the administration of Miss Livingston, "... a very formidable old lady and delightful in her crabbed way." He was met with a similar detached attitude. "... even the General, the reported gathering place of all outcasts, failed to satisfy our appetite for cases" (Lochhead, 1947). It is interesting to note that Livingston Hall, a pavilion of the current Montreal General Hospital building, is named after Miss Livingston. It houses the current MGH Social Service Department.

Reverend Lochhead finally gained the support of MGH surgeon Dr. J.M. Elder, which allowed him to focus his efforts on the Montreal General. "I cannot express too strongly my respect and love for Dr. Elder. ... The impression he always gave me was that in a large sense he thoroughly approved of hospital social service" (Lochhead, 1947).

Reverend Lochhead started in the winter of 1910-11 by sending volunteer visitors to the wards of the Hospital. The first annual report

of 1910-11 noted that 119 cases were served. "We had learned the lesson that we must work from the inside. We therefore took the step of offering to the hospital a salaried whole-time social worker." The funds for her salary were financed through the Thanksgiving collection at the Melville Church. "The Montreal General had accepted our gift of a Social Worker with resignation but no elation; no sense of pride in being probably the first hospital in Canada to possess so up-to-date a gadget" (Lochhead, 1947).

The First MGH Social Worker: 1912

It took time to find the right candidate, but finally Mrs. Emma J. Foulis, a former nurse, was hired in January 1912. According to Reverend Lochhead, "She had no experience of hospital social service, ... and only dimly understood what she was being asked to do." She persevered and "... did try her best, conscientiously and perseveringly, in what was to prove a discouraging and lonely road. She had to find her own way and walk in unassisted." Later she was sent to visit Miss Ida Cannon at the Massachusetts General in November 1912 for a two-week apprenticeship. According to Reverend Lochhead, "She returned a different person... full of new ideas" (Lochhead, 1947). Mrs. Foulis wasn't given an office, and was largely ignored by the rest of the staff. But she had the freedom to walk around the MGH and talk to patients. "It was as if an elevator had been installed, but everyone continued to climb the stairs. ... She had simply to dig out work for herself, any bits and scraps she could find" (Lochhead, 1947).

Mrs. Foulis received her first real recognition when it was found that she could help "rid the hospital of some of its chronic cases. Every ward was congested with them" (Lochhead, 1947). Word soon spread that Mrs. Foulis might be able to find places for them in the community. The hospital began to see that she was saving them hundreds of dollars and easing the pressure for beds.

The Office-Bearers in 1912 for the Montreal General Hospital Social Service were:

- J.M. Elder, Honorary President
- Reverend John Lochhead, President

- Miss Elsie Williamson and Miss Grace Waterston, Secretaries
- Mr. Grant Sclater and Mr. Roberstson Gibb, Treasurers.

In addition to Mrs. Foulis, the salaried social worker, there were twelve volunteer visitors:

- Miss H.M. Batnes
- Miss J. C. Cole
- Miss Ethel Hanna
- Miss Elizabeth Harold
- Miss Annie Harrower
- Miss Margaret Hendry
- Miss Gertrude Jarvis
- Mr. Frank Jarvis
- Mrs. R.H. McNaught
- Mr. C. Gordon Morrison
- Miss Jessie Munro
- Miss Lillian Murray

In his 1912 annual report Reverend Lochhead described the following cases that were serviced by Mrs. Foulis:

Case of "... man in hospital with abscess in lung. Wife with two baby children at home. Eldest child 2 years old has finger crushed and has to be taken to out-patient department for dressings. Visitor assists mother with car tickets, food, moving expenses, etc., and gets other societies to help. After two months the man is discharged from hospital, but still needs five weeks care and nourishment. Thereafter returns to work feeling perfectly fit."

"English woman mortally ill with cancer. A widow, no friends. Was twice in hospital and could not be readmitted. Social worker visited and found indescribable condition of filth, starvation and neglect. Had transferred to Incurable Home where her last days are now being cheered by our friendly visitors."

"Man three weeks in hospital with acute rheumatism and unable to work for considerable time after. Patient a widower with two daughters. Visitor found house bare of furniture saving one mattress on the floor. Supplied with stove, bed, clothing and necessities until father was able to return to work. Very grateful and now doing well."

"Case from Out-patient Department. Man had hand crushed in Angus Shops after being three months out of work. Wife and six chil-

dren. Family found in extreme destitution. During period of visitation mother taken to hospital with pneumonia and one child sick. After mother's recovery found it necessary to take her to oculist to procure glasses. Family now on their feet."

The twelve volunteer visitors completed visits to 97 patients in their homes.

The Department handled a total of 491 cases that year. Mrs. Foulis's salary for 11 months was \$550.00. The total budget was \$1,185.40 and was described as follows:

Disbursements.

Spent on cases through Mrs. Foulis	\$206.02
Spent on cases through	
volunteer workers	286.79
Salary, eleven months	550.00
Telephone	18.50
Sundries	41.15
Balance	<u>82.94</u>
	\$1,185.40

Reverend Lochhead started his 1912 annual report by saying "... while some at first wondered what a salaried worker would find to do, these persons now recognize that there is room for several."

However, since there was only one worker, she concentrated her time on the inpatient wards. She helped move patients who needed to be transferred to other institutions. She visited all of the charitable institutions in Montreal to learn about their mandates and resources to assist her in dealing with the poor and homeless patients. In the first year, Mrs. Foulis transferred 76 patients to other institutions. It was also noted by Reverend Lochhead that she accompanied convalescent sailors "... to the dock and sees to the securing of their baggage and arrears of pay."

In 1911, the Melville Church congregation gave a residence situated on the summit of Westmount Hill (Lawrence, 1982: 12) to the MGH to use as a convalescent home for several months. This was the precursor to the Montreal Convalescent Hospital. The MGH also later contributed money to help establish the Convalescent Hospital (MacDermott, undated).

About a year later, a new hospital superintendent, Dr. James Fyshe, a grandson of Anna Leonowens of Siam, came to the Montreal

General via the United States. While in the United States, he had also been impressed by the work of hospital social service departments. According to Reverend Lochhead, he was the first medical person at the MGH to really understand the value of social service. "When he came across Mrs. Foulis and learned what she stood for, he was thunderstruck. 'A social worker in the Montreal General! How in the devil's name did you ever get her?' " Under his leadership, Mrs. Foulis was given a small office and allowed to interview all patients who were admitted. "It was not long till the hospital assumed responsibility for the worker's salary. Social Service had come to stay. Its expansion henceforth was only a matter of time." (Lochhead, 1947)

The Third Annual Report of the Social Service Department (Lochhead, 1914) documented 769 cases dealt with from January 1 to December 31, 1913. The transfer of patients from the hospital to incurable homes and convalescent homes was noted as a vital part of the social worker's job. The report notes "Anyone who has tried to get a person into a charitable institution knows the amount of resistance and red tape that have frequently to be encountered... It is here that the Social Worker comes in with her special knowledge and experience." In 1914, 198 such cases were transferred by the Social Worker. The report details the cost per day of each case at \$2.00 and therefore notes the financial saving of this work to the MGH. In fact, that year the Social Worker was on holiday for a month and cases needing transfer piled up. This led to her being affectionately known as "The Exporter." (Lochhead, 1914)

The Report goes on to document that the Social Worker played an important role in ensuring that charitable agencies were being utilized. For example, once Mrs. Foulis learned of the Protestant Orphan Asylum, she referred many women and children to them to the point that the MGH accounted for "...one fourth of all the transferred cases in 1913... to this institution." To quote Reverend Lochhead, "She is a sort of director of traffic in the philanthropic world guiding people into the proper channels of help...". He also noted that, in addition to the transfer of cases, Mrs. Foulis arranged for a

MGH doctor to visit the Asylum to treat and discharge patients.

It is interesting to note that in 1985, MGH social worker Roslyn Bramble studied the discharge needs of long-term stay patients at MGH and found discharge delayed in 61% of the cases resulting in costs of approximately \$4.5 million to the hospital.

Some very touching cases were documented at the end of the Third Annual Report. Three examples follow:

"A pathetic case was that of a mother with two children, aged nine and three, who was traveling from Saskatchewan to England to undergo an operation. She arrived in Montreal in so exhausted a condition that she had to be removed from the train to the hospital. The poor woman was greatly troubled about her children thus left like waifs in a strange city; but the Social Worker was able to allay all her anxieties. She handed over the children to kind friends who took them into their own home. She then stopped the baggage, which had gone on to Quebec, and finally when the mother's case appeared hopeless, telegraphed to her husband in the West. He came through at once, but owing to the train being late, his wife died a few hours before his arrival."

"A similar case was that of a mother and young daughter who arrived in Montreal on their way to England. The mother had to be removed to the hospital where she died. The daughter was cared for by the Social Worker, the funeral arranged, the two steerage tickets exchanged for one second-class, and the girl put under the care of the stewardess on her sad and lonely voyage."

"One family as a result of sickness lost all its furniture and was boarding under indescribable conditions. A pulpit appeal for household necessities brought a generous response, and two cartloads of things were taken to a little house which one of the volunteer workers had secured for them. The goods contributed completely furnished the new home, and the family, very grateful for the unexpected assistance, has since been doing very well."

Mrs. Foulis continued in charge of Social Services at the MGH for eight years and was followed by Miss H.B. Broderick and then Miss Mildred Forbes (MacDermot, 1950: 98).

Expansion of the Department: 1917-1939

In 1917, Miss Ada Davison was appointed as the Social Service Department Director. She remained as Director for 22 years. She reported that the Department's activities for 1935 included seeing 2,744 new patients. (Davison, 1935) In her annual report, she mentioned the use of a Special Fund raised by the Westmount Operatic Society to help indigent patients. She also reported that when the Soldiers' Wives League discontinued its charitable work in June of 1931, it donated \$1,000 to the Department to use "For the benefit of the wives, widows, and families of Canadian soldiers or ex-soldiers who are in difficulty or distress." With this money, the Department was able to help 153 families with dental treatment, spectacles, clothing, braces, taxis and artificial eyes.

In 1935, the 66th Annual Meeting of the National Conference of Social Workers was held in Montreal. There were over 6,000 social workers in attendance. Hospital social service was starting to grow nationally.

In her 1936 Annual Report, Miss Davison made the case for better facilities for the Department. She quoted from the Statement of Standards adopted by the American Association of Medical Social Workers in 1936. "Medical Social Service has been developed in the Hospital as a service to the Patient, the Physician, the Hospital, Administration, and the Community, in order to help meet the problems of the patient whose medical need may be aggravated by Social factors and who therefore may require Social treatment which is based on his medical condition and care." She went on to state that well-qualified staff selection is essential and that the Director must have the appropriate credentials. Thus, she advocated for "... a central office... accessible to patients and to doctors but should afford privacy for interviews..." She also advocated for the need for clerical assistance (Davison, 1936).

In 1937, in the 26th Annual Report presented to J. C. MacKenzie Esq. M.D. General Superintendent of the Hospital, the Department Director, Miss Davison described the Department's mission as follows: "Medical Social Work in a hospital is the searching out of

social factors contributing to the physical ailments of the patient, analyzing their causes and effects, and making a plan in which as far as possible these factors may be eradicated or at least improved."

The following year, Miss Davison reported that the department served 2,268 new patients, 360 of whom were cases carried over from the previous year. She lamented the increasing volume of requests and inadequate number of staff to meet them. She detailed some of the instrumental assistance given to patients such as artificial eyes, spectacles and splints and elastic stockings. She noted that for patients unable to provide their own transportation, \$495.75 was spent for taxis, railway and car tickets.

Miss Davison retired in 1939. Mrs. Constance Webb was her successor.

The 1940s

The Annual Report for the year ending 1940 described how the Department's functioning was hampered by its inadequate quarters. Rooms on the main floor of the Hospital were finally given to the Department. Desk space was also allotted for two Montreal School of Social Work students who were doing their field work at the Hospital and for volunteers from the Central Volunteer Bureau. This gave the social work staff more time to work with patients.

In 1941, Mrs. Webb, Director of the Social Service Department noted in her Annual report that the provincial Ministry of Health paid for a social worker to "... bring and keep infectious patients with venereal disease under treatment." (Webb, 1941) Mrs. Webb resigned after three years of service and was replaced by Miss Olive L. Elmslie.

The 33rd Annual Report for 1944 submitted by Miss Olive L. Elmslie, Acting Director, to Burnett S. Johnston, Esq. M.D., General Superintendent states "The Medical Social Worker can do much to build up the morale of... patients by frequent talks with them about their problems..." These talks formed the basis of supportive counselling to patients and their families.

In 1945, Miss Elmslie noted in her Annual Report the problems experienced in placing

chronically ill patients "... especially those suffering with Tuberculosis, Carcinoma, and the aged sick" (Elmslie, 1945). The shortage of beds in appropriate institutions resulted in patients staying longer at the MGH and thereby delaying admissions of patients waiting for treatment. She also noted that the Department was encountering many cases with psychiatric problems due to the war. A year later, she addressed the unmet needs of psychiatric patients by stating that a social worker needed to be hired for the new psychiatric clinic.

In her 1946 Annual Report, Miss Elmslie spoke about the increasing number of elderly patients. "The trend toward an older population for Canada is emphasized in the returns from the 1941 census as reported in the Canada Year Book 1943-44. We have come to realize that the increased number of old people represents a problem."

By 1947, Miss Elmslie was voicing a strong need for a chronic hospital. "Quite frequently during the past year many of our incurable patients had to be re-admitted to the ward as they were too ill..." (Elmslie, 1947). She also noted that many of the young patients seen by the Department were separated from spouses either legally or as a result of the war and required a great deal of supportive help. She detailed the problem in placing Roman Catholic psychiatric patients because of the long wait for Catholic placements, thereby forcing patients to languish in hospital.

Miss Agnes Tennant replaced Miss Elmslie. Miss Tennant subsequently left in 1949 to be married. Mrs. Mary McIlquham was therefore named as interim administrator. Her Annual report for 1949 noted the many Displaced Persons and New Canadians who were served by the Department. "The language difficulty in many cases presents quite a handicap as the patient is at a disadvantage in trying to discuss their upset thoughts and feelings" (McIlquham, 1949). The statistics from October 1st, 1948 to September 30th, 1949 were reported as follows:

- 3,211 cases carried over
- 1,407 cases opened
- 1,352 cases closed
- 3,208 cases remaining
- 4,618 total number of cases served

Recognition: the 1950s

Miss Avis Pumphrey was named Director in 1950. Under her direction and in collaboration with medical chiefs of staff, ward rounds that included the social worker became established practice. "... the doctor, head nurse and social worker confer together every week on the problems presented by each patient, keeping each other informed, and working as a team to help the patient to return to health as quickly as possible" (Pumphrey, 1950). She documented the expansion of services in her 1950 annual report, noting that two social workers were assigned to Psychiatry. With increased recognition of the importance of social services to patients, Miss Pumphrey was invited by the School of Nursing to lecture on emotional and social components of illness to student nurses and dietitians.

In 1951, under the direction of Miss Pumphrey, there were 14 staff members who possessed a Bachelor of Arts degree and a Master of Social Work degree (Unidentified newspaper article, 1951). The average monthly caseload of the Department almost doubled from 391.3 cases in 1950 to 654.2 in 1951. In the Tumour Clinic, the number of cases seen by Social Services increased from 55 in March 1951 to 244 in a seven-month period. Miss Pumphrey proudly mentioned that the value of social service was recognized by both the medical staff and the provincial health ministry with government grants for hiring social workers to work with emotional disorders, glaucoma, tumours, and syphilis cases. "The medical or psychiatric social worker has thus been officially recognized as a member of the medical team..." (Pumphrey, 1951).

The social worker responsible for the syphilis casework began a social research project to identify the underlying behavioural causes in order to make recommendations on community resources to meet the social recreational needs of the young Montreal population especially those entering the city from rural areas. This social worker was seeing ten new cases per month.

In 1954, Miss Pumphrey received recognition from the American Association of Medical Social Workers in a letter that stated "Your Department of Social Service is an outstanding

one, ... as good as we have on the North American continent" (McMahon, 1954).

In the spring of 1954, a sub-committee of the Medical Board, composed of Drs. Mitchell, Rowe, Alexander, and Mowry, was mandated to "... study the value of Social Service in relation to the clinical treatment of the patient." They noted that there had been an increase from 400 to 900 cases a month since 1950. They found that 43% of referrals came from doctors, 18% from patients and families, 17% from community agencies and 15% from nurses. Seven per cent of the referrals were from a variety of sources, such as a concerned minister or the police who picked up a psychotic patient.

In reviewing the Departmental statistics for 1953, the Committee found that the major source for new referrals by service was as follows:

- 829 from medical wards and clinics
- 726 from surgical wards and clinics
- 471 from psychiatric wards and clinics
- 243 from orthopaedic wards and clinics
- 240 from gynaecological wards and clinics
- 117 from urological wards and clinics
- 343 were referred for help with resources for glasses

The Committee also found that of the 5,210 new patients seen in 1953, 659 patients had a diagnosis of cancer.

Nursing expressed their appreciation to this Committee for the responsibility that the Social Service Department was taking for patients' emotional welfare and for their support in helping patients return to their family and community. They congratulated the Department for faithful and conscientious service. "The development of medical social service would appear to be a natural extension to clinical treatment which today considers the entire patient even though they present themselves with a specific complaint."

The Committee recommended to the Montreal General Hospital Medical Board that the Social Service Department be retained as an integral department of the MGH. They also recommended that all referrals to Social Services be in writing and signed by the referring doctor, "... thus placing Social Service on the level of professional consultation."

In 1955, the Department moved to a larger space when the MGH moved to a new building on Cedar Avenue. With the establishment of the new site, taxi transport and the provision of prosthetic appliances was transferred to other departments thereby freeing the social workers to deal with increasing numbers of referrals. At the same time, the new process of written referrals helped to eliminate inappropriate referrals. These changes helped to make the Department more efficient and gave the social workers more time with patients who needed their help.

Social Service Department Director, Miss Avis Pumphrey, reported in 1957 that \$2,500 had been donated to the Department by the Women's Auxiliary of the Montreal General. "This special fund is used to provide unmet needs of patients... that are not available from other sources." In the 1990s, this amount was increased to \$14,000 per year and continues to be of immeasurable assistance to the many patients who benefit from its use.

Miss Pumphrey provided consultation to the government of Saskatchewan in the establishment of medical social work for several years in the form of visits and correspondence. She eventually left Montreal to become Director of Social Services at the Vancouver General Hospital.

Miss Jessie M. Lawrence succeeded Miss Pumphrey in 1958. During her time as Director at the MGH, Miss Lawrence's expertise was also sought after by the Ottawa General Hospital. At the request of the Faculty of Medicine at the University of Ottawa, she helped them to establish a plan to develop a social service department at the Ottawa General.

In her annual reports of the late 1950s, Miss Lawrence, like her predecessors, also noted the problem of a lack of facilities for chronically ill patients. She also noted the increasing number of elderly patients requiring help from Social Services. In her 1959 report, Miss Lawrence stated that more than 50% of the Department's clientele required resources outside of their own home in addition to their treatment at the MGH.

Reorganization of Health and Social Services: the 1970s

In 1971, Quebec adopted an Act respecting Health Services and Social Services, which reorganized the network of service agencies into social service centres with a regional plan (Robichaud, 1985).

In the same year, the MGH Social Service Department celebrated its 60th Anniversary by inviting Harvard University Professor Nathan Glazer to speak on "The Limits of Social Policy: The Case of Health Care". Department Director Jessie Lawrence (1971) introduced Dr. Glazer as a highlight of the celebrations in which the Department was recognized as being one of the earliest in North America.

Dr. Glazer described North American health and social services as being in a state of crisis. He noted that Sweden and England had a stronger organization of social services than in his country, the United States. He stated that social policy had reached its limit in dealing with the breakdown of traditional societal structures in North America. To this end, he called for the development of policies that fostered traditional social structures (Lawrence, 1971: 15).

The audience of social workers perceived his comments as very supportive to their cause of providing social and community support to medical patients and to the changes taking place in the network reorganization.

By 1977, more than one third of all professional social workers worked in health settings (Meloche, 1985), a testament to the importance of social workers to hospital service delivery.

Administration by the Ville Marie Social Service Centre: 1973-1991

In 1973, social services in the Province of Quebec were centralized under the governance of newly created social service centres. To this end, anglophone social services including the MGH Social Service Department staff came under the administration of the Ville Marie Social Service Centre (VMSSC). Staff remained in the Hospital but their salaries were paid by the VMSSC. The Director of the Social Service Department, Miss Lawrence, was directly accountable to the senior management of VMSSC and indirectly to the MGH senior administration.

Although services were essentially maintained in the same way, the Hospital felt that they no longer were as influential in the direction of social services. As they no longer administered the budget, they perceived that they no longer had direct control over the allocation of staffing. Furthermore, Miss Lawrence felt that the VMSSC was too removed from the daily hospital work to effectively administer the Department and she often felt pulled and in conflict with regards to both administrations, especially during budget cuts (Lechman, 1980). However, this arrangement continued until 1991 when in a new reform was introduced and all social service workers were repatriated to their originating hospitals.

Miss Lawrence served 25 years as Department Director and was succeeded by Martha Walsh following her retirement in 1983. At Mrs. Walsh's untimely death, Miss Marcelle Haim assumed the responsibility of Interim Director. The current manager of MGH Social Services, Constance Lechman, was hired by Miss Lawrence in 1972 to work as a social worker in the Psychiatry Department. Ms. Lechman became the Director of the Department in 1991.

The McGill University Health Centre (MUHC)

With the merger of the MGH, the Royal Victoria Hospital, the Montreal Chest Institute and the Montreal Neurological Hospital, Ms. Lechman also assumed responsibility for these hospital social service departments.

Today, social services at the Montreal General Hospital site are provided by 26 university-trained social workers who are available in all inpatient and some outpatient care areas including the Emergency Department and who, as such, are an integral part of the interdisciplinary approach to patient care. The annual budget for the Department is over \$1.8 million. This is essentially for salaries with stationery and telephones constituting a small portion of the budget.

The patient population is multicultural and spans the developmental life cycle from young adults to geriatrics. Patients present with complex medical and social problems and have a wide variety of needs, strengths and limitations. The social service professionals help

physically or mentally ill patients and their families cope with the social and psychological problems that emerge as a result of an illness or hospitalization. The range of social service interventions includes: psychosocial assessment, high social risk screening, treatment planning, counselling, discharge planning, and locating and arranging community and institutional resources.

Today, patients present with the same types of social problems but the response of the community is different. Today's solutions come more from governmental agencies than churches and well-intentioned volunteers.

The Social Service Department provides an educational program for social work students in collaboration with McGill University. Each year about ten students have their field training in the Department.

In addition to the formal and informal teaching of interdisciplinary colleagues, the department engages in psychosocial research. The most recent research has found that psychosocial problem severity is a more significant predictor of length of hospital stay than the nature of the medical problem. (Keefler, Duder & Lechman, 2001; Lechman & Duder, 2006).

Conclusion

The Montreal General Hospital Social Service Department was one of the first in Canada and in North America. It is interesting to note that the problems experienced by the Department today are essentially the same as in the early years and throughout its history, namely an insufficient number of staff, difficulty finding placements for chronically ill patients, transport problems and scarce community resources to care for the ill elderly patients who come to the Hospital's attention.

Despite these problems, it is clear that social work has played and will continue to play an important role in humanizing medical settings by mitigating the psychosocial problems of the patient and facilitating the patient's return to the community. *L'humain. Avant tout.*

Descripteurs :

Hôpital général de Montréal. Département de service social // Service social médical - Québec (Province) - Histoire

Montreal General Hospital. Social Service Department // Medical social work - Quebec (Province) - History

Note

1 The author thanks Randy L. Rotchin for his editorial assistance.

References

- Bramble, R. (1985). Les soins hospitaliers prolongés et les besoins du patient. In M. Émond, J. Lindsay, et C. Perreault. *Le travail social et la santé au Québec* : 247-252. Brossard : Behaviora inc.
- Brock, M. G. (1969). *Social Work in the Hospital Organization*. Toronto: University of Toronto Press.
- Cabot, R. C. (1909). *Social Service and the Art of Healing*. N.Y.: Moffat, Yard & Co.
- Cabot, R. C. (1928). *Hospital and Dispensary Social Work*. Reprinted from Hospital Social Service, XVIII.
- Davison, A. (1935, 1936, 1937, 1938). *Annual Report of the Social Service Department*. Montreal General Hospital.
- Elmslie, O. L. (1944, 1945, 1947). *Annual Report of the Social Service Department*. Montreal General Hospital.
- Keefler, J., Duder, S., & Lechman, C. (2001). Predicting length of stay in an acute care hospital: The role of psychosocial problems, *Social Work in Health Care*, 33 (2), 1-16.
- Lawrence, J. M. (1958, 1959). *Annual Report of the Social Service Department*. Montreal General Hospital.
- Lawrence, J. M. (1971). Social Service, *MGH News*, 11 (2), Summer.
- Lawrence, J. M. (1982). Social Service Department Celebrates 70th Anniversary, *MGH News*, 20 (1), Winter.
- Lechman, C. (1980). Personal conversation with Miss Jessie M. Lawrence.
- Lechman, C., & Duder, S. (2006). Psychosocial severity, length of stay and the role of social work services, *Social Work in Health Care*, 43 (4), 1-13.
- Lochhead, J. (1912). *Annual Report for year 1912*. Melville Church Westmount.
- Lochhead, J. (1912). *Hospital Social Service*. Report on the Social Service Department of the Montreal General Hospital.
- Lochhead, J. (1914). *Social Service Department of the Montreal General Hospital. Third Annual Report*. Montreal: Morton, Phillips & Co., Printers.
- Lochhead, J. (1947). Handwritten history of beginning of Social Service Department written from memory.
- MacDermott, H. E. (1950). *History of the Montreal General Hospital*. Montreal: The Montreal General Hospital.
- MacDermott, H. E. (undated). *The Years of Change (1945-70)*. Commissioned by the Sesquicentennial Committee for the 150th Anniversary.
- McIlquham, M. (1949). *Annual Report of the Social Service Department*.
- McMahon, K. (1954). Letter written on March 24th on behalf of the American Association of Medical Social Workers in Massachusetts.
- Meloche, M. (1985). Le rôle du service social, dans les milieux de santé. In M. Émond, J. Lindsay, et C. Perreault. *Le travail social et la santé au Québec* : 41-48. Brossard : Behaviora inc.
- Mitchell, H. S., Rowe, P. G., Alexander, B., & Mowry, D. P. (1954). *Report of the Committee on Social Service*. Montreal General Hospital.
- Montreal Star (1935). Jeanne Mance and Female Benevolent Society Respectively Founders of the Hotel Dieu and Montreal General – A Romance of Service and Charitableness.
- Pumphrey, A. (1950, 1951, 1954, 1957). *Report of the Social Service Department*. Montreal General Hospital.
- Reid, H. R. Y. (1913). *Social Service and Hospital Efficiency*. Issued by the Charity Organization Society of Montreal in May.
- Robichaud, J.-B. (1985). Les orientations actuelles dans la distribution des services sociaux en milieu de santé au Québec. In M. Émond, J. Lindsay, et C. Perreault. *Le travail social et la santé au Québec* : 31-40. Brossard : Behaviora inc.
- Taylor Rossinger, E. (1985). Une chronologie des événements. Tableaux synoptiques sur le développement du service social en milieu de santé. In M. Émond, J. Lindsay, et C. Perreault. *Le travail social et la santé au Québec* : 435-466. Brossard : Editions Behaviora inc.
- Unidentified newspaper article in March (1951). Social Worker: Able Ally of Doctor and Nurse.
- Webb, C. B. (1941). *Report of the Social Service Department*. Montreal General Hospital.

Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier

par

Jean-François Berthiaume, Ph. D., t.s.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Chargé de cours

École de service social, Université de Montréal

École de travail social, UQAM

Courriel : berthiaj@videotron.ca

Creation and development of medical social work in North American and Quebec hospitals.

Origines et développement du travail social en milieu hospitalier en Amérique du Nord et au Québec.

À travers le temps, les professions développent des raisons d'être et des alliances, voient leurs effectifs s'accroître, établissent une base identitaire, connaissent des divisions internes concernant les orientations à prendre, les fondements de leurs pratiques et la construction de leurs savoirs et, avec l'émergence de secteurs de spécialisation, parfois qualifiés de sous-disciplines, sont appelées à renégocier et à renouveler cette base identitaire à peine conquise. La recherche d'une reconnaissance interne et externe, au sein même de la profession et auprès de la société en général, en est alors rendue plus complexe (Simon, 1994).

Plus de 100 ans après ses débuts, le travail social n'échappe pas à une telle dynamique. Le présent article se propose de situer les origines et les sources du travail social en milieu hospitalier dans le contexte spécifique de la quête permanente de sa reconnaissance professionnelle et du rôle joué par le travail social médical en ce sens, mais également dans la construction

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 89-97.

de l'identité et des savoirs professionnels. Soulignons ici que les termes *travail social médical* sont encore largement employés dans la littérature anglo-saxonne (Auerbach, Mason et Laporte, 2007), mais que plusieurs préfèrent ceux de travail social en milieu hospitalier (Beder, 2006) ou encore dans le secteur de la santé (Cowles, 2003). Ces deux dernières appellations reflètent davantage des mouvances contemporaines, mais également un enjeu identitaire bien précis : celui de ne pas être perçu comme subordonné au corps médical. Puisque notre objet d'étude est celui de la pratique en centre hospitalier, et tout particulièrement dans le secteur des soins physiques, nous ne retiendrons pas les termes de travail social dans le secteur de la santé. Le travail social médical ou en milieu hospitalier est une composante du travail social dans le secteur de la santé. Ce dernier est aujourd'hui pratiqué avec différentes méthodes, la plupart du temps à l'extérieur des hôpitaux et selon différentes perspectives, par exemple, des initiatives de développement social et communautaire en santé publique, des projets d'amélioration des conditions de vie de populations spécifiques en action communautaire, etc.

Mais alors pourquoi s'intéresser au travail social en milieu hospitalier, et plus particulièrement à ses origines et à son historicité. L'intérêt autour de la question historique rejoint une préoccupation que l'histoire en elle-même devrait nous offrir, soit celle de mieux connaître d'où nous venons afin d'avoir une meilleure idée, du moins une certaine idée, de vers où nous allons. Ici les caractères spécifique et général s'influencent réciproquement. Ces enjeux ont été et continuent d'être, entre autres, ceux de la professionnalisation et de la déprofessionnalisation, de la construction des savoirs professionnels et des rapports à l'identité et à la reconnaissance professionnelle.

Origines du travail social

Le travail social tire en grande partie ses origines de deux mouvements sociaux de la fin du

XIX^e et du début du XX^e siècle en Angleterre et aux États-Unis, les *Charity Organization Societies* (COS) et *Settlement Houses* (SH). Le contexte d'émergence de ces mouvements est celui de contrer, dans les villes, les effets négatifs de l'industrialisation et de l'urbanisation. Les COS, issus des mouvements philanthropiques de l'époque, ont pour objectif premier d'assurer la coordination des services de charité et représentent avant tout une volonté d'organisation plus efficiente des services de charité en milieu urbain. Les SH se démarquent davantage des COS sur le plan idéologique et sont associés aux mouvements progressistes et réformistes du début du XX^e siècle (Deslauriers et Hurtubise, 2000; Loavenbruck et Keys, 1987). Mary Richmond (1861-1928) qui dirige les COS de Baltimore, de Philadelphie et de New York, et Jane Addams (1860-1935) qui est à la tête de Hull House à Chicago, sont des *leaders*, praticiennes, activistes et écrivaines, pionnières de la profession naissante. Les initiatives qu'elles dirigent sont reprises dans bon nombre de pays du monde occidental et, au Québec, c'est à Montréal qu'elles sont d'abord implantées. Les milieux intellectuels de la communauté anglophone sont les principaux artisans des *University Settlements*, alors que c'est à l'initiative des organismes catholiques que des centres sociaux voient le jour en milieu francophone. Le Centre social Sainte-Brigide est ainsi la première initiative et est affilié à l'Institut du Bon Conseil sous la direction de Sœur Marie Gérin-Lajoie (1890-1971), fondatrice de la Congrégation des Sœurs du Bon-Conseil (Côté et Maurice, 1999).

Les COS, les SH et leurs *leaders* sont à l'origine de la construction des premiers savoirs professionnels du travail social. Leurs innovations et leurs accomplissements sont multiples et touchent plusieurs sphères. Jane Addams se voit attribuer le Prix Nobel de la Paix en 1931. Les premières écoles de formation à la «philanthropie appliquée», devenues par la suite des écoles de travail social, sont mises sur pied à la fin du XIX^e siècle. Sœur Gérin-Lajoie ouvre une École d'action sociale en 1931 et est associée de près aux premiers pas de l'École de service social de l'Université de Montréal huit ans plus tard. Enfin, les travaux de Mary Richmond sont à l'origine d'une première codification de la pratique et marquent alors, en introduisant une

rationalité et une technicité scientifiques, une rupture avec les préceptes moraux qui exerçaient jusque-là leur emprise sur le mouvement (Mayer, 2002; Ehreinreich, 1985). Ses ouvrages, dont *Social Diagnosis*, confirment les valeurs de base qui animent la profession en plus de préciser les principaux fondements méthodologiques de la méthode du *service social des cas individuels* (De Robertis, 2007), représentant ainsi la naissance d'une épistémologie unificatrice du travail social et le développement d'un protocole professionnel (Baylis, 2004). Mais la reconnaissance professionnelle n'est pas au rendez-vous et c'est ainsi que, dès le début du siècle dernier, le travail social est confronté à ce défi.

Les instances dirigeantes des premières associations de travailleuses sociales en font un cheval de bataille de tout premier ordre. Celles-ci sont conscientes que l'enjeu dépasse largement celui de la profession. L'accès au travail pour les femmes ainsi que l'obtention de conditions égales à celles de leurs confrères masculins sont au cœur de cette quête. Un premier pas vers une professionnalisation se présente dans le processus d'instauration du salariat. Les origines mêmes des termes *travail social* répondent à l'objectif des pionnières de la profession de se démarquer du travail bénévole et de voir leur travail objet d'une juste rémunération. Celle-ci sera très faible puisque le travail des femmes était alors perçu par la direction patriarcale de ces organisations comme un revenu d'appoint temporaire (avant le mariage) contrairement à celui de l'homme considéré comme prioritaire. À l'époque, la femme est tenue de se dévouer entièrement à l'éducation de ses enfants au sein de la cellule familiale (Walkowitz, 1999).

La quête de reconnaissance professionnelle est au centre du congrès annuel de 1915 de la *National Conference of Charities and Correction*, ancêtre de la *National Conference of Social Work*. Les organisatrices misent beaucoup sur la présentation de leur principal conférencier, un certain Abraham Flexner. Mal leur en prit. Personnalité marquante de son époque, le docteur Flexner, qui est à l'origine de l'introduction de la science moderne au sein du curriculum des écoles de médecine en Amérique, y tient des propos dévastateurs.

Ce tenant d'un modèle médical de la profession idéale martèle que les travailleuses sociales ne possèdent pas d'habiletés spécifiques, ne pourront jamais devenir de vraies professionnelles et que le travail social ne deviendra jamais une vraie profession (Lubove, 1965; Flexner, 1915).

Les propos du docteur Flexner s'inscrivent dans un courant dominant de définition d'une profession, au moment de la consolidation et de la régulation des professions libérales comme la médecine et le droit. L'émergence de la profession du travail social coïncide avec l'apparition de services civiques volontaires à l'origine de nouvelles professions comme le *nursing*, l'enseignement et les libraires (Simon, 1994), qui ne sont pas reconnues en tant que profession. Une formation dont la durée est plus courte, un statut conférant moins de légitimité, le droit à des communications privilégiées peu consolidé et, enfin, une autonomie professionnelle moins grande en vertu de leur position au sein des organisations bureaucratiques où elles se retrouvent sont parmi les principaux arguments de cette non-reconnaissance (Etzioni, 1969). Le travail social est ainsi confronté, dès ses débuts, à sa première crise de légitimité. Le groupe de ce que l'on qualifiera plus tard de semi-professions sera l'un des plus hétérogènes et comprendra également, au recensement américain de 1910, des gérants de centres touristiques et des annonceurs sportifs (Walkowitz, 1999).

Les travailleuses sociales, interpellées de plein fouet, deviennent les premières actrices sociales de la construction de leur identité professionnelle et, par le fait même, de la quête de reconnaissance professionnelle. Dans les années qui vont suivre, un secteur tenu en marge est appelé à jouer un rôle important dans cette quête, notamment par sa volonté de rejoindre les rangs de l'univers scientifique et de la rationalité.

Origines du travail social en milieu hospitalier et rôle du travail social médical dans la professionnalisation du travail social

Deux initiatives sont à l'origine du travail social en milieu hospitalier : l'une est collective, le *mental hygiene movement*; et l'autre est davantage associée à la vision du docteur John Cabot.

Il faut tout d'abord remonter à 1908. Un ex-patient des établissements asilaires aux États-Unis, Clifford Beers, rédige un article autobiographique qui met au grand jour les traitements brutaux subis par les patients de la part d'un personnel soignant surchargé et sous-payé. Cet article est à l'origine du *mental hygiene movement* qui rassemble alors des intervenantes de plusieurs disciplines, des personnalités publiques, d'ex-patients et leurs proches. Il met en lumière les failles et les échecs du système asilaire et plaide pour une approche plus humaine. Plusieurs travailleuses sociales sont membres du mouvement, dont Mary Jarrett (1876-1921), fondatrice du premier département de travail social psychiatrique au Boston Psychopathic Hospital qui a également collaboré à la mise sur pied du Smith College School for Social Work dans l'État du Massachusetts où se donnent les premiers cours portant sur les fondements du travail social psychiatrique (Brieland, 1987). Dans les années 1920 et surtout 1930, parallèlement à la découverte et à l'émergence de la psychanalyse, bon nombre de travailleuses sociales contribuent à une reconnaissance tant recherchée auprès des milieux scientifiques (Walkowitz, 1999; Hartman et Laird, 1987).

Le travail social fait son entrée en milieu hospitalier aux États-Unis en 1905. On reconnaît ici un rôle de premier plan assumé par le docteur John Cabot, alors médecin généraliste au Massachusetts General Hospital et professeur de médecine clinique à l'Université d'Harvard. Celui-ci adhère à une vision biopsychosociale de la maladie et de la médecine en général. Il fut le premier à embaucher au sein de son département une travailleuse sociale à temps plein afin de l'aider à la fois dans le traitement, mais aussi dans l'établissement du diagnostic des patients qui faisaient l'objet de suivi. Il conçoit le travail social médical comme complémentaire au travail des médecins et des infirmières (Cabot, 1919) et déplore que les médecins de son temps ne réalisent pas toujours suffisamment l'influence du milieu social et du facteur émotionnel sur le patient (Cabot, 1915). Parmi les tâches assignées à une travailleuse sociale, soulignons celle, centrale, de médiatrice entre l'hôpital, la famille du patient et les autres institutions sociales ou sociosanitaires.

Le docteur Cabot était d'avis que la question sociale se retrouvait tant en amont qu'en aval de la maladie et plaidait pour une médecine sociale et préventive. Malgré son initiative, les hôpitaux du début du siècle sont des institutions conservatrices et les travailleuses sociales demeurent à l'écart des unités de soins et ne rencontrent les patients qu'à l'extérieur de ceux-ci, en clinique externe. Il faudra attendre 1910 pour que les travailleuses sociales fassent partie intégrante du personnel du Massachusetts General Hospital et que le premier département de travail social voit le jour sous la direction d'Ida Cannon (1884-1962), travailleuse sociale et infirmière de formation initiale. Ce programme prend le nom de *medical social work* (travail social médical), se pose en tant qu'avant-garde de la pratique en milieu hospitalier et en est sa pierre d'assise. Conférences scientifiques, colloques et présentations diverses y étaient monnaie courante (Stuart, 2004; Ross, 1988). Ida Cannon, en tant que fondatrice du travail social médical, relève des défis colossaux en lançant et en dirigeant la fondation de départements de travail social dans trois grands hôpitaux, tout en mettant sur pied un programme de formation avec stages dans le milieu. L'ancrage du travail social au sein des institutions patriarcales et hiérarchiques du début du XX^e siècle représente un acte radical exigeant une pensée stratégique et un engagement soutenu (*advocacy*) envers les groupes désavantagés et marginalisés (Hiersteiner et Peterson, 1999).

Les premières normes du travail social en milieu hospitalier sont adoptées par l'*American Hospital Association* (AHA) en 1923 à la suite d'une enquête amorcée deux ans auparavant ayant pour objectif explicite de clarifier les fonctions et les structures de cette pratique spécialisée alors émergente. Les termes *medical social work* ou travail social médical sont alors consacrés, particulièrement en milieu anglo-saxon. Le travail social médical est défini comme une nouvelle spécialité qui s'avère utile à la médecine, tout en voyant son champ s'étendre au sein de la nouvelle profession qu'est le travail social. Des besoins spécifiques de formation sont reconnus et intégrés aux normes, stimulant le développement de sous-programmes spécifiques de la formation du travail social en milieu hospitalier dans les

écoles de travail social en Amérique du Nord. Ces normes sont reprises et bonifiées en 1928 par l'*American Association of Hospital Social Workers* (AAHSW), inaugurée en 1918, qui établit au sein de la profession même, pour la première fois, les standards de la pratique en milieu hospitalier tout en précisant les fonctions et l'organisation d'un département de travail social médical (Fink, 1957). Soulignons que l'AAHSW est la toute première association professionnelle de travailleuses sociales en Amérique du Nord. Elle changera rapidement de nom pour celui d'*American Association of Medical Social Workers* afin de mieux refléter le mouvement du travail social vers des secteurs de pratique en santé autres que ceux des hôpitaux exclusivement (Carlton, 1990). Sur une période de 30 ans suivant sa fondation, on assiste à la fondation de six autres associations professionnelles de travailleuses sociales aux États-Unis, soit : l'*American Association of School Social Workers* (1919), l'*American Association of Social Workers* (1921), l'*American Association of Psychiatric Social Workers*¹ (1926), l'*American Association of Group Workers* (1936), l'*American Association to Study Community Organization* (1946), et le *Social Work Research Group* (1948) (*ibid.*) En 1955, ces sept associations fusionnent et donnent ainsi naissance à la *National Association of Social Workers* (NASW).

Les travailleuses sociales médicales américaines s'opposèrent alors activement à la consolidation d'une association nationale sur la base de leur conviction qu'un corpus de connaissances des plus spécialisés était nécessaire afin d'œuvrer en milieu hospitalier et dans le secteur de la santé en général (Stites, 1955). Au moment de la fusion, l'AAMSW avait contribué de façon significative à la mise sur pied et au développement d'un programme de formation des plus complets, avait établi des standards reconnus pour la pratique et l'enseignement dans ces milieux, en plus d'être des plus active au niveau des écrits scientifiques, tout particulièrement grâce à la publication du périodique *Medical Social Work* (Keigher, 2000). Soulignons qu'il a fallu attendre une quinzaine d'années après leur arrivée en milieu hospitalier avant que les écrits relatifs au travail social médical ne soient plus l'apanage des médecins

pour être produits par des travailleuses sociales ou des académiciens des écoles de travail social (Bywaters, 1986). Sans générer un clivage, les premiers différends, voire les tensions, entre le médical et le social apparaissent : les bases d'un modèle social de la santé pour le travail social vont ainsi émerger et, par surcroît, une définition des spécificités de sa pratique – dimension importante du processus identitaire.

Et au Québec...

L'initiative du docteur Cabot sert d'inspiration au Québec pour l'introduction du travail social dans les hôpitaux. Toutefois, c'est un membre du clergé (non un médecin), le Révérend John Lockhead, pasteur de l'Église Melville de Westmount sur l'île de Montréal qui fonde le service social hospitalier de l'Église Melville en 1909 après avoir visité et pris connaissance de ce qui se faisait au Massachusetts General Hospital à Boston. Le fait que le service mis sur pied par le pasteur Lockhead ne soit pas situé au sein de l'hôpital mais dans la communauté rend la tâche des premières travailleuses sociales en milieu hospitalier à Montréal des plus difficiles. Leur travail est alors davantage associé aux œuvres caritatives des bénévoles au sein des hôpitaux. Cette situation change deux ans plus tard avec la formation du premier département de travail social au Montreal General Hospital, un hôpital non confessionnel qui dessert la communauté anglophone². Sa première praticienne et directrice est Emma Foulis. Tout comme Ida Cannon, Mme Foulis a une formation en soins infirmiers et en travail social (Laramée, 1949). L'année 1911 est marquée par la création de deux autres départements de travail social en milieu hospitalier au Canada, soit au sein des hôpitaux généraux de Toronto en Ontario et de Winnipeg au Manitoba. Soulignons qu'il n'existe pas à ce moment-là, contrairement à l'Angleterre et aux États-Unis, d'école de travail social en milieu universitaire au Québec et au Canada (Lawrence, 1982).

Par contre, tout comme c'est le cas pour leurs collègues aux États-Unis, dès leur entrée dans les hôpitaux, les travailleuses sociales sont mises à contribution au sein d'équipes formées presque exclusivement de médecins, d'infirmières et de préposés. Les travailleuses sociales ne sont pas impliquées auprès de tous les

patients. Ce sont les médecins qui envoient en consultation un patient à la travailleuse sociale. À cette époque, c'est le docteur Robinson, un collègue du docteur Cabot, qui trace, le premier, les critères d'une telle consultation. Celui-ci affirme que le médecin est responsable du traitement à prodiguer dans son ensemble, ainsi que de la découverte de ce qu'il appelle alors « des conditions sociales adverses ».

Celles-ci sont parfois bien définies, par exemple lorsqu'il est fait mention que tous les patients atteints de la tuberculose doivent être dirigés vers la travailleuse sociale, ou encore que le patient pour lequel une histoire sociale souligne des conditions de vie de pauvreté et de stress devra faire l'objet d'une demande d'intervention de la travailleuse sociale (Robinson, 1939).

En même temps que cette façon de faire traduit, en partie, une certaine reconnaissance à l'égard du travail social, il nous faut souligner ici l'émergence d'un problème qui persiste à ce jour, soit que ces consultations ne sont la plupart du temps pas réalisées en fonction des besoins psychosociaux des patients et de leurs proches, mais en fonction de la perception que se font les médecins et les autres professionnels de la santé du rôle d'une travailleuse sociale. En milieu hospitalier, cette perception est souvent associée à l'organisation des services au moment de la sortie du patient (Lindsay et Perrault, 1987).

Un enjeu se pose alors au travail social médical, soit celui de développer, de promulguer et de diffuser des protocoles de consultation fondés sur une problématique spécifique de vulnérabilité psychosociale à la maladie qui précisent les critères d'une demande de consultation en travail social. À défaut, nous nous retrouvons en présence d'un système où d'autres professionnels définissent pour le travail social sa clientèle, son rôle et le moment de son intervention (Ripley, 1985).

Malgré un contexte difficile à leurs débuts, Mme Foulis et ses collègues gagnent rapidement l'estime de leurs confrères et consœurs médecins et infirmiers ainsi que des instances dirigeantes administratives de l'hôpital, et voient leur crédibilité s'accroître de sorte qu'elles élaborent un premier guide de la pratique du travail social en milieu hospitalier qui

comprend, entre autres, un élargissement des motifs justifiant qu'une travailleuse sociale intervienne auprès d'un patient. Leur expertise est mise à contribution non seulement pour résoudre un problème d'occupation de lits par des malades chroniques – problème encore présent de nos jours – mais également pour des patients aux prises avec des problèmes matériel et familial et des questions concernant l'accessibilité à des ressources, etc. L'élaboration de critères à toute évaluation préalable de patients pouvant faire l'objet de consultations en travail social marque la première forme d'autonomisation de la pratique. Ces critères reflètent toutefois également les préjugés de l'époque, comme en témoigne le fait que toute femme célibataire enceinte doit automatiquement faire l'objet d'une consultation en travail social (Laramée, 1949).

Des départements de service social sont implantés presque exclusivement au sein des hôpitaux de la communauté anglophone, notamment le Royal Victoria (1913), le Montreal Maternity Hospital qui intègre par la suite le Royal Victoria (1916), le St. Mary's Hospital (1934) et le Jewish General Hospital (1935). En milieu francophone, l'Hôpital Sainte-Justine fait figure de pionnier et d'exception en organisant un département de service social dès 1918, puisqu'il faut attendre la fin des années 1940 et le début des années 1950 pour voir le travail social s'implanter et connaître un essor au sein des hôpitaux francophones (Taylor-Rossinger, 1985; Bernier, 2006). Chaque département développe des pratiques spécifiques, par exemple : auprès des sans-abris et des nouveaux arrivants qui ne parlent ni le français ni l'anglais, principalement des Italiens, des Polonais et des Ukrainiens (Royal Victoria); avec les mères et leurs enfants durant le séjour précédant la naissance, mais aussi au sein des cliniques de bien-être du nouveau-né (Montreal Maternity Hospital); lors des investigations financières et de l'évaluation de la situation familiale reliée à la santé de la famille (Sainte-Justine); ou encore en développant des instruments visant une évaluation globale de la personne en rapport avec sa maladie et son environnement (Notre-Dame).

Des liens se développent avec les écoles de travail social qui voient alors le jour, notam-

ment à l'Université McGill (1923) et à l'Université de Montréal (1940). En 1935, la première Conférence nationale du travail social se tient à Montréal et le Regroupement des travailleuses sociales médicales de l'Est du Canada, créé en 1930, anime un événement marquant. Une réception a lieu à l'Hôpital Royal Victoria en l'honneur de Cherry Morris, travailleuse sociale médicale, directrice et fondatrice du travail social médical au Saint-Thomas Hospital de Londres. C'est l'occasion d'un rassemblement de plus de 150 travailleuses sociales en milieu hospitalier. La même année, soit deux ans après leurs homologues américaines, la première version des standards de pratique de la profession en milieu hospitalier au Canada, issue de la collaboration entre les travailleuses sociales en milieu hospitalier et le milieu universitaire, voit le jour. Au milieu du XX^e siècle, on retrouvait un programme de travail social médical au sein des écoles de travail social en milieu universitaire en Amérique du Nord. Ce programme consistait en une formation spécialisée de deux années qui comptait une importante composante de stage en milieu hospitalier (Taylor-Rossinger, 1985). Au sein des écoles de travail social canadiennes, le programme du travail social médical n'était pas aussi élaboré que celui que l'on retrouvait au sein des écoles américaines puisqu'il se résumait à une année de formation spécialisée plutôt que deux. Tant aux États-Unis qu'au Québec et au Canada, ces programmes de formation spécialisés se sont effrités progressivement au profit d'une formation plus générale et d'un désir de rassembler l'ensemble de la profession, pour complètement disparaître durant les années 1960.

Du travail social médical au travail social en milieu hospitalier : des enjeux identitaires bien présents encore de nos jours

Tout processus de professionnalisation comprend une certaine spécialisation. Jusqu'à un certain point, on peut faire mention d'une fragmentation de la profession et, par le fait même, de son identité (Gibelman, 1999; Abbott, 1988). C'est ainsi que le travail social médical s'est en quelque sorte consolidé comme une sous-discipline au sein de la profession. Une analyse des documents produits plus récemment par les deux grandes organisations professionnelles

du travail social au Québec et aux États-Unis – l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) et la National Association of Social Workers (NASW) – nous permet de mettre en lumière certains constats.

Le contexte particulier de la pratique du travail social en milieu hospitalier, surtout au cours des trente dernières années, a conduit à la production de guides, de standards et d'indicateurs de la pratique qui y est exercée. Tout en conservant une place importante au milieu hospitalier et à ses particularités, la NASW a élargi son guide initial de 1977 intitulé *Standards for Hospital Social Work* à l'ensemble de la pratique dans le milieu de la santé, *Standards for Social Work Practice in Health Care Settings*. L'éclosion importante de la pratique de la gestion de cas ou *case management* aux États-Unis, avec ses notions d'imputabilité à l'endroit d'une praticienne unique et non nécessairement envers un site d'intervention, est l'un des facteurs clés à l'origine de cet élargissement. L'autre facteur non négligeable n'est autre que la diminution de l'importance de la spécialisation au sein d'un milieu de pratique qui se définit de plus en plus comme étant celui du travail interprofessionnel (Rudolph, 2000). Notons également que des guides de pratique ont été développés par la NASW dans certains sous-secteurs du domaine de la santé et du milieu hospitalier, dont la pratique du travail social néphrologique (problèmes rénaux) et oncologique (cancer et phase terminale) (NASW, 2005).

Au Québec, une réforme importante dans le domaine de la santé et des services sociaux, instituée par les nouvelles dispositions de la *Loi sur la santé et les services sociaux* de 1991, est à l'origine du tout premier *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier*, de l'OPTSQ en 1994. Cette loi et les décrets qui l'accompagnent entraînent des changements multiples et profonds dans le milieu hospitalier. Les années qui suivent sont marquées par des transformations majeures dans l'organisation et la dispensation des soins de santé. C'est le début de changements structurels importants (fusions d'établissements et avènement de modèles de gestion par programmes), de nouvelles prestations de services (particulièrement le virage ambulatoire et le

travail en partenariat), sans compter les modifications du fonctionnement interne et l'orientation vers le travail en interdisciplinarité. Le besoin d'affirmer son rôle et sa contribution est souligné dans la première version du guide et repris dans la plus récente à ce jour, soit celle de 1999 (OPTSQ, 1999).

Bien que le dénominateur commun de la pratique du travail social demeure le lien entre les besoins psychosociaux et la présence de soins médicaux, l'étendue des pratiques demeure des plus vastes. On note, au cours de la fin des années 1990 et au début des années 2000, une orientation vers des clientèles plus à risque ou dites vulnérables. Tant la NASW que l'OPTSQ mettent l'accent sur l'importance de maintenir, voire de mieux préciser, des standards élevés et les aspects éthiques dans un contexte de plus en plus marqué par une ambiguïté liée à l'identité et aux orientations de la pratique.

Conclusion

Par cette brève incursion vers les origines et le développement du travail social en milieu hospitalier en Amérique du Nord, qui est encore parfois désigné de nos jours par les termes de travail social médical, nous avons été en mesure de constater que les travailleuses sociales sont la plupart du temps les premières artisanes de la construction de leur identité professionnelle et du développement de leurs savoirs professionnels.

La quête pour une plus grande reconnaissance professionnelle s'est avérée une importante source de motivation dans ce processus. Soulignons que, dans une perspective interactionniste de l'identité professionnelle, cette dernière est un processus perpétuel, en action, au sein duquel les personnes recréent et négocient continuellement leur rôle et leur place dans chaque interaction sociale (King et Ross, 2003).

Cette quête de reconnaissance demeure une préoccupation encore présente de nos jours, et ce, même si le milieu hospitalier dans lequel les travailleuses sociales se retrouvent aujourd'hui diffère profondément de celui investi par leurs prédécesseurs et tout particulièrement celles qui y ont fait les premiers pas il y a maintenant plus de 100 ans. Cette reconnaissance dans un milieu où la profession du travail social apparaît

comme une *invitée* au sein d'un univers dont l'hôte principal est le corps médical, est recherchée tant par la profession elle-même que par le reste du milieu hospitalier.

La reconnaissance interne, parmi ses pairs, a certes connu des résultats plutôt favorables. Les pionnières du travail social médical ont non seulement contribué à tracer les balises où s'articule le rôle professionnel, mais elles ont été appelées à jouer un leadership à des moments déterminants de l'évolution de la profession dans son ensemble. Quant à la reconnaissance extérieure, elle connaît encore des résultats mitigés. C'est ainsi que, notamment, le rôle et la contribution du travail social continuent à être l'objet de méconnaissance et se heurtent continuellement à des perceptions trop souvent réductionnistes fortement présentes dans ce milieu.

À nouveau, la profession se retrouve face à des moments déterminants concernant le renouvellement de son identité et de ses savoirs professionnels. L'engagement proactif et soutenu de celles qui ont tracé les premiers pas au sein du milieu hospitalier ne peut que servir de source d'inspiration aux défis d'aujourd'hui, car ils sont de taille. À défaut de pouvoir y faire face et de les relever, le travail social en milieu hospitalier se retrouve non seulement face à une crise d'identité potentielle majeure, mais à une inévitable marginalisation et à un questionnement de sa présence (crise de légitimation).

Descripteurs :

Service social médical - Québec (Province) - Histoire // Service social médical - États-Unis - Histoire // Travailleuses sociales - Québec (Province) - Associations // Travailleuses sociales - États-Unis - Associations // National Association of Social Workers - États-Unis - Histoire
Medical social work - Quebec (Province) - History // Medical social work - United States - History // Women social workers - Quebec (Province) - Associations // Women social workers - United States - Associations // National Association of Social Workers - United States - History

Notes

- 1 Cette association a été formée par des travailleuses sociales œuvrant en milieu hospitalier psychiatrique et reflétait ainsi leur sentiment de ne pas se sentir chez elles au sein du regroupement de l'ensemble des travailleuses sociales en milieu hospitalier.
- 2 Voir l'article de Constance Lechman « A History of The Montreal General Hospital Social Service Department » dans ce numéro.

Références

- Abbott, A. (1988). *The Systems of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Auerbach, C., Mason, S. E., & LaPorte, H. H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 17-32.
- Baylis, P. J. (2004). Social work's protracted identity crisis: a lacanian perspective, *Psychoanalytic Social Work*, 11 (1), 55-69.
- Beder, J. (2006). *Hospital social work – the interface of medicine and caring*. New York: Routledge.
- Bernier, N. (2006). *La Contribution du service social au domaine de l'oncologie psychosociale et des soins palliatifs : perspective historique*. Centre d'appui au développement des pratiques et de la recherche en service social, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- Brieland, D. (1987). History and evolution of social work practice. In National Association of Social Workers (NASW) (éditeur). *Encyclopedia of social work, 18th Edition: 739-753*. Silver Spring: NASW Press, tome 1.
- Butt, T. (1996). PCP: Cognitive or social psychology? In J. W. Scheer & A. Catina (Eds). *Empirical constructivism in Europe, the personal approach* : 58-64. Psychosocial-Verlag, Giesse.
- Bywaters, P. (1986). Social work and the medical profession – arguments against unconditional collaboration, *British Journal of Social Work*, 16, 661-677.
- Cabot, R. C. (1915). *Social service and the art of Healing*. Réédition 1973. New York: NASW Classic Series.
- Cabot, R. C. (1919). *Social Work: Essays on the meeting-ground of doctor and social worker*. Boston: Houghton Mifflin.
- Carlton, T. (1990). Twenty-five years of advancing hospital social work: A salute to the Society for Hospital Social Work, *Health and Social Work*, 15 (1), 3-7.

- Côté, D., et Maurice, M.-P. (1999). L'Organisation communautaire avant la Révolution tranquille : portrait de trois précurseurs, *Intervention*, 110, 39-52.
- Cowles, L. A. F. (2003). *Social work in the health field: a care perspective*. (2nd Edition). New York: The Haworth Press.
- De Robertis, C. (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social – l'aide à la personne (nouvelle édition)*. Paris : Bayard.
- Deslauriers, J.-P., et Hurtubise, Y. (sous la direction) (2000). *Introduction au travail social*. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Ehrenreich, J. H. (1985). *The Altruistic imagination: A History of social work and social policy in the United States*. Ithaca: Cornell University Press.
- Etzioni, A. (1969). *The Semi-professions and their organization*. New York: The Free Press.
- Fink, A. E. (1957). *The Field of social work*. New York: H. Holt & cie.
- Flexner, A. (1915). Is Social work a profession? *Proceedings of the National conference of charities and corrections*, 42, 576-590.
- Gilbelman, M. (1999). The Search for identity: defining social work – past, present, future, *Social Work*, 44 (4), 298-309.
- Hartman, A., & Laird, J. (1987). Family practice. In National Association of Social Workers (NASW) (éditeur), *Encyclopedia of social work*, 18th Edition: 575-588. Silver Spring: NASW Press, tome 1.
- Hiersteiner, C., & Peterson, K. J. (1999). Crafting a usable past: the care-centered practice in social work, *Affilia*, 14 (2), 144-161.
- Keigher, S. (2000). Knowledge development in health and social work, *Health and Social Work*, 25 (1), 3-8.
- King, N., & Ross, A. (2003). Professional identities and interprofessional relations: Evaluation of collaborative community schemes, *Social Work in Health Care*, 38 (2), 51-71.
- Laramée, M. M. S. (1949). *Medical social work in Montreal*. Mémoire de maîtrise, École de service social, Université de Montréal.
- Lawrence, J. M. (1982). Social work department celebrates 70th anniversary. *Montreal General Hospital News*, 20 (1).
- Lindsay, J., & Perrault, C. (1987). *Les services sociaux en milieu hospitalier*. Synthèse critique numéro 41, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- Loavenbruck, G., & Keys, P. (1987). Settlements and neighborhood centers. In National Association of Social Workers (NASW) (éditeur), *Encyclopedia of social work*, 18th Edition: 556-561. Silver Spring: NASW Press, tome 2.
- Lubove, R. (1965). *The Professional altruist: the emergence of social work as a career: 1880-1930*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- National Association of Social Workers (2005). *NASW Standards for social work practice in health care settings*. Washington: D.C., NASW Press.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*. Montréal : OPTSQ.
- Ripley, J. (1985). The Referral system: A dilemma for hospital social workers, *Le Travailleur social*, 53 (4), 164-166.
- Robinson, G. C. (1939). *The Patient as a person*. New York: The Commonwealth Fund.
- Ross, J. W. (1998). Hospital Social Work. In National Association of Social Workers (NASW) (éditeur), *Encyclopedia of social work*, 19th Edition: 1365-1376. Silver Spring: NASW Press.
- Rudolph, C. S. (2000). Educational challenges facing health care social workers in the Twenty-First Century, *Professional Development*, 3 (1), 31-43.
- Simon, B. L. (1994). *The Empowerment tradition in american social work – a history*. New York: Columbia University Press.
- Stites, M. A. (1955). *History of the American Association of Medical Social Workers*. Washington, D.C.: American Association of Medical Social Workers.
- Stuart, P. H. (2004). Individualization and prevention: Richard C. Cabot and early medical social work, *Social Work in Mental Health*, 2 (2-3), 7-20.
- Taylor-Rossinger, E. (1985). Une chronologie des événements, dans M. Émond, J. Lindsay et C. Perrault (Éditeurs) (1985). *Le travail social et la santé au Québec* : 435-466. Montréal : Behaviora.
- Tourmen, C., et Toulemonde, J. (2005). Analyses du travail et formation – Former à évaluer : les retombées d'une recherche appliquée, *Éducation permanente*, 165, 87-99.
- Walkowitz, D. J. (1999). *Working with class: Social workers and the politics of middle-class identity*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte

par

Marielle Pauzé, t.s.

Directrice des admissions

OTSTCFQ

Courriel : mpauze@optsq.org

Lyse Gautier, t.s.

Curateur public du Québec

Courriel : lyse.gautier@curateur.gouv.qc.ca

Evolution of regulations regarding measures
for the protection of incapacitated persons.

Evolution of social workers' practice.

Évolution de la législation sur les mesures de
protection des personnes incapables. Évolution de
la pratique des travailleurs sociaux.

Le 18 juin 2009, le projet de loi 21, *Loi modifiant le Code des professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, était adopté par l'Assemblée nationale. Cette loi confirme, notamment à l'article 5, paragraphe f, que le travailleur social¹ est le seul professionnel à pouvoir «procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant». Dans un souci de protection du public, le législateur a reconnu la compétence spécifique des travailleurs sociaux en leur accordant l'exclusivité de cette activité professionnelle. Cette reconnaissance juridique et sociale représente une grande victoire pour tous ceux qui ont investi ce dossier cher aux professionnels concernés et à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (ci-dessous Ordre). L'adoption de cette loi entraîne une série de travaux, déjà en cours,

pour assurer l'encadrement et la qualité de cette pratique exclusive. Elle s'inscrit donc dans une continuité des efforts visant à maintenir un niveau de compétences qui a toujours été recherché chez les professionnels, que ce soit dans le cadre d'une pratique autonome ou en réseau public.

Dans le cadre de ce numéro spécial à l'occasion des 40 ans de la revue *Intervention*, nous proposons de faire le point sur l'évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte. Cette remémoration est d'autant plus pertinente qu'elle nous permettra de comprendre davantage l'ampleur des attentes à combler au cours des prochaines années. Nous amorcerons notre parcours historique par un retour sur les législations les plus marquantes démontrant l'évolution de cette pratique singulière. Nous pourrions constater que l'histoire est aussi faite d'une évolution du langage : les mots «incapables et aliénés» ont fait partie du vocabulaire pendant de nombreuses années. Nous verrons que, rapidement, les travailleurs sociaux ont pris leur place dans ce domaine et ont depuis toujours poursuivi leur recherche d'une pratique à la hauteur du défi que représente cette évaluation. Dans un deuxième temps, nous examinerons certains défis accompagnant la confirmation de l'exclusivité de cet acte professionnel. Des réflexions critiques reliées au caractère spécifique du travail social concluront ce parcours exploratoire.

1. De 1938 à l'adoption de la *Loi sur le curateur public* en 1989

Nous commençons notre description de la trajectoire professionnelle du concept de protection des personnes incapables par une description d'éléments clés qui ont marqué l'histoire du Québec reliée aux mesures prises pour répondre aux besoins de celles-ci. L'historique de la notion de protection des personnes incapables est étroitement lié à l'évolution de l'organisme gouvernemental qu'est le Curateur public du Québec. C'est par le biais de cette

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 98-107.**

description que nous verrons apparaître la place du travailleur social qui, par sa formation spécifique, devient un acteur important influençant l'évolution de cette pratique professionnelle.

Le fait de retourner en arrière jusqu'à l'époque de Maurice Duplessis nous permet de constater à quel point le choix des mots est très révélateur de la conception de la société sur les personnes inaptes. C'est en 1938 que Maurice Duplessis, alors premier ministre et procureur général du Québec, présente à l'Assemblée nationale la loi 43, *Loi relative à la curatelle des aliénés non interdits*. Même si cette loi a été sanctionnée deux semaines plus tard après trois lectures faites le même jour, elle n'a toutefois jamais été mise en application. Les raisons justifiant le fait que cette loi soit tombée dans les oubliettes ne sont pas documentées. Nous pouvons constater que, dans les faits, le surintendant médical de l'asile continue d'être nommé d'office curateur des personnes internées. Dans ce sens, ce surintendant peut être considéré comme l'ancêtre du Curateur public, entité légale qui sera confirmée par la loi de 1945. Notons, toutefois, que la dénomination spécifique de la législation de 1938 démontre l'importance du choix des mots. Comme le mentionnent Deschênes et Gagnon (1998 : 2) dans leur rapport remis au Curateur public : « Le titre même de celle-ci illustre bien le lien alors étroit que l'on faisait entre l'aliénation, l'internement et la privation de droits ». Il nous paraît important de bien souligner comment, à cette époque, l'aliénation est en corrélation avec la privation des droits de la personne inapte. Nous sommes, à ce moment-là, dans une logique où c'est la personne internée qui représente un danger pour la société et c'est pourquoi il est logique de la priver de ses droits. Le fait de reconnaître « d'où nous venons » peut certainement mieux nous faire comprendre certains réflexes encore présents dans nos milieux de pratique.

La loi de 1938 sera abrogée en 1945 lors de l'adoption de la *Loi instituant une curatelle publique*. Le régime prévu dans la loi de 1945 investit une personne, le Curateur public, « de pouvoirs quant aux biens et à la personne d'une catégorie de Québécois incapables, pour un temps ou pour toujours, d'administrer leurs

biens » (Forget, 1995 : 19). Précisons que la loi de 1945 s'adresse uniquement aux malades mentaux placés en cure fermée dans les hôpitaux psychiatriques. La décennie 1960 entraîne une vaste remise en question de la société québécoise et de ses institutions, notamment en ce qui concerne l'enfermement dans les asiles, le contrôle des religieuses du système asilaire et le malaise soulevé par la décision de Québec de confier ses « fous » et ses enfants illégitimes aux congrégations religieuses. Une première réforme législative importante survient en 1971, alors que la compétence du Curateur public s'étend désormais à tous les malades mentaux traités dans les deux cent quarante centres hospitaliers du Québec et non plus uniquement à ceux internés dans les dix-huit institutions psychiatriques (Lynch, 2001). Avec le décloisonnement de l'organisation des services psychiatriques vers les hôpitaux généraux, les cliniques externes et les nouvelles pratiques communautaires, la compétence du Curateur public s'étend désormais à toutes les personnes souffrant de maladie mentale. À cette époque encore, l'incapacité est attestée par un certificat médical du directeur médical de l'hôpital où le malade reçoit des soins et des traitements.

C'est avec la nomination de Lucienne Robillard, travailleuse sociale, au poste de Curatrice publique en 1986 que la place du travail social relié à l'inaptitude prend tout son sens. « Première femme à occuper la fonction de curateur public, Lucienne Robillard est aussi la première curatrice à venir du milieu du "traitement" des personnes sous juridiction » (Forget, 1995 : 87). Travailleuse sociale et diplômée en administration, Mme Robillard connaît le réseau de la santé et des services sociaux et est particulièrement préoccupée par les droits de la personne. Très rapidement, elle fait le constat de certaines irrégularités inhérentes à l'application de la loi pouvant causer préjudice aux personnes que le Curateur est censé représenter. Quelques mois après son arrivée, elle fait part de sa réflexion, comme le rapporte Forget :

« Lucienne Robillard identifiait trois grandes difficultés d'application de la *Loi sur la curatelle publique*. En premier lieu, le critère d'incapacité d'administrer ses biens est parfois utilisé pour contourner le refus qu'une personne

oppose à un traitement. Ensuite, le fait que la famille et la personne elle-même soient parfois complètement étrangères au processus de mise sous curatelle, qu'il n'y ait aucun mécanisme d'appel ou de révision systématique et qu'il faille un certificat de capacité pour sortir de la curatelle. Finalement, la non-distinction entre l'incapacité à administrer ses biens et la capacité de consentir aux soins. Elle verra à ce que des solutions y soient apportées par le projet de législation auquel elle travaille avec le ministère de la Justice (Forget, 1995 : 93).»

Le bilan de Lucienne Robillard fait ressortir clairement les valeurs du travail social auxquelles elle fera appel dans le cadre des travaux conduisant à l'adoption de la loi de 1989 sur le Curateur public. Nous y retrouvons, notamment, le respect de l'intégrité de la personne, la valeur de l'autodétermination (le droit de refus d'un traitement) et la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer (révision de la mise sous curatelle). De plus, la Curatrice publique souligne la confusion engendrée par l'incompréhension de ce à quoi correspond l'inaptitude aux biens par opposition à l'inaptitude de la personne. Comme nous le verrons, chacune de ces critiques sera reprise dans le cadre de la législation de 1989.

La Curatrice publique était également préoccupée par l'état des personnes représentées et le sort qui leur était réservé en institution. Deux témoignages recueillis par Me Nicolle Forget, dans le cadre de son livre *De la curatelle au curateur public, 50 ans de protection*, confirment l'évolution de cette conscience : « Comme société, on était rendu là, protéger la personne;... la personne avait quand même une place avant, mais on protégeait surtout les biens... [et] on aidait mais après avoir récupéré tous les biens. On ne s'occupait pas de savoir si la personne était maltraitée » (Forget, 1995 : 30). C'est avec ce souci du respect de la personne et des questions éthiques soulevées par la mission du Curateur public que Lucienne Robillard embauche, dès 1987, deux travailleurs sociaux, dont l'une est coauteure du présent texte. Lyse Gautier rapporte un évènement illustrant le souci de la Curatrice pour les gestes faits en faveur de la personne. À l'automne 1987, cette dernière avait réuni tout le personnel (environ 150 personnes à l'époque) pour leur expliquer sa vision du travail de Curateur public. Elle a

confirmé un principe fondamental consistant à prioriser la personne elle-même dans un premier temps, et les biens concernés en second lieu. Elle se disait consciente que ce « virage personne » pourrait heurter certains employés ayant plutôt un profil d'administrateurs et habitués à cibler leurs interventions sur les biens de la personne. Elle en a profité pour préciser que les deux travailleurs sociaux nouvellement embauchés « travaillaient avec elle dans cette direction et qu'ils étaient là pour rester ». Cette anecdote a l'avantage de bien mettre en lumière le défi que représentait, à l'époque, le changement de cap en faveur de la personne.

2. Évolution de la situation depuis 1990

C'est sous le mandat de Lucienne Robillard que la loi 145, *Loi sur le Curateur public et modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives*, a été votée en 1989. C'est toutefois sa successeuse, Nicole Fontaine, qui procédera à son implantation en avril 1990. Cette nouvelle législation modifie grandement la *Loi sur le Curateur public* et certains articles du *Code civil du Québec* et s'inspire des chartes des droits québécoise et canadienne. Le processus d'ouverture d'un régime de protection est dorénavant judiciairisé. À compter de cette date, il revient à la Cour supérieure du Québec de déclarer une personne inapte et par conséquent de lui retirer l'exercice de ses droits civils. « [La loi] vise un équilibre entre les besoins des personnes, le respect de leur autonomie et l'expression de leur volonté » (Forget, 1995 : 93). Il faut se rappeler qu'avant la mise en œuvre de cette loi, le certificat médical du psychiatre était la seule pièce justificative pouvant imposer une curatelle à une personne; la maladie mentale décretrait l'incapacité juridique. La législation de 1989 instaure une conception de l'inaptitude qui n'est plus automatiquement liée au monde de l'internement psychiatrique. Ainsi, la maladie dégénérative et le traumatisme crânien, qui n'ont rien de la maladie mentale ou de la déficience intellectuelle, peuvent rendre une personne inapte à agir ou à prendre des décisions la concernant. C'est dans cet esprit que la notion de régime modulé en fonction de l'inaptitude et de la durée de celle-ci prend tout son sens. Avec la nouvelle législation, plus personne ne « tombe sur la curatelle publique »,

comme le voulait l'expression populaire (Forget, 1995 : 97).

La loi innove par plusieurs aspects dont le plus avant-gardiste est la reconnaissance du mandat en cas d'inaptitude, une forme de reconnaissance du droit à l'autodétermination de la personne. On permet ainsi à une personne encore capable de s'occuper d'elle-même, tout autant que de ses biens, de signer un mandat en prévision du jour où elle pourrait devenir inapte à décider. De cette façon, on permet à la personne de choisir le représentant qui sera le plus à même de parler en son nom et on évite l'intrusion de l'État dans sa vie personnelle. Ajoutons comme autre impact de cette loi l'obligation de réévaluer les régimes de protection à une fréquence statutaire ou selon la situation de la personne concernée. Nous pouvons imaginer le surplus de travail occasionné au réseau de la santé et des services sociaux par l'implantation de ces réévaluations tous les trois ans (pour le régime de tutelle) et tous les cinq ans (tutelle). Cet élément novateur répond toutefois à la critique soulevée par Mme Robillard sur la difficulté de lever le régime de curatelle uniquement sur la base du certificat de capacité.

C'est à partir d'avril 1990 que l'évaluation psychosociale et l'évaluation médicale deviennent obligatoires pour déposer une requête au tribunal afin d'ouvrir un régime de protection, de réviser ce régime ou d'homologuer un mandat en cas d'inaptitude. Le rapport du Directeur général (rapport DG) est également nécessaire dans les cas de demande d'ouverture d'un régime de protection public, pour les personnes isolées. « Pour la première fois, la terminologie utilisée dans la loi, une évaluation médicale et psychosociale, évoque directement la contribution de la profession de travail social à la mise en place des mesures de protection pour des personnes vulnérables » (OPTSQ, 2004a : 1). Même si le texte de loi ne précisait pas la profession ciblée pour faire l'évaluation psychosociale nécessaire au dépôt de la requête, il y a fort à parier que la présence de Lucienne Robillard, travailleuse sociale, au sein des travaux conduisant à l'adoption de cette loi, a eu un certain impact sur le choix des mots. Ce sont les travailleurs sociaux qui sont à même d'évaluer le besoin de protection et de s'assurer que

les deux critères imposés par la loi (présence de l'inaptitude et besoin de régime de protection) sont présents avant de proposer l'ouverture d'un régime de protection. Même si cette activité ne leur était pas confiée par la loi, graduellement les tribunaux et les différents interlocuteurs ont reconnu la qualité des évaluations psychosociales produites par les travailleurs sociaux. Ces derniers ont fait preuve de leadership en contribuant continuellement à la consolidation de cette pratique professionnelle en évolution.

Dès l'été 1989, dix jours après l'adoption de la *Loi sur le Curateur public* du Québec, l'Ordre met en place un comité d'experts pour élaborer des outils professionnels et des normes de pratique pour effectuer l'évaluation psychosociale dans ce domaine. L'une des auteurs du présent texte a été en mesure de constater rapidement l'enthousiasme du groupe de travail pour qui l'occasion représentait une opportunité unique de développer un nouveau champ de pratique. Tout était à faire concernant cette activité professionnelle spécifique. Toutefois, certains défis ont dû être relevés puisque le groupe de travail ne pouvait établir de comparaison au sujet de cette expertise puisque celle-ci était en pleine évolution et peu documentée. C'est grâce à l'expertise riche et variée des membres du groupe que la plupart des problématiques ont pu être résolues. Ajoutons à cela le fait que les membres avaient un objectif commun : qu'un jour notre expertise soit reconnue dans ce domaine particulier et que les travailleurs sociaux puissent se voir confier l'exclusivité des évaluations psychosociales dans le cadre de l'ouverture des régimes de protection et d'homologations de mandats.

C'est donc très rapidement, soit une année plus tard, à l'automne 1990, que le document intitulé *Pratique des travailleurs sociaux dans le contexte de la Loi sur le Curateur public* est publié. Ce guide, encore utilisé comme référence par certains membres, décrit les normes de pratique, propose une grille d'évaluation psychosociale et son guide d'utilisation, et un modèle de rapport d'évaluation psychosociale. En plus de ce guide, des sessions de formation continue sont également mises sur pied afin de contribuer à parfaire les connaissances et les compétences des travailleurs sociaux. L'Ordre a voulu

s'assurer que ses membres prennent le leadership en créant des outils de travail, jusqu'alors inexistant, et en formant ces derniers à l'utilisation d'outils adaptés à cette activité spécialisée. On voulait faire en sorte que les travailleurs sociaux produisent des évaluations psychosociales de qualité et que leur compétence soit reconnue pour ce champ spécifique d'expertise professionnelle. De plus, l'Ordre considérait que des normes spécifiques devaient encadrer ce champ de pratique, considérant la complexité de cette activité professionnelle et la vulnérabilité des personnes en besoin de protection.

La profession du travail social a passablement évolué au cours de la décennie qui a suivi la publication du premier guide de pratique. La formation offerte par l'Ordre portant sur l'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection s'est accentuée, les travailleurs sociaux du réseau ou en pratique autonome se sont approprié rapidement cette nouvelle expertise. La question des champs de pratique s'est également trouvée au cœur d'importants travaux entrepris en 2000 par l'Office des professions du Québec ayant pour objectif de moderniser les champs d'exercice des professions liées à la santé et aux relations humaines. Une démarche plus spécifique a été entamée pour les professions de la santé mentale et des relations humaines. Ce processus a été confié au Groupe de travail ministériel présidé par le Dr Roch Bernier. En juin 2002, ce dernier a produit un rapport recommandant la redéfinition de champs d'exercice et la mise en place d'activités réservées à certaines professions, dont le travail social.

Il nous apparaît important de souligner tout le travail réalisé dans ce contexte de consultation de la part de l'Ordre et de ses collaborateurs pour faire valoir la valeur de l'expertise du travailleur social en matière d'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection. En octobre 2002, l'Ordre présentait un mémoire à l'Office des professions qui allait en ce sens. Le texte fait ressortir que le Groupe ministériel formule une recommandation « qui accorde aux psychologues non seulement des activités qui relèvent de leur spécificité propre, mais, en plus, une activité qui est spécifique aux travailleurs sociaux : l'évaluation psycho-

sociale. » Le mémoire précise aussi que l'évaluation requise pour l'ouverture ou la révision d'un régime de protection « relève de la compétence des travailleurs sociaux [et que] ... tout le processus d'évaluation psychosociale fait l'objet d'une formation structurée pour les travailleurs sociaux auxquels d'ailleurs le public se réfère en grand nombre » (OPTSQ, 2002 : 10). Les travaux de l'Office des professions sur la redéfinition des champs d'exercice se sont poursuivis par la formation d'un Comité d'experts, en janvier 2004, présidé par le Dr Jean-Bernard Trudeau.

C'est durant l'année 2003 que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Curateur public entreprennent une révision du Rapport du directeur général et du Rapport de réévaluation d'un régime de protection. Le rapport comporte trois sections : l'avis du directeur général, l'évaluation médicale et l'évaluation psychosociale. Notons que le rapport de réévaluation est également retouché. Dans le cadre de cette révision, on consulte notamment l'OPTSQ et le Collège des médecins. C'est donc à partir de novembre 2003 que le Curateur public publie de nouveaux formulaires. À ce moment-là, l'Ordre se penche à nouveau sur les impacts de cette nouvelle façon de faire pour les travailleurs sociaux. Un groupe de travail est constitué et un deuxième guide intitulé *Guide de pratique professionnelle des travailleurs sociaux en rapport avec les régimes de protection de la personne majeure* voit le jour en septembre 2004. Le document a été revu et validé à la lumière des besoins exprimés par les travailleurs sociaux, de l'expérience acquise au fil des années et de la jurisprudence disponible. Voici comment l'évaluation psychosociale y est décrite :

« L'évaluation psychosociale est une partie essentielle du processus prévu par la loi pour apprécier l'inaptitude de la personne et déterminer son besoin de protection. Les éléments que dit contenir cette évaluation psychosociale sont déterminés par certaines dispositions législatives et réglementaires. Par ailleurs, le travailleur social doit effectuer cette évaluation selon l'approche spécifique à sa profession, c'est-à-dire en situant la personne dans son environnement, en se basant sur des données significatives, objectives et subjectives, recueillies tant auprès de la personne concernée que ses proches, et sur des observations

effectuées par le travailleur social, qui doit émettre en conclusion une opinion professionnelle sur l'inaptitude de la personne et son besoin de protection (OPTSQ, 2004b : 10). »

Nous retrouvons ici le souci du travailleur social pour la personne en relation avec son environnement. Ajoutons à cette description le fait que le travailleur social est le professionnel qui est le plus en mesure de statuer sur le choix de la personne pouvant être le représentant légal de l'individu concerné par l'évaluation. Il apparaît clairement que ce professionnel est en mesure de rendre compte de la réalité de la personne concernée par l'évaluation et de l'impact de l'inaptitude pour cet individu et son réseau.

Depuis janvier 2009, un nouveau groupe de travail a été mis en place par l'Ordre pour revoir le guide de 2004 et tenter de faire le point sur la pratique de l'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection qui est en pleine expansion. Le nombre grandissant de demandes pour ce type d'évaluation exige de la profession un plus grand encadrement de cet exercice et une meilleure compréhension des enjeux qui en découlent. Mentionnons entre autres préoccupations le fait que la majorité des évaluations psychosociales (77%) conduisent à la formulation de recommandations visant à l'ouverture de régimes de protection privés ou d'homologation de mandats en cas d'inaptitude. En effet, selon le Rapport annuel du CPQ (2006-2007), 950 personnes (23% des ouvertures de régimes) ont été admises sous un régime de protection public durant cette année, comparativement à 3 220 personnes (77% des ouvertures de régimes) pour les régimes privés (incluant les homologations de mandat en cas d'inaptitude). Dans les cas non litigieux, où existe un accord sur la mesure et la personne à nommer comme représentant, le rapport psychosocial est acheminé généralement à un notaire (accrédité ou non) qui assurera le suivi de la procédure. Puisque le processus ne se déroule pas devant le tribunal et que le rapport psychosocial n'est pas examiné par le Curateur public du Québec, il devient encore plus déterminant que le travailleur social se positionne comme le garant de la sauvegarde de l'intérêt de la personne. C'est dans ce contexte que le présent groupe de travail veut s'assurer que les membres pourront profiter d'un guide de pra-

tique professionnelle pouvant répondre aux nombreux défis inhérents à cette évaluation qui aura un impact considérable sur l'avenir de la personne concernée. D'ores et déjà, le groupe confirme que le guide sera orienté vers une vision plus large de l'évaluation psychosociale dans le cadre d'une analyse des besoins de protection et des mesures adaptées à la personne inapte. Il devient nécessaire de bien documenter les actes professionnels inhérents à l'analyse de la demande d'ouverture d'un régime de protection et des gestes à effectuer pour pallier l'inaptitude de la personne dans un contexte non judiciaire. Il ne s'agit plus ici de répondre à la demande d'ouverture d'un régime de protection, mais bien de resituer le caractère spécifique du travailleur social au cœur de cette démarche éminemment professionnelle. La recommandation d'ouverture d'un régime de protection devient ainsi l'une des nombreuses conclusions possibles auxquelles le professionnel parvient. C'est avec ce constant souci du respect de l'intégrité de la personne et de la sauvegarde de son autonomie qu'il est en mesure de faire valoir l'intérêt premier de la personne inapte.

Ce parcours de l'histoire de la place du travailleur social dans le cadre de l'évaluation psychosociale relative aux régimes de protection nous permet de constater le leadership constant exercé par la profession au sein de cette pratique complexe et en pleine évolution. Nous pouvons également constater à quel point les législations ont influencé le choix des mots décrivant la réalité des personnes inaptes. Comme mentionné précédemment, aliénation, internement et privation de droits ont été pendant longtemps associés et c'est pourquoi nous devons garder une certaine vigilance sur l'impact de notre évaluation psychosociale dans le cadre des mesures de protection. Soulignons, enfin, que le premier groupe de travail mis en place en 1990 a eu raison de croire que la compétence des travailleurs sociaux dans le domaine de cette évaluation spécifique serait un jour reconnue. L'adoption récente du projet de loi 21 confirme également que ce même groupe avait visé juste en se mobilisant pour faire en sorte que cette évaluation devienne un jour un acte réservé exclusivement aux travailleurs sociaux. Voyons maintenant un certain nombre de défis qui se posent actuellement et

qui pourront être examinés par les professionnels au cours des prochaines années.

3. Quelques défis à relever pour les travailleurs sociaux

Puisque l'évaluation psychosociale dans le cadre des mesures de protection se situe au cœur de nombreux enjeux et qu'elle a un impact certain sur la personne concernée, il appert que la recommandation du travailleur social comporte de multiples questions éthiques. Pensons simplement aux pressions diverses provenant de la famille ou du réseau auxquelles le travailleur social doit faire face. Ou encore au dilemme qui peut être vécu par la tension qui se crée entre la valeur de l'autodétermination et la protection de la personne inapte. Nous présentons ici quelques défis auxquels les travailleurs sociaux se heurtent et pour lesquels une certaine réflexion doit se poursuivre.

3.1 *Le nombre grandissant de demandes conduisant à la banalisation du geste professionnel*

Tout en nous réjouissant de la confirmation de l'exclusivité de l'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection, nous pouvons également prédire un nombre grandissant de demandes pour ce type d'évaluation. Nous devons ainsi nous préoccuper de l'impact que peut avoir la surcharge de travail reliée à ces évaluations. Le travailleur social peut être tenté de prendre des raccourcis devant un surplus de demandes d'évaluations psychosociales. C'est pourquoi une grande prudence s'impose dans ce contexte, puisque nous ne pouvons nier que notre évaluation aura un impact inhérent pouvant priver la personne de certains droits. Il faut garder en tête que c'est d'une personne dont il est question et qu'il y a un « après évaluation » pour cette personne. Pensons simplement à tout le professionnalisme requis dans les situations conflictuelles pouvant pénaliser la personne, pour qui la conclusion de notre évaluation aura un impact sur la qualité de ses relations futures avec ses proches. En ce sens, une évaluation rigoureuse et de qualité nécessite que le travailleur social consacre le temps nécessaire à une analyse complète de la situation singulière de la personne concernée. Dans les situations où le travailleur social ne procède à ce type d'évaluation qu'occasionnellement,

nous recommandons que ce dernier sollicite une forme de soutien clinique pouvant fournir un encadrement adapté à cette activité professionnelle. Ainsi, pour que le professionnel exerce toujours une certaine vigilance sur une possible banalisation de cette évaluation, nous croyons que ce dernier doit s'assurer qu'une réflexion critique puisse se faire. Le partage de certaines situations avec les pairs peut certainement dénouer certaines difficultés rencontrées par le professionnel et assure que la décision de ce dernier ne soit pas prise de façon arbitraire.

3.2 *Le dilemme entre l'autodétermination de la personne et sa protection*

Le travailleur social se trouve généralement au cœur de tensions éthiques entre la possibilité de favoriser l'autonomie de la personne et la volonté de protéger celle-ci. « Nous savons tous que les droits des personnes inaptes sont menacés par deux attitudes : le "trop" ou l'ingérence excessive qui peut engendrer l'autoritarisme et le "pas assez" ou la non-ingérence qui peut engendrer l'indifférence » (Gratton, 2002 : 55). Ces deux valeurs sont certainement présentes dans le cadre de l'évaluation psychosociale liée aux régimes de protection. Le travailleur social peut rapidement relever une opposition entre les valeurs affichées d'une famille et celles partagées par la personne concernée. Une même tension est possible entre les valeurs plus paternalistes d'une équipe traitante et les valeurs axées sur l'autodétermination du travailleur social. En ce sens, nous nous retrouvons « au cœur d'un important débat, qui n'aura sans doute jamais de cesse, sur les visées, puis sur les limites et sur les modalités de l'intervention sociale sous ses diverses formes. Jusqu'où convient-il d'aller dans le travail de protection des personnes jugées plus vulnérables ou à risques » (Bourgeault, 2003 : 6)? Le travailleur social, qui évalue la question de la protection des personnes inaptes, est pleinement conscient du risque que comporte l'atteinte à leur liberté fondamentale. Il n'est pas possible de protéger la personne « mur à mur », pour reprendre une terminologie populaire. C'est pourquoi le travailleur social chargé de décider pour autrui peut certainement être habité de doutes, ce qui est positif. C'est donc à partir de ce doute que le professionnel sera davantage en mesure d'expliquer son processus de décision et d'ac-

cepter que celle-ci puisse être critiquée par les personnes concernées par l'impact de la conclusion. « Les décisions doivent être bien construites, elles n'ont pas à faire l'unanimité » (Doucet, 2001 : 16).

3.3 *La reconnaissance de l'incertitude de l'évaluation psychosociale*

L'évaluation psychosociale dans le cadre des mesures de protection est à l'image de certains paradoxes vécus dans le monde de l'intervention en travail social : nous avons, d'un côté, une demande de standardisation de la pratique (par des guides ou des protocoles) et, d'autre part, un besoin de faire reconnaître la complexité de cette activité spécifique (par une demande de réflexion éthique). Bien sûr, bon nombre de situations peuvent être considérées comme assez simples et ne sollicitent pas nécessairement ce questionnement. Pensons seulement aux nombreuses demandes où un accord existe sur la mesure de protection et sur le choix du représentant de la personne inapte. Toutefois, lorsque surviennent des situations ambiguës, injustes, pouvant causer un préjudice, le professionnel peut être forcé dans ses derniers retranchements et faire appel à un formulaire pour se « raccrocher ». Il est également possible que ce professionnel exige un lieu de réflexion, un temps d'arrêt, parce que la « lumière jaune » clignote et qu'il ressent un malaise devant la situation.

Couturier, Beaudry, Beaulieu et Phillips-Nootens (2006) décrivent bien cette ambiguïté inhérente au travail social et encore plus en ce qui concerne l'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection. Leur recherche a porté sur les pratiques interprofessionnelles de détermination de l'inaptitude de la personne âgée. De ce fait, ils ont analysé des entrevues de travailleurs sociaux, de médecins, de notaires, d'avocats, de greffiers et de juges. Dans leur article, les auteurs notent entre autres le besoin des travailleurs sociaux d'une plus grande uniformisation. « [...] nous avons constaté que, pour plusieurs professionnels participant à l'étude, cette reconnaissance légale de l'expertise psychosociale (loi 145) doit s'accompagner de l'augmentation du degré d'objectivité des informations contenues dans le rapport d'évaluation psychosociale » (Couturier et al., 2006 : 54). Souvenons-nous

que le formulaire du Curateur public publié en novembre 2003 répondait à un besoin d'encadrement résultant de la qualité inégale des rapports psychosociaux envoyés au futur représentant public. Le guide de l'Ordre publié quelques mois plus tard a voulu également pallier le besoin d'harmonisation de cette pratique. Tout en reconnaissant la demande d'une plus grande normalisation des outils employés par les travailleurs sociaux, il faut garder une certaine prudence sur l'effet pervers de celle-ci : « Au total, il appert que ces guides [de l'OPTSQ et le formulaire du CPQ] sont parfois perçus moins comme des outils cliniques d'évaluation que comme des protocoles quasi administratifs » (Couturier et al., 2006 : 55). Cette remarque nous apparaît importante dans un contexte où une demande de plus en plus grande émane du réseau de la santé et des services sociaux et de nos membres pour une plus grande standardisation de cette activité pouvant répondre à la complexité de cet acte professionnel. Il s'agit ici de garder un équilibre entre la rigueur documentaire de cette pratique et la reconnaissance de l'exercice du jugement professionnel qui distingue le travailleur social d'un technicien qui appliquerait une procédure d'évaluation.

En contrepartie, soulignons que la nature même du travail social ne peut être objectivée au même titre que la pratique médicale par exemple. L'évaluation du travailleur social permet de mesurer à quel point l'inaptitude peut être gérée hors du champ des régimes de protection, avec tous les risques et les bénéfices que cela implique. De plus, elle permet de rendre compte de l'impact de l'inaptitude dans la vie quotidienne de la personne. Dans ce contexte, il est nécessaire de documenter les nombreuses retombées du choc de l'inaptitude pour la personne et son réseau. Cette évaluation implique une grande adaptabilité du professionnel pour en assurer la plus grande justesse possible. Est-il possible que ce souci de compréhension de l'ensemble de la situation implique une plus grande incertitude d'un point de vue scientifique?

« D'abord, les dimensions sociales s'objectivent beaucoup moins aisément que les dimensions médicales. Puis les critères pragmatiques au cœur du jugement clinique des travailleurs sociaux, qui sont d'une haute complexité clinique, se caractérisent par leur idiosyncrasie

irréductible. Ils sont forcément *ad hoc*, et *hic et nunc*, avec une validité clinique non objective... En fait, ce qui semble *a priori* une carence des travailleurs sociaux peut être considéré comme caractéristique de leur contribution au processus même de détermination de l'inaptitude (Couturier et al., 2006 : 57).»

Bien sûr, il ne s'agit pas ici de banaliser la normalisation des évaluations psychosociales à l'aide de guides ou de protocoles pouvant assurer un professionnalisme de cette évaluation spécifique, mais bien de reconnaître que la profession de travailleur social implique une nébulosité qui peut être inconfortable. C'est donc par un souci de rigueur que le professionnel pourra rendre justice de cet acte particulièrement délicat qu'est l'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection. Un guide peut soutenir cette démarche, mais ne pourra jamais garantir la qualité hautement incontournable qu'est le jugement professionnel du travailleur social.

Conclusion

Nous avons voulu démontrer, par ce texte, la grande détermination dont ont fait preuve les travailleurs sociaux en prenant le leadership de l'acte professionnel qu'est l'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection. Nous pouvons nous féliciter de l'adoption du projet de loi qui confirme l'exclusivité de cette activité pour les travailleurs sociaux, mais nous devons aussi avoir la sagesse de reconnaître les défis que cette législation représente. Certaines réflexions éthiques sur les valeurs en tension (autodétermination et protection) doivent se poursuivre. Nous devons aussi demeurer prudents concernant les dérives de la banalisation de cet acte professionnel impliquant de nombreuses répercussions pour la personne concernée. Enfin, nous avons vu que les travailleurs sociaux, étant les experts de la complexité inhérente à la situation d'une personne devenue inapte, doivent reconnaître la valeur intrinsèque de leur apport singulier aux décisions reliées à l'inaptitude.

Descripteurs :

Handicapés - Protection, assistance, etc. // Tutelle et curatelle - Québec (Province) - Histoire // Incapacité (Droit) - Québec (Province) - Histoire // Évaluation psychosociale // Déontologie professionnelle
Handicapped - Protection - Quebec (Province) // Guardian and ward - Quebec (Province) // Capacity and disability - Quebec (Province) - History // Psychosocial evaluation // Professional ethics

Note

1 Nous utiliserons le masculin pour faciliter la lecture.

Références

- Bourgeault, G. (2003). Si la vie ne va jamais sans risque... jalons pour une éthique de l'intervention sociale et de la protection, *Intervention*, 119, 6-14.
- Couturier, Y., Beaudry, M., Beaulieu, M., et Phillips-Nootens, S. (2006). Le travail social dans le processus interprofessionnel de détermination de l'inaptitude de la personne âgée, *Intervention*, 124, 52-69.
- Deschênes, J.-C., et Gagnon, S. (1998), *La mission du curateur public du Québec : ses fondements, sa portée, ses conditions de réussite (Rapport Deschênes)*. Montréal.
- Doucet, H. (2001), Décider pour l'autre vulnérable : le défi du curateur public, *Éthique publique*, 3 (1), 9-16.
- Forget, N. (1995). *De la curatelle au Curateur public – 50 ans de protection*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.
- Gratton, G. (2002). Réflexion éthique sur la protection malgré soi, dans Service de la formation permanente Barreau du Québec, éd. *Être protégé malgré soi* : 51-58. Cowansville : Éditions Yvon Blais.
- Lynch, M. (2001). Le curateur public et la protection des personnes vulnérables, un exemple à suivre? *Éthique publique*, 3 (1), 30-41.
- OPTSQ (2002). *Mémoire présenté par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec à l'Office des professions du Québec dans le cadre de la consultation sur le Deuxième Rapport du groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines*. Montréal : OPTSQ.
- OPTSQ (2004a). *La profession de travailleur social et le Curateur public, Document de travail*. Montréal : OPTSQ.
- OPTSQ (2004b). *Guide de pratique professionnelle des travailleurs sociaux en rapport avec les régimes de protection de la personne majeure*. Montréal : OPTSQ.

Travail social et collaboration entre l'école, les familles et la communauté : réflexions sur le chemin parcouru et voies de l'avenir

par

Rollande Deslandes, Ph. D., t. s.

Professeure-chercheure

Département des sciences de l'éducation

Université du Québec à Trois-Rivières

Courriel : rollande.deslandes@uqtr.ca

Reflections on the evolution of the collaboration among the schools, families, and communities, and on the role of school social workers.

Réflexions sur l'évolution de la collaboration entre école, familles et communautés, et rôle des travailleurs sociaux scolaires.

La collaboration entre l'école, les familles et la communauté est maintenant perçue comme une nécessité. Fini le travail en solo. L'heure est à l'union des forces et à l'intégration des services. Les défis auxquels les écoles doivent faire face sont nombreux et complexes. Point besoin de parler de l'accroissement de la pauvreté, de l'immigration et des problèmes de santé physique et mentale des jeunes et de leurs familles (Children's Aid Society, 2001); Deslandes et Bertrand, 2002). Au rayon des mesures recommandées par la réforme de l'éducation québécoise amorcée en 2001 (MEQ, 2001) figurent la participation parentale et l'ouverture vers la communauté. Où en sommes-nous en matière de connaissances dans ces domaines? En parallèle, le service social en milieu scolaire a également connu des mutations. Dans quelle mesure le travailleur social peut-il y mettre à profit son expertise? Jusqu'à quel point des conditions facilitantes au plein exercice de son rôle sont-elles mises en place? C'est dans ce contexte que se situe le présent article.

Dans la première partie, nous ferons état des résultats les plus pertinents en matière de collaboration école-famille-communauté issus des recensions des écrits et des recherches que nous avons surtout nous-même réalisés entre 1994 et 2009. Il s'agit de tracer un bilan de ce qui a été fait et compris afin d'éviter de faire du sur place ou de recommencer le travail déjà effectué. Cette rétrospective ne se veut pas linéaire; elle ne reflète pas non plus un ordre de priorité accordé à certaines problématiques. Elle rapporte plutôt des tentatives de réponses à des problèmes du moment. Dans les deux dernières parties, nous établissons des liens entre l'évolution des connaissances dans ce domaine et l'évolution de la spécificité du service social en milieu scolaire. Considérant certains obstacles à l'exercice du rôle du travailleur social en milieu scolaire, nous émettons la possibilité d'y introduire une diversification dans les voies d'embauche.

Ce que la recherche nous a appris ou confirmé

D'entrée de jeu, mentionnons notre ambivalence à utiliser le concept de partenariat jugeant ce dernier comme une utopie et considérant les concepts de collaboration et de relations plus adéquats (Deslandes, 1999). La motivation à nous consacrer à la problématique de la collaboration école-famille-communauté a été influencée d'abord par la prévalence du taux d'abandon scolaire au Québec, taux qui semble toujours préoccupant pour la société québécoise (MELS, 2007). Ce qui nous a amenée à examiner l'influence de la famille sur les résultats scolaires puis, au fil des années, d'autres indicateurs de la réussite scolaire, comme les aspirations scolaires des jeunes, la prévention des difficultés comportementales, l'adaptation socioscolaire de l'enfant à la maternelle, le développement de l'autonomie de l'adolescent, les méthodes de travail dans les devoirs et les leçons, l'exercice du rôle de citoyen responsable, le déploiement des compétences transversales ou des habiletés de la vie courante, etc. (Deslandes, 2005, 2007; Deslandes et Rousseau,

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 108-117.

2008; Epstein, 2001; Steinberg, 2001). À cet effet, nous nous sommes appuyée sur des modèles théoriques, comme le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), le modèle de l'influence partagée d'Epstein (2001), le modèle contextuel du style parental de Darling et Steinberg (1993), du processus de participation parentale de Hoover-Dempsey et Sandler (1997), du partenariat parents-professionnels de Dunst et al. (1992), pour n'en nommer que quelques-uns.

C'est au cours de ces recherches que nous avons approfondi les travaux menés jusqu'alors sur le rôle de la famille en regard de la réussite éducative. La logistique de présentation de ce bref survol s'inspire des processus de la participation familiale tels que décrits par le Harvard Family Research Project (HFRP, 2007) pour les élèves du secondaire (voir Figure 1). À la suite d'une vaste revue de la documentation pertinente des années 1999 à 2006, l'équipe de chercheurs a conclu que trois groupes de processus familiaux contribuent au développement et à la réussite des jeunes : le rôle du parent éducateur (*parenting*) ou attitudes, valeurs et pratiques des parents dans l'éducation de leurs enfants, les relations école-famille ou liens officiels et informels entre les deux institutions, et les responsabilités reliées aux apprentissages ou aspects du rôle du parent éducateur mettant l'accent sur les activités réalisées à la maison et dans la communauté.

Dans la démarche actuelle, nous retenons les deux premiers processus, le rôle du parent éducateur et les relations école-famille auxquels nous intégrons les relations école-famille-communauté.

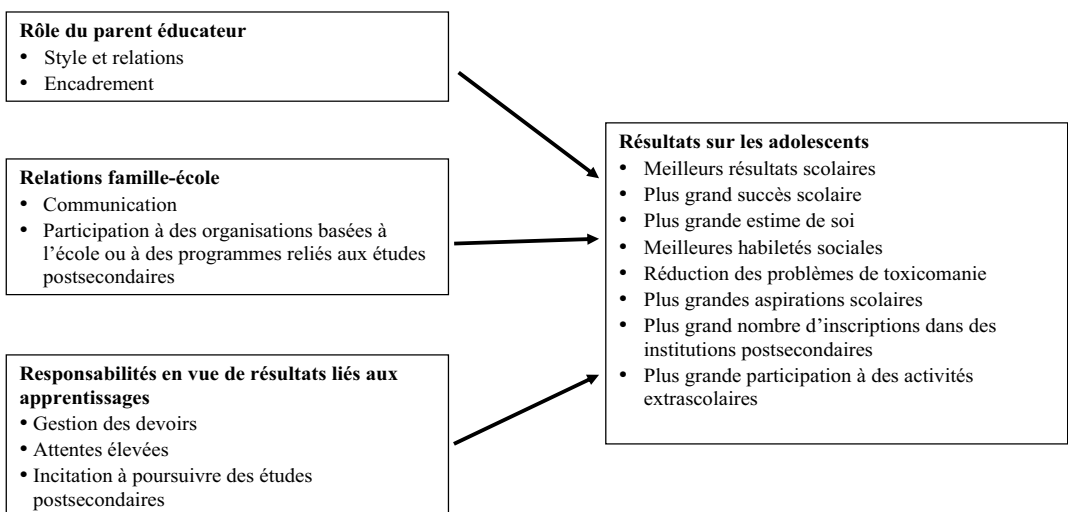
Rôle du parent éducateur

Les résultats de nos études sont fort éloquentes. Fait très encourageant, la relation parent-enfant et parent-adolescent et les pratiques éducatives des parents expliquent davantage la réussite scolaire des jeunes que les caractéristiques familiales, soit la structure familiale (par ex. : famille traditionnelle avec deux parents biologiques et famille non traditionnelle, avec un seul parent biologique), et la scolarité des parents qui est souvent utilisée dans la recherche comme mesure du statut socioéconomique (Deslandes, 2007). Autrement dit, ce que les parents font est plus important que ce qu'ils sont. Voilà qui justifie de regarder du côté des processus familiaux.

Nous comprenons mieux maintenant de quelles façons les parents peuvent promouvoir la réussite éducative de leurs jeunes. Des relations parents-jeunes caractérisées par de la sensibilité et de la chaleur ainsi que par un encadrement et un encouragement à l'autonomie appropriés à la maturité du jeune constituent des atouts considérables. S'ajoutent des pratiques de soutien manifesté par des

Figure 1

Processus d'implication de la famille et résultats auprès des adolescents



Source : Harvard Family Research Project, 2007; traduction libre autorisée.

encouragements, des compliments sincères, de l'aide ponctuelle dans les travaux et des discussions entourant l'école et les projets du jeune. Ces compétences parentales ainsi que l'intérêt montré à l'enfant et à l'adolescent en se rendant à l'école lors de rencontres parents-enseignants ou à titre d'auditoire lors de spectacles ou de représentations dans lesquels les jeunes sont impliqués semblent agir à la fois comme éléments catalyseurs et comme facteurs de protection auprès du jeune (Deslandes, 2007; HFRP, 2007; Hoover-Dempsey et al., 2005).

Comment expliquer que certains parents s'impliquent beaucoup alors que d'autres le font moins? Les parents d'élèves du primaire et d'élèves du secondaire disent s'engager auprès de leur jeune selon deux modes : à la maison et à l'école (Deslandes et Bertrand, 2004, 2005; Hoover-Dempsey et al., 2005; Sheldon, 2002). Par conséquent, gare aux conclusions hâtives relatives au désintérêt et au non-investissement possibles des parents qui ne participent pas à l'école. Nous savons maintenant que, outre les facteurs associés au statut socioéconomique, aux caractéristiques familiales et au contexte familial – disponibilité de temps, d'énergie, santé des parents, etc.– (Green, Walker, Hoover-Dempsey et Sandler, 2007), des variables psychologiques doivent être prises en compte pour expliquer le niveau d'implication des parents, en l'occurrence la compréhension qu'ils ont de leurs responsabilités parentales, leur sentiment de compétence à aider l'enfant et la perception des invitations à participer de la part des enfants et de celle des enseignants. Il est apparu clairement que des interactions positives entre parents et adolescents ainsi qu'entre parents et enseignants pouvaient promouvoir une plus grande participation des parents à la maison et à l'école (Deslandes et Cloutier, 2002; Deslandes et Bertrand, 2005). L'examen des relations entre l'école et les familles s'est vite révélé comme un incontournable, la famille et l'école étant deux institutions clés contribuant à la socialisation des jeunes et à la réussite éducative.

Relations école-famille

Sous cette rubrique se retrouve l'importance d'une communication efficace et bidirectionnelle entre l'école et les familles et du développement de liens qui reposent sur la confiance

mutuelle à la fois comme individus et comme professionnels (Christenson, 2003; Christenson et Sheridan, 2001; Deslandes, Fournier et Rousseau, 2005). Actuellement, les parents et les éducateurs se parlent surtout quand le jeune éprouve des difficultés scolaires. Or, dans le cadre d'une recherche-action menée dans deux écoles primaires et deux écoles secondaires, les parents ont été nombreux à déclarer vouloir être informés quand ça va bien ou quand leur jeune s'est amélioré (Deslandes, 2006). De son côté, la confiance correspond à la pierre angulaire de relations école-famille positives. Elle se développe principalement dans les rapports interpersonnels, comme lors d'occasions d'échanges officiels ou informels sur les progrès, les besoins et les intérêts du jeune.

Une approche basée sur la croyance en la nécessité de partager des buts communs et de travailler ensemble, sur des attitudes de compréhension et de respect des opinions et des points de vue de chacun, sur un climat accueillant et respectueux ainsi que sur la mise en place d'activités visant à soutenir les rôles des parents et des éducateurs, voilà qui résume d'après Christenson et Sheridan (2001) les conditions essentielles pour favoriser des relations école-famille harmonieuses. D'ailleurs, nous avons été en mesure d'observer l'importance de ces conditions de réussite lors de nos travaux sur le terrain. Compte tenu de la grande diversité des jeunes et de leurs familles, il nous a semblé plus crucial que jamais de nous attarder d'abord aux valeurs et aux attentes des uns à l'égard des autres comme première étape à suivre en vue d'établir les bases solides d'une collaboration école-famille fructueuse (Deslandes, 2006).

Relations école-famille-communauté

Au fil des années et tout particulièrement au début des années 2000, force a été de constater l'ampleur et la complexité des problèmes de certains jeunes et de leurs familles (Deslandes et Bertrand, 2002). Outre l'engagement des parents, il est alors apparu nécessaire pour l'école de faire appel à des renforts additionnels provenant de la communauté afin de favoriser davantage les apprentissages et le développement des jeunes et de rendre les communautés plus fortes et plus en santé (Blank, Johnson, Shah et Schneider, 2003). La problématique a

été abordée sous différents angles, en l'occurrence : celui du mouvement des écoles efficaces qui intègre l'implication des familles et de la communauté (Leithwood, 2002); celui de l'approche des apprentissages complémentaires qui fait référence à un réseau de soutien visant le développement cognitif et social optimal des jeunes de la naissance à l'adolescence (HFRP, 2005); celui du mouvement en faveur de l'intégration des services qui vise à rendre les services plus accessibles, à améliorer les études de cas, à mieux coordonner les ressources des services (Adelman, 1996; Deslandes et Bertrand, 2002; Dryfoos et Maguire, 2002); et celui du mouvement en faveur des écoles communautaires qui situe l'école au cœur de la communauté (Blank et al., 2003; CAS, 2001). Nous privilégions cette dernière approche, car elle comprend toutes les autres précédemment mentionnées. Elle inclut plusieurs mesures qui revêtent une importance capitale pour la réussite éducative de tous les jeunes, voire un curriculum exigeant et intéressant, des relations bienveillantes entre jeunes et adultes, des attentes de réussite élevée, la participation parentale, des programmes parascolaires incluant les sports, les arts, le mentorat, etc., des services de prévention, l'engagement communautaire ainsi que la coordination et l'intégration des services existants tant privés que publics (Blank et al., 2003; CAS, 2001). Le modèle d'Adelman (1996) présenté dans un article précédent (Deslandes et Rousseau, 2007) est tout à fait adéquat pour illustrer le continuum d'activités globales et intégrées qui devraient être offertes dans une institution scolaire de type communautaire (ex. : promotion, prévention, protection, récupération, adaptation/réadaptation et intégration/réintégration). Les évaluations des écoles communautaires réalisées jusqu'à maintenant, comme celles du Children's Aid Society (CAS), révèlent, entre autres, des attitudes plus positives en regard de l'école de la part des jeunes, une amélioration des résultats scolaires et une plus grande participation parentale (pour une liste plus exhaustive, Deslandes et Rousseau, 2007). Somme toute, il se dégage de ces écrits la nécessité d'emprunter dorénavant la voie de l'intégration des services, par opposition à celle de la fragmentation des services maintenant jugée inefficace, afin de proposer des

solutions holistiques aux besoins des jeunes et de leurs familles.

Bilan du chemin parcouru

Au cours de ces années, les volets famille et relations école-famille ont été énormément documentés. Les connaissances relatives au rôle de la famille en regard de la réussite éducative ont été approfondies et l'importance de la collaboration école-famille a été bien démontrée ainsi que les attitudes et les habiletés requises de la part des éducateurs et des intervenants afin de favoriser son développement. En d'autres mots, les savoirs et les savoir-être requis sont bien connus. Il est évident que le développement des savoir-faire en matière de collaboration école-famille doit être poursuivi. À cet égard, à la suite de l'identification de quelques lacunes reliées à la formation initiale des enseignants dans ce domaine, des correctifs ont par la suite été apportés dans certaines universités (Deslandes, Fournier et Morin, 2008). Le leadership de l'agent de liaison et celui de la direction d'école, des éducateurs et des intervenants ont été pointés du doigt à titre de leviers indispensables à l'élaboration et à l'implantation d'initiatives reliées à la collaboration école-famille-communauté (Deslandes, 2006).

Cependant, deux interrogations demeurent récurrentes dans le milieu de la pratique :

(1) Comment rejoindre les parents difficiles à atteindre? (2) Quel programme de collaboration école-famille-communauté faut-il choisir? Souvent le commentaire qui suit accompagne la première question : «Ceux qui viennent nous rencontrer sont souvent ceux qu'on n'a pas besoin de voir». Fausse route! Les éducateurs doivent rencontrer tous les parents, même ceux dont les enfants fonctionnent bien sur tous les plans, si l'on veut créer une véritable communauté éducative (Deslandes, 2006). Rappelons que la collaboration école-famille est avant tout une question de relations. D'où l'importance de développer des liens qui reposent sur la confiance comme professionnel et comme individu. Tous les parents ont besoin de renforcement dans ce qu'ils font, qu'ils soient issus de milieux favorisés ou défavorisés et qu'ils aient un enfant ayant des difficultés ou qui réussit bien.

Il existe des recueils de trucs susceptibles de favoriser l'implication des parents comme en témoignent les deux volumes suivants : *101 stratégies pour développer l'engagement des familles* (Constantino, 2008) et *176 façons d'impliquer les parents* (Boult, 2006). Prévoir des rencontres informelles et sociales, des rencontres « neutres » au début de l'année, des invitations à participer à des représentations dans lesquelles les jeunes sont impliqués, des invitations à venir à l'école écrites par l'enfant lui-même, des présentations par l'enfant de son portfolio, voilà autant de stratégies susceptibles de favoriser une plus grande participation des parents.

Parents difficiles à atteindre

Mais que veut-on dire exactement par parents difficiles? Parle-t-on de parents non volontaires à qui l'on veut donner un rôle actif comme lors d'un plan d'intervention par exemple? Dans ce cas, il faut alors se tourner vers le travailleur social dont l'expertise comme agent négociateur est reconnue. Parle-t-on de parents absents? Certes, dans les milieux défavorisés où se retrouvent souvent des parents d'origine immigrante, il peut s'avérer profitable de faire appel à des organisations situées dans la communauté depuis de longues dates afin de servir de ponts relationnels entre l'école et les familles et de catalyseurs de changement. Il devient alors possible de créer un réseautage permettant ainsi aux parents d'apprendre d'abord à se connaître et d'échanger sur des sujets de la vie courante comme préalable à un travail de collaboration éventuel avec les éducateurs et les intervenants (Warren et Hong, 2009). Il importe de préciser que le désengagement parental et le non-volontariat se retrouvent également dans des milieux plus favorisés et en territoire rural. Outre le non-volontariat, le « parent absent » peut également faire référence au parent débordé par les réalités de la vie quotidienne (Green, Hoover-Dempsey, Sandler et Walker, 2007; Hoover-Dempsey et al., 2005). Les visites à la maison, une plus grande flexibilité des horaires de rencontre et l'offre d'un transport et d'un service de gardiennage sont autant de moyens proposés pour promouvoir une plus grande participation des parents.

Ou s'agit-il de parents manifestant des comportements plutôt difficiles, tels le parent querelleur, persécuteur ou bien le parent super performant? Alors, comment intervenir dans de telles circonstances? Des auteurs ont publié des guides pratiques afin de faciliter le travail avec ces parents (Jaksec III, 2003; Whitaker et Fiore, 2001). De leur côté, Smith et Driessen (2009) ont proposé des stratégies afin de mieux utiliser les forces de ces parents pour rendre les moments de contacts plus fructueux et pour créer des points d'affinité susceptibles de faciliter les échanges. Il ne fait nul doute que les savoir-faire et les savoir-être développés par le travailleur social le rendent tout à fait compétent pour intervenir efficacement dans le cadre de ces situations.

Collaboration école-famille-communauté

Quant à la deuxième question relative au choix d'un programme de collaboration école-famille-communauté, il faut se rendre à l'évidence : le mouvement enclenché vers une plus grande ouverture à la communauté ne fera pas marche arrière. Il existe une panoplie de programmes de collaboration école-famille-communauté, comme nous l'avons constaté, à la suite d'une incursion de modèles internationaux (Deslandes, 2009). Certains ont atteint un degré de maturité élevé et ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses dans le temps; d'autres sont de l'ordre de programmes à grande échelle affichant une complexité incontestable, alors que certains sont des programmes à petite échelle et plutôt simples à implanter. Enfin, il existe des programmes à caractère universel ayant une approche globale et des programmes qui adoptent une approche d'intervention ciblée. Nous savons maintenant que tout programme de collaboration école-famille-communauté doit être relié au projet éducatif et au plan de réussite de l'école (Deslandes, 2006). Nous connaissons aussi les étapes à suivre lors de l'élaboration et de l'implantation d'un programme d'activités : détermination des points de départ, étude des besoins, plan d'action, actions et moyens, évaluation et action révisée.

Des auteurs comme Martin (2009) ont observé que les écoles performantes investissent beaucoup de temps et de ressources pour développer une collaboration école-famille-communauté à

caractère universel et qu'elles utilisent une approche personnalisée centrée sur les apprentissages et le développement des élèves. À l'opposé, les écoles moins performantes investissent plus dans des programmes d'intervention ciblée et elles signent un plus grand nombre d'ententes officielles de collaboration avec des organismes externes. En clair, ces écoles utilisent davantage une approche impersonnelle. Dans la même foulée, Linton (2009) suggère d'offrir des services de prévention à la majorité des élèves inscrits dans une même école et des services d'intervention ciblés aux élèves qui risquent d'abandonner l'école et représentent habituellement une faible proportion des élèves inscrits dans une école régulière. Dans de tels cas, ces services à intervention spécifique sont basés sur les évaluations des besoins individualisés et sur les plans d'intervention qui en découlent.

En somme, nous comprenons maintenant l'importance de mettre en place des programmes de collaboration école-famille-communauté à caractère universel qui s'adressent à tous les élèves et à toutes les familles en même temps que des programmes à intervention ciblée pour les élèves à risque. À notre connaissance, en raison de sa formation initiale, hormis le travailleur social, aucun autre professionnel ne possède toutes les compétences nécessaires pour intervenir de façon simultanée sur tous les environnements significatifs pour le jeune. Dans quelle mesure les services sociaux en milieu scolaire ont-ils évolué au cours de ces années? Comment les travailleurs sociaux en milieu scolaire perçoivent-ils leur rôle? Quelles sont les perspectives d'avenir dans un contexte d'adoption d'approche intégrée et de mouvement vers l'école communautaire? C'est ce à quoi nous tenterons de répondre dans la prochaine partie de l'article.

Liens avec le service social en milieu scolaire

Changements sur le plan administratif

Matta (2008) relate avec grande précision les changements de structures administratives au cours de ces années. Des bouleversements administratifs, la profession en a certes connu, allant du transfert des services sociaux scolaires des commissions scolaires vers les Centres de services sociaux (CSS), puis vers les Centres

locaux de services communautaires (CLSC) dans les années 1980 et ensuite vers les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2004. De plus, l'adoption de la logistique de l'approche par programmes (jeunesse-famille, protection de la jeunesse...) a fait en sorte que le service social ne soit plus offert en fonction de lieux de pratique. Le service social scolaire est ainsi devenu «services sociaux» en milieu scolaire.

Ces changements ne se sont pas effectués sans contestation ni sans inquiétude manifestées d'ailleurs par les intervenants en service social scolaire, comme en fait foi le texte de Vallières en 1993. En effet, celle-ci rappelait alors l'histoire du spécifique de l'intervention en milieu scolaire qui avait débuté dans les années 1950. Elle avait alors exprimé ses craintes sur la perte éventuelle de la spécificité du service social en milieu scolaire, voire sur l'expertise des travailleurs sociaux en milieu scolaire.

Rôles des travailleurs sociaux durant les années 2000

Au cours de cette mouvance, deux documents en particulier ont contribué à clarifier les rôles et les tâches du travailleur social : le *Guide pour la pratique des travailleurs sociaux dans le milieu scolaire* de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1997) et *l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* (MEQ-MSSS, 2003). Y sont mentionnés des rôles de facilitateur, de promoteur des droits des élèves, de coordonnateur qui mobilise les ressources et de consultant auprès du personnel de l'école.

D'autres éléments de précision sur la spécificité de leur travail en milieu scolaire sont apportés par les travailleurs sociaux ayant participé à l'étude de Matta (2008). Ainsi, ils considèrent que leur rôle s'articule autour de quatre axes : (1) approche globale basée sur le jeune en interaction avec son environnement socioscolaire; (2) intervention auprès des familles; (3) intervention auprès du milieu scolaire; (4) liens avec les ressources.

L'approche globale requiert une bonne connaissance des environnements significatifs du jeune, à savoir la famille, l'école, la communauté, ainsi qu'une bonne connaissance des

politiques sociales. Dans le cadre de l'intervention familiale, les travailleurs sociaux s'attardent surtout à l'exercice du rôle parental, à la relation parent-enfant et à la dynamique familiale.

L'encadrement parental – la discipline, voire le développement des compétences parentales – correspond à l'objectif principal de leur travail. Quant à l'intervention auprès du milieu scolaire, une bonne proportion des répondants disent diriger les jeunes ayant des troubles de comportement vers d'autres professionnels tels le psychologue, par exemple pour l'évaluation, et le psychoéducateur, pour le suivi. En clair, les travailleurs sociaux perçoivent « les problématiques scolaires comme objet indirect d'intervention » (Matta, 2008 : 67) nécessitant de leur part des interventions auprès de la famille et des activités de prévention. Autrement dit, les problématiques scolaires ne sont pas une spécificité de l'action des travailleurs sociaux en milieu scolaire. Ce constat semble différer de celui de Turcotte (1993) qui décrivait les problèmes de fonctionnement à l'école comme faisant partie de l'action des travailleurs sociaux en milieu scolaire. Est-ce là un signe de la perte d'une partie de la spécificité du travail social en milieu scolaire survenue au cours des 15 dernières années?

En revanche, les travailleurs sociaux disent aider davantage le milieu scolaire à comprendre les besoins des jeunes et de leurs familles, jouant ainsi un rôle de médiateur, de négociateur entre l'école et les familles. Quant aux liens avec les ressources, il est évident que leurs connaissances relatives aux ressources gouvernementales et communautaires et aux lois sociales les placent dans une position privilégiée pour pouvoir informer, orienter et développer une concertation entre les membres d'une équipe multidisciplinaire ou d'une équipe-école et le réseau communautaire.

En fait, si l'on fait l'arrimage entre les processus reliés aux aspects du rôle du parent éducateur et aux relations entre l'école, les familles et la communauté discutés précédemment et les quatre axes d'intervention du travailleur social en milieu scolaire, il ne fait aucun doute que celui-ci est l'intervenant le plus apte à intervenir au carrefour des multiples interfaces familiales, scolaires et sociales. Qui plus est, il apparaît comme une ressource incontournable

à titre de médiateur, de négociateur, de mobilisateur, de coordonnateur et de consultant (Deslandes et Rousseau, 2007).

Ouverture vers les voies de l'avenir

Deux préoccupations majeures relatives à la pratique du service social en milieu scolaire se dégagent néanmoins des propos recueillis par Matta (2008). La première porte sur la surcharge de travail qui incombe aux travailleurs sociaux, occasionnée par une réduction du personnel et une affectation dans plusieurs écoles. Ce qui a comme conséquence de les obliger à reléguer au second plan leur rôle en intervention primaire, soit avant que n'apparaissent les problèmes, et leur rôle d'agent de changement auprès de l'équipe-école. Le manque de temps et de visibilité les empêche de jouer pleinement ces deux rôles qui leur sont pourtant attribués (Matta, 2008). Concrètement, les travailleurs sociaux scolaires se retrouvent aux prises avec de longues listes d'attentes d'enfants et de familles en difficulté auxquelles ils doivent d'abord répondre avant d'entreprendre des activités visant à prévenir l'apparition de ces problèmes. Le fait de desservir plusieurs écoles simultanément leur laisse peu de temps dans une même institution scolaire pour développer une vision globale et un réseautage d'appuis suffisamment large pour mobiliser le milieu en vue de changements.

La deuxième préoccupation est reliée à la méconnaissance ou à la confusion concernant leur spécificité par certains autres professionnels. Ces faits expliquent l'empiétement de ces disciplines sur les fonctions du travailleur social et peut-être même une reconnaissance moindre de leur expertise sur le plan des problèmes de fonctionnement scolaire (Turcotte, 1993). Par exemple, l'on sait fort bien que les intervenants sociaux en CLSC regroupant travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs, organisateurs communautaires sont appelés à exécuter des tâches semblables. Selon Barbeau et Larivière (2002, cités dans Matta, 2008), il devient alors difficile de préciser la spécificité de chacune des professions, laissant ainsi la porte ouverte à la compétition pour obtenir davantage de reconnaissance.

Autour de ces deux préoccupations surgissent deux nécessités. D'abord, celle de s'affirmer et

de prendre sa place en tant que professionnel porteur d'une vision de complémentarité entre le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux, vision fondamentale pour une intégration des services (services de santé physique et mentale, services sociaux, etc.) en vue d'améliorer le fonctionnement des jeunes et de leurs familles. En ce sens, le travailleur social en milieu scolaire aura forcément besoin de l'appui indéfectible de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Campagnes de sensibilisation auprès des réseaux concernés, des milieux professionnels et de la population en général, diffusion de documents officiels mis à jour portant sur la spécificité du travail social en milieu scolaire sont quelques-uns des moyens susceptibles de mieux faire connaître l'expertise et les champs d'action du travailleur social. S'ajoutent les recommandations de Vallières (1993) qui s'avèrent des moyens toujours actuels, comme l'accès à des lieux de ressourcement, d'échanges professionnels et collectifs avec des professionnels semblables. Les universités œuvrant sur le plan de la formation des travailleurs sociaux devront également contribuer en publicisant davantage la qualité de la formation offerte et en incitant fortement les travailleurs sociaux à poursuivre des études de cycles supérieurs afin d'accroître leurs qualifications.

Pour ce qui est de la lourdeur de la tâche et de l'affectation dans plusieurs écoles, un cri d'alarme doit être lancé aux gestionnaires par les travailleurs sociaux désireux de faire aussi de l'intervention primaire (de prévention) et d'agir à titre d'agent de changement. N'est-ce pas la même alerte qu'avait sonnée Vallières il y a 15 années de cela? Évidemment, il faudra prévoir une augmentation considérable du nombre de nouveaux postes à titre de travailleur social dont la tâche est affectée par libellé à du service social en milieu scolaire. Toutefois, jusqu'à quel point cette mesure est-elle réaliste en temps de compressions budgétaires et de récession? Peut-être le temps est-il venu de songer à deux voies d'embauche ou deux portes d'entrée pour les travailleurs sociaux désireux de travailler avec le milieu scolaire : la première, présentement en vigueur, au sein de programmes tels que jeunesse-famille et protection de la jeunesse, et l'autre, directement par le

milieu scolaire. Cette dernière voie, bien qu'elle soit caractérisée par des emplois à statut précaire reliés à des projets particuliers permettrait à un certain nombre de travailleurs sociaux de faire de la prévention primaire et d'agir comme agents de liaison, coordonnateurs de ressources, agents facilitateurs et négociateurs entre les élèves, leurs parents et la communauté. C'est l'embauche priorisée de travailleurs sociaux dans le cadre de projets particuliers, croyons-nous, qui permettra à un plus grand nombre d'entre eux d'exercer le plein exercice de leur leadership en matière d'intégration des services. Sans vouloir jouer le rôle d'alarmiste, il se peut qu'il soit minuit moins cinq pour les travailleurs sociaux désireux de maintenir leur expertise et leur spécificité en milieu scolaire. Selon un intervenant de la région de Québec (CSSSVC), «il est déjà minuit puisque les travailleurs sociaux ont été retirés de certaines écoles secondaires en juin 2009, et ce, malgré l'opposition des directions d'école».

Descripteurs :

Prédiction du succès scolaire // Famille et école // Relations école-collectivité // Service social scolaire - Québec (Province) - Histoire

Prediction of academic success // Home and school // Community and school // School social work - Quebec (Province) - History

Références

- Adelman, H. S. (1996). Restructuring education support services and integrating community resources: Beyond the full service school mode, *School Psychology Review*, 25 (4), 431-445.
- Blank, M. J., Johnson, S. D., Shah, B. P., & Schneider, N. (2003). *Making the difference: Research and practice in community schools*. Washington, DC: Coalition for Community Schools.
- Boult, B. (2006). *176 ways to involve parents. Practical strategies for partnering with families*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Children's Aid Society (2001). *Building a community school*. New York.
- Christenson, S. L. (2003). The family-school partnership: An opportunity to promote the learning competence of all students, *School Psychology Review*, 33 (1), 83-104.
- Christenson, S. L., & Sheridan, S. M. (2001). *Schools and families: Creating essential connections for learning*. New York: Guilford Press.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model, *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.
- Constantino, S. M. (2008). *101 ways to create real family engagement*. Galax, VA: ENGAGE! Press.
- Deslandes, R. (1999). Une visée partenariale dans les relations entre l'école et les familles : complémentarité de trois cadres conceptuels, *Revue internationale de l'éducation familiale*, 3 (1 et 2), 30-47.
- Deslandes, R. (2005). Réussite scolaire : déterminants et impact des relations entre l'école et la famille, dans L. Deblois et D. Lamothe (dir.). *La réussite scolaire. Comprendre et mieux intervenir* : 223-236. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Deslandes, R. (2006). Designing and implementing school, family and community collaboration programs in Quebec, Canada, *The School Community Journal*, 16 (1), 81-105.
- Deslandes, R. (2007). Rôle de la famille, liens école-famille et résilience scolaire», dans J. P. Pourtois et B. Cyrulnik (Dir.). *École et Résilience* : 270-295. Paris : Odile Jacob.
- Deslandes, R. (2009, Dir.). *International perspectives on contexts, communities and evaluated innovative practices. Family-school-community partnerships*. London and New York: Routledge.
- Deslandes, R., et Bertrand, R. (2002). Une meilleure harmonisation des services offerts aux jeunes à risque et à leur famille : que savons-nous? *Santé mentale au Québec*, XXVII (2), 136-153.
- Deslandes, R., et Bertrand, R. (2004). Motivation des parents à participer au suivi scolaire de leur enfant au primaire, *Revue des sciences de l'éducation*, 30 (2), 411-434.
- Deslandes, R., & Bertrand, R. (2005). Parent involvement in schooling at the secondary level: Examination of the motivations, *The Journal of Educational Research*, 98 (3), 164-175.
- Deslandes, R., & Cloutier, R. (2002). Adolescents' perception of parental school involvement, *School Psychology International*, 33 (2), 220-232.
- Deslandes, R., Fournier, H., & Morin, L. (2008). Evaluation of a school, family and community partnerships program for preservice teachers in Québec, Canada, *The Journal of Educational Thought*, 42 (1), 27-51.
- Deslandes, R., Fournier, H., & Rousseau, N. (2005). Relations of trust between parents and teachers of children in elementary school. In R.-A. Martinez-Gonzalez, H. Pérez-Herrero & B. Rodriguez-Ruiz. *Family-school-community partnerships, merging into social development*: 213-232. Oviedo, Spain: Publica: Grupo SM.
- Deslandes, R., et Rousseau, M. (2007). L'école communautaire et le rôle du travailleur social, *Intervention*, 126, 84-94.
- Deslandes, R., & Rousseau, M. (2008). Long-term students' management strategies and parental involvement in homework at the elementary level, *International Journal about Parents in Education*, 2 (1), 13-24.
- Dryfoos, J., & Maguire, S. (2002). *Inside full-service community schools*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Dunst, C. J., Johanson, C., Rounds, T., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1992). Characteristics of parent-professional partnerships. In S. L. Christenson & J. C. Conoley (Eds.). *Home-school collaboration : Enhancing children's academic and social competence*: 157-174. Maryland: The National Association of School Psychologists.
- Epstein, J. L. (2001). *School, family, and community partnerships: Preparing educators and improving schools*. Boulder, CO: Westview Press.
- Green, C. L., Walker, J. M. T., Hoover-Dempsey, K. V., & Sandler, H. M. (2007). Parents' motivations for involvement in children's education: an empirical test of a theoretical model of parental involvement, *Journal of Educational Psychology*, 99 (3), 532-544.
- Harvard Family Research Project (2005). «Complementary learning». In Harvard Family Research Project. *Site de HFRJ*. Extrait du site le 23 octobre 2007 : <http://www.gse.harvard.edu/hfrp/projects/complementary-learning.html>.

- Harvard Family Research Project (2007). «Family involvement in middle and high school students' education». In *Harvard Family Research Project*, 3, 1-12. Site de HFRJ. Extrait du site le 15 juin 2009 : <http://www.hfrp.org/publications-resources/publications-series/family-involvement-makes-a-difference/family-involvement-in-middle-and-high-school-students-education>.
- Hoover-Dempsey, K. V., & Sandler, H. M. (1997). Why do parents become involved in their children's education? *Review of Educational Research*, 67 (1), 3-42.
- Hoover-Dempsey, K. V., Walker, J. M. T., Sandler, H. M., Whetsel, D., Green, C. L., Wilkins, A. S., & Closson, K. (2005). Why do parents become involved? Research findings and implications, *The Elementary School Journal*, 106 (2), 105-130.
- Jaksec III, C. M. (2003). *The confrontational parent. A practical guide for school leaders*. Larchmont, NY: Eye on Education.
- Leithwood, K. (2002). Organizational conditions to support teaching and learning. In W. D. Hawley & D. L. Rollie (Ed.). *The keys to effective schools*: 97-110. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Linton, D. (2009). *Effectiveness of the communities in schools (CIS). Model of integrated student services in achieving school level outcomes*. Communication présentée à l'American Educational Research Association Annual Meeting (AERA), San Diego, CA, (15 avril).
- Martin, J. D. (2009). *How school practices to promote parental involvement influence student success. Research Report*, Claremont, CA. Extrait du site le 19 avril 2009 : <http://www.capta.org/sections/programs/downloads/SchoolPracticesSuccess.pdf>.
- Matta, H. (2008). *Service social scolaire et multidisciplinarité*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2001). *Programme de formation de l'école québécoise, éducation préscolaire et enseignement primaire*. Version approuvée. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). «Décrochage et retard scolaires : caractéristiques des élèves à l'âge de 15 ans. Analyse des données québécoises recueillies dans le cadre du projet PISA/EJE : rapport d'étude». Site du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Extrait du site le 27 juin 2009 : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/46636>.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1997). *Guide pour la pratique des travailleurs sociaux dans le milieu scolaire*. Montréal : OPTSQ.
- Sheldon, S. B. (2002). Parents' social networks and beliefs as predictors of parent involvement, *Elementary School Journal*, 102 (4), 301-316.
- Smith, F., & Driessen, G. (2009). Creating effective family-school partnerships in highly diverse contexts: Building partnership models and constructing parent typologies. In R. Deslandes (dir.). *International Perspectives on Contexts, Communities and Evaluated Innovative Practices*: 64-81. New York and London: Routledge.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Adolescent-parent relationships in retrospect and prospect, *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-20.
- Turcotte, D. (1993). L'inadaptation scolaire : au-delà des explications déterministes, *Intervention*, 95, 6-20.
- Vallières, M. (1993). Le service social scolaire : une spécificité à défendre et à promouvoir dans l'actuelle réforme des services sociaux et de santé, *Intervention*, 95, 41-45.
- Warren, M. E., & Hong, S. (2009). More than services: community organising and community schools. In R. Deslandes (Ed.). *International perspectives on contexts, communities and evaluated innovative practices*: 177-188. London and New York: Routledge.
- Whitaker, T., & Fiore, D. J. (2001). *Dealing with difficult parents and with parents in difficult situations*. Larchmont, NY: Eye on Education.

De l'invisible au visible : les enfants exposés à la violence conjugale¹

par
Isabelle Côté, M.s.s., t.s.
Chargée de cours
École de service social
Université Laval
Courriel : kotisa@hotmail.com
Geneviève Lessard, Ph. D., t.s.
Professeure agrégée
École de service social
Université Laval
Codirectrice du CRI-VIFF

Children exposed to domestic violence:
evolution of knowledge and practices.

Enfants témoins ou exposés à la violence
conjugale : évolution des connaissances et
des interventions.

Préoccupés par les besoins et l'aide à apporter aux femmes victimes de violence conjugale et aux hommes ayant des comportements violents, chercheurs et intervenants ont longtemps ignoré la réalité des enfants exposés. D'invisibles qu'ils étaient, les enfants exposés, initialement nommés enfants témoins ou victimes, sont devenus graduellement plus visibles vers la fin des années 1980 comme en témoignent les recherches et les écrits à leur sujet. À l'instar des femmes victimes de violence conjugale, les enfants exposés ont bénéficié, entre autres, de la contribution de groupes de militantes féministes pour que leur réalité puisse être reconnue socialement et politiquement.

Le 40^e anniversaire de la revue *Intervention* est une occasion privilégiée de faire des bilans et dégager des perspectives. C'est dans cette

optique que nous proposons une rétrospective, avant tout québécoise, des principales étapes franchies dans la reconnaissance de ce problème social qu'est l'exposition à la violence conjugale. Parmi celles-ci, mentionnons, d'une part, l'évolution des politiques et de la législation, le développement des connaissances reliées à la problématique, l'émergence de pratiques spécifiques pour les enfants exposés et l'évaluation de ces dernières. D'autre part, comme l'intervention auprès des enfants exposés implique de nombreux acteurs en provenance de secteurs variés, les années de pratique et de recherche auprès des enfants exposés pointent de plus en plus vers la nécessité et la pertinence de l'intersectorialité. Cet enjeu est examiné, de même que les controverses qui peuvent survenir lors de la collaboration entre les partenaires ainsi que les solutions envisagées pour résoudre ces controverses. Nous soulevons, en terminant, des questionnements et des pistes de recherche pour la prochaine décennie.

Les enfants exposés ont une histoire

Les enfants exposés sont demeurés longtemps la face cachée de la violence conjugale. Chénard (1994 : 114) explique que « la violence envers les enfants et la violence familiale étaient analysées comme deux situations indépendantes l'une de l'autre dans leurs manifestations, quoiqu'associées dans le processus d'acquisition de modèles et de reproduction de ces modèles ». Les premières recherches nord-américaines démontrant la simultanéité entre ces deux univers ont été réalisées il y a moins de 25 ans (Fantuzzo et Lindquist, 1989; Giles-Sims, 1985; Jaffe, Hurley et Wolfe, 1990; Kérouac, Taggart et Lescop, 1986). Ces études ont été faites auprès des mères lors de l'utilisation de services d'hébergement ou en post-hébergement, et non auprès de la population générale ou directement auprès des enfants exposés. Les données sur la prévalence de la problématique de même que sur la nature et l'ampleur de ses conséquences sur la santé et le comportement des enfants étaient alors très

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 118-127.**

fragmentaires. À titre d'exemple, en 1986, la revue *Intervention* a publié un numéro (75) entièrement consacré à la violence conjugale. Les articles traitaient exclusivement des interventions auprès des femmes victimes et des hommes violents; il n'était question des enfants que sous l'angle de la protection qui leur était offerte lorsqu'ils accompagnaient leurs mères en maison d'hébergement. Cela reflète bien à quel point la problématique demeurait, à ce moment-là, méconnue. Les enfants avaient alors principalement un statut d'enfants à garder. Bien qu'on «reconnais(sait) théoriquement qu'ils vi(vaient) beaucoup d'inquiétude et d'insécurité, les interventions demeur(aient) centrées sur la mère, les enfants (avaient) une place peu précise et pas d'identité propre» (Thériault et Vachon, 1986 : 50). Ce constat navrant allait heureusement changer. Trois ans plus tard, toujours dans *Intervention*, paraît la description d'une expérience de groupe auprès d'enfants témoins ou victimes de violence conjugale (Alarie et Rose, 1989), qui fut suivie de quelques autres projets québécois.

Les années 1990 à nos jours marquent un essor considérable dans le développement des connaissances sur les conséquences de la violence conjugale sur les enfants exposés et sur les interventions qui leur sont destinées. Cette progression est le résultat de l'apport inestimable du monde de la recherche. Sans préjudice à l'égard des autres centres de recherche sur la question des enfants exposés, soulignons la contribution significative de deux centres de recherche canadiens², soit le Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children en Ontario et, au Québec, le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF). Le nombre imposant de publications de ces centres tant sur la problématique des enfants exposés que sur les programmes d'intervention et sur leur évaluation en témoignent éloquentement. On remarque que l'évolution des connaissances entourant la violence conjugale et la situation des enfants exposés est liée à différentes perspectives théoriques (féministe, systémique, écologique, apprentissage social, etc.). Même si aucun de ces modèles théoriques ne fait l'unanimité, reconnaissons qu'au Québec, l'analyse féministe occupe une place prépondérante. Celle-ci

soutient que les valeurs véhiculées par la société patriarcale encouragent la prise de pouvoir par les hommes au sein des institutions familiales et sociales et la violence envers la conjointe ou les enfants (Prud'Homme, 1994.) L'analyse féministe allait contribuer de façon notoire au contenu de la politique gouvernementale en matière de violence conjugale.

Enfin, pour vraiment faire leur place dans l'univers complexe de la violence conjugale, les enfants exposés avaient besoin d'une reconnaissance politique officielle. Ce tournant majeur se produit en 1995 lorsque le gouvernement du Québec énonce la *Politique québécoise en matière d'intervention en violence conjugale*. On y retrouve, bien entendu, une définition de la violence conjugale.

«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. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie» (Gouvernement du Québec, 1995a : 23).

L'adoption de cette politique constitue un fait marquant de l'histoire québécoise eu égard à la problématique des enfants exposés puisqu'elle permet enfin à ceux-ci de sortir de l'ombre, ils ne sont plus ignorés comme le démontre l'énoncé suivant :

«Dans un contexte de violence conjugale, les enfants subissent les effets négatifs de la situation. Qu'ils assistent ou non aux actes de violence, ils sont toujours affectés par le climat de violence. Les enfants sont donc victimes de cette violence même lorsqu'elle n'est pas dirigée vers eux (Gouvernement du Québec, 1995a : 23)».

Depuis, cette politique a généré deux plans d'action en violence conjugale où sont intégrés des objectifs précis en matière de sécurité, de maintien et de développement de services préventifs et curatifs pour les enfants exposés. L'accent est mis sur la collaboration entre les partenaires en provenance des différents secteurs sociaux et juridiques pour atteindre les objectifs fixés (Gouvernement du Québec, 1995b, 2004). Plus récemment, dans le cadre de

la refonte de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ), le gouvernement québécois reconnaissait, à l'instar de six autres provinces canadiennes avant lui, les mauvais traitements psychologiques (article 38c), incluant l'exposition à la violence conjugale ou familiale, comme motifs de signalement (Gouvernement du Québec, 2006).

Un tour d'horizon du développement des connaissances

Une définition en constante évolution

L'évolution des connaissances au sujet de l'exposition à la violence conjugale est indéniable. L'élargissement de la compréhension de ce problème social en est une preuve éloquente. Comprise d'abord comme le fait qu'un enfant ait été présent pendant l'épisode de violence entre ses parents (ou la mère et un nouveau conjoint), chercheurs et intervenants s'entendent maintenant pour définir l'exposition à la violence conjugale comme faisant référence aux enfants qui sont tant des témoins indirects que directs de scènes de violence conjugale. En effet, les enfants qui constatent les effets de la violence, par exemple les blessures subies par leur mère ou sa détresse psychologique, la visite des policiers, les objets cassés, sont aussi maintenant considérés comme des enfants exposés à la violence conjugale (Lessard et Paradis, 2003; Sudermann et Jaffe, 1999).

On considère aussi que les enfants peuvent vivre des agressions verbales ou physiques pendant les scènes de violence conjugale ou à d'autres moments, on parle alors de concomitance de la violence conjugale et des mauvais traitements à l'égard des enfants (Appel et Holden, 1998). De plus, on reconnaît maintenant que l'exposition à la violence conjugale ne se termine pas nécessairement avec la rupture et qu'elle se présente aussi après la séparation, surtout au moment de l'échange des enfants (Rinfret-Raynor, Dubé, Drouin, Maillé et Harper, 2008). Si l'exposition à la violence conjugale est maintenant reconnue comme une forme de maltraitance psychologique, elle se distingue par la présence dans la dynamique familiale de trois manifestations spécifiques soit : une forme de terrorisme, une forme de corruption ainsi qu'une forme d'isolement pour l'enfant (Fortin, Vaillant, Dupuis et

Préfontaine, 2005). En effet, voir son parent violenté est aussi traumatisant pour l'enfant que d'être victime lui-même. Il vit de la peur et même de la terreur tant pour sa propre sécurité que celle du parent dont il dépend pour ses besoins et sa protection. L'enfant exposé à la violence conjugale reçoit aussi le message insidieux que la violence est un mode de relation acceptable entre les personnes et un mode efficace de résolution de conflits. Enfin, l'enfant exposé peut subir le même isolement que la victime, soit par crainte ou parce qu'il a honte de la situation et veut la garder secrète (Fortin, Vaillant, Dupuis et Préfontaine, 2005).

Ils sont (trop) nombreux

Connaître exactement le nombre d'enfants exposés à la violence conjugale s'avère très difficile et l'ampleur de cette problématique est sans aucun doute sous-évaluée. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce fait, par exemple les méthodologies de recherche utilisées et le tabou social et familial entourant encore la violence conjugale. On constate cependant une avancée intéressante dans la provenance des données. En plus des ressources d'hébergement, des statistiques sont maintenant disponibles auprès de la population générale et des services de police. Au Canada, l'*Enquête sociale sur la victimisation* (Statistique Canada, 2004) qui a rejoint 24 000 adultes, hommes et femmes interrogés au hasard, révèle que 29% des Canadiennes et 25% des Québécoises affirment avoir été victimes d'au moins une agression physique ou sexuelle en contexte conjugal. On mentionne aussi que 7% des femmes ont craint pour leurs enfants pendant la scène de violence et 40% indiquent qu'un enfant avait entendu ou vu l'acte ou la menace de violence (Cunningham et Baker, 2007). D'autres chercheurs évaluent qu'environ 800 000 enfants canadiens sont exposés à la violence conjugale (Jaffe et Poisson, 2000). Au Québec, le ministère de la Sécurité publique compile, depuis 1999, les données sur la présence d'enfants dans les situations de criminalité en contexte de violence conjugale. Le rapport pour l'année 2007 fait état de 17 343 infractions contre la personne, en majorité des femmes, commises dans un contexte conjugal; 1 628 autres victimes étaient présentes lors des scènes de violence et le tiers de celles-ci étaient des jeunes, majoritairement

les enfants de l'agresseur (Sécurité publique du Québec, 2008). Selon l'étude d'incidence canadienne sur les mauvais traitements envers les enfants réalisés en 2003, l'exposition à la violence conjugale constituée, après la négligence, la deuxième forme de mauvais traitements, elle toucherait 6,17 enfants sur 1 000 (Trocmé et al., 2005). Une méta-analyse réalisée auprès de populations cliniques par Appel et Holden (1998) situe à 40 % le taux médian de concomitance entre l'exposition des enfants à la violence conjugale et le fait de subir directement des mauvais traitements. Considérant que cette étude examinait seulement les recherches portant sur la violence physique, on peut penser que la prise en compte d'autres formes de violence conjugale et de maltraitance conduirait à un taux de concomitance encore plus élevé.

Au-delà des statistiques, il y a la réalité complexe et souffrante des enfants exposés. Des chercheurs soulignent que, bien qu'ils soient nombreux, la situation des enfants exposés est encore trop peu étudiée en comparaison des autres formes de maltraitance (Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith et Jaffe, 2003). Toutefois, les recherches réalisées jusqu'à présent ont contribué à une meilleure compréhension et à une plus grande visibilité de ce problème social, soutenant ainsi les interventions auprès de ces enfants et de leurs parents.

Un contexte bien particulier

Les connaissances théoriques et pratiques témoignent que l'univers familial dans lequel évolue l'enfant exposé à la violence conjugale est non seulement complexe mais aussi malsain pour son développement. Tempête, guerre, champ de mines, enfer sont des métaphores souvent utilisées par les enfants et les intervenants pour décrire le climat familial altéré par la violence conjugale. L'enfant exposé vit de l'intérieur la violence qui sévit entre deux personnes qui lui sont chères, et qui sont ses premiers modèles de socialisation, ses parents. Il est soumis lui aussi aux différentes étapes du cycle de violence : climat de tension, explosion, justification-déresponsabilisation et rémission ou lune de miel (Côté, Dallaire et Vézina, 2005). Les intervenants constatent que les enfants vivent une gamme d'émotions qui varient selon l'évolution de la dynamique de violence. La crainte et même l'anxiété se manifestent

lorsque la tension s'installe; puis surgissent la peur, la terreur, l'impuissance lors de l'explosion; le soulagement mais aussi l'ambivalence et l'incompréhension accompagnent souvent l'étape de la justification-responsabilisation; enfin, l'espoir que la violence ne se répètera plus est une émotion très présente chez l'enfant pendant la période de lune de miel (Côté et al., 2005). Les chercheurs commencent à interroger l'influence possible des étapes du cycle de la violence sur les émotions éprouvées par les enfants et sur les différents rôles que l'enfant exposé peut jouer (pacificateur, bouc émissaire, sauveur, protecteur, etc.) au sein de sa famille, bien que les hypothèses à ce sujet restent à documenter (Lessard et al., 2009).

Des conséquences démasquées

Les conséquences de l'exposition à la violence conjugale sur les enfants et les adolescents sont nombreuses, variées et peuvent être vécues à court, moyen et long terme (Cunningham et Baker, 2007; Sudermann et Jaffe, 1999; Lessard et Paradis, 2003). Les difficultés d'adaptation sont aussi plus présentes chez ces derniers que chez les enfants vivant dans un environnement familial non violent (Bourassa, 2006). Les effets sont observés sur les plans physique, affectif, comportemental, cognitif et scolaire.

« Sur le plan de la *santé physique*, les enfants/adolescents peuvent avoir des troubles de l'alimentation et du sommeil, des maux de tête, de cœur, de ventre. Certains sont blessés accidentellement pendant les épisodes de violence, d'autres sont agressés directement ou négligés et des décès d'enfants par homicide sont également rapportés. On note aussi des conséquences sur l'*équilibre émotionnel* des enfants/adolescents (impuissance, ambivalence, anxiété, conflit de loyauté ou culpabilité). Des jeunes développent des *troubles intérieurs* (manque d'estime de soi, timidité, idées suicidaires) et des *troubles extérieurs* (opposition, abus de drogues ou d'alcool, fugue, cruauté envers les animaux). Des *problèmes cognitifs et scolaires* sont aussi observés (inattention, déficience des habiletés verbales, intellectuelles ou motrices, difficultés de concentration, baisse soudaine des résultats scolaires, décrochage scolaire) » (Fortin, Côté, Rousseau et Dubé, 2007 : 35).

Des auteurs mentionnent que de nombreux enfants exposés en bas âge à des actes graves

de violence conjugale peuvent souffrir du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson et Von Eye, 2006; Lessard et Paradis, 2003; Sudermann et Jaffe, 1999). Le SSPT est un ensemble de réactions puissantes face à un évènement stressant surtout si la vie est menacée. Rappelons que lors des situations éprouvantes de violence conjugale, des enfants craignent non seulement pour la vie de leur mère mais aussi pour leur propre vie. Une autre conséquence, et non la moindre, suggère que l'exposition à la violence conjugale augmente le risque de vivre des relations intimes violentes à l'adolescence et dans la vie adulte (Riou, Rinfret-Raynor et Cantin, 2003). Il importe de souligner que les conséquences répertoriées sont encore plus denses lorsque l'enfant évolue dans un contexte où cohabitent la violence conjugale et la maltraitance (Lessard et Paradis, 2003).

Des incontournables : les facteurs de risque et de protection

Naturellement (et heureusement ajouterions-nous), tous les enfants exposés ne présentent pas l'ensemble de ces réactions, et la sévérité de celles-ci peut varier d'un enfant à l'autre. De plus, certains enfants se développent relativement bien malgré l'exposition à la violence conjugale (Lessard et al., 2009). Ces constats sont redevables aux recherches récentes et encore fragmentaires qui, particulièrement depuis la fin des années 1990, documentent les facteurs de protection et les facteurs de risque susceptibles d'influencer l'adaptation de l'enfant exposé. La perspective écologique est largement utilisée pour cerner ces facteurs. Ce modèle tient compte de l'individu et des autres systèmes sociaux qui composent l'environnement de la personne, de l'interrelation entre ses différents systèmes et de l'influence qui est exercée sur la personne et sa situation (Bronfenbrenner, 1979). Dans un contexte de violence conjugale, ces éléments sont liés aux caractéristiques de l'enfant et à celles de la famille, aux caractéristiques parentales et à celles de l'environnement social. Par exemple, un enfant en bas âge qui s'exprime peu verbalement, qui ne fréquente pas un milieu de garde et dont la famille est isolée socialement est très vulnérable à l'égard du stress que repré-

sente l'exposition à la violence conjugale. Ses réactions peuvent être variées et avec un degré de sévérité qu'il faudra évaluer avec circonspection. Tout au long des interventions auprès des enfants exposés (dépistage, évaluation des effets, intervention), les intervenants doivent donc constamment jongler avec l'équation suivante : un nombre élevé de facteurs de risque et peu de facteurs de protection contribuent à exacerber les difficultés vécues par l'enfant exposé à ce traumatisme (Fortin et al., 2007). De plus, autre constat inquiétant et sans équivoque : « la fréquence, la durée et la gravité de la violence à laquelle l'enfant a été exposé influent évidemment sur la nature et la gravité de ses conséquences » (Lessard et al., 2009 : 87), d'où la nécessité d'intervenir très précocement pour détecter la violence conjugale et offrir une aide adaptée aux besoins spécifiques des enfants exposés ainsi qu'à ceux de leurs parents.

Des milieux et des interventions diversifiées pour répondre aux besoins des enfants exposés et de leurs parents

Comme mentionné précédemment, les plans d'action en violence conjugale (Gouvernement du Québec, 1995b, 2004) stipulent que les interventions à l'égard des enfants exposés doivent être d'ordre préventif et curatif et concerner l'ensemble des acteurs impliqués auprès des enfants exposés. Avant même ces orientations politiques, de nombreuses initiatives d'aide avaient cours dans les milieux communautaires et institutionnels mais tout comme les enfants exposés, elles étaient discrètes, dans l'ombre. L'importante étude de Turcotte, Beaudoin et Pâquet-Deehy (1999) a mis en lumière les pratiques des maisons d'aide et d'hébergement (MH), des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres jeunesse (CJ) québécois. Cette recherche a rejoint près de 200 intervenantes et intervenants œuvrant dans 146 établissements des réseaux public et communautaire. Elle a permis de dresser un tableau des interventions, pour l'année 1997, auprès des enfants et des adolescents exposés. De nombreuses pratiques ont été répertoriées et divisées en trois catégories soit : l'aide individuelle, les pratiques spontanées lors du déroulement des activités quotidiennes dans les MH et les pratiques de groupe. Pour cette dernière

catégorie, on ne recensait que 11 pratiques alors qu'on anticipait un nombre plus élevé. Certaines interventions recensées étaient également dirigées vers les mères mais très peu vers les pères. La perspective féministe sous-tendait la majorité des interventions (Turcotte et al., 1999). Ce tableau a-t-il beaucoup changé au cours de la dernière décennie? Difficile de répondre puisqu'aucune réplique de cette étude n'a été effectuée. Cependant, une recherche en cours, menée par Rinfret-Raynor et Brodeur permettra de jeter un nouveau regard sur l'évolution des services offerts dans les MH et les organismes pour les conjoints ayant des comportements violents. Cette recherche, qui couvre les périodes 2002-2003 et 2008-2009, éclairera certainement les pistes d'action à prioriser au cours des prochaines années.

Certains changements organisationnels sont toutefois susceptibles d'avoir exercé une influence sur les services offerts aux enfants. D'abord, mentionnons que, depuis 1995, le réseau des maisons d'aide et d'hébergement peut compter sur une ou des intervenantes jeunesse pour chacune des maisons. Ces intervenantes spécifiquement dédiées aux enfants exposés ont développé des outils pour les suivis en individuel, en dyade mère-enfant, et en intervention de groupe pendant l'hébergement. Les services externes des MH pour les enfants et les mères sont également en émergence. Quant aux CLSC (intégrés dans les Centres de santé et de services sociaux depuis 2004), ils continuent de remplir leur mandat de première ligne auprès des victimes, femmes et enfants, et collaborent avec d'autres ressources (MH, CJ, etc.) pour assurer la sécurité des enfants et leur offrir de l'aide (Gouvernement du Québec, 2006). Ils sont également mieux outillés pour détecter les enfants exposés. Des interventions de traitement en individuel et en groupe sont aussi disponibles, mais l'offre varie d'un CLSC à l'autre. Ainsi, l'implantation de pratiques de groupe de traitement auprès des enfants exposés est possible, mais demeure très laborieuse même en misant sur la concertation CLSC, MH et CJ (Côté, Vézina, Cantin-Drouin et Chamberland, 2009). L'expérience menée de 1996 à 2003 par la Table de concertation en violence conjugale de Montréal, qui a permis la réalisation de 16 groupes, le démontre bien

(Campeau et Berteau, 2007). Au cours des dernières années, les intervenants des réseaux communautaire et institutionnel se sont intéressés aux actions visant simultanément l'enfant, la mère et la dyade mère-enfant (Côté, Delisle et Lemay, 2004; Fortin et al., 2005; Fortin et al., 2007). Autre tendance de plus en plus marquée, l'intérêt démontré par les organismes qui interviennent auprès des hommes ayant des comportements violents à l'égard de la réalité des enfants exposés. Les hommes qu'ils rencontrent sont souvent des pères, et un grand nombre ont été, dans l'enfance, exposés à la violence conjugale ou victimes de mauvais traitements (GAPI, 2008)³.

Ajoutons qu'au Québec, la présente décennie se distingue par les efforts déployés pour sensibiliser les intervenants à la problématique des enfants exposés et par les stratégies de dépistage. Différentes structures (MSSS, Agence de développement, Direction de santé publique, etc.) sont mises à contribution pour offrir des formations parfois à des groupes cibles (ex. : les intervenants des CLSC) ou encore en privilégiant plutôt des formations intersectorielles (Lampron, Arseneau, Beaulieu et Paradis, 2006). Le CRI-VIFF rejoint également des intervenants et des décideurs de différents secteurs concernés par l'exposition à la violence conjugale, notamment au moyen de séminaires de transfert des connaissances. Par ailleurs, les formations pour les intervenants liées aux stratégies de traitement restent à développer, ainsi que les stratégies médiatiques dédiées à la population générale.

Un défi majeur : la collaboration intersectorielle

Bien qu'elle soit très importante pour assurer la continuité de l'aide aux enfants exposés à la violence conjugale, la collaboration intersectorielle demeure un défi pour les partenaires qui se butent régulièrement à des controverses sur la manière de venir en aide à ces enfants et à leurs parents (Lessard, 2004). Sur le plan idéologique, certains groupes défendent les intérêts des femmes et des enfants victimes de violence conjugale en s'inspirant majoritairement des approches féministes, d'autres travaillent auprès des enfants et de leur famille privilégiant des approches plus systémiques. La question de la garde des enfants et de la violence

postséparation soulève des controverses se rapportant notamment à la place du père dans les interventions et aux enjeux de sécurité pour les victimes (Lessard, Delisle et Flynn, 2008). Des facteurs organisationnels et structurels contribuent à amplifier les controverses. Outre le fait que les services en violence conjugale et en maltraitance soient offerts par des organismes différents, sur le plan judiciaire, les dossiers de violence conjugale et de mauvais traitements ne sont pas examinés par les mêmes juges. Ainsi, les décisions prises à la Cour criminelle (violence conjugale) et celles prises au Tribunal de la jeunesse (mauvais traitements) peuvent entrer en contradiction en ce qui a trait au meilleur intérêt des enfants exposés à la violence conjugale (Lessard, 2004; Harper, 2007).

Au cours des dernières années, des projets ont été développés en vue de favoriser la résolution de ces controverses ou la collaboration entre les différentes ressources concernées, toujours dans la perspective d'offrir un soutien plus continu et cohérent aux enfants exposés à la violence conjugale et à leur famille (Harper, 2007).

Quelques pistes de recherches

L'évaluation des stratégies novatrices de collaboration intersectorielle auprès des enfants exposés à la violence conjugale s'avère très importante pour appuyer la démarche des intervenants dans ce domaine de pratique encore relativement jeune. Le rapport d'évaluation du protocole de collaboration intersectorielle implanté sur deux territoires de l'île de Montréal en fait foi (Dubé, Boisvert et Marchand, 2009). Les partenariats développés entre les milieux de pratique, par exemple grâce aux tables de concertation en violence, et entre ceux-ci et les milieux universitaires, par les équipes et les projets de recherche en violence, constituent une richesse précieuse sur laquelle pourront s'appuyer les futures recherches. Toutefois, comme la qualité de chaque partenariat dépend entre autres du temps consacré à travailler ensemble, des ressources humaines, matérielles et financières devront continuer d'être investies pour assurer leur développement et leur continuité.

Par ailleurs, comme mentionné précédemment, les connaissances sur la problématique des

enfants exposés à la violence conjugale se sont d'abord construites à partir du point de vue des mères. Quelques recherches ont documenté le point de vue des enfants (Boutin, 1998; Bourassa, 2006; Bourassa et Turcotte, 1998; Fortin, 2005; Fortin, Damant, Doucet et de la Sablonnière, 2006). L'expérience de certains groupes d'enfants exposés, notamment les 0-5 ans et les adolescents, a été moins étudiée. La prochaine décennie permettra certainement de poursuivre l'approfondissement de nos savoirs par des recherches tant qualitatives que quantitatives, réalisées auprès d'enfants de différentes catégories d'âge, exposés à des formes diversifiées de violence conjugale, en tenant compte aussi de la violence post-séparation. Il est également important de réaliser d'autres recherches sur les facteurs de risque et de protection ainsi que sur les rôles que les enfants exposés s'attribuent ou se voient attribuer dans la dynamique de violence conjugale. La maternité et la paternité en contexte de violence conjugale sont des champs de recherche récents susceptibles de se développer et d'interpeller grandement tous les acteurs qui gravitent auprès des hommes, des femmes et des enfants (Bourassa et al., 2008). L'ensemble de ces nouvelles perspectives de recherche s'avèrent essentielles pour développer et améliorer de façon continue les interventions offertes aux enfants exposés et à leur famille.

Conclusion

Que de chemin parcouru par les enfants exposés à la violence conjugale dans la reconnaissance de leur spécificité, de leurs besoins et des façons d'y répondre! Cet article a esquissé les principales étapes, particulièrement au Québec, de ce passage de l'invisible au visible pour les enfants exposés. Les avancées de différents ordres sont notables mais encore fragiles et incomplètes. Que leur réserve la prochaine décennie? Celle-ci comportera son lot de questionnements qui toucheront, entre autres, l'influence de l'introduction dans la LPJ de l'alinéa concernant les mauvais traitements psychologiques, le rôle des pères dans l'intervention auprès des enfants exposés, le soutien à offrir aux mères. La nécessité de développer un modèle de services intégrés pour les enfants exposés et les parents sera sans doute un sujet à débattre et à concrétiser. Par ailleurs, les

campagnes médiatiques provinciales sur la violence conjugale devront s'efforcer de rendre visible pour l'ensemble de la population la réalité des enfants exposés. À défaut de ne pouvoir promettre la non-violence aux enfants exposés, nous leur souhaitons la poursuite et la consolidation de l'engagement concerté des milieux politiques, juridiques et sociaux, associés à l'expertise des chercheurs et des intervenants.

Descripteurs :

Enfants de femmes victimes de violence conjugale - Québec (Province) // Services aux enfants de femmes victimes de violence conjugale - Québec (Province) // Enfants de femmes victimes de violence conjugale - politique gouvernementale - Québec (Province)

Children of abused wives - Quebec (Province) // Children of abused wives - Services for // Children of abused wives - Government policy - Quebec (Province)

Notes

- 1 Au Québec, le concept *enfants exposés à la violence conjugale* a été développé, vers 1997, par Ann Paquet-Deehy, professeure retraitée de l'École de service social de l'Université de Montréal. Il englobe tant les enfants témoins que victimes. Suderman et Jaffe (1999), chercheurs canadiens, utilisent aussi ce concept « parce qu'il offre une acception plus complète qui englobe le fait de voir, d'entendre et d'observer les effets de la violence, et le fait de vivre dans la peur ».
- 2 Dans la foulée du drame de Polytechnique à Montréal, en 1989, le gouvernement canadien a créé dans cinq centres des équipes de recherche en violence qui sont regroupées sous le vocable d'Alliance. Le Centre for Research & Education on Violence against Women and Children (www.crvawc.ca) et le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (www.crviff.qc.ca) sont membres de cette Alliance.
- 3 L'association provinciale À cœur d'hommes regroupe 25 organismes qui interviennent auprès des conjoints ayant des comportements violents. En 2009, elle a offert à ses membres un séminaire clinique portant sur la réalité des enfants exposés à la violence conjugale, un autre est prévu pour 2010. Les auteurs remercient M. Jean-François Vézina, t.s. et directeur du GAPI, de ces informations et également des échanges, au fil des ans, sur la paternité en contexte de violence conjugale et sur le vécu des enfants exposés.

Références

- Alarie, F., et Rose, D. (1989). Expérience de groupe auprès d'enfants témoins ou victimes de violence conjugale, *Intervention*, 93, 58-63.
- Appel, A. E., & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal, *Journal of Family Psychology*, 12 (4), 578-599.
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & Von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence, *Child Abuse & Neglect*, 30, 109-125.
- Bourassa, C., et Turcotte, D. (1998). Les expériences familiales et sociales des enfants exposés à la violence conjugale : des observations tirées de leurs propos, *Intervention*, 107, 7-18.
- Bourassa, C. (2006). L'exposition à la violence conjugale psychologique et verbale et son effet sur le comportement des adolescents, *Journal International de Victimologie*, 13 (4).

- 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. *Visages multiples de la parentalité* : 321-360. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Boutin, R. (1998). *Mon père me fait peur : vécu des enfants exposés à la violence conjugale*. Québec : Deslandes.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Campeau, P., et Berteau, G. (2007). *Points de vue des gestionnaires sur l'insertion, la réalisation et le maintien d'un programme d'intervention de groupe auprès d'enfants exposés à la violence conjugale*, Collection Études et Analyses, no 39, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Chénard, L. (1994). ... et les enfants, dans M. Rinfret-Raynor et S. Cantin, (sous la dir. de). *Violence conjugale : recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal* : 113-130. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Côté, I., Dallaire, L.-F., et Vézina, J.-F. (2005). *Tempête dans la famille. Les enfants et la violence conjugale*. Collection de l'Hôpital Sainte-Justine pour les parents. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- 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.-È. Clément et S. Dufour. *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* : 93-112. Montréal, les éditions CEC.
- Côté, I., Delisle, R., et Lemay, F. (2004). *Guide d'intervention de groupe auprès des enfants exposés à la violence conjugale et de leurs mères*. Québec : CLSC Sainte-Foy-Sillery-Laurentien, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Cunningham, A., et Baker, L. (2007). *Petits Yeux, Petites Oreilles. Comment la violence envers une mère façonne les enfants lorsqu'ils grandissent*. London, Ontario : Centre des enfants, des familles et le système de justice.
- Dubé, M., Boisvert, R., et Marchand, I. (2009). *Évaluation du projet pilote d'implantation du protocole mont-réalais de collaboration intersectorielle pour les enfants exposés à la violence conjugale*. Rapport de recherche publié par le CRI-VIFF et la Table de concertation en violence conjugale de Montréal.
- Fantuzzo, J. W., & Lindquist, C. U. (1989). The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology, *Journal of Family Violence*, 4 (1), 77-94.
- Fortin, A., Vaillant, L., Dupuis, F., et Préfontaine, È. (2005). *Venir en aide aux enfants exposés à la violence conjugale - une action multicible*. Montréal : L'Escale pour elle.
- Fortin, A. (2005). *Le point de vue de l'enfant sur la violence conjugale à laquelle il est exposé*. Collection Études et Analyses, 32. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Fortin, A., Côté, I., Rousseau, M., et Dubé, M. (2007). *Soutenir les mères pour prévenir les effets néfastes de la violence conjugale chez les enfants : Guide pour les intervenantes des maisons d'aide et d'hébergement*. Montréal et Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Fortin, A., Damant, D., Doucet, M., et de la Sablonnière, E. (2006). *L'impact de la violence conjugale pour l'enfant : caractéristiques des mères, qualité de la relation mère-enfant et point de vue de l'enfant*. Rapport présenté à la direction des services sociaux. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec.
- GAPI (2008). *Rapport d'activités 2007-2008*. Québec : GAPI.
- Giles-Sims, J. (1985). A longitudinal study of battered wives, *Family Relations*, 34 (2), 205-210.
- Gouvernement du Québec (1995a). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*. Québec : Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale et familiale.
- Gouvernement du Québec (1995b). *Plan d'action gouvernemental 1996-2001 en matière de violence conjugale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec (2004). *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec (2006). *Principales modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse (projet de loi 125)*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Harper, E. (2007). Modèles de concertation pour les enfants exposés à la violence conjugale et les membres de leur famille : enjeux, défis et pratiques innovatrices, dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (Eds.). *Enfants à protéger, adultes à aider : des univers à rapprocher*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Jaffe, P. G., & Poisson, S. E. (2000). Children exposed to Domestic Violence: Challenges for the Next Century. In P. G. Jaffe, M. Russel & J. Smith (Ed.). *Creating a Legacy of hope*: 1-6. Vancouver: BC/Yukon Society of Transition Houses.
- Jaffe, P. G., Hurley, D. J., & Wolfe, D. A. (1990). Children's observations of violence: 1. Critical issues in child development and intervention planning, *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 466-470.
- Kérouak, S., Taggart, M.-É., et Lescop, J. (1986). *Portrait de la santé des femmes violentées et de leurs enfants*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Lampron, C., Arseneau, L., Beaulieu, M.-C., et Paradis, F. (2006). *Les enfants de 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 de l'Agence de la santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Lessard, G. (2004). *La concomitance de violence conjugale et de mauvais traitements envers les enfants : représentations des intervenants et défis intersectoriels pour l'offre d'une aide cohérente*. Thèse de doctorat soumise au Programme de Ph. D. en sciences humaines appliquées, Université de Montréal.
- Lessard, G., Damant, D., Hamelin Brabant, L., Pépin-Gagné, J., et Chamberland, A. (2009). L'exposition à la violence conjugale, dans M.-É. Clément et S. Dufour (dir.). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* : 79-92. Montréal : Les éditions CEC.
- Lessard, G., Delisle, R., et Flynn, C. (2008). L'importance des pratiques de collaboration pour traiter des enjeux liés à la garde des enfants à la fois maltraités et exposés à la violence conjugale, *Intervention*, 27, 1291-38.
- Lessard, G., et Paradis, F. (2003). *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits*. Québec : Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2008). *Statistiques 2007 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec*. Québec : rapport annuel.
- Prud'Homme, D. (1994). *Un grain de sable dans l'engrenage : pistes de solution pour contrer la violence conjugale*. Montréal : Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale.
- Rinfret-Raynor, M., Dubé, M., Drouin, C., Maillé, N., et Harper, E. (2008). Violence conjugale post-séparation en contexte d'exercice des droits d'accès aux enfants, dans S. Arcand, D. Damant, E. Harper et S. Gravel (dir.). *Violences faites aux femmes* : 185-206. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Riou, D. A., Rinfret-Raynor, M., Cantin, S. avec la collaboration de P. Carignan et M. Messier (2003). *La violence envers les conjointes dans les couples québécois*. Montréal : Institut de la statistique du Québec.
- Statistique Canada (2004). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2004*. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique.
- Sudermann, M., et Jaffe, P. G. (1999). *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et services sociaux*. Ottawa : Santé Canada pour l'Unité de la prévention de la violence familiale.
- Thériault, M., et Vachon, J. (1986). Intervenir dans une maison d'aide et d'hébergement pour femmes et enfants violentés, *Intervention*, 75, 48-54.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Barter, K., Turcotte, D., et Cloutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants-2003, Données principales*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Turcotte, D., Beaudoin, G., et Pâquet-Deehy, A. (1999). *Les pratiques d'intervention auprès des enfants et des adolescents exposés à la violence conjugale*. Collection Études et Analyses, 8. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171-187.

Couple and Family Therapy: The Evolution of the Profession with Social Work at its Core

by
Sharon Bond, Ph. D., S.W.
Assistant Professor
School of Social Work
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine
Director, Couple and Family Therapy Program
Sir Mortimer B. Davis, Jewish General Hospital
McGill University
Email : sharon.bond@mcgill.ca

Historique de l'évolution de la thérapie du couple et de la famille au Canada et aux États-Unis. Historique de la formation des professionnels et de la législation.

History of marriage and family therapy in Canada and the United States. History of professional training and regulations.

The profession of Couple and Family Therapy has a long and distinctive history with its roots deep within the social work profession. The contribution of social work in shaping the profession is noteworthy, given that its commitment to the importance of "social context" is a key determinant in both understanding and treating individual distress. This core paradigm dates back to early social work practice with the charity movements of the late nineteenth century in Great Britain and the United States. Working with socially and emotionally disadvantaged families was considered a common social work method long before the ecological approach was introduced to family systems theory and practice. Despite social work's focus on the treatment of the "family as the primary unit of intervention", the profession has never been adequately acknowledged for its pivotal role in the development of family therapy

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 128-138.

(Gurman & Kniskern, 1981; Nichols & Schwartz, 2008). This article will trace the historical evolution of couple and family therapy, identifying the benchmarks of practice, knowledge and professional recognition within Canada and the United States. Social work's key leadership role in establishing professional recognition in Quebec, Canada is an important achievement for the profession.

Historical Development of Family Therapy

Long before the early development of family therapy, Mary Richmond (1917) in her classic text, *Social Diagnosis*, prescribed treatment for the 'whole family' and warned against isolating family members from their natural context. "She recognized that families are not isolated wholes but exist in a particular social context, which interactively influences and is influenced by their functioning." (Bardill & Saunders, 1988: 319). Mary Richmond was an early "systems thinker and practitioner" who incorporated concepts of family cohesion and emotional bonding almost 50 years before these principles became integrated within mainstream psychiatry. Many of the early family therapy pioneers were social workers working alongside psychiatry in shaping the profession from its early foundational beginnings to the post-modern period. They are: Virginia Satir, Harry Aponte, Insoo Berg, Steve de Shaver, Jay Haley, Monica McGoldrick, Peggy Papp, Lynn Hoffman, Olga Silverstein, Froma Walsh, Steve de Shazer, Insoo Berg, and Michael White.

Prior to the advent of Family Therapy, the focus was on the individual rather than his family. While Sigmund Freud, the father of personality theory "chose to focus on individual and the intrapsychic, rather than the family dynamics, he was well aware of the interactional context within which symptoms evolved" (Becvar & Becvar, 2009: 41). His theoretical development of the family drama of the Oedipal conflict was central to his understanding of neurotic development. Freudian metapsychology, with its emphasis on the

analysis of transference, dominated the psychiatric community until the 1960s. However, it became apparent that individuals are social beings who do not live in isolation and are likely to be affected by the matrix of their interpersonal relationships. Attention shifted to examining the psychological problems of the individual in the context of the family system that transcended the separateness of these characteristics (Nichols & Schwartz, 2008). Major contributors to the field during this decade included anthropologists Gregory Bateson and Margaret Mead, mathematicians Norbert Wiener, John Von Neumann and Walter Pitts, as well as others from the fields of anatomy, engineering, psychology, sociology, neurophysiology, to name but a few (Becvar & Becvar, 2009). Family therapy flourished not only because it was proven to be clinically effective but also due to the acknowledgement of the interconnectedness of humanity (Nichols & Schwartz, 2008).

The origins of family therapy theory building date back to the 1930s and early 1940s, and involve a disparate group of theorists and researchers who were searching for a universal theory of living systems. This group of scientists and scholars developed what came to be known as "general systems theory" (GST), the first and perhaps most influential model in the field. General systems theory sought to integrate the science of cybernetics, concerned with organization, pattern and information processing combined with the biological sciences, which explored the family as a social organism composed of biological systems. During this period, the Austrian biologist Von Bertalanffy, was the "first to introduce the principles of general systems theory, which provides an organismic approach to understanding biological beings" (Becvar & Becvar, 2009; Glick, Berman, Clarkin & Rait, 2000: 12; Nichols & Schwartz, 2008). He developed general principles to explain biological processes that include considerable complexity and levels of organization in response to reductionistic traditions, which focused on cause-and-effect explanations for human phenomena. During the 1950s, mathematician Norbert Wiener introduced the integration of cybernetics (how feedback controls information-processing systems), which was used by Bateson to describe how

families become stuck in maladaptive, repetitive behavioural loops. These ideas represented a paradigm shift, a new approach viewing organization "wholeness" rather than reduction as a unifying principle. This shift from regarding the problem in isolation to a focus on the relevant wider family organization and its relationship to the problems presented occurred in the 1950s.

The Birth of Family Therapy

The 1950s were identified as the founding decade of the profession, marked by the first consistent use of family therapy in modern psychotherapeutic practice. The birth of family therapy began with the Palo Alto Project (1952) where schizophrenia research (1940s-1950s) developed in an attempt to establish a link between family life and the development of schizophrenia. Three prominent theorists emerged during this period: Gregory Bateson (scientist: integrated animal research, learning theory, evolution, ecology applied to hospitalized patients), Jay Haley (conducted social and psychological analysis of fantasy) and John Weakland (chemical engineer interested in cultural anthropology) conducted research to understand and treat family communication processes considered causal in the development of schizophrenia (Nichols & Schwartz, 2008). They become known as the Palo Alto Group and developed the Communications Model, a theory of communication to understand pathological family communication processes, how destructive relationship patterns are maintained by self-regulating interactions of family members. Important theoretical models and ideas developed during this era: Don Jackson, a clinical psychiatrist developed the concept of family homeostasis and viewed symptoms as homeostatic regulators; Virginia Satir, a "charismatic healer" and social worker "par excellence" was one of the family therapy leaders of the first decade, whose clinical artistry and ability to connect to emotional processes distinguished her from the more cerebral approaches to clinical practice. She developed a brand of family therapy with a focus on communication processes and narrow family role constraints. Her book *Conjoint Family Therapy* (1964) contributed to the popularization of family therapy along with *Pragmatics of Communication* (Watzlawick,

Beavin & Jackson, 1976), which distinguished the Palo Alto group as the leading model of the 1960s. Concurrent with the developments in California, Theodore Lidz at Yale was studying the link between family conflict, instability and the development of psychopathology in children while Lyman Wynne's research at the National Institute of Mental Health (NIMH), Bethesda, Maryland attempted to demonstrate how communication "deviance" in the family can lead to thought disorder in schizophrenic patients. The outpouring of theoretical and clinical ideas during this era reflected an exciting period in theory building and clinical practice. While these concepts were profound and still serve an important role in understanding family systems, the focus on establishing the link between schizophrenia and family communication led the field astray. This theoretical leap between family processes and the etiology of schizophrenia produced damaging consequences for families who felt blamed by a generation of clinicians.

Alongside the development of family therapy in the United States, in Europe, the Child Guidance Movement began to shift its focus on the family as a means of understanding the child. Many of the early pioneers were psychiatrists who, influenced by social work, began to see the importance of understanding the family as the root to understanding the child. The most famous was John Bowlby (1949), the father of Attachment Theory, whose work in the Child Guidance Movement in England witnessed a shift from blaming parents to situating pathology within relationship interaction.

The Golden Age of Family Therapy

During the 1970s family therapy came of age, as the concept of treating the family as a whole unit was followed by an increasing diversification of schools. From 1970 to 1985, pioneers established training centres across the United States, reflecting an outpouring of theory and practice building in the profession. Major models within the field include the models derived from General Systems Theory, Cognitive Behaviour Family Therapy, Psychodynamic Models, Intergenerational Models, Experiential Models and Post-modern approaches.

Psychodynamic approaches focus on the individuation of members from the family of origin

(i.e., internal separation of intellectual and emotional functioning) underscoring the importance of the intergenerational context of family life. Further, symptom formation is a process involving unresolved issues from previous generations that are being lived out in the present. Several models developed during this period were derived from individual therapy such as: experiential, psychoanalytic and behavioural family therapy. Experiential therapy has its roots in the existential/humanistic orientation of individual psychology and philosophy, focusing on the here-and-now experience. The systems orientation is derived more from the Gestalt psychology of Fritz Perls. The practice of experiential family therapy is led by Carl Whitaker and Virginia Satir, among others. Emphasis lies on personal growth rather than on altering dysfunctional interactions or removing symptoms. Growth may include autonomy and freedom of choice.

Cognitive behavioural family therapy differs from traditional family therapy in that it is a hybrid that draws from both the individual and the general systems theory/family systems tradition (Friedberg, Gorman & Beidel, 2008). Cognitive behaviour family therapy balances the emphasis on cognition and behaviour combined with a focus on patterns of family interaction. Family relationships, cognitions, emotions and behaviour are viewed as interconnected (Dattilio, 2001; Nichols & Schwartz, 2008). At the conceptual level, the model assumes that family dynamics are shaped by what is happening at the intra-psychoic level within individual family members, as well as the rules that govern the family systems (Schwebel & Fine, 1992). Moreover, it is assumed that individuals acquire relationship schemas in their family of origin that operate outside of awareness (Schwebel & Fine, 1992). Early experiences form the foundation of these schemas; they are amendable to change through self-reflection and meta-cognition (Schwebel & Fine, 1992).

Three important systemic models developed during this period were Bowen, Structural and Strategic family systems therapy. Bowen family systems therapy developed at the Menninger Clinic in Topeka, Kansas under the leadership of psychiatrist Murray Bowen. He hypothesized that *emotional disturbance* is not an individual

pathology but rather a definable relationship pattern, following an evolutionary process with its origins deep within the history of the family. His transgenerational model tracked the transmission of emotional processes, specifically the level of fusion or undifferentiation across generations. Bowen's clear focus on intergenerational family themes and emotional processes within a systemic framework distinguished his method for the field. Bowen's interest in unresolved emotional family processes has recently found resurgence with its link to attachment theory and family therapy (Bowen, 1976).

Nathan Ackerman (New York), founder of the well-known Ackerman Institute, integrated psychoanalytic thinking into systemic family work. Ackerman trained with Nathan Epstein who introduced family therapy in Montreal, establishing the first training centre in the Department of Psychiatry at the Jewish General Hospital. Dr. Epstein continued to pursue his clinical ideas at McMaster University in Hamilton, Ontario developing a problem-centered approach (Epstein, Bishop & Baldarin, 1981).

Salvador Minuchin entered the field in 1969. While not one of the first group of family therapists, his influence on the profession has been the strongest and perhaps the most closely linked to the values of social work. Developed in collaboration with social worker Braulio Montalvo, his structural family theory and model of family therapy are the most widely used and practical of all modalities. Together with Rosman, they developed the first ecosystemic model, which explores family structure and organization within a community and social context. This model describes families as *having underlying organization*. It provides clear guidelines for diagnosis and treatment and made family therapeutic principles accessible to the frontline practitioner. Minuchin's implementation of the use of the one-way mirror and live clinical supervision revolutionized the field as clinicians were taught to master complex family processes through direct "live" instruction. His book *Families and Family Therapy* (1974) is the most popular ever written in the field. Strategic family therapy grew out of communication theory and the Bateson schizophrenia project. The pioneers were Jay Haley, John Weakland and Mara Selvini Palazzoli

(Italy) who developed a brief method with a focus on context and the possible function of patients' symptoms. They used directives to instruct patients to act in ways that were contrary to their maladaptive behaviour. These pioneers presented a model that shifted away from insight, understanding and the importance of history towards a model that focused on stimulating behavioural change through the interruption of maladaptive behavioural patterns (Nichols & Schwartz, 2008).

Feminist Critique of Family Therapy

During the late 1980s, pioneering family systems models were challenged on both clinical and socio-cultural grounds. These models were widely critiqued by feminist theorists for their failure to recognize the importance of gender roles and gender identity, which include power differentials in their formulation of family functioning (Avis, 1988; Hare-Mustin, 1978; Goldner, 1985; Bograd, 1992; Goldner, Penn, Sheinberg, & Walker, 1990). Family therapy's failure to address abuse and violence within families and diversity of family forms left the field wide open to scrutiny. The development of post-modern practice with its focus on contextual understanding of gender differentials in families, the role of women, men, and how issues of gender, social and cultural locations, sexual orientation structure our family relationships.

The Post-Modern Era

The post-modernization of family therapy has led to the re-examination of therapeutic positioning, how people construct their subjective reality and whether distinct theoretical models serve the same usefulness in the field. The focus on diversity, pluralism, and the search for meaning has pushed some leading therapists to reject systems thinking in favour of the narrative metaphor. There has been an attempt to redress the field of restricted thinking and oppressive influences on family theory and practice. Today, the boundaries between models are blurred with fewer therapists identifying exclusively with one particular school. The 1980s also witnessed a return of psychoanalytic family therapy. This revival "reflected changes within psychoanalysis and a focus on more relationship-oriented object relations

theory and self psychology. It also reflected dissatisfaction with the mechanistic aspects of the cybernetic model" (Nichols & Schwartz, 2008: 237). Over the past several decades, renewed interest has been directed towards Bowlby's early attachment model as a useful construct for understanding the vicissitudes of human relating.

The development of the profession in Europe is beyond the scope of this review. Developments in Italy, France, Belgium and Switzerland coexisted alongside the United States and Canada (for a review of development of family therapy within the European context, refer to Prud'Homme, 1999).

Return to Research

Research in the field of family therapy outcome has grown enormously since the mid-1970s. Presently, there are hundreds of randomized clinical studies in both family and couple therapy. Meta-analytic studies have concluded that family therapy generally demonstrates superior effects in comparison to alternative treatments (Shadish et al., 1997; Shadish, Ragsdale, Glaser and Montgomery, 1995). Clinical research is now moving in the direction of integrated evidence-based practice models with an accent on the importance of the therapeutic alliance as a predictor of psychotherapeutic outcome across theoretical models (Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007, Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2004). While the history of Couple and Family Therapy has been to emphasize the distinctness of models rather than common ingredients, there is growing evidence supporting the overlapping commonalities of change mechanisms across models. Meta-analytic evidence provides support for few meaningful differences across models of Couple and Family Therapy (Sprenkle & Blow, 2004; Shadish & Baldwin, 2003). The above provides a summarized overview of the field development (for a full review of the historical development of family therapy, refer to Becvar & Becvar, 2009; Nichols & Schwartz, 2008).

Defining the Profession

Couple and family therapy is believed to have emerged from many separate streams and professional developments, including social work, child guidance, social psychiatry, family

life education, and the field of marriage counselling (Sturkie & Bergen, 2001). Up until the 1950s, psychotherapy was practiced primarily by physicians and limited to psychoanalytical theory (Piercy, Sprenkle, & Wetchler, 1996).

Over time, the marriage counselling and family life education fields began to merge conceptually and organizationally. Leaders in the family systems movement were often psychiatrists and their collaborators who had become disenchanting with traditional psychiatric theories and treatment methods. Because of their medical training, these persons treated more significant psychosocial problems and their approaches were clearly regarded as therapy. During this era, family therapy was primarily conceived of as a method of treatment that focused on the "family unit". The limited definitions that existed at the time were primarily intended to help distinguish this new approach from the other methods and treatment orientations that dominated the psychotherapy field. This era also marked the beginning of the golden age of guruism in the field and the term "family therapy" soon came to have myriad connotations depending on the particular nature of the writers' conceptual allegiances (Sturkie & Bergen, 2001). The growing presence of many "schools" of family therapy, along with their multidisciplinary origins and identifications, confounded early efforts for definitional simplicity and clarity.

In 1963, almost a decade after the family therapy movement began, California passed its first licensure law for marriage, family and child counsellors. Over the next two decades, seven other states would pass similar legislation (Sturkie & Bergen, 2001). Currently all fifty (50) states and the District of Columbia recognize and regulate marriage and family therapists as independent mental health care providers. Today, the marital and family therapy degree is widely established in the United States and has become a separate and licensed profession. Psychology, social work and counselling psychology are developing active subspecialties in family therapy as the field of psychiatry has shifted in the direction of biological treatment of psychiatric disorders, overshadowing the development of new effective psychotherapies within the field of psychiatry. Over time, the

innovative approaches to treatment that had encouraged the emergence of family therapy and its major schools also helped marginalize it in the mental field as a whole. The development of diverse, legal definitions for marital and family counselling emerged (Sturkie & Bergen, 2001). Early definitions focused on the primacy of the legal family unit.

With the progression to the twenty-first century, we have seen the emergence of more inclusive definitions of family life that transcend strict adherence to legal and biological definitions of family structure. The heterogeneity and diversity of the post-modern family include multiple forms and structures; dual career couples; cohabitating couples; gay and lesbian couples that coexist with traditional family structures. Today, the term “family” is used generically to refer to all people identified by clients as part of their “family system”. This would include fictive kin and relationships of choice.

With this broadened understanding of family, “Family therapy might be thought of as any type of psychosocial intervention using a conceptual framework that gives primary emphasis to the family system and aim to affect the entire family structure” (Glick, Berman, Clarkin & Rait, 2000). Couple and family therapy is a specialized form of psychotherapy for individual, couple and family distress that places its focus on family communication, interactional problems, and conflict between members. The goal is to develop more satisfying ways of living for all members of the family system and improve functioning of the family as a whole.

The Development of Couple and Family Therapy in Quebec

Couple and family therapy has a long tradition in Quebec. The field began with the development of couple counselling, introduced in 1956 by psychiatrist Baruch Silverman through the establishment of the Marriage Counselling Centre of Montreal. This centre along with Family Life Education became integrated into the Mental Hygiene Institute under psychiatrist Alistair MacLeod. During the 1960s and early 1970s, social worker Dorothy Barrier worked closely with Emily Mudd of the Marriage

Council of Philadelphia as part of a handful of early pioneers responsible for the founding of the American Association of Marriage Counselors. Under her leadership, the Marriage Counselling Centre became accredited through the American Association of Marriage Counselors, the precursor to the present AAMFT.

Alongside the development of marriage counseling, Nathan B. Epstein introduced family therapy in Montreal in 1960 and developed the first training program in Canada through the Department of Psychiatry of the Jewish General Hospital. Many of the early pioneers conducted their initial family therapy research through the Department of Psychiatry at the Jewish General Hospital: Dr. Nathan Epstein, Dr. Herta Guttman and Dr. Leo Chagoya developed the Family Category Schema, one of the early family process research measures. The Jewish General has a long interdisciplinary tradition with social work clinicians working alongside psychiatrists and psychologists. Key social work leaders at the Jewish General: Bernadette Laroche, Shirley Braverman, Janet Sutherland and Sherrie Poplack to name a few, trained generations of clinicians on the application of systemic methods in collaboration with psychiatrist Ronald Feldman and psychologist Lilianne Spector. Their commitment to develop live supervisory methods, the use of the reflecting team, family sculpting and strategic intervention distinguish them in the field. The Couple and Family Therapy Training Program at the Jewish General Hospital continues this tradition, integrating research into family therapy practice. Alongside developments at the Jewish General, the McGill School of Social Work has a similar tradition of teaching in the area of family practice. Over the years, noted faculty such as Myer Katz, Dorothy Freeman, Shirley Steele, Shirley Braverman, Diane Riechertz, Judy Magill, Annette Werk, Carol Cumming-Speirs, Diana Shannon and Sharon Bond have served as role models for a generation of social work practitioners. The School of Social Work has been at the forefront of the development of innovative programs for diverse family forms with a commitment to helping those individuals marginalized within family structures. McGill University has recently submitted a proposal for the creation of

a Master's program in Couple and Family Therapy (CFT), in the School of Social Work, in partnership with the Department of Psychiatry at the Sir Mortimer B. Davis - Jewish General Hospital. The Master's program in CFT is designed as a comprehensive two-year clinical degree that combines the academic excellence of McGill University, a major research institution, with the clinical expertise of the Department of Psychiatry at the Jewish General Hospital. In keeping with the tradition of a multidisciplinary approach in Couple and Family Therapy, the proposed program will draw from multiple disciplines in its curriculum, including such fields as Social Work, Social and Transcultural Psychiatry, Psychology and Counselling Psychology. McGill University is at a unique advantage as it has established links with renowned scholars in these fields. Furthermore, the fact that the program will be offered in partnership with the Jewish General Hospital's Department of Psychiatry will allow for the possibility of research development and sharing of academic expertise. This program will build on the tradition of inter-disciplinary training in family therapy with student recruitment from a multi-disciplinary background including social work, counselling psychology, clinical psychology, nursing, and medicine. Family-centered practice has traditionally been a cornerstone of professional social work in North America. Over the years, several training centres in Quebec developed by social work practitioners and scholars have secured a solid foundation for the profession. During the 1970s, Gérard Duceppe and Jacqueline Prud'homme developed a training program inspired by an integration of Virginia Satir's experiential model and a combination of systemic modalities. Generations of clinicians in Quebec were trained under their inspirational leadership. Social work's strong presence in shaping the profession is evidenced by the work of Maurice Moreau on the ecosystemic model and Claude Brodeur and colleagues' development of the network approach (Prud'homme, 1999). Geniève Hone and Julien Mercure from the tradition of pastoral counselling provided training through the Pastoral Institute of Saint-Paul University Ottawa, Canada.

The majority of post-graduate training programs in Montreal were developed under the leadership of social work educators and clinicians. At present, there are three postgraduate Couple and Family Therapy training programs in Montreal accredited by the Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education (COAMFTE) of the American Association of Marriage and Family Therapy (AAMFT), the professional standard for family therapists in North America. Sharon Bond is the Director the Postgraduate Certificate Program in Couple and Family Therapy (CFTP) and the *Programme de certificat post-universitaire en thérapie de couple et de la famille*, both offered under the auspices of the Department of Psychiatry at the Jewish General Hospital, a teaching hospital affiliated to McGill University. Joan Keebler is the Director of the Post-Master's Training Program in Marital and Family Therapy offered in English by the Argyle Institute of Human Relations, a non-profit charitable organization established in 1982 to provide counselling and psychotherapy services and be a post-degree training facility for mental health professionals.

Several other private centres also provide marriage and family therapy training in French in Quebec. While these programs are not accredited by external bodies, completion of the programs can give access to the couple and family therapy permit issued by the OPTSQ. The *Programme de formation à la psychothérapie analytique individuelle, conjugale et familiale* is a three-year program offered by the Institut Montréalais de Psychothérapie Analytique under the leadership of social worker and psychoanalyst Carole Hamel and psychologist and psychoanalyst Serge Arpin. The *Centre d'étude, de recherche et de formation en intervention systémique* (CERFIS) under the leadership of social workers Madeleine Laferrière and Jean-Luc Lacroix and couple and family therapist Michel Lemieux provides a three-year systemically focused couple and family training program.

At present, there exist no university programs to meet the training needs of professionals in Couple and Family Therapy as defined by the Quebec Government. McGill offers the following related programs: Counselling Psychology, Clinical Psychology, Educational Psychology,

Social Work, to list a few. No Quebec university currently offers a Master's in Couple and Family Therapy.

Canada and the United States

In Canada, there are two Master's level programs providing specialized studies in couple and family therapy accredited by the Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education (COAMFTE) of the AAMFT. The M.Sc. in Couple and Family Therapy offered by Department of Family Relations and Applied Nutrition at the University of Guelph is an uninterrupted 24-month program combining academic courses, research, and clinical training. The Master's degree in Marriage and Family therapy offered by the University of Winnipeg is an associate program of the Faculty of Theology (which provides registration and record-keeping) using the Aurora Family Therapy Centre (located on the University of Winnipeg campus) as a major clinical practice centre. It is a clinical degree with no research component and "is designed for social workers, school psychologists, pastoral workers and others who want a quality education in this area."

An integrated Social Work and Family Studies program is offered at the University of British Columbia. The School of Social Work and Family Studies at U.B.C. offers two separate degrees: the M.S.W. and M.A. (Master of Social Work; Master of Arts in Family Studies). There is an administrative integration of these two degrees under the aegis of the School, which is in the Faculty of Arts, but no curriculum integration exists at this time (i.e., joint courses).

In Calgary, couple and family therapy has been guided by the scholarly teachings of psychiatrist Karl Tomm, whose interpretation of the Milan systemic approach and development of expanded systemic therapy methods (such as "interviewing the internalized other") have had a strong influence on the field. Through the field of nursing, Lorraine Wright and Maureen Leahey's work on illness, belief systems and family systems has been a major contribution to medical family therapy.

In the United States, there are approximately 60 universities offering Master's degrees in Family Therapy. There are several Master's

degree programs that have gained wide recognition for their contribution to clinical practice and evidence-based research.

Historical Development of Professional Regulations

Alongside the professional developments in the United States, in November 2001, the Quebec Government recognized couple and family therapy as a profession with reserved title, regulated under the Professional Code. As of that date, couple and family therapists were integrated into the *Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ)* and a series of professional regulations and government legislation has evolved from this professional recognition. The integration of the profession has prompted Social Work program administrators at Quebec universities to discuss the new decree and the development of proposals for new Master's programs. McGill's School of Social Work has addressed Quebec's need for a Master's program in Couple and Family Therapy seriously and taken up the initiative with great interest. Laval University recently established a planning committee to explore the development of a doctoral degree in Couple and Family Therapy. On May 29, 2009, the McGill School of Social Work submitted a proposal for the creation of a Master of Science, Applied, in Couple and Family Therapy to CREPUQ's *Commission d'évaluation des projets de programmes (CEP)* for evaluation. This is the first step in the external evaluation/approval process for this complete dossier. Once the program has passed CEP's scrutiny and received a favourable "Avis", it will be submitted to the MELS (Ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport) for approval. The curriculum developed for the Master's program in Couple and Family Therapy is guided by provincial standards for the practice of Couple and Family Therapy in Quebec developed by the OPTSQ (*Référentiel des compétences des thérapeutes conjugaux et familiaux*, 2005; *Normes pour l'exercice de la profession de thérapeute conjugal et familial*, 2006 et *Référentiel de la formation des thérapeutes conjugaux et familiaux*, 2007) and the Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education of America Association for Marriage and Family Therapy.

The recent adoption of Bill 21 (Act to amend the Professional Code and other legislative provisions in the field of mental health and human relations) provides the delineation of professional activities for marriage and family therapists in the Province of Quebec.

Section 37 of the Code

ii. if practicing the profession of marriage and family therapist: assess relationship dynamics of couples and families, determine a treatment and intervention plan, and restore and improve a couple's or family's lines of communication with a view of fostering better relations among spouses or family members in interaction with their environment;

The current status of marriage and family therapy is in the process of being established in Quebec. The *Comité de la pratique de la thérapie conjugale et familiale* (OPTSQ), the administrative body overseeing the profession of couple and family therapy, has been working diligently to establish provincial standards for the practice of Couple and Family Therapy in Quebec. On June 18, 2009, with the adoption of Bill 46, the name of the Professional Order was officially changed to "*Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*". Quebec maintains two professional associations: Quebec Association for Marriage and Family Therapy (QAMFT) (a regional division of the AAMFT) and *Association des psychothérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (APCFQ). In the United States, it is recognized both as its own profession (as evidenced by the existing bodies of knowledge, academic and clinical training programs, accreditation and credentialing processes and governmental recognition at the state and federal levels) and as one form of speciality treatment used by many different professionals (Sturkie & Bergen, 2001). Family Therapy today is not a treatment method in the usual sense; there is no generally agreed upon set of procedures followed by practitioners who consider themselves family therapists. While there exists a diversity of treatment models, the field of family therapy is generating a body of treatment outcome research demonstrating positive results for certain family problems ranging from schizophrenia to childhood problems. These research projects are growing in number and becoming more sophisticated in design and execution.

Looking Forward: Social Work at the Forefront

This article provides an overview of the development of family therapy from its early social work inceptions at the turn of the century in Great Britain to the proliferation of the field across Canada, the United States and Europe. The historical evolution of the field is traced through the origins of systems theory building across disciplines representing a paradigm shift from the earlier individualistic approaches to human and family distress. The development of the profession of Couple and Family Therapy is marked by the increasing diversification of schools of family therapy across the United States and Canada, and the development of professional regulations. An overview is provided of the historical process of professional regulation across the United States and Canada with specific focus on the evolution of the profession in Quebec.

As we move forward into the twenty-first century, couple and family therapy skills will be increasingly required for community, health and mental health practice. Families are presenting with an array of complex social, psychological, physical and mental health problems, such as poverty, single-parent households, diverse family structures, health-related concerns such as chronic medical illness, serious mental disorders, depression and anxiety, childhood disorders. These necessitate clinicians with a broad understanding of family life and mental health disorders, and a clinical ability to offer effective services. Family-based interventions are recognized as some of the most effective for several disorders, most notably childhood behavioural problems, adolescent drug abuse and delinquency (Rowe & Liddle, 2003; Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett & Tejada, 2001; Liddle, Rowe, Dakof, & Lyke, 1998). Well-controlled studies have documented their effectiveness for almost every type of disorder and relational problem in children, adolescents and adults (Pinsoff & Lebow, 2005). Treatment modalities such as cognitive behavioural family therapy, family psychoeducation for families with psychotic disorders (Falloon, Boyd & McGill, 1998) and multimodal treatments for serious disorders such as schizophrenia, substance abuse, anorexia and autism are considered the best practice methods for

these populations. Therapies that target the emotional life of the family such as emotionally focused therapy (Greenberg, Ford, Alden & Johnson, 1993) and integrative modalities that combine elements of multiple approaches have been identified as highly effective for a range of social and psychological problems. Structural modalities that target non-compliant families (Stantisben et al. 1996; Szapocznik et al., 1988) have been identified as effective for multi-stressed families. In view of the present mental health reform in Quebec, with the envisioned transfer of “front-line practitioners” to community practice, clinicians will be required to demonstrate a wide range of practice competence with specialized skills for treating complex couple and family systems. With the pressure on today’s health and social service networks, skilled and autonomous practitioners are an essential requirement for front-line practice. The development of a university-based Master’s level program in Couple and Family Therapy will give its graduates cutting-edge training in the family-based approaches outlined above, thus providing a highly desirable skill set for employers of both present and future health and social service care providers. In 2001, when couple and family therapy received official recognition as a profession with reserved title, the legislation’s intent was to develop a master’s level university program within five years of its implementation. As over seven years have passed since that date, the development of this university degree program is considered the logical next step. Since the date of this integration, the profession has secured a solid place on the professional landscape. With the adoption of Bill 46, the name of the professional order has been officially changed to *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. This legal recognition identifies Social Work as “The Professional Home of Couple and Family Therapy”. A retrospective of our long tradition identifies social work at the forefront of professional development since its early beginnings. The establishment of a professional recognition combined with the development of a strong professional presence through the consolidation of university-based programs in Couple and Family Therapy within Quebec distinguishes this province as a leader in the field.

Descripteurs :

Thérapie familiale - Histoire // Thérapie conjugale - Québec (Province) - Histoire // Thérapie de couple - Étude et enseignement (Universitaire) - Québec (Province) // Thérapie familiale - Étude et enseignement (Universitaire) - Québec (Province) // Thérapie familiale - Étude et enseignement (Universitaire) - Canada // Thérapie familiale - Étude et enseignement (Universitaire) - États-Unis // Thérapie familiale - Programmes d'études // Thérapie de couple - Législation - Québec (Province)

Family therapy - History // Marital psychotherapy - Quebec (Province) - History // Marital psychotherapy - Social service - Study and teaching - Quebec (Province) // Family therapy - Study and teaching - Quebec (Province) // Family therapy - Study and teaching - Canada // Family therapy - Study and teaching - United States // Family therapy programs // Couple therapy - Regulations - Quebec (Province)

References

- Avis, J. M. (1988). Deepening awareness: A private study guide to feminism and family therapy. In L. Braverman, (ed.). *Women, feminism and family therapy*. New York: Haworth Press.
- Bardill, D. R., & Saunders, B. E. (1988). Marriage and Family therapy and graduate social work education. In H. A. Liddle, D. C. Breunlin & R. C. Schwartz (Eds.). *Handbook of family therapy training and supervision*: 316-330. New York: Guilford Press.
- Becvar, D. S., & Becvar, R. J. (2009). *Family therapy: A systemic integration* (Seventh Edition). Boston: Pearson Education, Inc. Allyn & Bacon.
- Bograd, M. (1992). Values in conflict: Challenges to feminist thinking, *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 245-256.
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. J. Guerin, ed. *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner Press.
- Bowlby, J. (1949). The study and reduction of group tensions in the family, *Human Relations*, 2, 123-138.
- Dattilio, F. M. (2001). Cognitive-behavioral family therapy: Contemporary myths and misconceptions, *Contemporary Family Therapy*, 23 (1), 3-15.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Baldarin, L. M. (1981). McMaster model of family functioning. In F. Walsh, ed. *Normal family problems*. New York: Guilford Press.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1998). *Family care of schizophrenia*. New York: Guildford.

- Friedberg, R. D., Gorman, A., & Beidel, A. (2008). Training psychologists for cognitive behavioral therapy in the raw world, *Behavior Modification*, XX (X), 1-20.
- Goldner, V. (1985). Feminism and family therapy, *Family Process*, 24, 31-47.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., & Walker, G. (1990). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments, *Family Process*, 29 (4), 343-364.
- Glick, I. D., Berman, E. M., Clarkin, J. F., & Rait, D. S. (Eds.) (2000). In I. D. Glick, E. M. Berman, J. F. Clarkin & D. S. Rait (Eds). *Marital and family Therapy* (Fourth Edition). Washington: American Psychiatric Press.
- Greenberg, L. S., Ford, C. L., Alden, L. S., & Johnson, S. M. (1993). In session change in emotionally focused therapy, *Journal of Counselling and Consulting Psychology*, 61 (1), 78-84.
- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (Eds). (1981). *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Hare-Mustin, R. T. (1978). A feminist approach to family therapy, *Family Process*, 17 (2), 181-194.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy, *Family Process*, 43, 425-442.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment outcome in couple therapy, *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 245-257.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized control trial, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27 (4), 651.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. D., & Lyke, J. (1998). Translating parenting research into clinical intervention for families with adolescents, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3 (3), 419-443.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2008). *The Essentials of family therapy* (8th Ed.). New York: Allyn & Bacon.
- OPTSQ (2005). *Référentiel des compétences des thérapeutes conjugaux et familiaux*. Montréal : OPTSQ.
- OPTSQ (2006). *Normes pour l'exercice de la profession de thérapeute conjugal et familial*. Montréal : OPTSQ.
- OPTSQ (2007). *Référentiel de la formation des thérapeutes conjugaux et familiaux*. Montréal : OPTSQ.
- Piercy, F. P., Sprenkle, D. H., Wetchler, J. L. (1996). *Family Therapy Sourcebook* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Pinsoff, W. M., & Lebow, J. L. (Eds.) (2005). *Family psychology: The art of the science*. New York: Oxford University Press.
- Prud'Homme, J. C. (1999). La systémique et l'intervention : historique de la systémique 1920-1998, dans *L'approche systémique en santé mentale*. Presses de l'Université de Montréal.
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage.
- Rowe, C. L. & Liddle, H. A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 9-120.
- Satir, V. (1964). *Conjoint Family Therapy*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books.
- Schwebel, A. I., & Fine, M. A. (1992). Cognitive-behavioral family therapy, *Journal of Family Psychotherapy*, 3, 73-91.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions, *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Prout, H. T., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M., & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions, *Journal of Counselling and Consulting Psychology*, 65 (1), 355.
- Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy. A perspective from meta-analysis, *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 345-360.
- Stantisen, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W., Murray, E. J., & La Perriere, A. (1996). Efficacy of interventions for engaging youth/families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness, *Journal of Family Psychology*, 10 (1), 35-44.
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models, *Journal of marital and family therapy*, 30 (2), 113-129.
- Sturkie, K., & Bergen, L. P. (2001). *Professional regulation in marital and family therapy*. Allyn and Bacon: Boston.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A. L., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis, O., & Kurtis, W. M. (1988). Engaging drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (4), 552-557.
- Watzlawick, P. A., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1976). *Pragmatics of Communication*. New York: Norton.

Témoignages sur l'histoire des thérapeutes conjugaux et familiaux au Québec : origines, développements, intégration à l'Ordre, défis actuels

par

Herta Guttman, md, psychiatre

Professeur émérite

Faculté de médecine, Université McGill

Geneviève Hone, t.s., t.c.f.

Louise Lemieux, t.c.f., psychologue

Pratique autonome

Michel Lemieux, t.c.f.

CERFIS

Pratique autonome

Julien Mercure, retraité

Licence en sciences familiales et sexologiques

Louvain

Diplômé du Family Therapy Institute of Marin

California

Roch Pelletier, t.c.f., psychologue

Pratique autonome

Jacqueline Prud'homme, t.s., t.c.f., psychanalyste

Pratique autonome

Louise Roberge, t.c.f., psychologue

OTSTCFQ

CSSS Lucille Teasdale

Pratique autonome

Portrait of the evolution of marriage and family therapy in French and English-speaking environments in Quebec since the early 1960s. Events leading to the recognition of the profession of marriage and family therapist.

Portrait de l'évolution de la thérapie conjugale et familiale dans les milieux francophones et anglophones du Québec depuis le début des années 1960. Événements menant à la reconnaissance de la profession de thérapeute conjugal et familial.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 139-150.

Le recueil des témoignages des conférenciers qui se sont exprimés lors de la Journée des thérapeutes conjugaux et familiaux, événement organisé sous l'égide de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ)¹, en novembre 2008, a permis la publication de ce texte. Nous n'avons pas la prétention de présenter l'histoire exhaustive de la thérapie conjugale et familiale au Québec, mais d'en tracer un portrait historique, de rendre compte de ses développements et des défis à relever pour l'avenir. Nous voulons souligner la qualité et l'importance du travail accompli par les bâtisseurs de la profession de thérapeute conjugal et familial au Québec, en présentant une version intégrée de la pensée des conférenciers appelés à témoigner lors de cet événement qui avait pour thème : Les thérapeutes conjugaux et familiaux, en 2008 : une histoire d'avenir².

En ce sens, l'article traitera successivement du rôle d'Ulysse Desrosiers, pionnier de la thérapie conjugale et familiale au Québec du côté francophone, de la contribution du programme de counselling matrimonial de l'Université Saint-Paul d'Ottawa, du développement de la thérapie conjugale et familiale en milieux francophone et anglophone, de l'intégration des thérapeutes conjugaux et familiaux (t.c.f.) à l'Ordre et des enjeux de la profession dans le contexte actuel.

Ulysse Desrosiers : un pionnier de la thérapie conjugale au Québec

Il existe une certaine unanimité à reconnaître qu'Ulysse Desrosiers, le fondateur du Centre de consultation matrimoniale est à l'origine de la thérapie conjugale au Québec, du moins du côté francophone. L'un des auteurs de cet article, Roch Pelletier, a recueilli son témoignage sur les débuts de la thérapie conjugale et sur les principes qui l'ont guidé tout au long de son parcours visant à la développer. Son témoignage, quelques semaines avant sa mort, constitue jusqu'à un certain point son testament professionnel. Rapporter ce qu'il a

dit à cette occasion en montrant ce qu'il contenait d'histoire et de leçons est une bonne façon de perpétuer sa mémoire.

En 1960, Ulysse entreprend à la Catholic University de Washington un séjour d'étude et en profite pour visiter plusieurs centres de consultation dans l'Est américain. Comme il l'a exposé à son supérieur, son projet d'étude tient compte d'une crise du mariage qu'il a constatée et du fait que de nombreux couples sont en difficulté et que n'existe pas de service de consultation francophone au Québec. Il voulait aller chercher cette formation pour éventuellement ouvrir un centre de consultation au Québec.

Après deux ans de formation aux États-Unis, dès son retour au Québec, Ulysse rencontre son supérieur, M^{sr} Léger, et lui signifie qu'il souhaiterait toujours ouvrir un centre de consultation pour les couples. Cependant, une aide financière du gouvernement est primordiale et M^{sr} Léger s'empresse de faire les démarches nécessaires pour l'obtenir. Très rapidement un octroi gouvernemental est accordé et renouvelé annuellement jusqu'à la fermeture du Centre de consultation conjugale : le Centre de consultation matrimoniale de Montréal (CCM) était né.

Ulysse est revenu de son stage de formation avec trois convictions qu'il s'appliquera à mettre en place dans ce centre.

- La première est que la consultation matrimoniale n'est pas l'apanage d'une profession en particulier. Elle doit être pluridisciplinaire et doit venir couronner une solide formation clinique préalable. À cet effet, Ulysse recrute des professionnels d'expérience tant chez les travailleurs sociaux que chez les psychologues (dont Gérard Duceppe qui deviendra plus tard un pionnier de la thérapie familiale) et met en place les conditions pour les former à la thérapie conjugale.
- Car c'est là sa deuxième conviction : la thérapie conjugale doit viser la plus haute compétence clinique possible. Et le souci clinique doit être au centre de toutes les préoccupations. À cet effet, le Centre est autant un centre de formation et de recherche, qu'un centre clinique. Ulysse recrute des consultants externes qui

guideront et stimuleront le développement clinique de l'équipe.

- Sa troisième conviction est la suivante : pour qu'un centre fonctionne bien, une vie d'équipe intense est indispensable. Bien qu'appartenant à des professions distinctes, les membres formaient une équipe. Il sera question plus loin de cette vie et de ce travail d'équipe.

Dès le début, Ulysse recrute comme consultant le Dr Marcel Boisvert, psychiatre et psychanalyste. C'est dire que la première orientation donnée à la thérapie conjugale est d'inspiration analytique et psychodynamique. On part de l'histoire d'origine de chaque conjoint et on cherche à comprendre les aléas du lien que ces personnes ont créé. Un auteur qui l'inspirera beaucoup dans cette approche, c'est le psychanalyste français Jean-Guy Lemaire (1979). Le Dr Boisvert demeurera consultant jusqu'en 1968.

En 1969, Ulysse est à la recherche d'un nouveau consultant. Édouard Beltrami revient d'un stage de deux ans à Palo Alto en Californie, où il a travaillé et étudié notamment avec Watzlawick, Haley, Bateson (Bateson, Jackson, Haley et Weakland, 1956; Watzlawick, Jackson et Beavin, 1967). Il a développé un enthousiasme et une ferveur pour le systémique qu'il partage avec les membres de l'équipe à titre de nouveau consultant. Les voilà plongés eux aussi dans cette conversion au systémique avec la ferveur des néophytes : on lit, on échange des livres, on en discute et on expérimente avec les couples. Ainsi, les bureaux du centre deviennent des laboratoires et les clients des cobayes (...) consentants, bien sûr! Heureusement, Ulysse a fait installer un miroir sans tain (unidirectionnel) et un usage intensif est fait de ce moyen de rétroaction : l'équipe d'un côté et un thérapeute avec un couple de l'autre côté, parfois en cothérapie, mais supervisé en direct. Discussion pendant l'entrevue et parfois directives au thérapeute *in situ*, retour après la rencontre et à nouveau, discussions. Humblement, il faudrait dire que, même sans en être conscients à ce moment-là, les membres de l'équipe précédaient avec leurs méthodes de travail celles de Selvini, Palazzoli et autres grands noms de l'École italienne (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin et Prata, 1978). Parfois, il y avait pré-

sensation sur vidéo des extraits d'entrevue pour illustrer tel ou tel concept. C'est ainsi que se réalisaient recherche et expérimentation sur différents concepts, tels la métaphore, le recadrage, la confrontation, la technique de confusion, le paradoxe et l'injonction paradoxale.

Myer Katz, professeur à McGill en *Marriage counseling*, deviendra consultant en 1978-1979. Il intensifiera cet esprit de recherche et aidera les thérapeutes à développer une très grande rigueur clinique. Sous sa guidance se développe l'approche dite « systémique interactionnelle ». Parallèlement à ce développement en thérapie conjugale, les membres de l'équipe développent avec Édouard Beltrami leur expertise et les premières expériences de thérapie sexuelle de couples. Les couples viennent de Montréal, mais également d'aussi loin que Gaspé, la Côte-Nord et Chicoutimi. Il y a aussi diversification des approches en offrant la thérapie à des groupes de couples : rencontres hebdomadaires de trois heures durant 10 semaines regroupant quatre à six couples.

Les thérapeutes du CCM offrent donc, en thérapie conjugale, une gamme de services, répondant aux différents besoins des clients et deviennent eux-mêmes des formateurs. Le centre devient le terrain de stage des étudiants de l'Université McGill en thérapie conjugale. Les stagiaires y reçoivent la supervision, tant en ce qui concerne leur travail clinique que leur thèse de maîtrise, ce qui enrichit l'expertise reliée à cette approche systémique interactionnelle.

Le centre répond aussi à différentes demandes de formation et de consultation des nouveaux Centres de services sociaux (CSS) qui s'implantent partout au Québec. C'est d'ailleurs en 1976 que le CCM est dissous pour être intégré au Centre des services sociaux du Montréal métropolitain (CSSMM) comme « Service de consultation conjugale » qui disparaîtra à son tour en 1983. La thérapie conjugale et familiale se décentralise alors dans les différents points de service des CSS. Pendant quelques années, la relève de la formation en thérapie conjugale et familiale est reprise par le CSSMM qui offre un programme dans le domaine. Mais ce programme est lui aussi interrompu en 1983 comme en fait foi le témoignage de Jacqueline Prud'homme dans une section ultérieure de cet article.

Le programme de formation en counselling matrimonial à l'Université Saint-Paul d'Ottawa

Tout près de la frontière du Québec, à l'Université Saint-Paul d'Ottawa, a été mis sur pied un programme de counselling matrimonial qui fut à bien des égards une source d'inspiration pour qui s'intéressait à ce domaine. Plusieurs thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec s'y sont notamment formés. C'est le récit de cette fondation que nous voulons rapporter brièvement ici.

Le programme menant à la maîtrise ès arts de counselling matrimonial débuta en 1973. Il se situe dans un contexte de changements sociaux importants, de remise en question des valeurs et de mouvance politique. En Europe, les événements de mai 1968, qui remettaient en cause les valeurs traditionnelles, avaient eu des conséquences importantes sur l'évolution des mentalités de la société. Aux États-Unis, la guerre du Vietnam divisait profondément le pays, avec les mouvements contre la guerre et contre la mobilisation des forces armées; de leur côté, les Américains noirs réclamaient une véritable intégration sociale avec ou sans violence, et en Californie se créait le mouvement hippie. C'est durant cette mouvance qu'au Canada, Julien Mercure, d'abord formé à l'Université catholique de Louvain en Belgique, en sciences familiales et sexologiques, poursuivit sa formation en thérapie familiale en Californie. C'étaient des années de foisonnement psychologique. On s'éloignait de la psychanalyse comme approche thérapeutique en faveur de l'approche systémique qui s'intéressait au fonctionnement du système créé par un couple ou une famille. Donc, plus de méchants, mais simplement des gens qui font de leur mieux, quoique malhabilement. Le patient identifié perdait le rôle de trouble-fête en étant reconnu comme celui qui saisissait plus ou moins confusément la détresse du système conjugal ou familial et l'exprimait malhabilement. La gestalt donnait à tous la permission de parler à une chaise sans craindre l'interne psychiatrique (Perls, 1976; Perls, Hefferline et Goodman, 1979). L'analyse transactionnelle faisait découvrir à chacun qu'il était possédé non du démon, mais d'un « Parent », d'un « Adulte » et d'un « Enfant » qui, selon

l'humeur du jour, est adapté ou rebelle (Berne, 1961, 1966, 1973). Tous s'en donnaient à cœur joie dans l'apprentissage de nouvelles façons d'entrevoir la thérapie conjugale et familiale. Les Californiens, surtout, dont certains prétendaient maintenant que tout raisonnement était du « *chicken shit* » [c'est-à-dire plutôt insignifiant], que seuls les *feelings* comptaient, et qui se donnaient la main en disant : « *feel the energy* » [échangeons notre énergie]!

De retour au Canada, en 1970, Julien répondit à la demande venue de l'Université Saint-Paul de participer à la création de l'Institut de pastorale. Le Centre catholique de l'Université d'Ottawa (devenu aujourd'hui Novalis) avait fait œuvre de pionnier en créant dès 1939 les cours de préparation au mariage. Il était tout à fait naturel de s'intéresser à tous ces couples qui démarraient une famille. Le programme de pastorale familiale fut donc créé pour répondre à ce besoin. Les étudiants, provenant du Québec en majorité, étaient pour la plupart des hommes dont plusieurs appartenaient à un ordre religieux au moment de leurs études.

Julien se rendit compte rapidement qu'une année d'étude n'était pas suffisante et qu'une formation professionnelle était nécessaire. Il fut donc décidé, en 1973, que l'Institut de pastorale offrirait un programme de deux ans comprenant une année de formation générale en counselling, puis une année de formation en thérapie conjugale, le tout menant à la maîtrise ès arts en counselling matrimonial.

Julien s'assura d'abord de former les futurs professeurs et superviseurs. Il enseignait déjà au doctorat à la faculté de psychologie de l'Université d'Ottawa. C'est là qu'il recruta Claudette Dubé-Socqué qui, pendant quelques années, partagea les tâches de l'entraînement en direct et de la supervision. Des professionnels de la région (psychologues et travailleurs sociaux) furent recrutés pour la formation et la supervision dans le nouveau programme³. Le premier groupe de 14 participants commença sa formation en 1973 et le programme fut offert pendant environ 25 ans.

L'objectif que s'était fixé Julien était celui de former d'excellents thérapeutes conjugaux en offrant aux étudiants une synthèse de ce qu'il avait puisé en Europe, en Californie et au Canada. Il souhaitait former des professionnels

capables de discernement, désireux de se développer sur le plan personnel, des professionnels engagés, créatifs, capables d'utiliser leur autorité intérieure pour diriger leur travail. Pour cela, il encouragea les étudiants à faire de la croissance personnelle et à consulter en thérapie si nécessaire. Il fit rénover des classes pour en faire des salles de thérapie organisées afin d'y permettre le visionnement en direct au travers d'un miroir sans tain et le « coaching » en direct, car les étudiants recevaient de vrais clients. En plus des cours académiques, les heures de supervision en « coaching » étaient nombreuses (entre trois et quatre heures par semaine pour chacun des étudiants qui assistaient également aux supervisions de deux de leurs coéquipiers). Les élèves démontraient un enthousiasme certain pour ce qui leur était offert : la possibilité de grandir en lieu sûr, de se découvrir comme personnes et comme professionnels et de se préparer à exercer, avec force et créativité, l'un des plus beaux métiers du monde, celui d'aider les conjoints dans les difficultés inévitables de la vie conjugale.

Julien a œuvré pendant 20 ans dans le programme de formation en counselling matrimonial, programme toujours basé sur les principes de départ caractérisant sa pratique, mais avec des variations au fil des ans pour tenir compte des remises en question et des développements de la pensée et de la recherche. Le maintien du programme, unique en son genre, placé dans une université qui n'avait connu jusque-là que l'enseignement théorique et la recherche, exigea beaucoup de temps et d'énergie au fil des ans. En effet, il fallait constamment défendre le programme, c'est-à-dire faire accepter ce type d'enseignement coûteux puisqu'individualisé, et obtenir un budget permettant notamment l'embauche des superviseurs⁴.

Développements en thérapie conjugale et familiale

Après avoir présenté la contribution d'Ulysse Desrosiers comme pionnier et celle du programme de counselling matrimonial de l'Université Saint-Paul d'Ottawa, il paraît opportun de se pencher sur l'exercice de la thérapie conjugale et familiale à différents moments de son histoire tant en milieu francophone qu'en milieu anglophone. C'est à ce titre

que sont reproduits les témoignages d'une praticienne en milieu francophone et d'une autre en milieu anglophone.

a) Témoignage sur la pratique de la thérapie familiale et conjugale en milieu francophone

Dans les lignes qui suivent est reproduit le témoignage d'une des coauteurs⁵ de cet article sur la pratique, telle qu'elle s'est réalisée surtout en milieu francophone au cours de ses premières années d'existence.

Après avoir été formée à la thérapie familiale en 1962 à l'Hôpital général juif, je fus supervisée, en 1973, par une grande dame du service social et de la thérapie familiale, Bernadette Laroche, dont je désire souligner l'esprit inventif et audacieux. Elle a eu l'initiative géniale, à mon avis, d'accompagner les policiers à domicile lorsqu'ils étaient appelés d'urgence dans une famille aux prises avec de la violence.

Ainsi, elle pouvait intervenir directement, au plus fort de la crise, dans ces familles aux prises avec l'excès du trop ou du pas assez, bref avec le chaos. Cette initiative a inspiré plusieurs projets similaires où je fus impliquée dans Hochelaga-Maisonneuve, en collaboration avec des équipes de psychiatrie adulte rattachées à l'époque, à Saint-Jean-de-Dieu, et aussi avec celles qui desservaient le territoire de l'hôpital Rivière-des-Prairies.

À la même époque, grâce à Herta Guttman, j'ai été engagée dans le programme de formation à la thérapie conjugale et familiale, à l'Institut familial et communautaire de l'Hôpital général juif. Sur une invitation de Marie-Lise Merisier-Lalonde et de Jacques Alarie, j'avais donné, à ce moment-là, deux cours sur la dynamique familiale et sur l'intervention auprès des familles à l'École de service social de l'Université de Montréal. Je contribuais également à introduire cette nouvelle discipline au département de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine, où j'étais responsable d'un séminaire avec le Dr Martin Salomon de l'Hôpital général juif.

Par ailleurs, le regretté Gérard Duceppe, l'un des pionniers du Centre de consultation matrimoniale, et d'autres collègues⁶ introduisaient la thérapie familiale à l'Institut Albert-Prévost. De plus, G. Duceppe faisait partie des équipes volantes de psychiatrie adulte en Abitibi

(Delorme, 2002). De mon côté, je faisais partie des équipes volantes de psychiatrie infantile également dans le Nord-Ouest québécois. Nous avions tous deux des visions et des expériences similaires puisque nous avons été formés par Virginia Satir et aussi à l'Hôpital général juif.

Gérard Duceppe m'invita aussi à participer, avec d'autres formateurs, à un programme de formation qui devait se donner au Centre des services sociaux du Montréal métropolitain (CSSMM)⁷. Cette formation transforma la pensée et la pratique des travailleurs sociaux qui y participèrent. La systémique était née, à laquelle devait s'ajouter, pour quelques-uns d'entre nous, la pensée psychanalytique. En réfléchissant à la façon dont la formation prit fin au CSSMM, je reste convaincue à ce jour que c'est à cause des connaissances limitées que nous avions à l'époque concernant l'impact de programmes de formation dispensés à l'intérieur d'une institution. Nous considérions le groupe, le couple et la famille comme des systèmes. Mais nous ne savions pas alors que la formation dispensée constituait un système en soi qui faisait partie toutefois d'un macrosystème institutionnel qui, de plus, nous engageait. Nous n'avons donc pas tenu compte de l'impact qu'avait le sous-système programme et le groupe de formation sur le macrosystème institutionnel. Cette méconnaissance a contribué à notre mise à pied par l'institution et, en quelque sorte, à la mort de ce programme de formation.

D'une certaine façon, avec l'introduction de la pensée systémique puis de la pensée complexe dans la pratique, les travailleurs sociaux devinrent, à l'époque, des professionnels qui exercèrent une pratique novatrice qui apporta un changement de compréhension et de vision sur la complexité et souvent l'aspect paradoxal de la souffrance humaine et des relations conjugales, familiales et institutionnelles. D'une vision, à l'époque, uniquement intrapsychique et individuelle, on passa à une vision systémique, groupale. Ce fut une bifurcation, un changement de direction important (Prud'homme, 2002).

Par la suite, la pensée psychanalytique est réapparue. Il existe toujours dans les idées un mouvement de va-et-vient. La systémique est née parce que la psychanalyse de l'époque ne suffisait pas à expliquer la complexité des

relations humaines. Après avoir été très imprégnés et très sûrs de la pensée systémique, nous avons pu nous interroger à nouveau sur la relation entre l'intrapsychique, l'appareil psychique des individus et leurs relations les plus intimes, conjugales, familiales mais aussi institutionnelles.

Mais situons cette vision dans une approche plus large de l'histoire. Il faut dire que ce sont des Américains qui nous ont apporté la thérapie familiale. Bateson, Jackson et Satir, qui ont travaillé avec les familles psychotiques, nous ont fait un vrai cadeau sur la communication, la communication paradoxale et la double contrainte [*double-bind*] (Bateson, Jackson, Haley et Weakland, 1956; Jackson, 1968; Satir, 1971). À mon avis, le livre *Une logique de la communication* (Watzlawick, Jackson et Beavin, 1967) demeure une référence incontournable. À Philadelphie, la contribution de Salvatore Minuchin, psychanalyste sud-américain, concernant les familles chaotiques et celles où il y avait des maladies psychosomatiques, a aussi été importante (Minuchin, 1967, 1974; Minuchin et Fishman, 2004). Au Nord des États-Unis œuvrait l'Institut Ackerman dont nous avons beaucoup appris, soit en allant rencontrer ses membres ou en les invitant ici. Et nous avons aussi appris par le biais de l'Institut familial et communautaire de l'Hôpital général juif. Ensuite, des Québécois francophones exportèrent la thérapie familiale en France : Gérard Duceppe, Jacques Soucy, Frédéric Labelle, Jean-Luc Lacroix, Linda Roy, Pierre Asselin et moi-même. La thérapie familiale prit de l'expansion en Europe. Différents instituts européens prirent forme : les écoles de Milan avec Mara Selvini-Palazzoli et son équipe, celle de Rome avec Maurizio Andolfi et son équipe (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin et Prata, 1978), ainsi que celle de Luigi Onnis (1984, 1989). Plus tard, d'autres apportèrent leur contribution : Robert Neuberger (2003, 2005), Guy Ausloos (1995) et Mony Elkaim (1989) qui continue à intervenir au Groupe d'étude des systèmes humains. De plus, des colloques sur la systémique ont été organisés régulièrement, à l'initiative de l'APCFQ et du Groupe de recherche des systèmes humains (GESH) et de Robert Pauzé notamment, créant un va-et-vient extrêmement enrichissant pour la circulation interculturelle des idées.

Lors de la fondation de l'Institut québécois de psychothérapie (IQP), il nous tenait à cœur d'établir un lien avec l'Institut familial et communautaire de l'Hôpital général juif pour qu'il y ait, chaque année, un programme en français, offert en alternance tous les deux ans par chaque institution. À l'IQP, Samuel Pereg, Serge Arpin, Carole Hamel, Frédéric Labelle et moi offrions deux programmes parallèles : l'un en thérapie conjugale et familiale et l'autre en thérapie psychanalytique. Nous tentions, avec les étudiants des deux groupes, de créer des ponts entre système intrapsychique individuel et système relationnel. Ce programme dura seize ans.

D'autres instituts offraient également de la formation : le GESH avec Linda Roy et Pierre Asselin; l'Institut de formation d'aide communautaire à l'enfant (IFACEF) avec Paule Blain-Clotteau et Benoît Clotteau; l'Institut montréalais de psychothérapie psychanalytique (IMPA) avec Carole Hamel et Serge Arpin; et le Centre d'études, de recherche et de formation en intervention systémique (CERFIS) fondé par Jean-Luc Lacroix, Madeleine Laferrière, Roch Pelletier et Michel Lemieux. Tous ces instituts ont bien fonctionné, certains exercent toujours leurs activités, d'autres sont nés, ce qui dénote un besoin de formation.

Et, depuis 2001, les thérapeutes conjugaux et familiaux font partie de l'OPTSQ. Il en sera question plus loin dans cet article, mais je me demande comment ces deux systèmes non égaux, asymétriques peuvent-ils fonctionner ensemble? À mon avis, il faut penser en termes systémiques et organiser des passerelles entre les travailleurs sociaux qui ne font pas de thérapie familiale et les thérapeutes conjugaux et familiaux, sans présupposer que l'un ou l'autre groupe professionnel est supérieur en tant que praticien.

b) Le développement de la thérapie familiale en milieu anglophone au Québec

Cette section fournit ici un bref aperçu du développement de la thérapie familiale en milieu anglophone⁸ et doit être lue en lien avec une partie de l'article de Sharon Bond qu'on retrouve dans ce numéro (Bond, 2009).

Même si l'on dit souvent que l'histoire de la thérapie familiale commence avec la venue du Dr Nathan Epstein à Montréal en 1959, il y

avait eu, bien des années auparavant, des pré-curseurs, dont le Mental Hygiene Institute fondé à Montréal par le Dr Baruch Silverman. Cet institut offrait la thérapie conjugale avec la travailleuse sociale Dorothy Freeman. En 1982, sous la direction de Leticia Cox, cet institut est devenu l'Institut Argyle des relations humaines qui offre encore aujourd'hui un programme en thérapie conjugale et familiale reconnu par l'American Association of Marital and Family Therapy (AAMFT).

Le Dr Nathan Epstein, Canadien de la Nouvelle-Écosse, a été formé à New York par le Dr Nathan Ackerman, l'un des fondateurs de la thérapie familiale. Dès son arrivée à Montréal, le Dr Epstein a commencé à promouvoir cette approche en invitant les professionnels de la santé à assister à des entrevues publiques qui se tenaient dans un petit amphithéâtre. À cette époque, il n'y avait ni miroir sans tain (unidirectionnel) ni appareils vidéo! Son enthousiasme était contagieux, non seulement dans son département, mais partout dans le milieu de la santé mentale à Montréal. C'est ainsi que s'est formée une équipe de cliniciens chercheurs qui comprenait John Sigal, Isaac Rebner, Joshua Levy, Vivian Rakoff, Roslyn Postner-Spector et moi-même. L'atmosphère était électrisante! Nous sentions que nous étions en train de développer de nouvelles façons de comprendre la maladie mentale et son traitement (Guttman et Feldman, 1983, 1987; Guttman, 2002).

Nous avons développé, entre autres, un guide du fonctionnement familial qui renferme les principes de base que l'on retrouve aujourd'hui dans l'instrument d'évaluation de l'Université McMaster. Avec la psychologue Roslyn Postner-Spector, j'ai développé une méthode de codification des interactions familiales et du comportement des thérapeutes lors des entrevues.

Plusieurs autres se sont aussi formés sous l'influence d'Epstein⁹. La génération professionnelle suivante, Bernadette Laroche, Shirley Braverman, Lilian Spector-Dunsky et moi-même, continuait la tradition à l'Hôpital général juif. Il y a eu à cette époque tant de demandes de formation que nous avons dû mettre sur pied le cours de thérapie familiale qui est devenu aujourd'hui un programme

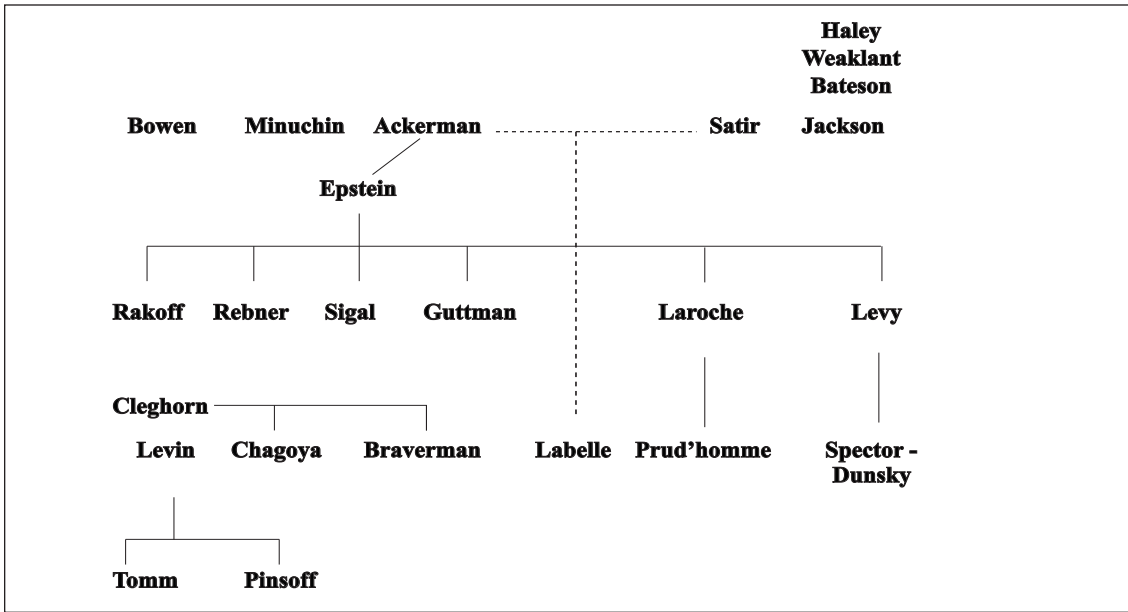
de formation de quatre ans. C'est le seul cours bilingue reconnu par l'AAMFT, dirigé successivement par Isaac Rebner, Léo Chagoya, moi-même, Ronald Feldman et Lilian Spector-Dunsky. À l'heure actuelle, Sharon Bond en est la directrice. Tout dernièrement, l'École de service social de l'Université McGill a reçu l'approbation du sénat universitaire, de mettre sur pied un programme qui décernerait une maîtrise en thérapie familiale, en partenariat avec l'Hôpital général juif.

En somme, on peut affirmer qu'au fil des années, le groupe de l'Hôpital général juif s'est tenu très à jour en ce qui a trait aux nouveaux développements en thérapie familiale lorsqu'on regarde la contribution de plusieurs de ses acteurs. Frédéric Labelle et Jacqueline Prud'homme ont contribué à la sensibilisation aux méthodes et à la philosophie de Virginia Satir. Je me suis moi-même intéressée à l'approche structurale et aux méthodes d'intervention de Salvador Minuchin (Minuchin, 1967, 1974). Plus tard, sous la direction de Ronald Feldman, nous avons formé un groupe inspiré de l'approche développée par l'équipe de Milan. Toute une série d'autres sujets ont été examinés. Mentionnons, par exemple, la méthode narrative, la préoccupation relative aux nouvelles formes de famille, la violence domestique et les questions d'éthique professionnelle que pose ce genre de thérapie.

La figure de la page 146 présente les liens professionnels entre plusieurs pionniers de la thérapie conjugale et familiale nommés précédemment qui ont exercé aux États-Unis et au Québec. Les lignes continues indiquent la transmission léguée par la formation à la génération professionnelle suivante. La ligne pointillée reliant Frédéric Labelle à Ackerman et à Satir indique que celui-ci a été formé par ces deux personnes. Les noms de certains pionniers qui ont légué un héritage déterminant pour le domaine global de la thérapie conjugale et familiale apparaissent en haut tant à droite qu'à gauche du tableau sans être reliés par des lignes.

C'est donc un grand privilège d'avoir été témoin de la naissance d'un champ nouveau en psychothérapie et de savoir, après coup, qu'on y a même un peu contribué! Je voudrais souligner que, malgré l'importance actuelle accordée en

Illustration des liens professionnels entre des pionniers de la thérapie conjugale et familiale



psychiatrie à l'emploi des médicaments et à la génétique, ce genre d'intervention est encore efficace et souvent beaucoup moins coûteux que bien d'autres interventions! Et la théorie des systèmes qui a été introduite par la voie de la thérapie familiale est valable et enrichit notre compréhension dans bien des domaines.

Développements de la profession¹⁰

Les témoignages précédents mentionnent les pas en avant réalisés pour le développement de la thérapie conjugale et familiale au Québec. L'évolution accomplie a été le fruit de diverses équipes et aussi de groupes qui se sont réunis. La description de cette évolution ne serait pas complète sans relater le début et l'aboutissement de l'intégration des thérapeutes conjugaux et familiaux à l'OPTSQ. Cette intégration s'est réalisée en trois temps bien définis : le travail préalable réalisé par les associations professionnelles, notamment par l'Association des psychothérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (APCFQ) entre 1971 et 1995; l'étape de préparation du décret d'intégration; la période suivant le décret et l'intégration à l'Ordre.

a) L'APCFQ entre 1971 et 1995 : démarches pour la reconnaissance professionnelle

L'APCFQ a reçu ses lettres patentes en 1971. Cet événement se situe peu après la fondation

du Centre de consultation matrimoniale. Dès la fondation de l'association, nous nous étions rendus compte que les thérapeutes conjugaux et familiaux étaient dispersés, le plus grand nombre d'entre eux dans la région de Montréal, quelques autres à Québec, et peu ailleurs. L'idée sous-jacente à l'association était de les regrouper pour qu'ils soient éventuellement reconnus comme des professionnels par l'Office des professions du Québec (OPQ).

Nombre de dossiers ont été préparés par les présidents de l'APCFQ qui se sont succédé et présentés à l'OPQ entre 1971 et 1992, moment de la publication de l'avis de l'OPQ. Adrien Théorêt, premier président de l'APCFQ a démarré la démarche auprès de l'OPQ en 1974. Chaque président a continué la démarche, avec plus ou moins d'espoir, compte tenu du fait que le dossier cheminait très lentement.

Ce fut sous la présidence de Serge Tremblay, que nous avons pris connaissance de la réponse favorable de l'OPQ par le document qui s'intitulait *Avis au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, sur l'opportunité de constituer une corporation professionnelle dans le domaine des psychothérapies*, publié en avril 1992. Le texte de l'avis recommandait que les thérapeutes conjugaux et familiaux ainsi que les sexologues et les psychoéducateurs soient intégrés dans une corporation professionnelle.

Comme il fallait s'intégrer à un ordre professionnel, divers ordres ont été approchés. Serge Tremblay a amorcé des contacts avec les ordres qui partageaient une certaine affinité avec les thérapeutes conjugaux et familiaux et qui pourraient démontrer un intérêt à envisager un projet d'intégration. Ainsi, l'Ordre des psychologues, celui des conseillers d'orientation et l'Ordre des travailleurs sociaux qui, lui, a démontré un intérêt sérieux pour élaborer un projet d'intégration, ont été contactés.

Plusieurs réunions ont été nécessaires pour réaliser le travail préliminaire aux rencontres avec l'OPQ, c'est-à-dire s'entendre sur certaines modalités de base. En 1995, un comité paritaire réunissant des représentants de l'OPTSQ, de l'APCFQ, du QAMFT et de l'OPQ a été formé. Ce comité a travaillé d'arrache-pied pour préparer non seulement le texte devant servir au décret, mais aussi pour s'entendre sur toutes les dimensions impliquées par un accord officiel : conditions d'admission et délivrance du titre par l'Ordre, titres professionnels réservés, dénomination de l'Ordre, représentation au Bureau, responsabilités du comité de secteur de thérapie conjugale et familiale, aménagements relatifs au fonctionnement des comités et adaptation des règlements et du *Code d'éthique*. Il fallait aussi prévoir des modalités d'intégration à l'Ordre pour les thérapeutes conjugaux et familiaux qui étaient membres des deux associations professionnelles existantes au Québec. Il importait aussi de définir des modalités pour ceux qui n'étaient pas reliés à une association et de les contacter pour les informer qu'ils pouvaient éventuellement devenir membres de l'Ordre, lors de l'entrée en vigueur du protocole.

Toutes ces opérations ont été menées rondement et la signature d'une entente de principe s'est faite le 6 décembre 1995. Cette entente a été signée en présence de Robert Diamant, président de l'OPQ, de Gilles Rondeau, président de l'OPTSQ, de Sharon Bond, présidente du QAMFT, de Michel Lemieux, président de l'APCFQ, et de John Ambrose, représentant de l'AAMFT venu de Washington parce qu'il s'agissait d'un événement unique.

b) L'intégration illustrée par une métaphore

Pour parler de cette période précédant l'intégration et pour introduire l'évolution réalisée

depuis, utilisons sur un ton humoristique les métaphores suivantes : « du mariage de raison au mariage d'amour » ou encore « l'histoire d'une famille recomposée qui, après plusieurs années de thérapie, semble en voie de se réaliser ». La publication des bans fut discrète avec quelques entrefilets dans *La Presse* et *Le Journal de Montréal* du 6 décembre 1995, ainsi que dans *Le Devoir* et *The Gazette* du lendemain. Entre la publication des bans et le mariage qui s'est fait le 30 novembre 2001, il y a eu de longues fiançailles, mais très bien remplies pour assurer le succès du mariage!

La préparation et la rédaction de l'acte de mariage, ainsi que l'envoi des faire-part nécessaires à l'intégration, ont été faites avec rigueur par Louise Boulanger, chargée d'affaires professionnelles, et par Richard Silver, conseiller juridique et registraire, tous deux de l'Ordre. Plusieurs autres personnes ont apporté leur appui : Louise Lemieux et Laurette Laurin, présidente et secrétaire de l'APCFQ, et des membres du personnel des deux associations. Il en a été de même du côté des responsables et du personnel de l'OPTSQ. Cela a permis de préparer l'intégration et le transfert des dossiers nécessaires à la célébration du mariage. À la suite de l'intégration, en plus du travail colossal de réalisation des transferts de dossiers, le comité de secteur, qui se nomme maintenant comité de la pratique de la thérapie conjugale et familiale, a été mis sur pied en avril 2002. Son mandat est le suivant : faire toute recommandation au Bureau de l'OPTSQ concernant les titulaires du permis de thérapeute conjugal et familial et leur pratique professionnelle, notamment, les conditions et les modalités de délivrance du permis, la formation initiale, l'inspection professionnelle, la déontologie, la formation continue, le développement professionnel. Ce comité peut également donner son avis au Bureau sur tout sujet que celui-ci lui soumet. Il a accompli un travail considérable mais peu connu dans des dossiers très importants. Le comité a travaillé à cerner ce champ de pratique professionnelle en lien avec le projet de loi 50¹¹, pour s'assurer ensuite qu'il n'y avait pas redondance d'une profession à l'autre. Il a aussi fait des commentaires sur les implications du projet de loi 50 incluant la psychothérapie. Lors de certaines représentations

officielles faites par M. Leblond, président de l'Ordre, dans le cadre des consultations reliées au rapport Trudeau, il est arrivé que le président du comité l'accompagne.

Le comité de secteur a aussi élaboré le *Référentiel de compétences des thérapeutes conjugaux et familiaux* et, par la suite, le *Référentiel de formation des thérapeutes conjugaux et familiaux*. Actuellement, le comité travaille, entre autres, sur le dossier de la supervision en thérapie conjugale et familiale. Dans le contexte de l'arrivée prochaine des programmes universitaires en thérapie conjugale et familiale, des superviseurs qualifiés sont nécessaires et les questions liées à leur formation et leur encadrement sont d'actualité.

Défis de la thérapie conjugale

Un dernier point qu'il nous faut aborder dans le cadre de cet article concerne les défis actuels de la profession. Ils sont de plusieurs ordres et nous ne ferons que les énumérer brièvement.

- L'un de ces défis est de mieux faire connaître la profession à la population. Pour y arriver, il est important de consolider l'identité du groupe professionnel des thérapeutes conjugaux et familiaux, de continuer à définir son champ professionnel spécifique et à diffuser de l'information à ce sujet.
- La reconnaissance de ce titre d'emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux est un enjeu crucial, d'autant plus qu'il y a eu diminution, comme on l'a vu précédemment, dans l'offre de services en thérapie conjugale et familiale.
- Évidemment, un autre enjeu majeur est leur accès à l'accréditation de psychothérapeute.
- Le développement de formation universitaire en thérapie conjugale et familiale dans des institutions francophones et anglophones est aussi essentiel.
- Concernant l'exercice de la thérapie conjugale et familiale en pratique autonome, l'obtention de l'exonération de la TPS et de la TVQ est un autre enjeu important qui, nous l'espérons, sera facilité par l'accès à l'accréditation de psychothérapeute.
- En pratique autonome, un autre enjeu crucial est le remboursement, par les assurances, des honoraires professionnels

versés par les clients. Est-il nécessaire de rappeler que les thérapeutes conjugaux et familiaux et les travailleurs sociaux sont désavantagés en ce domaine?

- Le défi pour l'Ordre qui les régit est de se préoccuper attentivement de deux professions, de faire en sorte que les thérapeutes conjugaux et familiaux soient à l'aise à l'intérieur de la structure, même si la masse critique de chacun des deux groupes professionnels diffère largement.
- La nécessité de faire valoir cette profession, par exemple en rédigeant des articles à publier dans le *Bulletin* ou dans la revue *Intervention*. Nous y sommes attendus et c'est à nous de prendre notre place.

Conclusion

Cet article contribuera, nous le souhaitons, à conserver une trace écrite de cette journée qui a permis de partager avec beaucoup de plaisir des moments historiques et qui en a constitué un en elle-même. Il nous reste donc à continuer de construire l'avenir des thérapeutes conjugaux et familiaux.

Actuellement, force est de constater que la thérapie conjugale et familiale a été évacuée de nos systèmes publics. L'offre de traitement aux couples et aux familles et les services offerts à cette clientèle mettant l'accent sur l'aspect clinique ont été refoulés dans le secteur privé. Les services offerts se bornent souvent à de la gestion de cas ou de placements. Plusieurs thérapeutes sont devenus les administrateurs, les applicateurs de plusieurs lois, dont la *Loi de la protection de la jeunesse*, ce qui morcelle le travail et dicte les étapes administratives à suivre¹².

Si l'on veut redonner de la vigueur à la thérapie conjugale et familiale, il faudra revenir aux principes qu'Ulysse avait considérés comme importants : la spécialisation, la priorité clinique et une intense vie d'équipe. Ce vœu est formulé, en mémoire d'Ulysse, ce grand pionnier et visionnaire.

Le travail à faire est encore considérable si on tient compte des espoirs formulés au moment de leur intégration à l'Ordre. Mais les efforts entrepris jusqu'à maintenant donnent des résultats tangibles : changement de l'appellation de l'Ordre qui accroît leur visibilité, présence à l'Ordre d'une chargée d'affaires

professionnelles en thérapie conjugale et familiale, projets en développement de programmes universitaires en thérapie conjugale et familiale, maintien des représentations de l'Ordre auprès de l'OPQ dans le cadre de la nouvelle législation concernant l'accès au titre de psychothérapeute.

Terminons cet article par des souhaits formulés par Jacqueline Prud'homme aux jeunes, à notre relève, mais aussi à nous tous. N'ayons jamais peur d'être novateurs et tenons à nos idées. Mais n'oublions pas que, pour les actualiser, il faut rester silencieux jusqu'à ce que nous ayons des résultats pour que nous puissions alors, preuves à l'appui, convaincre les autres. Une pratique novatrice se fait avant qu'on l'accepte puis qu'on la sanctionne. Soyons stratégiques. Ne laissons jamais éteindre notre curiosité, notre créativité, notre générosité et notre foi en l'humain, même en sachant qu'il est parfois très décevant. Il faut de l'enthousiasme malgré les moments de découragement pour que l'avenir soit vivant et que le fil de l'histoire continue.

Descripteurs :

Desrosiers, Ulysse // Université St-Paul (Ottawa, Ontario). Programme de counselling matrimonial // CSSMM. Service de consultation conjugale (Montréal, Québec) // Hôpital général juif (Montréal, Québec). Institut familial et communautaire // Association des psychothérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (APCFQ) - Histoire // Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

Saint Paul University (Ottawa, Ontario). Marriage counselling program // Jewish General Hospital (Montreal, Quebec). Couple and Family Therapy Training Program, Argyle Institute of Human Relations

Notes

- 1 Faisant suite à l'adoption du projet de loi 46 modifiant le *Code des professions*, la nouvelle désignation de l'Ordre est : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
- 2 Les auteurs expriment leurs remerciements au comité organisateur de la journée et aux sous-groupes responsables du segment historique.
- 3 C'est ainsi qu'on y retrouve Geneviève Hone, l'une des coauteurs de cet article qui a rédigé cette section du texte en collaboration avec Julien Mercure.
- 4 En 1994, Julien Mercure et Geneviève Hone quittèrent l'université et créèrent un institut indépendant *La Petite École* pour offrir à des professionnels le même genre de formation en thérapie conjugale et familiale. La formation, d'une durée de 27 journées réparties sur une période de 16 mois, fut dispensée durant dix ans. Par la suite, ils continuèrent à former des professionnels par l'enseignement, la supervision et la publication de livres (Hone, 2007a et b, 2009; Hone et Mercure, 1991, 1993, 1994, 1996).
- 5 Il s'agit de Jacqueline Prud'homme.
- 6 Citons parmi d'autres Julien Mercure, Roch Pelletier, Michel Lemieux, Lise Desrosiers.
- 7 Les autres formateurs de ce programme étaient Roch Pelletier, Michel Lemieux et le Dr Luc Blanchette. Ce dernier avait instauré, avec Chantal Dumas et d'autres, une vision systémique familiale au département de psychiatrie infantile de l'hôpital Jean-Talon. Gérard Duceppe invita également à participer à ce programme Frédéric Labelle, un Franco-américain formé à l'Institut Ackerman de New York et qui travaillait avec des groupes de délinquants et de toxicomanes. Nous avons été engagés et soutenus durant toutes les années où nous y avons travaillé, notamment par Michel Lacasse. Y furent formés, entre autres, Jean-Luc Lacroix, Dominique Damant, Madeleine Laferrière, Denise Houde, Pierre Morin et beaucoup d'autres.
- 8 La présente section contient en grande partie le témoignage fait par la Dre Herta Guttman.
- 9 Citons en particulier Léo Chagoya, qui a fait œuvre de pionnier en thérapie familiale; Ronald Feldman, qui a introduit la thérapie familiale dans la pratique de la pédopsychiatrie à l'Hôpital général juif; Sol Levin, Jock Cleghorn et Isaac Rebner, qui ont suivi le Dr Epstein à Hamilton; Karl Tomm et William Pinsof qui sont devenus des sommités dans le domaine.
- 10 Cette section et la suivante ont été rédigées à partir des exposés de Michel Lemieux et Louise Lemieux.

- 11 À ce jour, le projet de loi 50 a été modifié par le projet de loi 21.
- 12 À titre de coauteur de cet article, Roch Pelletier tient à ajouter : « Peut-être suis-je injuste en parlant ainsi, mais je ne me sens pas très loin de la vérité. C'est d'ailleurs ce qui m'a fait quitter le CSS en 1983 : si je voulais continuer à faire de la thérapie, il fallait que j'aille en privé. »

Références

- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Paris : Érès.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia, *Behavioral Science, 1*, 251-264.
- Berne, É. (1961). *Transactional Analysis and Psychotherapy*. (trad. Analyse transactionnelle et psychothérapie, Payot, 1971).
- Berne, É. (1966). *Principles of Group Treatment*. (trad. Principes de traitement psychothérapeutique en groupe, éditions d'Analyse transactionnelle, 2006).
- Berne, É. (1973). *Games People Play. The Psychology of Human Relations*. (trad. Des jeux et des hommes. Psychologie des relations humaines : Stock, 1975).
- Bond, S. (2009). Couple and Family Therapy: The Evolution of the Profession with Social Work at its Core, *Intervention, 131*.
- Delorme, J. (2002). Hommage à Gérard Duceppe, *Revue de l'APCFQ, 29 (1-2)*, 39-42.
- Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Paris : Seuil.
- Guttman, H. G., et Feldman, R. B. (1983). La thérapie familiale à l'Institut de psychiatrie communautaire et familiale de l'Hôpital général juif. Sir Mortimer B. Davis, Montréal, Canada. (Family Therapy at the Institute of Community and Family Psychiatry of the Sir Mortimer B. Davis - Jewish General Hospital, Montreal, Canada), *Actualités Psychiatriques, 9*, 81-86.
- Guttman, H. G., et Feldman, R. B. (1987). L'intégration de modèles de thérapie familiale dans la formation des résidents en psychiatrie. (Integrating family therapy models in teaching psychiatric residents.), *Perspectives psychiatriques, 2 (7/11)*, (Nouvelle Série), 111-115.
- Guttman, H. G. (2002). En souvenir du temps passé, *Revue de l'APCFQ, 29 (1-2)*, 30-33.
- Pauzé, R. (1996). *Gregory Bateson : l'itinéraire d'un chercheur*. Ramonville-Saint-Agne, France : Érès.
- Hone, G. (2007a). *Le Monde selon Félix*. Ottawa : Novalis.
- Hone, G. (2007b). *The Way I See It, Life Lessons from a Child*. Ottawa: Novalis.
- Hone, G. (2009). *In Other Words, More Life Lessons with a Child*. Ottawa: Baico Publishing.
- Hone, G., et Mercure, J. (1993). *Les Saisons du couple*. Ottawa : Novalis.
- Hone, G., et Mercure, J., en collab. avec Marthe Robitaille Tremblay (1991). *L'entrevue d'accueil en relation d'aide* (vidéo et guide d'accompagnement).
- Hone, G., et Mercure, J. (1996). *Les Adolescents : les encourager, les protéger, les stimuler*. Ottawa : Novalis.
- Hone, G., et Mercure, J. (1994). *Interdit aux enfants, guide pour vivre l'aventure d'être parent*. Ottawa : Novalis.
- Jackson, D. (1968). *Human Communication: Communication, Family and Marriage*. Science and Behavior Book.
- Lemaire, J.-G. (1979). *Le couple, sa vie, sa mort*. Paris : Science de l'Homme, Payot.
- Minuchin, S. (1967). *Families of the slums*. New York: Basics Books.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard: University Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2004). *Family Therapy Techniques*. Harvard: University Press.
- Neuberger, R. (2003). *L'autre demande : psychanalyse et thérapie familiale*. Paris : Payot.
- Neuberger, R. (2005). *Les familles qui ont la tête à l'envers: revivre après un traumatisme familial*. Paris : Odile Jacob.
- Onnis, L. (1984). Le système demande : la formation d'une demande d'aide selon une perspective systémique, *Thérapie familiale, 5*, 341-348.
- Onnis, L. (1989). *Corps et contexte*. Paris : ESF.
- Perls, F. (1976). *Rêves et existence en gestalt-thérapie*. Paris : EPI.
- Perls, F., Hefferline, R. E., & Goodman, P. (1979). *Gestalt-thérapie. Vers une théorie du self : nouveauté, excitation et croissance*. Montréal : Alain Stanké.
- Prud'homme, J. (2002). Histoire de la thérapie conjugale et familiale au Québec francophone, *Revue de l'APCFQ, 29 (1-2)*, 34-38.
- Satir, V. (1971). *Thérapie du couple et de la famille*. Paris : EPI.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., et Prata, G. (1978). *Paradoxe et contre-paradoxe*. Paris : ESF.
- Tomm, K., et Van Trommel, M. (1986). La thérapie systémique : vue d'ensemble de l'école de Milan. *Systèmes humains, 2 (1)*, 9-60.
- Watzlawick, P., Jackson, D., & Beavin, J. (1967). *Une logique de la communication*. Norton (trad. Seuil, 1972).

Merci aux pionniers! Bowen, Boszormenyi-Nagy, Minuchin, Haley et les autres...

par

Cynthia Brosseau, M.S.s., t.s., t.c.f.

Hôpital Rivière-des-Prairies

Service des troubles neurodéveloppementaux

Courriel : cynthia_brosseau@hotmail.com

Monique Doré, M.S.s., t.s.

CSSS Lucille-Teasdale

CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Santé mentale jeunes

Stéphanie Latour, M.Sc., t.s.

CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

CLSC Saint-Michel

Service Enfance-famille-jeunesse

Équipe 5-24 ans : scolaire secondaire

Description of three approaches in family therapy: structural family therapy, strategic family therapy, and multigenerational transmission process therapy.

Description de trois approches pionnières en thérapie familiale : approches intergénérationnelle, structurale et stratégique.

À l'aube de 2010, plus d'un demi-siècle s'est écoulé depuis la révolution du modèle thérapeutique traditionnel d'orientation analytique et qu'est né le modèle de la thérapie familiale. Cinquante ans depuis que cette poignée de pionniers a osé revoir la cellule thérapeutique en place pour l'ouvrir au système écologique de la famille. Chacun de ces thérapeutes, entre autres Bowen, Boszormenyi-Nagy, Minuchin et Haley, a tracé la voie, foulée mille fois depuis par toute une lignée de thérapeutes conjugaux et familiaux et de travailleurs sociaux.

Dans cet article, nous présenterons trois approches pionnières en thérapie familiale,

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**
Numéro 131, hiver 2009 : 151-160.

soit l'approche intergénérationnelle, l'approche structurale et l'approche stratégique. Pour chacune d'entre elles, nous exposerons le parcours des principaux auteurs, les concepts qui ont été développés ainsi que les méthodes d'évaluation et d'intervention.

En ces temps difficiles pour nous praticiens, qui sommes de plus en plus soumis aux idéologies de gestion du système de santé, avons-nous gardé en mémoire cet héritage clinique? Comme travailleuses sociales et thérapeutes conjugales et familiales du réseau public, il nous est apparu important de revisiter ces approches fondatrices et de voir comment elles ont évolué jusqu'à aujourd'hui. De plus, à l'occasion du 40^e anniversaire de la revue *Intervention*, nous tenions à souligner l'apport de ces cliniciens qui ont eu à cœur de nous offrir un legs des plus riches.

L'approche intergénérationnelle de Murray Bowen et d'Ivan Boszormenyi-Nagy

Au début des années 1950, l'idée d'inclure les familles d'origine au traitement suscite la création d'approches originales, dont la thérapie bowénienne des systèmes familiaux de Murray Bowen et l'approche contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy.

Parcours et collaboration : Murray Bowen

L'approche conçue par Bowen (1912-1990) a traversé les décennies pour s'ancrer solidement dans nos pratiques. Sa pensée donne place à différents concepts couramment utilisés par les intervenants sociaux, même s'ils n'en connaissent pas toujours l'origine, tels la triangulation, la différenciation du soi dans la famille, la position dans la fratrie, la coupure émotionnelle et le génogramme familial.

Chirurgien américain issu d'une famille de cinq enfants, Bowen débute, après la Seconde Guerre mondiale, une nouvelle carrière en psychiatrie. Il reçoit également une formation en psychanalyse. Sa recherche et sa pratique clinique se construisent autour de familles

ayant un membre psychotique. Il tente de développer son modèle théorique à partir des sciences exactes, c'est-à-dire en cherchant à objectiver et à mesurer ses concepts. Il fonde le Bowen Center for the Study of Family au Georgetown Family Center, qu'il dirige jusqu'à la fin de sa vie. Selon Brosseau (2001), les hypothèses de Bowen ont fait l'objet de quelques recherches qualitatives et quantitatives et elles ont démontré, entre autres, l'impact négatif de la fusion et de la triangulation sur le développement du soi des jeunes adultes.

Principaux concepts

Articulée autour du concept de la différenciation du soi, la thérapie de Bowen définit la famille comme un « système émotionnel » régulé par deux forces de vie : le « Je » (individualité) qui fait de l'individu un être unique, séparé des autres, avec un soi bien différencié, et le « Nous » familial (être ensemble), force qui relie les membres de la famille entre eux (Bowen, 1984). Lorsqu'il se produit un trop grand déséquilibre entre ces deux forces, un symptôme peut apparaître. Cette approche postule donc que l'enjeu principal de l'individu consiste à évoluer vers un stade plus avancé de différenciation avec sa famille d'origine, sans toutefois couper les liens émotionnels avec celle-ci (Bowen, 1984). Il définit donc le symptôme, non comme une pathologie, mais bien comme la représentation d'un effort du système pour métaboliser un changement (Bowen, 1984).

Sa recherche clinique s'attarde tout particulièrement à l'observation des triangles dans les systèmes familiaux. Il remarque qu'une relation dyadique n'est stable que si les personnes ne vivent pas trop d'angoisse. Par exemple, la relation parentale demeure viable tant que les tensions entre les parents ne sont pas trop vives et que l'angoisse suscitée demeure à un niveau tolérable. Au-delà d'un certain stade, la relation devient inconfortable et le système parental récupérera donc une troisième personne, qu'il nomme « outsider », afin de faire baisser la tension. Bowen (1984) observe que cette place est fréquemment occupée par un enfant. Cette manœuvre porte le nom de « triangulation ».

Évaluation et intervention

L'objectif thérapeutique vise donc à aider les individus à atteindre un niveau de différenciation du soi plus élevé. Bowen enseigne aux familles les caractéristiques des systèmes familiaux et élabore avec elles des hypothèses, pour ensuite inciter les individus à observer ces triangles dans leur famille d'origine et leur famille nucléaire, afin de développer plus de différenciation du soi (Bowen, 1984). Le clinicien ne se positionne pas comme un expert mais plutôt comme un « coach », terme que Bowen préfère à « thérapeute » (Papero, 1995). Le clinicien doit maintenir une certaine distance émotionnelle avec la famille tout en restant en relation avec elle. Conséquemment, Bowen demande à ses étudiants en thérapie familiale d'entreprendre un processus de différenciation dans leur propre famille, afin d'être en mesure de mieux travailler avec les systèmes familiaux et institutionnels dont ils font partie.

Parcours et collaboration :

Ivan Boszormenyi-Nagy

Moins connu auprès des jeunes générations, mais tout aussi remarquable, Boszormenyi-Nagy, nous a transmis par son approche contextuelle, un savoir singulier provenant de ses recherches et de son expérience clinique auprès des individus souffrant de psychose et de leur famille. Issu d'une lignée de magistrats, ce psychiatre hongrois, né en 1920 et décédé très récemment (2007), émigre aux États-Unis en 1950. Rapidement, il obtient la responsabilité des soins à l'unité psychiatrique de l'Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, où il entreprend l'intégration de la famille entière dans le traitement.

Principaux concepts

Boszormenyi-Nagy puise dans la philosophie existentielle de Martin Buber les idées qui lui serviront d'appuis à ses formulations théoriques (Ducommun-Nagy, 1995). Fidèle à la pensée de Buber, Boszormenyi-Nagy entrevoit les relations humaines sur une base dialectique. C'est dans le rapport de soi à l'autre que se construisent l'individualité et l'autonomie de la personne, à travers le dialogue authentique nécessaire à toute relation (Heireman, 1989). Boszormenyi-Nagy avance l'idée de la création d'un nouveau paradigme, à la jonction de

l'approche systémique et de la psychanalyse. Il conçoit la personne comme un système en soi. Par conséquent, son modèle thérapeutique se fonde sur une approche quadridimensionnelle de l'individu qui comprend : les faits, la psychologie de l'individu, la dimension interactionnelle/systémique et l'éthique relationnelle.

De nature factuelle, la première dimension qui intéresse le thérapeute concerne tous les événements de la situation problématique, les aspects biologiques et socioculturels que vit la personne. La deuxième dimension s'inspire des concepts psychanalytiques, tout particulièrement de la théorie de la relation d'objet de Fairbairn. La troisième dimension, quant à elle, prend forme à la suite de ses contacts avec des systémiciens, dont Bowen, Ackerman et Witraker, desquels il emprunte certains concepts tels que la différenciation du soi, l'importance du contexte social dans le sort de l'individu et la primauté accordée à l'expérience. Désireux de lier des notions provenant d'épistémologies différentes, Boszormenyi-Nagy développe une nouvelle et quatrième dimension, qui se retrouve au cœur de sa réflexion clinique, sous le nom d'éthique relationnelle. Pour lui, cette nouvelle dimension permet d'aborder la thérapie sous un angle nouveau, celui de la responsabilité individuelle et de la justice dans les relations. Il postule que l'équilibre entre le donner et le recevoir ainsi que la capacité de rendre ce que chacun reçoit procurent la confiance fondamentale qui agit comme une force de cohésion et permet aux relations de durer (Ducommun-Nagy, 1995), évitant ainsi l'apparition de tensions ou de pathologies (Van Heusden et Van Den Eerenheemt, 1994).

Il introduit donc les notions d'équité relationnelle et de réciprocité comme étant à la base de la dimension éthique des relations, c'est-à-dire la capacité de prendre en compte les besoins de l'autre et d'y répondre. Boszormenyi-Nagy nous met en garde d'y voir une éthique basée sur la morale, le jugement ou le devoir, la prise en compte des besoins de l'autre ne se situant pas dans le déni de ses propres besoins (Ducommun-Nagy, 2006). Il s'agit donc d'une éthique de l'équité (Van Heusden et Van Den Eerenheemt, 1994), d'où la métaphore d'un grand livre des comptes qui renvoie à l'ensemble des obligations (dettes) et des droits

acquis (légitimité, mérites) qui s'établit dans la relation entre deux personnes et dans toute famille. Un déséquilibre trop important peut entraîner l'apparition d'un symptôme. Par exemple, un enfant négligé qui ne reçoit pas ce qu'il est en droit de recevoir sera légitimé de réclamer son dû. Il le fera par des actes délicieux, ce que Boszormenyi-Nagy appelle la légitimité destructrice.

Un autre concept, mieux connu des praticiens et qui tient une place importante dans l'œuvre de Boszormenyi-Nagy concerne les loyautés. Le concept de loyauté postule que l'enfant, par sa filiation, vit un devoir éthique envers ses parents dont il veut s'acquitter. Par exemple, dans les familles où tout accès à l'autonomie signifie être déloyal, l'enfant sacrifiera ses désirs d'émancipation pour répondre aux attentes de ses parents. Qu'elles soient invisibles ou clivées, ces loyautés structurent nos rapports à la famille et constituent une voie de transmission privilégiée des réclamations des générations antérieures. Boszormenyi-Nagy voit le comportement symptomatique comme l'expression d'une loyauté familiale et, par le fait même, il reconnaît la tendance homéostatique du symptôme, à l'instar des systémiciens (Heireman, 1989).

Évaluation et intervention

Par son évaluation, le thérapeute contextuel s'intéresse donc aux quatre dimensions de la réalité de l'individu. Il s'interroge aussi sur les liens transgénérationnels, pour y déceler le patrimoine légué par les générations antérieures et celui susceptible d'être transmis aux générations ultérieures. Il met l'accent sur les relations familiales intergénérationnelles et son action thérapeutique s'adresse à tous les membres de la famille, même les absents (Heireman, 1989). Pour actualiser ce modèle dans la pratique thérapeutique, Boszormenyi-Nagy crée une méthode unique qu'il nomme partialité multidirectionnelle. Il s'agit pour le thérapeute de prendre successivement le parti de tous les membres de la famille, afin que chacun puisse exprimer ses besoins et entendre ceux des autres, tout en reconnaissant à chacun ses mérites. La thérapie contextuelle vise à aider les individus à utiliser leurs ressources personnelles et à leur faire vivre l'expérience d'une meilleure confiance mutuelle, en favori-

sant le dialogue entre les membres de la famille. Dans son action thérapeutique, l'intervenant laissera une place importante aux faits, tout en s'intéressant à l'histoire générationnelle afin de mettre en lumière les légitimités de chacun. Son but sera d'accroître l'empathie des uns envers les autres, tout en s'assurant que chacun assume la responsabilité de ses actes.

L'approche structurale de Salvador Minuchin

L'approche structurale de Salvador Minuchin constitue probablement l'un des modèles les plus influents pour le développement de la thérapie familiale systémique à travers le monde (Nichols et Schwartz, 2008 : 184). Elle guide depuis longtemps la formation et la pratique d'innombrables thérapeutes.

Parcours et collaboration

Salvador Minuchin, né en Argentine en 1921, est l'aîné d'une famille nombreuse juive et très hiérarchisée. Il fait ses études de médecine, puis s'inscrit comme médecin de guerre en Israël. Ensuite, il émigre aux États-Unis où, en 1955, il prend la direction d'un foyer pour jeunes délinquants afro-américains issus des quartiers pauvres de New York. Dès lors, il propose au personnel en place de commencer à travailler avec les jeunes et leur famille.

La thérapie familiale structurale provient de la nécessité de trouver une méthode pour comprendre et aider des familles provenant de milieux défavorisés. À ce moment, Salvador Minuchin fait de la thérapie, de l'enseignement et de la recherche à la Wiltwyck School for Boys de New York, dont la population est constituée de garçons issus de familles désorganisées et à problèmes multiples. Or, la psychothérapie traditionnelle de l'époque a été développée en grande partie pour répondre aux besoins des familles de la classe moyenne troublées par des conflits intrapsychiques, mais généralement scolarisées et ayant de la facilité à participer à une discussion introspective. Cependant, ces techniques ne semblent pas avoir d'impact significatif sur les jeunes plus démunis. Salvador Minuchin et ses collaborateurs, dont Braulio Montalvo, considéré par Minuchin comme l'un de ses inspirateurs les plus féconds, sont donc les premiers à tenter de développer une méthode de traitement qui s'adresse spécifiquement aux familles de jeunes

délinquants. En 1981, Minuchin fonde un centre de pratique et de formation à la thérapie structurale à New York, qui prend le nom de Minuchin Center for the Family en 1996, où il pratique encore.

Principaux concepts

Trois concepts-clés de l'approche structurale sont alors posés, soit la structure familiale, les sous-systèmes et les frontières. La structure familiale est la manière dont les membres du système interagissent entre eux et leur position dans la hiérarchie de la famille. C'est l'organisation des parties (individus, sous-systèmes) qui donne sa cohérence à la famille. Les sous-systèmes sont des unités différenciées de la famille, basées sur leur fonction : le sous-système parental, par exemple, a pour principale fonction l'éducation des enfants. Les sous-systèmes sont régis par des frontières interpersonnelles. Elles protègent la différenciation du système familial en délimitant la participation aux différents sous-systèmes.

Ces concepts servent de prémisse à la détermination de deux modèles de fonctionnement communs aux familles troublées, au sujet des séquences transactionnelles répétitives : certaines sont enchevêtrées, chaotiques et interconnectées, alors que d'autres sont désengagées, isolées et en apparence sans relations (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman et Schumer, 1967).

En 1965, le Dr Minuchin devient directeur de la clinique de guidance infantile de Philadelphie qui deviendra sous sa gouverne l'une des plus prestigieuses au monde. Son équipe et lui s'intéressent dès lors à certaines problématiques psychosomatiques, notamment aux familles ayant un enfant souffrant d'anorexie, de diabète sévère ou d'asthme. L'équipe met en relief le lien entre certaines caractéristiques familiales et la vulnérabilité extrême de ce groupe de patients, dont l'enchevêtrement, la surprotection, la rigidité et l'absence de résolution de conflits (Minuchin, Rosman et Baker, 1978).

Évaluation et intervention

Par le *joining*, terme qui désigne le fait d'accepter et de s'accommoder à la famille en créant un lien empathique afin de gagner sa confiance, le thérapeute a toute la latitude d'observer la

famille en interaction, ce qui lui permet de faire le bilan des séquences transactionnelles et d'arriver à l'élaboration d'une carte familiale où sont consignés la qualité des frontières, les coalitions, les détours de conflits vers une tierce personne (souvent un enfant), l'implication ou la surimplication de certains membres.

Le thérapeute peut alors valider l'expérience des membres de la famille, sans toutefois exclure une remise en question, un défi au *statu quo*. C'est là que réside l'équilibre de l'approche structurale avec les familles, dans son paradoxe même qui est tant de soutenir que de défier, tant d'appuyer que d'ébranler.

Le rôle du thérapeute est d'assumer une position directive : c'est un agent actif de changement. Le problème consiste en un dysfonctionnement de la structure familiale dans laquelle les générations et la hiérarchie ne sont pas respectées. Ainsi, selon cette approche, le « vrai problème présenté » est le réseau interactionnel tissé autour du motif de la plainte et le thérapeute doit recadrer les difficultés familiales suivant ce paradigme (Nichols, 1984). La façon la plus efficace de changer le symptôme est donc de changer les patrons transactionnels qui le maintiennent. L'attaque frontale du problème le plus évident est souvent vouée à l'échec : modifier les relations introduira plus facilement un changement.

L'objectif principal est donc de changer le fonctionnement de la structure familiale. On vise à clarifier les frontières entre les sous-systèmes, à augmenter la flexibilité des transactions familiales, à actualiser les conflits cachés et à modifier le rôle du patient identifié dans ceux-ci. Avec les familles enchevêtrées, on tente de différencier les individus et les sous-systèmes en renforçant les frontières entre eux. Avec les familles désengagées, le but est d'augmenter les interactions en rendant les frontières plus perméables entre les membres (Nichols et Schwartz, 2007).

Selon Minuchin, une famille change non parce qu'on a *interprété verbalement* ses conflits, mais parce qu'elle *fait l'expérience* d'une alternative possible. D'où la pertinence de cette méthode d'intervention chère à l'approche structurale qu'est l'*enactment* ou la mise en interaction (Nichols et Schwartz, 2007). La mise en interaction est le fait de rejouer des séquences transac-

tionnelles familiales lors d'une séance, permettant ainsi au thérapeute d'observer, puis de modifier les séquences d'interaction *in situ*. Cette méthode d'intervention requiert trois opérations. Premièrement, le thérapeute note une séquence problématique. Deuxièmement, il entame une interaction, pendant une séance, pour inciter la famille à reprendre l'interaction qui pose problème. Par exemple, Minuchin a été le premier à rassembler des familles autour d'un dîner, pris dans l'enceinte de la clinique, au cours duquel il demandait au sous-système parental de tenter de faire manger leur fille anorexique. Par la suite, il guide la famille pour qu'elle modifie la séquence.

Minuchin, Rosman et Baker (1978) ont fait une synthèse des résultats portant sur le traitement de cinquante-trois cas d'anorexie mentale utilisant la thérapie familiale structurale. Bien que des considérations éthiques aient exclu le fait d'avoir un groupe contrôle avec ces enfants gravement malades, le taux de succès qui est de 90 % est impressionnant. De plus, les résultats positifs à la fin du traitement se sont maintenus au suivi fait après plusieurs années.

Aujourd'hui, la thérapie structurale familiale a su prouver son efficacité en intervention pour traiter diverses problématiques, et ce, dans une grande variété d'études, dont plusieurs impliquant des cas jugés très difficiles (Rosman, Minuchin, Liebman et Baker, 1978, dans Colapinto, 1982; Aponte et Van Deusen, 1991; Nichols et Schwartz, 2007). Par exemple, elle a été utile pour aider des patients héroïnomanes à adopter des rôles parentaux plus adéquats (Grief et Dreschler, 1993, dans Nichols et Schwartz, 2008).

La thérapie structurale familiale est très utilisée auprès de familles dont le patient identifié est un enfant ou un adolescent et auprès de familles défavorisées (Minuchin et al., 1967). Elle peut aussi être pertinente pour le traitement des troubles psychosomatiques (Minuchin, Rosman et Baker, 1978), de la toxicomanie (Stanton et Todd, 1979 ainsi que Grief et Dreschler, 1993, cités dans Nichols et Schwartz, 2008), de la délinquance et des troubles de comportement (Chamberlain et Rosicky, 1995 ainsi que Szapocznik et al., 1989, cités dans Nichols et Schwartz, 2008), des problèmes scolaires et des difficultés relationnelles

d'adolescents atteints d'un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Barkley, Guevremont, Anastopoulos et Fletcher, 1992, dans Nichols et Schwartz, 2008). La réduction des symptômes, dans chacune de ces études, est significative et le niveau de changement positif est de plus du double de celui atteint dans les autres conditions de comparaison, qu'elles soient un groupe contrôle, un placebo ou une intervention individuelle. Enfin, les effets positifs persistent au suivi fait après six mois, douze mois, et parfois même après plusieurs années.

Ici, au Québec, l'approche structurale de Minuchin et ses collaborateurs est utilisée avec des résultats prometteurs dans l'intervention de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite et leur famille (Bertelli et Bélisle, 2004). Selon les auteurs, cette approche est intéressante pour la gestion des crises familiales, puisqu'elle favorise le développement et le maintien d'une structure thérapeutique malgré ces nombreuses crises, privilégie un travail avec le système intergénérationnel et solidifie l'alliance conjugale et les sous-systèmes de la fratrie. Elle défie les perceptions peu appropriées et confirme la famille dans ses forces.

Enfin, l'approche structurale est en constante évolution, ayant passé d'une conception presque exclusivement axée sur les interactions à une conception qui considère les perspectives cognitives qui guident ces interactions et les racines passées de ces perspectives (Minuchin, Nichols et Lee, 2007). De plus, le Minuchin Center offre maintenant du soutien aux couples lesbiens, gais, bisexuels et transsexuels.

L'approche stratégique de Jay Haley

L'approche systémique stratégique est aussi un modèle qui a eu énormément d'influence en thérapie familiale (Nichols et Schwartz, 1998). Si les premières recherches sur son efficacité sont principalement composées d'études de cas rapportées et donc peu fiables en matière scientifique, des recherches rigoureuses récentes démontrent qu'il s'agit d'un modèle efficace de pratique clinique (Gardner, Burr et Wiedower, 2006). Ses plus grands succès ont été démontrés avec les familles ayant des adolescents ainsi qu'avec les familles américaines

d'origine culturelle minoritaire telle que chinoise, japonaise et hispanophone. De plus, les problématiques de trouble du comportement, de délinquance et d'abus de substance seraient aussi améliorées significativement avec cette approche (Gardner et al., 2006). La thérapie stratégique a été le précurseur de la thérapie brève orientée vers les solutions (Wittezaele et Garcia, 1995) qui est très populaire en Amérique du Nord, entre autres auprès des programmes d'aide aux employés (Courtemanche et Bélanger, 2000). Trois branches de thérapie stratégique se sont développées à partir du célèbre projet de recherche sur la communication de l'équipe de Gregory Bateson dans les années 1950 appelée le groupe de Palo Alto : il s'agit de celui du MRI (Mental Research Institute), de celui de l'École de Milan et, enfin, de celui de Jay Haley (Nichols et Schwartz, 1998).

Parcours et collaboration

La figure centrale de l'approche stratégique est sans conteste celle de M. Jay Haley. Haley est né au Wyoming en 1923 et est mort en 2007 à l'âge de 85 ans. Il fait des études en arts de la scène et en communication. Il arrive par la porte de la recherche dans le milieu de la thérapie familiale grâce au projet Bateson (Wendel, 2008). Son cheminement de carrière comporte de grandes périodes de collaboration avec les figures les plus importantes du milieu de la thérapie familiale de l'époque. Dans les années 1960, il travaille avec Don Jackson dans l'équipe du MRI. En 1967, il rejoint Salvador Minuchin à sa clinique de Philadelphie où les deux hommes s'influencent et font progresser leurs conceptions d'un modèle thérapeutique efficace. Mais c'est en 1975 qu'il fonde sa propre clinique de thérapie familiale à Washington avec une autre figure importante de l'approche stratégique : Cloé Madanes.

Parmi ses influences, Haley voue une très grande admiration au travail du grand hypnologue, le Dr Milton Erickson. Il contribue à intégrer les approches psychothérapeutiques et les techniques de ce dernier au domaine de la thérapie familiale et à les faire connaître. Haley est considéré comme le thérapeute, le théoricien et le principal héritier des stratégies et de la créativité d'Erickson (Haley, 1990; Zeig, 2007).

Haley travaille pendant longtemps comme formateur de thérapeutes conjugaux et familiaux, car il croit à l'importance de former la relève. Un autre de ses apports est de démystifier la pratique de la thérapie et d'offrir un héritage aux générations subséquentes de thérapeutes, par la transmission de son approche à travers de nombreux écrits : il publie 22 livres, rédige plus de 100 articles scientifiques et produit de multiples enregistrements vidéos illustrant sa thérapie. Par le fait même, il est considéré comme l'un des auteurs les plus clairs et les plus lus dans le domaine (Wendel, 2007).

Principaux concepts

L'approche stratégique se développe à partir de la théorie des systèmes, de la théorie de la communication, de la cybernétique et de l'approche clinique éricksonienne (Nichols, 1984). De plus, Haley s'inspire des philosophies zen et bouddhiste dans le développement de son approche, telle l'utilisation de la résistance et des paradoxes chez les clients comme outils positifs de changement (Saposnek, 1980). Fortement inspiré par Erickson, il croit qu'une théorie doit outiller les cliniciens à régler les problèmes concrets amenés par les familles plutôt que de fournir un lieu d'introspection et d'analyse sur soi-même et sur les autres, comme le prônait le modèle analytique de l'époque (Haley, 1981).

Dans le cadre de la thérapie stratégique, Haley voit les interactions humaines comme des batailles interpersonnelles pour le pouvoir et le contrôle. C'est pourquoi il met l'accent sur la structure hiérarchique et sur les frontières dans le système. Ainsi, les problèmes peuvent parfois servir à un individu ou à la famille tout entière. Il cherche donc à mettre les conditions en place pour que les gains à garder le problème soient plus coûteux que le changement lui-même (Nichols et Schwartz, 1998). Il croit que les racines et les solutions aux problèmes individuels relèvent du contexte interactionnel de la famille. La notion de pathologie individuelle est donc exclue. Plusieurs autres prémisses sont importantes pour Haley : la thérapie doit être brève, le travail se fait dans l'ici et maintenant et les changements peuvent être rapides, car toutes les familles ont la capacité de changer.

Le but général est d'améliorer la communication dans le système familial et d'augmenter la flexibilité. Pour y arriver, le thérapeute tente premièrement de résoudre le symptôme présenté par le patient identifié, afin de motiver la famille à rester en thérapie, mais en travaillant sur les séquences de comportements de toutes les personnes impliquées plutôt que sur le seul porteur du problème. Le symptôme est perçu comme ayant une fonction de communication et une fonction adaptative et devient une métaphore de la problématique familiale. Simultanément, on cherche à travailler la réorganisation de la structure familiale, surtout la hiérarchie et ses frontières générationnelles qui sous-tendent les séquences dysfonctionnelles. Cette approche a une vision étagée des problématiques familiales, c'est-à-dire que la famille évolue mais étape par étape. Le rôle que prend le thérapeute est celui d'expert; il a une position hiérarchique d'autorité. Conséquemment, il se tient responsable du changement (Keim, 1995; Héril, 1995).

Évaluation et intervention

Haley a été l'un des premiers à intégrer la notion des phases du cycle de la vie familiale (quitter le foyer familial, former un couple, avoir des enfants, vivre avec des adolescents, départ des enfants du foyer et être un couple vieillissant) et à en tenir compte dans les buts de sa thérapie (Keim, 1995). Le processus d'évaluation est unique à chaque famille en thérapie stratégique. On observe le système tant au niveau verbal que non verbal et on est à la recherche des coalitions transgénérationnelles, concernant au moins trois générations (Haley, 1981). On observe quelles sont les règles de la famille ainsi que la logique du langage des membres. Cette approche tient compte de la nature paradoxale des émotions et de l'ambivalence, considérées comme parties intégrantes de l'être humain. Les différentes stratégies du fonctionnement humain, tels les aspects fonctionnels d'une gamme de comportements verbaux et non verbaux, doivent être comprises pour bien évaluer les situations problèmes (Haley, 1981). Selon lui, les comportements problématiques des individus peuvent servir à protéger d'autres membres de la famille avec lesquels ils sont en interaction, comme mécanisme de stabilisation. Cette théorie permet au

thérapeute d'avoir une vision positive des situations familiales (Braverman, 1986).

Avec cette approche, il n'y a qu'un seul thérapeute auprès des clients, mais il est conseillé d'avoir un superviseur derrière le miroir sans tain, ce dernier ayant un recul et une vue globalisante du système. Le visionnement postvidéo est aussi utilisé, permettant d'étudier la séance en équipe et de planifier la suivante (Nichols, 1984). L'intervention consiste à déterminer les loupes de rétroactions positives qui maintiennent les problèmes, à déterminer les règles qui les régissent et à trouver une façon de changer ces règles. À titre d'exemple, dans une famille monoparentale, les problèmes de relations avec les pairs à l'école d'un enfant peuvent se révéler être une métaphore d'une difficulté dans les relations amoureuses de son parent et d'une hiérarchie familiale inversée. Ces comportements peuvent alors avoir pour fonction de protéger ou de distraire le parent de sa difficulté. L'intervention visera à replacer une hiérarchie adéquate dans laquelle le parent reprend en charge son enfant, l'aide à résoudre ses difficultés relationnelles à l'école afin que ces dernières ne soient plus au service du système. De plus, le parent peut alors être invité à régler positivement ses difficultés amoureuses.

L'approche stratégique n'a pas subi de changements majeurs par rapport à ses méthodes et ses concepts depuis son développement dans les années 1970. C'est un mélange de l'art de la psychothérapie et de l'utilisation des tâches résultant d'une expérience clinique importante. Les principales techniques d'intervention utilisées sont : le recadrage (tant du symptôme que du client symptomatique), les métaphores (des paroles et des actes du client mais aussi de la relation thérapeutique), les tâches données de façon directe ou indirecte et, bien sûr, les célèbres directives paradoxales que la famille a pour instruction de mettre en pratique entre les rencontres (Keim, 1995). Si la thérapie stratégique est aujourd'hui plus humaniste qu'à ses débuts, son but est toujours d'aider une famille à interrompre des interactions problématiques et à en trouver de nouvelles plus saines, en tenant compte de sa complexité et de son cycle de développement.

Conclusion

Dans cet article, nous avons résumé, à travers nos lunettes de praticiennes en quête de sens et en formation continue, notre compréhension de quelques approches fondatrices en thérapie familiale. Ainsi, avec l'approche intergénérationnelle, Boszormenyi-Nagy et Bowen s'intéressent à la différenciation du soi, le premier par le dialogue authentique entre les membres de la famille et le second, par la détriangulation. Un retour à la famille d'origine est prôné afin de raviver le dialogue. Minuchin avec l'approche structurale et Haley avec l'approche stratégique, quant à eux, préconisent une restructuration familiale en s'adressant aux séquences transactionnelles. Haley met l'accent sur le pouvoir et la hiérarchie (aspect vertical) alors que Minuchin travaille avec les frontières entre les sous-systèmes (aspect horizontal). Tous deux favorisent l'observation des transactions familiales pour ensuite mettre les membres en relation les uns avec les autres afin qu'ils expérimentent des façons alternatives d'être ensemble.

Cet article met en lumière l'héritage clinique que représentent ces approches et leur caractère toujours actuel : ces approches nous ont été enseignées dans nos formations universitaires en travail social et en psychologie et elles sont encore enseignées dans les écoles de thérapie conjugale et familiale où nous avons été formées. De plus, les figures de proue de ces modèles thérapeutiques ont eu à cœur la transmission des connaissances et la formation de la relève, comme en témoignent leurs nombreux écrits et les lieux d'enseignement qu'ils ont fondés. Ces écoles sont encore très actives dans le domaine de la thérapie familiale.

De plus, ces théories sont bien vivantes dans l'exercice de nos pratiques quotidiennes. Par exemple, lors de discussions cliniques dans nos équipes de travail, les concepts de génogramme, de triangle, de frontières, de hiérarchie, de rôles, de sous-systèmes et de loyautés font partie de notre langage commun et de notre lecture des problématiques familiales. De plus, nos pistes d'intervention sont souvent reliées à ces concepts théoriques.

Bien sûr, certaines de ces approches ont aussi évolué depuis le début, ébranlées par les mouvements du post-modernisme et du constructi-

visme social des années 1980-1990. La nouvelle génération de penseurs a créé des approches collaboratives et narratives, où le cœur de la pratique s'appuie surtout sur la compréhension de la perception du monde des membres de la famille, plutôt que sur une mise en interaction (Nichols et Schwartz, 1998). L'approche narrative, la thérapie brève orientée vers les solutions et la thérapie familiale de la relation d'objet en sont des exemples. L'ère du modèle intégratif en thérapie familiale a sonné depuis un certain temps déjà, nous permettant d'utiliser plusieurs approches simultanément afin de répondre aux enjeux sociaux de plus en plus complexes auxquels sont confrontées les familles. Cependant, s'appuyer sur les approches pionnières nous semble être un gage de fondation solide de notre pratique. Merci aux pionniers!

Descripteurs :

Thérapie familiale structurale stratégique //
Thérapie familiale - Approche intergénérationnelle // Thérapie familiale systémique // Bowen, Murray (1913-1990) // Minuchin, Salvador // Haley, Jay (1928-2007)
Multigenerational transmission process therapy // Family therapy // Structural family therapy // Strategic family therapy // Bowen, Murray (1913-1990) // Minuchin, Salvador // Haley, Jay (1928-2007)

Références

- Aponte, H. J., & Van Deusen, J. M. (1991). Structural Family Therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern. *Handbook of Family Therapy*: 310-360. N.Y.: Brunner Mazel.
- Bertelli, C., et Bélisle, M.-C. (2004). Interventions de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite. Partie 2 : Thérapies systémique et familiale, *Santé mentale au Québec*, 29 (2), 253-266.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1991). Thérapie contextuelle et unité des approches thérapeutiques, *Dialogue*, 111, 21-30.
- Bowen, M. (1984). *La différenciation de soi, les triangles et les systèmes familiaux*. Paris : Éditions ESP.
- Braverman, L. (1986). Beyond Families: Strategic Family Therapy and the Female Client, *Family Therapy*, 13 (2), 143-153.
- Brosseau, C. (2001). La théorie bowénienne de systèmes familiaux : validité scientifique et utilité pour le travail social, *Intervention*, 122, 16-30.
- Colapinto, J. (1982). Structural Family Therapy. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen. *Family Counseling and Therapy*: 1-27. Itasca: F.E. Peacock.
- Courtemanche, H., et Bélanger, H. (2000). Les programmes d'aide aux employés : passé, présent et futur, *Revue québécoise de psychologie*, 21 (3), 71-92.
- Ducommun-Nagy, C. (1995). La thérapie contextuelle, dans M. Elkaïm. *Panorama des thérapies familiales* : 97-114. Paris : Éditions du Seuil.
- Ducommun-Nagy, C. (2006). *Ces loyautés qui nous libèrent*. Paris : JC Lattès.
- Gardner, B., Burr, B., & Wiedower, S. (2006). Reconceptualizing Strategic Family Therapy: Insights from a Dynamic Systems Perspective, *Contemporary Family Therapy*, 28, 339-352.
- Haley, J. (1981). *Nouvelles stratégies en thérapie familiale. Le problem-solving en psychothérapie familiale*. Montréal : Ed. France-Amérique.
- Haley, J. (1990). *Changer les couples : conversations avec Milton H. Erickson*. Paris : ESF Éditeur.
- Heireman, M. (1989). *Du côté de chez soi, la thérapie contextuelle d'Yvan Boszormenyi-Nagy*. Paris : E.S.F.
- Hénil, A. (1995). *Les thérapies familiales*. Paris : Éditions Morisset.
- Keim, J. (1995). L'approche stratégique, dans M. Elkaïm. *Panorama des thérapies familiales* : 247-282. Paris : Éditions du Seuil.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Rosman, B. L., & Shumer, F. (1967). *Families of the Slums: an Exploration of their Structure and Treatment*. N.Y.: Basic Books.

- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W.-Y. (2007). *Assessing Families and Couples. From Symptom to System*. Boston: Pearson.
- Nichols, M. P. (1984). Structural Family therapy. In M. P. Nichols. *Family Therapy: Concepts and Methods*: 479-504. N.Y.: Gardner Press Inc.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1998). *Family Therapy: Concepts and Methods*, 4th Ed. Allyn and Bacon.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *The Essentials of Family Therapy*. Boston: Pearson.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2008). *Family Therapy: Concepts and Methods*. Boston: Pearson.
- Papero, D. V. (1995). La théorie bowénnienne des systèmes familiaux, dans M. Elkaïm. *Panorama des thérapies familiales* : 67-96. Paris : Éditions du Seuil.
- Saposnek, D. T. (1980). Aikido: a Model for Brief Strategic Therapy, *Family Process*, 19 (3), 227-238.
- Van Heusden, A., et Van Den Eerenbeemt, E. (1994). *Thérapie familiale et générations*. Paris : PUF.
- Wendel, A. R. (2007). Jay Haley – A Memorial, *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (3), 291-292.
- Wendel, A. R. (2008). Family Therapy Pioneers, *Family Therapy Magazine*, sept.-oct., 24-60.
- Wittezaele, J.-J., et Garcia, T. (1995). L'approche clinique de Palo Alto, dans M. Elkaïm. *Panorama des thérapies familiales* : 173-213 Paris : Éditions du Seuil.
- Zeig, J. K. (2007). A Tribute to Jay Haley, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50 (1), 5-9.

La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales

par

Denis Bourque, Ph. D., t.s.

Professeur

Département de travail social

et des sciences sociales

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada

en organisation communautaire

Université du Québec en Outaouais

Courriel : Denis.Bourque@uqo.ca

Government policies and organizational changes had an impact on social work practice through the years (individual or community work).

La transformation des institutions et les politiques gouvernementales ont eu un impact sur la pratique des travailleurs sociaux (en intervention individuelle ou en organisation communautaire).

La création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2003 visait à augmenter l'accessibilité, la continuité et la qualité des services en les inscrivant dans des réseaux locaux dans une optique de responsabilité populationnelle partagée entre les différents dispensateurs de services (public, communautaire et privé). Il existe 95 CSSS au Québec qui se veulent les vecteurs institutionnels de transformations profondes dans la gestion des services sociaux et de santé de première ligne, ainsi que dans les pratiques professionnelles des personnels impliqués. Ces transformations sont toujours en cours et il serait pour le moins hasardeux d'en faire une évaluation globale. Même si elles comportent des dimensions intéressantes et prometteuses, nous avons pu déjà noter, dans des recherches réalisées et en cours

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**
Numéro 131, hiver 2009 : 161-171.

(Bourque, 2007; Lachapelle, 2007; Lachapelle, Bourque et Foisy, 2009), que ces transformations ont modifié les rapports aux collectivités établis auparavant par les CLSC, entraîné un alourdissement des structures de gestion et marqué une pénétration plus grande des principes de la nouvelle gestion publique (NGP) et de la logique médicale curative.

Dans cet article, nous examinerons les grandes composantes de la transformation institutionnelle des CSSS comme milieu majeur de pratique du travail social individuel et collectif au Québec. Nous nous attarderons aux dimensions politiques, administratives et professionnelles de ces transformations. Par la suite, nous examinerons les conséquences connues de ces transformations sur les pratiques de deux catégories de travailleuses sociales. Enfin, nous explorerons les stratégies déployées par ces intervenantes pour agir sur ces composantes et ces dimensions qui structurent leurs pratiques, et les questions que cela pose pour la formation en travail social¹.

Transformations institutionnelles du contexte de la pratique du travail social de première ligne

Le réseau public de santé et de services sociaux a connu de nombreuses réformes depuis sa création initiale au début des années 1970. Inspiré du Welfare State britannique, le système public québécois a été construit sur les principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité. De plus, ce système se caractérisait par une liaison étroite entre le social et la santé communautaire, un accent sur la prévention et une place importante faite à l'organisation communautaire comme méthode d'intervention collective professionnelle vouée au développement et au soutien de l'action sociale et du mouvement communautaire. En fait, le système sociosanitaire public québécois apparaît dès le début comme un compromis entre les forces sociales qui revendiquaient des services collectifs pris en charge par l'État et les courants technocratiques qui voulaient mettre

en place un système de soins de santé et de services sociaux pouvant mieux soutenir le modèle fordiste de développement économique. Le fordisme repose sur un compromis édifié entre le mouvement ouvrier et le patronat qui favorise la production et la consommation de masse basées sur une hausse constante de la productivité. Dans le modèle fordiste, le salaire indirect (sécurité sociale, assurance-chômage, etc.) ainsi que les services collectifs (santé, éducation, etc.) sont généralement institutionnalisés sous la forme de l'État-providence. Cela donna lieu au Québec au déploiement d'un réseau public d'abord créé à partir des anciennes institutions acquises des communautés religieuses. À ces institutions s'ajoutent de nouvelles structures locales, les centres locaux de services communautaires (CLSC), nés d'expériences citoyennes innovantes, qui ont pour mission l'accès à une gamme de services sociaux, de santé et d'organisation communautaire. La promotion de ce système public est fondée sur un nouveau discours. La santé devient une question de droit et relève désormais de la responsabilité de l'État (Boudreau, 1984).

Après une courte période historique de montée de l'État-providence de 1960 à 1980, une première période de crise débute dans les années 1980. Les services publics sont remis en question en raison des coûts associés à la gestion étatique centralisée, de l'augmentation croissante de la demande causée par le vieillissement de la population et de la dislocation du tissu social, alimentée par la mondialisation et le chômage, et par une tendance à la baisse des entrées fiscales tirées des revenus d'emploi (Vaillancourt et al., 2000). Les modèles de sortie de crise de l'État-providence (Martin, 1997) varieront selon les types de configuration que les États articuleront entre les composantes publique, domestique, marchande et non marchande (économie sociale ou communautaire) du «welfare». Les modèles néolibéraux, comme aux États-Unis, privilégient la composante marchande ou le recours au secteur privé. En Grande-Bretagne, on privilégie une combinaison compétitive entre la composante marchande (privé) et celle à but non lucratif dans le cadre de «quasi-markets» régulés par la composante publique comme en Grande-Bretagne. De leur côté, les modèles

plus sociodémocrates abandonnent peu à peu le principe de l'universalité, réduisent l'importance de la composante publique et valorisent les composantes à but non lucratif.

Depuis le milieu des années 1980, l'État social est en crise, crise des finances publiques et crise de légitimité (Jetté, Lévesque, Mager et Vaillancourt, 2000). Malgré les gains apportés par l'État-providence au sujet de l'accessibilité aux services collectifs, de leur universalité et de leur gratuité, la régulation providentialiste comporte des aspects problématiques, dont la centralisation technobureaucratique et un déficit démocratique dans le contrôle des services collectifs (Vaillancourt et Tremblay, 2001). Cette régulation a également pour effet de freiner l'innovation, de rendre le réseau public difficilement en mesure de s'adapter aux changements et encore plus de contrer l'augmentation des problèmes sociaux. Le partage de la légitimité et des compétences entre l'État, le marché et la société civile fut alors remis en question, ce qui est toujours le cas depuis.

Une série de réformes façonnèrent chacune à leur façon le système sociosanitaire québécois toujours soumis à trois grandes tendances ou orientations (Vaillancourt et al., 2000) soutenues par des acteurs et des intérêts propres à chacune :

- 1- L'orientation sociale-étatiste qui vise la continuité du providentialisme;
- 2- L'orientation néolibérale qui prône un État minimal et le recours aux lois et aux forces du marché;
- 3- L'orientation démocratique et solidaire qui propose une troisième voie entre l'État et le marché autour du renforcement des collectivités, de l'économie sociale et des associations à but non lucratif soutenues par l'État, et où la société civile se produit elle-même et se densifie sous l'impulsion de l'expérimentation et de l'innovation sociales (Groulx, 1993).

La plus récente réforme est marquée par la nouvelle gestion publique qui, selon Larivière (2005), apparaît avec l'adoption de la loi 120 en 1991 (*Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*), qui introduit les notions de décentralisation, de visée de résultats, de rendement,

d'accessibilité, de continuité accrue, de responsabilisation des prestataires de services ainsi que de satisfaction des « clients ». Depuis une vingtaine d'années, la NGP « fait partie d'un ensemble de recommandations destinées à mettre fin à des formes d'État-providence jugées illégitimes et productrices d'effets anti-économiques [...] et à nier toute différence entre le secteur privé et le secteur public » (Merrien, 1999 : 95).

Essentiellement, la NGP vise à restreindre le rôle de l'État dans la société et à mieux utiliser ses ressources en ciblant davantage leur usage et leur contrôle, dans un contexte où leur disponibilité est limitée par des gouvernements peu disposés à investir dans des mesures sociales (Larivière, 2005). Dans les faits, les principes de la NGP se sont adaptés aux contraintes et aux occasions propres au Québec, telles que les a façonnées l'action des forces politiques et sociales. Ainsi, la décentralisation chère à la NGP est plutôt vécue sous un mode de déconcentration administrative. De plus, la participation des utilisateurs précocisée dans le discours de la NGP a été fortement réduite dans les conseils d'administration des institutions publiques et a été plutôt reléguée à des comités d'usagers. Les citoyens-utilisateurs sont ramenés au rôle et au statut de clients. Enfin, l'approche de l'excellence sur le plan de la livraison des services est définie par la NGP en fonction de critères d'efficacité et d'une accentuation des formes de contrôle qui sont souvent en contradiction avec les critères de qualité des pratiques, voire de l'éthique professionnelle.

Politiques gouvernementales et transformations institutionnelles

Les transformations législatives et administratives à l'origine des réformes du système socio-sanitaire québécois depuis les années 1990 ont pris un virage particulier au début des années 2000. En décembre 2003, le nouveau gouvernement libéral fait adopter la loi 25 (*Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*) qui met en place les 95 CSSS qui ont pour mandat d'améliorer l'état de santé des populations en assurant, entre autres, une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des services. Cette loi représente une rupture avec les orientations

gouvernementales précédentes sur les questions de la composition institutionnelle et du territoire du nouvel établissement public de première ligne, du mandat des CSSS, ainsi que des nouveaux rapports qui s'établiront entre les CSSS et les organismes communautaires et d'économie sociale de leur territoire.

La loi 25 a imposé la création de CSSS issus de la fusion des établissements publics existants sur un territoire donné. Il existait déjà dans plusieurs régions au Québec des Centres de santé qui regroupaient un CLSC, un ou des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et un centre hospitalier (CH) de soins généraux de petite taille, soit habituellement moins de 50 lits. Ces centres de santé se sont transformés en CSSS avec une mission nouvelle, mais avec la même structure institutionnelle et le même territoire. Il en est autrement d'une majorité des nouveaux CSSS dont la création impliqua des centres hospitaliers (CH) de soins généraux et spécialisés (et comportant des centaines de lits) avec un ou plusieurs CLSC, dont le budget et le nombre d'employés représentent une fraction de ceux des CH en question. Le territoire du réseau « local » tend à correspondre alors au bassin de desserte du centre hospitalier qui peut, selon le cas, regrouper le territoire d'un ou de plusieurs CLSC. Comme il existe maintenant 95 CSSS au Québec comparativement à 145 CLSC ou centres de santé auparavant, on peut constater que plusieurs territoires des nouvelles structures sont davantage sous-régionaux que locaux. De plus, la mission hospitalière devient centrale de la plupart des CSSS, puisque le budget et les priorités de cette mission pèsent évidemment beaucoup plus lourd que la mission de services sociaux et même de santé publique.

En matière de mandat, les CLSC devaient adapter leur offre de services aux particularités de leur territoire. Avec la création des CSSS, l'État entend normaliser l'offre de services partout au Québec. À cet effet, on adopte l'approche par programme qui vise neuf priorités sous forme de programmes, retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces programmes sont la santé publique, les services généraux, la perte d'autonomie liée au vieillissement, la déficience physique, la

déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, les jeunes en difficulté, la santé mentale et la santé physique. Tous ces programmes font l'objet d'ententes de gestion entre les CSSS et le MSSS, grâce aux agences régionales, accompagnées d'indicateurs quantitatifs de résultats et de pénalités financières en cas de non-respect.

Avec l'adoption, en 2005, du projet de loi 83 (*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*), chacun des CSSS doit produire un Projet clinique (MSSS, 2004) répondant aux besoins de santé et de bien-être de la population de son territoire selon une approche populationnelle, mais aussi en fonction des programmes du MSSS, le tout sans argent frais. La loi 83 stipule que les CSSS doivent mobiliser et assurer la participation des partenaires du territoire à la définition du projet clinique qui doit comprendre les modalités de collaboration des réseaux public et communautaire. Ces modalités passeront, entre autres, par des ententes de services. À ce sujet, le MSSS stipule que les organismes communautaires doivent définir avec le CSSS de leur territoire, sur une base libre et volontaire, les modalités de leur collaboration à une offre de services intégrés à la population de leur territoire dans le respect de l'autonomie des organismes communautaires (MSSS, 2004 : 56).

En pratique, malgré ces ouvertures prometteuses, le MSSS encadre les projets cliniques en établissant une série de principes qui pourraient, dans certains cas, contredire les aspects positifs précédemment soulignés. En premier lieu, le principe de « hiérarchisation des services » pose problème pour les services communautaires et bénévoles qui, par définition, sont autonomes et ne relèvent pas du réseau public. Le MSSS élabore longuement le principe de la standardisation des pratiques et des processus : « Les centres de santé et de services sociaux, pour assurer une qualité de services et une hiérarchisation appropriée de l'accès aux services, doivent mettre en place des mesures découlant de la standardisation des pratiques, des stratégies et des processus. » (MSSS, 2004 : 25). Ce principe constitue une menace pour les pratiques d'intervention sociale en les soumettant à des protocoles et des pratiques en provenance du champ de la santé, mais aussi pour

les pratiques des organismes communautaires dont l'accent mis sur le contact humain et chaleureux (approche globale, prévention, etc.) en fait justement la qualité. Les principes de hiérarchisation et de standardisation contrastent avec le discours de mobilisation de partenaires autonomes pour la définition d'un projet clinique aux couleurs locales.

La création des CSSS matérialise plusieurs propositions qui, selon Merrien (1999 : 99), caractérisent la NGP : distinction des rôles entre pouvoirs politiques à qui il revient de fixer les grands objectifs à atteindre et les institutions responsables des services au moindre coût; établissement de procédures contractuelles ou semi-contractuelles, les ententes de gestion établissant quantitativement les services et l'allocation de fonds; reddition de comptes face à leurs clients, mais aussi face à leurs financeurs; imputabilité des gestionnaires soumis à une mesure de leur performance et transformation des usagers en clients assimilés à des consommateurs individuels. Ces choix organisationnels inquiètent parce qu'ils impliquent un changement dans les rapports entre professionnels et usagers des services basé sur une conception des services professionnels réduits à une série séquentielle d'actes techniques que l'on peut soumettre à l'analyse dite de l'élimination des gaspillages, ou méthode « lean » ou « dégraissée » qui trouve ses sources au Japon et que la NGP prétend pouvoir dupliquer de la sphère marchande vers les services publics². Cette approche postule implicitement que les problèmes dans la dispensation des services proviennent d'une carence dans la rationalisation de leur management et non d'un manque de ressources, et encore moins des conditions de vie ou des dimensions collectives (sociopolitiques) du vécu des utilisateurs de services. Ces utilisateurs, définis comme clients, ne peuvent être ni sujets ni acteurs du changement. Selon la conception même du MSSS, ils sont objets d'interventions standardisées :

« D'une part, la standardisation vise l'alignement des pratiques avec des normes et des standards reconnus et applicables aux contextes locaux. La standardisation s'applique aussi aux pratiques cliniques individuelles et de groupe par le biais de l'adhésion à des protocoles ou lignes directrices fondés

sur les données probantes ou les meilleures pratiques selon les consensus d'experts» (MSSS, 2004 : 25).

Cette propension à la standardisation des pratiques est renforcée par la montée en importance de la logique médicale curative et de sa propension aux protocoles cliniques, dans les institutions de santé et de services sociaux de première ligne au Québec. De plus, avec la création des CSSS, nous pouvons noter une diminution de la proportion des supérieurs immédiats des travailleuses sociales qui ont une formation de base en travail social (- 4,5 %) au profit d'autres formations en santé, notamment en soins infirmiers (+ 3 %), et cela, en l'espace d'une seule année soit de 2006 à 2007 (Larivière, 2007). Les résultats de l'enquête prévue en 2008 permettront de vérifier si cette tendance se maintient.

Logiques gestionnaire, médicale curative et de santé publique

La transformation du réseau public de services sociaux met en présence au moins trois logiques. En premier lieu, la logique gestionnaire met l'accent sur l'atteinte de résultats quantitatifs fixés de manière centrale par l'appareil politico-administratif et associés à des ententes contractuelles contraignantes. Il s'agit de produire des services publics selon les standards du secteur privé au moyen d'outils de contrôle des interventions et de mesure de satisfaction de la clientèle. La productivité est mesurée à l'aide de systèmes d'information sophistiqués et les actes professionnels sont découpés et rationalisés à la lumière des données probantes et des meilleures pratiques. Les secteurs privé et communautaire sont mis à contribution dans un rapport plutôt favorable au premier. Selon Merrien (1999 : 101), l'« erreur fondamentale de la NGP est de porter les responsables à s'intéresser prioritairement à l'efficacité de leur organisation en négligeant la réponse aux besoins de la société ». C'est ce qui explique en partie la progression importante (+ 16,2 %) du nombre de cadres dans le réseau public de santé et de services sociaux entre 2003 et 2008 (Paquet, 2009).

En second lieu, les logiques médicale curative et de santé publique imposent, dans le premier cas, la mission hospitalière des CSSS et, dans le second, une certaine médicalisation des pro-

blèmes et des phénomènes sociaux menant à une approche épidémiologique et à une intervention programmée, axée sur les comportements et les habitudes de vie (Parazelli et al., 2003). Dans la logique de santé publique cohabite cependant un courant intéressant qui promeut l'appropriation du pouvoir (*empowerment*) ainsi que l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Enfin, la logique d'intervention sociale demeure présente mais, selon Larivière (2005 : 13), soumise à la nouvelle gestion publique qui constitue une menace sérieuse pour toutes les formes d'intervention sociale dans la mesure où elle cherche : « 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. »

La logique gestionnaire accorde une importance majeure aux résultats (en particulier aux résultats financiers) et la logique médicale accorde une importance au rôle stratégique des experts et des données probantes concernant l'atteinte de ces résultats. La logique d'intervention sociale quant à elle accorde une importance primordiale au processus et à la relation entre intervenants et usagers (individu, groupe ou collectivité). La qualité de ce processus et de cette relation est perçue comme garante de meilleurs résultats parce que les objectifs de changement sont déterminés conjointement entre l'intervenant et l'utilisateur, ainsi que les moyens à mettre en œuvre pour y arriver. La présence soutenue dans le temps et l'adaptation constante de l'intervention sont des facteurs valorisés dans la logique de l'intervention sociale, mais qui entrent en conflit avec les exigences de productivité à court terme et de fidélité aux protocoles et aux meilleures pratiques des autres logiques en présence. Cette tension, voire cette opposition, entre les logiques a des effets sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CSSS qui sont différents en intervention individuelle ou en intervention collective.

Effets sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CSSS en intervention individuelle

L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec a cherché à connaître l'opinion de ses membres sur l'impact de la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). En plus de la tenue d'un colloque à Québec, un sondage en ligne a été réalisé, en 2007, pour explorer les conséquences de cette transformation majeure des structures organisationnelles sur les répondants et sur leur travail en CSSS. Le sondage en ligne a été proposé à 1 665 personnes, parmi lesquelles 26 % y ont répondu, soit 433 personnes travaillant en CSSS. De ce nombre, 83 % étaient des femmes. L'objectif du sondage visait à déterminer les conséquences de la transformation des structures organisationnelles et des pratiques professionnelles, ainsi qu'à explorer des moyens de soutenir les travailleuses sociales engagées dans cette réforme. Il est apparu, même si des conséquences sont déjà établies, que l'impact réel de la réforme devra être de nouveau mesuré au terme du processus de réforme qui est encore en cours dans la plupart des établissements.

Selon le rapport (Larivière, 2007), les répondants estiment que la création des CSSS a eu un impact passablement ou énormément important sur leur contexte de travail (75 %) : relations avec l'entourage professionnel, style de gestion de l'établissement où ils travaillent, présence ou absence d'encadrement et aspects bureaucratiques du fonctionnement de cette organisation. Selon cet auteur (2007 : 7), la création des CSSS « génère des effets secondaires tout à fait indésirables qui risquent d'atténuer ou d'annuler les effets positifs recherchés (accessibilité, continuité des services) ». De plus, les effets sur les tâches (nature, envergure, responsabilité) sont nommés par 49 % des répondants, ce qui indique que la transformation institutionnelle ne touche pas seulement les structures, mais également l'organisation du travail et les pratiques. À une question portant sur les situations vécues qui provoquent le plus de difficultés, les deux tiers des répondants ont choisi la catégorie : « Le style de gestion ne répond pas à mes attentes », ce qui fait dire à l'auteur du rapport que la tradition plus hiérar-

chique et technobureaucratique des centres hospitaliers risque d'accroître la distance entre le point de vue de la direction et celui des intervenantes sociales. Plus précisément, trois dimensions affectent négativement près de 50 % des répondants : « Mes valeurs sont en conflit avec celles de l'organisation » (54 %), « je vis une surcharge quantitative (charge de cas) » et « le travail d'équipe est insatisfaisant » (46 %). Plus du tiers des répondants soulignent des malaises autour de cinq affirmations : « Le soutien qui m'est offert [par mon employeur] » (44 % d'insatisfaction), « Je dois gérer une liste d'attente » (43 %), « Ma tâche est mal définie » (42 %), « Des contraintes sont imposées quant à la nature de mes interventions » (35 %), « Mon expertise n'est pas reconnue » (34 %). Cela n'empêche pas cependant 59 % des répondants d'être satisfaits de leur travail avec les personnes aidées et 10 % d'en être très satisfaits.

L'analyse de l'ensemble des données indique que la création des CSSS provoque un profond choc de culture où le social est relégué au second rang. De nombreux cadres récemment nommés connaissent très peu la réalité du travail social qu'ils sont appelés à soutenir et à gérer. Les travailleuses sociales souhaitent que les gestionnaires des CSSS encouragent des formes réelles de participation aux décisions qui les concernent et qu'ils les consultent sur les orientations qui affectent leur environnement de travail. Au-delà du style de gestion, Larivière (2007 : 15) souligne qu'« un malaise certain existe autour de l'organisation du travail qui constitue l'aspect qui provoque le plus de commentaires des répondants ». Différents aspects sont concernés : manque de stabilité et disponibilité de l'encadrement tant administratif que clinique, souhait d'avoir des tâches mieux définies et davantage de possibilités de développer son expertise, recherche de flexibilité, de reconnaissance accrue et d'équité. Les réponses formulées par les répondants montrent que, lorsque le CSSS ne répond pas à leur attente, ils développent des formules alternatives pour éviter les difficultés reliées à l'inexpérience, résoudre les cas complexes et éviter l'épuisement professionnel. Il peut s'agir de comités de pairs, de groupes de codéveloppement, d'échanges cliniques, d'entraide spontanée, ces moyens illustrant, selon Larivière (2007), la débrouillardise sociale.

Les résultats préliminaires d'une recherche en cours³, auprès de cadres et de travailleuses sociales de quatre CSSS œuvrant au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, apportent un éclairage additionnel. Les répondantes relèvent des avantages ou des gains associés à la création des CSSS dont le principal serait de dégager un espace pour une offre de services qu'un seul CLSC n'aurait pas été en mesure d'offrir. Cela rejoint l'analyse de Larivière (2005) qui souligne des éléments positifs provenant de la NGP, dont la création de tables de concertation se penchant sur diverses problématiques, des agents de liaison permettant d'assurer la continuité des interventions, des guichets uniques qui facilitent l'accès aux services et des réseaux intégrés de services devant permettre l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services.

Cependant, le rôle des travailleurs sociaux œuvrant au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement se transforme en étant davantage orienté vers la gestion de cas et, comme le dit une directrice générale d'un CSSS, « ça devrait s'intensifier quant à moi ». La gestion de cas est une pratique principalement orientée sur l'évaluation, la planification et la coordination des services requis par la clientèle. Les cadres rencontrés en entrevue tiennent un discours assez cohérent sur ce changement, qu'il soit déjà effectif ou annoncé : à leurs yeux, le travail social va changer en matière de tâches, de perspective d'intervention et d'alourdissement. Ils sont unanimes sur le fait que la tâche en travail social passe de suivis psychosociaux à la gestion de cas. Un cadre précise que les travailleurs sociaux « continuent à faire du travail social, sauf que ce qu'ils ont moins le temps de faire c'est ce que j'appelle un processus thérapeutique, travailler des choses avec le client, un suivi régulier ».

Ces deux recherches indiquent qu'il existe un écart entre les objectifs et les promesses de la NGP sur la création des CSSS et la réalité sur le terrain. Comme le rappelle Larivière (2005), le discours de la NGP porte particulièrement sur la possibilité de rendre des services de meilleure qualité en les débureaucratisant et en valorisant les compétences et les initiatives individuelles, ce qui motiverait les employés à participer à l'atteinte des objectifs fixés.

Cependant, les institutions issues de la NGP se fondent sur une organisation du travail, du moins en ce qui concerne le travail social, qui tend à déqualifier l'expertise professionnelle acquise et prône l'accentuation des formes de contrôle ainsi que la recherche constante du rendement. Quant aux travailleuses sociales en intervention individuelle, leurs stratégies d'action face aux effets des logiques gestionnaires et médicales ne ressortent pas clairement de ces recherches. Il en est tout autrement des travailleuses sociales de la seconde catégorie.

Effets sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CSSS en intervention collective

Quelque 400 professionnels occupent la fonction d'organisateur communautaire au Québec, parmi lesquels 60% ont une formation universitaire initiale en travail social (Comeau, Duperré, Hurtubise, Mercier et Turcotte, 2008). L'organisation communautaire est avant tout une méthode d'intervention professionnelle qui :

- 1- s'adresse prioritairement aux collectivités affectées par les inégalités, les dépendances, la marginalité, l'exclusion et l'appauvrissement, dans une perspective de justice sociale;
- 2- est pratiquée en soutien au processus planifié d'action collective par lequel le groupe ou la collectivité détermine ses besoins, mobilise ses ressources et développe une action pour y répondre;
- 3- est orientée vers le changement social par le renforcement de l'autonomie du groupe ou de la collectivité, de la solidarité de ses membres et de leur participation sociale au moyen de pratiques démocratiques (Lachapelle, 2003 :16).

Une telle conception de l'organisation communautaire est en contradiction avec les pratiques d'instrumentation des communautés et de changements programmés qui caractérisent certains programmes de santé publique et, généralement, l'approche par programme du MSSS. Elle est également en porte-à-faux avec le mandat des CSSS de coordination des ressources communautaires d'un territoire, mandat qui pourrait être associé à un rapport de domination de la part de l'institution à la

faveur d'ententes de services plus près de la sous-traitance que du partenariat.

Cette distance entre la logique et l'éthique d'intervention en organisation communautaire et la logique gestionnaire pourrait expliquer pourquoi un CSSS de la région de Montréal (le seul heureusement au Québec) a pris la décision en 2007 de remplacer ses dix postes d'organisateur communautaire par des postes d'agent de planification, de programmation et de recherche⁴. Ce titre d'emploi renvoie à des fonctions de développement de services et de programmes institutionnels, alors que l'organisation communautaire soutient et développe l'action collective et associative. Il existe près de 2 000 agents de planification, de programmation et de recherche répartis entre le MSSS, les Directions régionales de santé publique et les Agences régionales de santé et de services sociaux, là où s'élaborent les programmes. Ce qui manque dans les services publics de santé et de services sociaux de première ligne, ce ne sont pas des planificateurs, mais des intervenants qui sont sur le terrain avec les populations pour qu'elles s'approprient ces programmes et les adaptent pour mieux répondre à leurs besoins et à leurs aspirations. Bien plus, les organisateurs communautaires, dont le travail se situe à la jonction de la société civile et des services publics, visent à transformer les problèmes collectifs en solutions collectives qui proviennent de processus de détermination des priorités d'un milieu et de réponses innovantes et coconstruites avec les pouvoirs et les services publics. La réalisation de la mission des CSSS quant à l'amélioration de l'état de santé ne relève pas seulement d'une expertise de planification, mais d'une expertise professionnelle de développement et de mobilisation des collectivités. Il s'agit de soutenir la capacité des collectivités d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de prendre en charge leur développement, avec comme conséquence positive l'amélioration de leur santé. Les problèmes de santé que rencontre la population québécoise sont, dans une très large mesure, évitables comme l'a démontré le Directeur national de la santé publique (MSSS, 2005). Ils découlent des conditions de vie et de l'environnement social auxquels s'adresse précisément l'organisation communautaire par l'action collective. Ce processus exige un soutien et des expertises qui

doivent résolument se mettre au service du processus participatif et démocratique plutôt que de chercher à le déterminer dans l'une ou l'autre de ses composantes ou de ses étapes. Aussi vaut-il mieux une initiative ou un projet qui mobilise les acteurs locaux qu'un programme évalué scientifiquement, mais auquel la collectivité n'adhère pas ou qui ne correspond pas aux particularités du milieu. Voilà l'une des contributions stratégiques de l'organisation communautaire en CSSS que les intervenantes réussissent à faire valoir avec un certain succès. Ce positionnement et ses résultats relatifs ne sont pas de génération spontanée, mais s'inscrivent dans un mouvement caractérisé par les éléments suivants :

- 1- Depuis 1988, ces intervenantes se sont dotées d'une association qui réunit sur une base volontaire la majorité des organisatrices et organisateurs communautaires des CSSS de toutes les régions du Québec, le Regroupement québécois des intervenantes et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC). Fonctionnant sur la base d'assemblées régionales, chacune déléguant une personne pour la représenter au conseil d'administration, l'association organise plusieurs rencontres régionales ou au moins un rendez-vous national par année (Comeau et al, 2008);
- 2- Il s'agit d'une véritable communauté de pratiques qui publie un bulletin de liaison trimestriel de quarante pages provenant de tous les coins du Québec. Distribuée à plus de trois cents exemplaires, cette brochure fait une place importante aux récits de pratiques, mais on y trouve aussi des comptes-rendus de conférences ou de colloques, des réflexions sur la vie professionnelle, des analyses et des prises de position sur les enjeux concernant la pratique professionnelle et le réseau public de santé et de services sociaux. Le site Internet de l'association (<http://www.rqiiac.qc.ca/>), une liste de discussion RQIIAC, les blogues et le recours de plus en plus répandu au courriel font aussi partie des outils au service des membres;
- 3- Le RQIIAC a surtout publié en 2003 un cadre de référence de la pratique d'organisation communautaire (Lachapelle, 2003)

qui voulait positionner cette pratique en milieu institutionnel du point de vue des intervenants concernés. La qualité de la production a amené plusieurs CLSC, et CSSS aujourd'hui, à reconnaître ce cadre de référence comme une plateforme de définition de l'organisation communautaire dans leur établissement. Ce cadre est d'ailleurs actuellement en révision en vue d'une nouvelle édition en 2010 qui tiendra compte du nouveau contexte provoqué, entre autres, par la création des CSSS et le développement de la santé publique;

- 4- Une recherche récente (Foisy, Bourque et Lachapelle, 2009), indique que plusieurs équipes d'organisation communautaire en CSSS ont investi les questions de l'encadrement administratif et de la supervision professionnelle afin d'influencer la mise en place de conditions plus favorables au développement des pratiques comme la création d'une équipe unique relevant d'un cadre supérieur, ainsi que la nomination d'un pair à titre de coordonnateur professionnel de l'équipe;
- 5- Le RQIIAC a développé des alliances avec les milieux de l'enseignement et de la recherche en organisation communautaire. Ces alliances contribuent à produire des connaissances sur l'organisation communautaire et à déterminer les besoins de développement des compétences professionnelles qu'elles soient d'ordre méthodologique, stratégique ou politique. La communauté de pratiques que représente le RQIIAC soutient activement l'évolution continue de l'organisation communautaire au Québec et permet de renforcer la légitimité de cette pratique (Comeau et al., 2008);
- 6- Enfin, les travailleuses sociales en intervention collective entretiennent des alliances avec les milieux communautaires et des mouvements sociaux sur les plans local, régional et national. Il s'agit des usagers et des utilisateurs de leurs services avec qui elles ont une convergence de vues quant à la pertinence de la coconstruction à l'échelle locale et d'une appropriation du développement local. Ce qui les réunit, c'est une perspective démocratique et solidaire où la contribution des programmes publics est

négociée, plutôt que les collectivités instrumentalisées au service d'une politique et d'une gestion centrées sur le désengagement ou le non-engagement de l'État.

Conclusion

La nouvelle gestion publique, comme les logiques gestionnaires et médicales, comporte des enjeux importants et pose des défis de taille aux intervenants sociaux des CSSS au Québec. Quelles sont les stratégies déployées par les intervenants sociaux pour se préserver une marge de manœuvre et développer des pratiques professionnelles signifiantes? Quelles sont les nouvelles compétences à acquérir de leur part? Les réponses à ces questions sont différentes selon les catégories de travailleuses sociales. Ainsi, pour les travailleuses sociales en intervention individuelle, il est difficile de déterminer une ou des stratégies articulées pour composer avec la NGP et les logiques qui en découlent. Larivière (2007) souligne des moyens qu'il qualifie de débrouillardise sociale, comme la mise en place de comités de pairs, de groupes de codéveloppement, d'échanges cliniques, d'entraide spontanée, etc. Il constate par ailleurs que la solution alternative d'introduire des conseillers cliniques ayant une formation en travail social ne semble pas suffisamment généralisée. Du côté de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, mis à part l'enquête d'impact effectuée auprès de ses membres concernant la création des CSSS, la stratégie face aux transformations institutionnelles a surtout consisté à revendiquer des champs de compétence spécifique et des actes réservés aux travailleuses sociales professionnelles. Un référentiel de compétences (OPTSQ, 2006) a été élaboré et des représentations s'exercent sur les unités de formation universitaire en travail social pour que les programmes de formation y répondent. Ce référentiel fait par ailleurs l'objet de critiques de la part de certaines unités de formation en raison de son caractère jugé trop « technicisant ». En fait, il n'y a pas encore de consensus entre l'Ordre et les unités de formation universitaire sur l'orientation stratégique à adopter pour repositionner le travail social dans le réseau public de première ligne et adapter la formation en conséquence.

Le problème se pose autrement du côté des travailleuses sociales en intervention collective ou des organisatrices communautaires pour les motifs évoqués précédemment. Essentiellement, elles se sont donné des moyens organisationnels et opérationnels de développer des pratiques réflexives et interactives qui, comme l'ont démontré Comeau et al. (2008 : 154), leur permettent, dans une certaine mesure, de participer à la modification du contexte structurel de leur pratique qui « représente à la fois le contexte d'influence sur les pratiques et leur résultat ».

La nouvelle gestion publique ainsi que les logiques gestionnaires et médicales vont continuer à occuper l'espace public pour un temps indéterminé. Cela représente un défi quant à la formation des travailleuses sociales pour qu'elles connaissent ce nouveau contexte de transformation institutionnelle et puissent en faire une analyse critique en fonction, entre autres, des enjeux pour l'intervention sociale. La formation doit aussi pouvoir développer une identité professionnelle basée sur des valeurs, une éthique et des compétences permettant de renforcer l'efficacité et la légitimité des pratiques. Enfin, la formation doit habiliter les travailleuses sociales à reconnaître et à exploiter les marges de manœuvre, les failles et les paradoxes présents dans la NGP et les logiques dominantes au profit de la promotion de la logique d'intervention qui ne fait de sens que lorsqu'elle est arrimée et en accord avec les citoyens et les groupes, premiers concernés par la qualité des services publics.

Descripteurs :

Centres de santé et de services sociaux (CSSS) - Québec (Province) // Services de santé - Politique gouvernementale - Québec (Province) // Services sociaux - Politique gouvernementale - Québec (Province) // Québec (Province). Loi sur les services de santé et les services sociaux // Pratique professionnelle // Service social - Pratique - Québec (Province) // Organisation communautaire - Politique gouvernementale - Québec (Province) // Administration publique - Québec (Province)
Health and Social Service Centres (CSSS) - Quebec (Province) // Health services - Government policy - Quebec (Province) // Social services - Government policy - Quebec (Province) // Social services - Professional practice - Quebec (Province) // Community organization - Government policy - Quebec (Province) // Public administration - Quebec (Province)

Notes

- 1 Pour obtenir davantage d'information sur le sujet, voir Bourque, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec*, Cahier 0907, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Université du Québec en Outaouais.
- 2 La méthode «lean» ou méthode Toyota est ouvertement promue par l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux au Québec, le Dr Yves Bolduc.
- 3 Cette recherche est menée conjointement par Denis Bourque, Danielle Maltais, Sébastien Savard, Marielle Tremblay et René Lachapelle. Le dépôt du rapport de recherche est prévu pour le 31 mars 2010.
- 4 Le titre d'emploi d'agent de planification, de programmation et de recherche est libellé ainsi : «Personne qui est chargée d'un ou plusieurs programmes dans le but de fournir une assistance professionnelle au développement des services. Elle assure les activités de recherche nécessaires à l'identification et à l'évaluation des ressources et des besoins. Elle conçoit et propose les plans et programmes de développement en vue d'assurer une planification adéquate des services. Elle fournit ses conseils relativement à l'implantation ou à l'amélioration de programmes et/ou de services. Elle peut participer aux différentes activités d'enseignement et de formation».

Références

- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale*. Montréal : Éditions St-Martin.
- Bourque, D. (2007). Ententes de services et nouveaux rapports public/communautaire, *Intervention*, 126 (juin), 42-52.
- Comeau, Y., Duperré, M., Hurtubise, Y., Mercier, C., et Turcotte, D. (2008). *L'organisation communautaire en mutation. Études sur la structuration d'une profession du social*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Foisy, D., Bourque, D., Lachapelle, R., en coll. avec J. Sénéchal (2009). *La coordination professionnelle des équipes en organisation communautaire en CSSS : description, perspectives et enjeux*. Cahier 0901, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, UQO.
- Groulx, L.-H. (1993). *Le travail social : analyse et évolution; débat et enjeux*. Montréal : Agence d'arc.
- Jetté, C., Lévesque, B., Mager, L., et Vaillancourt, Y. (2000). *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être. Une recension des écrits (1990-2000)*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lachapelle, R. (dir.) (2003). *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratiques*. Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lachapelle, R., avec la coll. de D. Bourque (2007). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique. Rapport de recherche, RQIIAC et ARUC-ISDC, Série Documentation et diffusion*, 5.
- Lachapelle, R., Bourque, D., Foisy, D, en coll. avec J. Sénéchal (2009). *Apports de l'organisation communautaire en CSSS aux nouvelles infrastructures communautaires de développement des communautés*. Cahier 0902, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, UQO.
- Larivière, C. (2005). Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale. *Interaction communautaire*, 70 (automne), 13-16.
- Larivière, C. (2007). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Université de Montréal et Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Martin, C. (1997). La comparaison des systèmes de protection sociale en Europe. De la classification à l'analyse des trajectoires d'État providence, *Lien social et Politiques - RIAC*, 37, 145-155.
- Merrien, F.-X. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique, *Lien social et Politiques*, 41, 95-103.
- MSSS (2004). *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Octobre).
- MSSS (2005). *Le Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- OPTSQ (2006). *Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Paquet, S. (2009). Embauches à la Santé : un cadre de plus par jour, *La Presse*, 15 août.
- Parazelli, M., Hébert, J., Huot, F., Bourgon, M., Gélinas, C., Laurin, C., Lévesque, S., Rhéaume, M., et Gagnon, S. (2003). Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques, *Service social*, 50, 81-121.
- Vaillancourt, Y., et Tremblay, L. (dir.) (2001). *L'économie sociale, dans le domaine de la santé et du bien-être au Canada : une perspective interprovinciale*. Montréal, LAREPPS, UQAM.
- Vaillancourt, Y., Aubry, F., D'amours, M., Jetté, C., Thériault, L., et Tremblay, L. (2000). *Économie sociale, santé et bien-être : la spécificité du modèle québécois*. Cahiers de recherche 00-01. Montréal, LAREPPS, UQAM.

Pratiques et enjeux de la coordination professionnelle en organisation communautaire de service public

par

Dominic Foisy, M.ts

Doctorant Sc. politique, Université d'Ottawa

Professeur

Département de travail social

et des sciences sociales

Université du Québec en Outaouais

Courriel : Dominic.Foisy@uqo.ca

Denis Bourque, Ph. D.

Professeur

Département de travail social

et des sciences sociales

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada

en organisation communautaire

Université du Québec en Outaouais

René Lachapelle, M.S.s.

Doctorant en service social, Université Laval

Professionnel de recherche

Chaire de recherche du Canada

en organisation communautaire

Université du Québec en Outaouais

Results of an exploratory study with community organizers working as professional coordinators.

Résultats d'une recherche exploratoire auprès d'organiseurs communautaires assurant le rôle de coordination professionnelle.

La mise en place des Centres de santé et de services sociaux à la fin de l'année 2003¹ a entraîné une reconfiguration importante des établissements dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Parmi les changements significatifs, on remarque une mutation importante des organisations concernant leur taille et les stratégies de gestion². Ces éléments

ont eu des impacts particuliers sur la place et la pratique de l'organisation communautaire dans les établissements publics.

Historiquement, les études de la pratique de l'organisation communautaire ont démontré l'importance du rapport entre cette pratique et les transformations du milieu institutionnel dans lequel elle se déploie (Favreau et Doucet, 1991; Bourque, 1997; Lachapelle, 2007; Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, 2007; Comeau, Duperré, Hurtubise, Mercier et Turcotte, 2008). En fait, l'organisation communautaire se transforme du fait, notamment, de la capacité des professionnels à réagir et à influencer leur environnement de travail.

Notre recherche s'est intéressée à l'insertion institutionnelle de cette pratique (Foisy, Bourque et Lachapelle, 2009). Nous croyons que l'un des défis importants qui se sont imposés aux organisateurs et organisatrices communautaires (OC) avec la création des CSSS fut de déterminer la nature spécifique de leur contribution à la mission des CSSS ainsi que les mécanismes d'encadrement et de soutien à leur pratique dans cette nouvelle conjoncture institutionnelle.

L'une des stratégies apparues pour faciliter cet arrimage est le recours à la fonction de coordonnateur professionnel³. C'est dans le cadre des activités de recherche de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC) que nous nous sommes penchés sur ce phénomène structurant pour la pratique de l'organisation communautaire en CSSS. La nomination de coordonnateurs professionnels nous est apparue comme une manifestation de la transformation des rapports entre les organisateurs communautaires et l'établissement (rapport administratif) et les organisateurs communautaires entre eux et avec les autres professionnels dans les équipes multidisciplinaires (rapport professionnel).

Comme toute transformation, cette nouvelle organisation du travail comporte des occasions et des défis pour les équipes, pour la pratique

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 172-182.

de l'organisation communautaire en milieu institutionnel et, bien évidemment, pour les coordonnateurs professionnels eux-mêmes. Notre objectif de recherche était d'explorer et de documenter ce phénomène nouveau et d'en analyser les retombées potentielles pour la pratique de l'organisation communautaire.

L'article expose les résultats de cette recherche en trois parties. Tout d'abord, nous examinerons le contexte de mise en place de la fonction de coordination professionnelle en organisation communautaire. Ensuite, nous exposerons notre démarche méthodologique et, enfin, quelques conclusions de cette recherche qui demeure exploratoire.

Contexte de mise en place de la fonction de coordination professionnelle

Quelque 400 professionnels occupent la fonction d'organisateur communautaires dans les CSSS au Québec, parmi lesquels 60% ont une formation universitaire initiale en travail social (Comeau et al., 2008). Depuis 1975, les conventions collectives en vigueur dans le réseau public de santé et de services sociaux comportent le titre d'emploi d'organisateur communautaire qui est ainsi libellé :

« Personne qui fait l'identification et l'analyse des besoins de la population avec des groupes concernés. Elle conçoit, coordonne et actualise des programmes d'organisation communautaire afin de répondre aux besoins du milieu et de promouvoir son développement. Elle agit comme personne-ressource auprès des groupes⁴. »

Les organisateurs communautaires en CLSC ont toujours eu un rapport particulier avec leur établissement. Si le mariage n'a pas toujours été de tout repos, il a souvent été fécond en matière d'innovation (Favreau et Hurtubise, 1993). En fait, la pratique de l'organisation communautaire en milieu institutionnel, des CLSC au CSSS, a connu différentes périodes au cours de son évolution. On peut en relever trois : 1) l'institutionnalisation de la pratique au cours des années 1970 lors de la mise en place des CLSC; 2) la crise identitaire des années 1980 qui a culminé par l'appel à un recadrage de la pratique lors de la parution du rapport Brunet (1987) et; 3) la consolidation et la professionnalisation de la pratique durant les années 1990 qui se sont matérialisées tant par la création du

Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et centre de santé (RQIIAC) comme regroupement d'intervenants partageant une communauté de pratique que par la parution de différents cadres de références confirmant la légitimité de cette pratique (Fédération des centres locaux de services communautaires du Québec, 1991, 1994). La création des CSSS ouvre en quelque sorte une nouvelle période où l'organisation communautaire peut tirer profit de ses acquis, mais est confrontée à de nouveaux défis.

Une analyse fine des tenants et des aboutissants de la réforme amorcée en 2003 reste à faire. Cependant, d'ores et déjà, nous pouvons constater que la création des CSSS a signifié une restructuration majeure ayant des impacts tant en ce qui a trait à la finalité du réseau qu'à la structuration de l'organisation des services.

La création des CSSS : une nouvelle base institutionnelle pour l'organisation communautaire

La mise en place d'institutions comme les CSSS peut conduire à modifier le rapport au pouvoir décisionnel à l'interne puisque des établissements de grande taille ont tendance à mettre en place une organisation du travail bureaucratifiée (Richard, Maltais, Bourque, Savard et Tremblay, 2007). Pour les organisateurs communautaires, les effets en sont particulièrement marquants aussi bien en matière de limites que d'occasions. La création des CSSS a en effet obligé les nouvelles organisations à revoir leurs plans d'organisation et leurs modèles de gestion, ce qui a notamment eu pour effet de remodeler les rapports de pouvoir et d'influence internes. La taille des équipes et la nature multidisciplinaire de ces dernières engendrent une complexification tant de la gestion des équipes d'intervenants que du soutien professionnel qui leur est offert. La mise en place d'organigrammes imposants provoque une mutation importante de la gestion des services sociaux de première ligne puisqu'historiquement, les CLSC avaient une organisation du travail très intégrée. Ainsi, les gestionnaires provenaient souvent de la pratique, ce qui leur permettait d'offrir une forme de supervision clinico-administrative (Larivière, 2007). De plus, sur le plan de

l'encadrement administratif, les CLSC avaient une structure organisationnelle assez simple avec deux (direction générale et chef de service), parfois trois, niveaux hiérarchiques.

Régulièrement, les organisateurs communautaires, compte tenu de leur place privilégiée et stratégique d'interface entre les CLSC, les groupes communautaires et les acteurs du milieu local, relevaient directement de la direction générale des établissements ou, à tout le moins, y avaient accès assez aisément. Aujourd'hui, avec les CSSS, force est de constater que c'est rarement le cas. La multiplication des paliers hiérarchiques qui séparent les organisateurs communautaires de la direction générale entraîne une mutation des modes d'encadrement qui change substantiellement le rapport d'influence des intervenants sur certaines décisions du nouvel établissement.

La pratique de l'organisation communautaire s'inscrivant directement dans les rapports du CSSS à son milieu, la distance que la nouvelle organisation crée entre les organisateurs communautaires et les directions est une source potentielle de conflits. Les directions de CLSC étaient suffisamment proches des organisateurs communautaires pour que ces éventuels conflits d'allégeance fassent l'objet de discussions directes et se règlent avant d'affecter la cohérence des interventions dans les communautés. Dans les CSSS, les rapports directs des directions avec les leaders communautaires et la distance hiérarchique qui les sépare des organisateurs communautaires constituent une menace pour la pratique de l'organisation communautaire.

Si la croissance en taille des établissements peut engendrer une certaine bureaucratisation, elle peut aussi se révéler pour des praticiens une occasion d'avoir davantage d'autonomie professionnelle. Comeau et al. (2008) affirment qu'en créant des unités de travail plus importantes, les directions d'unités se sont éloignées physiquement et administrativement des intervenantes salariées. Entre autres phénomènes intéressants, on peut alors observer que les organisateurs communautaires se tournent davantage vers leurs pairs pour obtenir du soutien et que quelques-uns se voient attribuer un rôle stratégique dans les équipes d'organisation communautaire. Bref, certains praticiens

proactifs utilisent les opportunités qu'offre la nouvelle conjoncture.

Nouveau rapport entre les organisateurs communautaires

La création des CSSS a impliqué deux changements majeurs dans le paysage de leur pratique. Tout d'abord, elle a souvent signifié la fusion d'équipes préexistantes d'organisation communautaire formées de praticiens provenant de territoires de CLSC différents (de deux à quatre) et ayant des expériences professionnelles diversifiées. Ces équipes avaient donc une culture organisationnelle bien établie avec leur propre mode de fonctionnement, leurs orientations, une histoire avec leur milieu, etc. Ensuite, elle a aussi inscrit leur pratique dans une structure administrative beaucoup plus complexe, ce qui a eu pour effet de les éloigner de la direction des CSSS et donc de modifier certains aspects de leurs rapports avec les communautés.

La volonté de prendre une place significative à l'intérieur du nouvel établissement et de réfléchir à leur contribution potentielle dans la nouvelle conjoncture administrative sous-entend, dans un premier temps, une certaine mise à niveau des membres de l'équipe, c'est-à-dire le fait de se donner une vision commune de l'apport potentiel avant d'en faire la promotion à l'interne. Se retrouver en grande équipe a fait émerger, à plusieurs endroits, la nécessité de se donner des bases de fonctionnement communes. Ce processus a engendré une négociation entre pairs nécessitant un certain doigté afin de susciter l'adhésion des membres.

Ces deux éléments nouveaux dans le paysage des organisateurs communautaires ont amené certains CSSS, à la demande des équipes d'organisateur communautaires ou à tout le moins avec leur accord, à désigner l'un des leurs à titre de coordonnateur professionnel. Ces derniers se sont octroyer un mandat d'interface, d'abord entre les organisateurs communautaires de la nouvelle équipe, puis entre l'équipe et l'établissement.

C'est ainsi que les nouveaux modes d'encadrement et de supervision, qui émergent avec la nomination d'une fonction de coordination professionnelle, influencent tant les rapports des intervenants avec leur établissement que

les rapports de travail et professionnels entre les pairs. Cette fonction a fait l'objet de notre étude.

Démarche de recherche

Notre recherche de nature qualitative et exploratoire visait à connaître les opinions et les perceptions des coordonnateurs professionnels en organisation communautaire en fonction lors de la cueillette des données. Ce choix méthodologique se justifie par le fait que nous étudions un phénomène en émergence. La recherche qualitative est alors tout à fait appropriée :

«Signalons à ce titre sa proximité du terrain où se prennent les décisions et où se vivent les répercussions régionales, familiales et individuelles des politiques globales; sa capacité d'envisager les différents aspects d'un cas particulier et de les relier au contexte général; sa capacité de formuler des propositions reliées à l'action et à la pratique» (Deslauriers et Kérisit, 1997 : 90).

Nous avons mené des entrevues auprès de cinq organisateurs communautaires qui occupaient la fonction de coordonnateur professionnel ou de chef d'équipe au moment de la collecte de nos données. Ces personnes ont été sélectionnées grâce à la collaboration du RQIAC qui, par son réseau d'information régional, nous a permis de procéder au recrutement. Nous avons rencontré toutes les personnes qui, à notre connaissance, assumaient à ce moment-là de telles fonctions⁵. Le profil de notre échantillon lors de notre collecte de données était composé de trois hommes et deux femmes provenant de milieu urbain ou semi-urbain. Leur expérience dans la pratique de l'organisation communautaire en milieu institutionnel varie de 15 à 28 ans.

Nous avons mené des entrevues semi-dirigées. Les principaux thèmes abordés furent la description des rôles et des responsabilités des personnes, la nature des liens entretenus tant avec les cadres qu'avec les membres de l'équipe d'organisation communautaire ainsi que les motivations personnelles de ces dernières à assumer cette fonction. Ces entrevues nous ont donc permis, entre autres, de circonscrire les tâches particulières de ces personnes en plus de déterminer différents enjeux qui sous-tendent leur nomination.

Nous avons procédé à une analyse de contenu des propos des participants afin de découvrir la signification du message étudié :

« (...) c'est une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis » (Mucchielli, 1979, dans L'Écuyer, 1987 : 50).

Nous nous sommes penchés essentiellement sur l'étude du contenu manifeste des entrevues, c'est-à-dire sur « le matériel brut faisant l'objet de la recherche, laquelle porte alors directement ou exclusivement sur ce qui a été ouvertement dit ou écrit, tel quel, par le répondant » (L'Écuyer, 1987 : 51). C'est ainsi que l'analyse a été menée selon des règles reconnues en recherche qualitative : 1) lectures préliminaires et établissement d'une liste des énoncés; 2) choix et définition des unités de classification – types d'unités, définitions et critères de choix; 3) processus de catégorisation et de classification (catégories mixtes); 4) description scientifique – analyse qualitative; 5) interprétation des résultats (L'Écuyer, 1987).

Fonction et tâches de coordonnateur professionnel

Les personnes qui sont désignées à la coordination professionnelle bénéficient du soutien de leurs pairs et leur nomination est souvent le résultat d'une décision d'équipe. Les descriptions de tâches sont habituellement développées localement en fonction des besoins de l'équipe et du CSSS, mais elles ne comportent jamais de rapports hiérarchiques entre la coordination professionnelle et les membres de l'équipe. En fait, pour plusieurs équipes, cette fonction relève d'abord d'une question de capacité de mobilisation, d'influence et de *leadership* :

«Essentiellement, la fonction de coordination professionnelle se voulait un rôle un peu de *leadership* dans l'équipe : animer la démarche de l'équipe, organiser les rencontres des organisateurs communautaires, préparer l'échange des débats et les discussions entre nous pour se donner plus de cohésion d'équipe et se donner aussi une cohésion interne face à la direction, pour que les dossiers d'organisation communautaire soient consolidés.» (Répondant n° 5)

Les descriptions de tâches présentées comprennent des éléments communs, dont la coordination des activités de l'équipe d'organismes communautaires (animation des réunions, préparation d'ordres du jour et des comptes-rendus, rédaction de documents de réflexion), la circulation de l'information entre les membres et avec la direction, le soutien au fonctionnement de l'équipe (activités assurant la cohésion, la formalisation des pratiques et la pérennité de l'organisation communautaire dans le CSSS), le traitement des nouvelles demandes, l'accueil et l'intégration des nouveaux organisateurs communautaires et le soutien entre pairs.

Parmi les autres tâches reliées à la fonction, certains assument des rôles de représentation du CSSS auprès du milieu. Dans le contexte où les nouveaux établissements souhaitent maintenir leur présence et leur partenariat dans leur communauté tout en assurant une desserte la plus homogène possible de leur territoire, ils reconnaissent que la coordination professionnelle en organisation communautaire contribue à une bonne circulation de l'information auprès du milieu.

Notre recherche permet d'établir quelques constats sur la question de la coordination professionnelle des organisateurs communautaires. Tout d'abord, cette fonction favorise le dépassement des cultures respectives des anciens CLSC au profit de principes communs à tous les membres de l'équipe. On tend donc vers une plus grande cohésion des interventions. En participant à l'élaboration de leur nouvelle organisation du travail, les organisateurs communautaires ont le sentiment que la culture antérieure de leur CLSC aussi bien que la réalité des territoires et leurs intérêts sont considérés dans la mise en place d'une nouvelle culture organisationnelle.

« C'est quoi nos convictions? C'est quoi notre approche par rapport au travail? Il y a toute une palette en organisation communautaire, chacun a son style, chacun a sa vision. Nous autres, il fallait qu'on s'arrange pour que minimalement on ait une vision d'ensemble, des orientations communes, à s'aligner ensemble dans les différents territoires. Les territoires ne se ressemblent pas, mais on veut former une équipe avec une vision. » (Répondant n° 4)

Coordonnateur professionnel : tension entre différentes fonctions

La fonction de coordination professionnelle n'est pas nouvelle dans le réseau de la santé et des services sociaux y compris pour quelques organisateurs communautaires qui occupaient déjà cette fonction dans certains CLSC. Plusieurs professionnelles, travailleuses sociales ou infirmières, occupent cette fonction depuis quelque temps déjà. Ce qui distingue leurs pratiques de celle qui nous intéresse, c'est qu'elles assument cette fonction habituellement auprès d'une équipe multidisciplinaire alors que les organisateurs communautaires coordonnent une équipe « monodisciplinaire »⁶. Néanmoins, l'ensemble des coordonnateurs professionnels partageant cette tension continue entre être chef sans l'être.

« Que ce soit syndiqué ou non, dès que tu mets un chef d'équipe, il y a une forme de rôle tampon. [...] il y a de la gestion courante de tensions et de conflits. » (Répondant n° 1)

« [...] tu as un rôle de bouclier. Donc il y a la direction qui t'envoie des choses, il faut que tu amènes ton équipe à y adhérer, mais en même temps, il faut que l'équipe soit reconnue pour avoir le goût d'y participer. » (Répondant n° 3)

Dans un contexte de fusion d'établissements et d'équipes d'organisation communautaire, les coordonnateurs gèrent des tensions entre des tendances différentes parmi les organisatrices et organisateurs communautaires afin qu'ils se dotent d'une « vision commune » de la pratique. De plus, ils se trouvent parfois en situation de tampon entre la direction et l'équipe d'organismes communautaires. Cette position, parfois inconfortable, s'explique notamment par la modification des rapports entre la direction, les partenaires de la communauté et les organisateurs communautaires.

Le sentiment de succès de certains coordonnateurs s'explique probablement par l'importance de la question du leadership. Ce facteur a été mentionné de manière significative par les intervenants en cours d'entrevue. Les organisateurs communautaires qui assument cette fonction puisent dans leur expérience et leur expertise de praticiens pour naviguer entre les pièges potentiels et inhérents à leur fonction d'interface. Une approche démocratique et transparente est l'une des principales condi-

tions permettant aux coordonnateurs professionnels d'avoir la légitimité nécessaire pour assumer un leadership auprès des membres de son équipe.

« Et dans la réflexion là-dessus [la création de la fonction de coordonnateur professionnel], l'équipe a eu à se positionner. L'équipe est arrivée à la conclusion que ça prenait une coordination professionnelle en organisation communautaire. Ensuite, on a fait un échange autour de la table et finalement, on a validé ma candidature pour être ce coordonnateur. Il fallait que les pairs le désirent et en voient l'utilité, que les pairs choisissent eux-mêmes et que l'on soit capable aussi de baliser ce rôle-là. » (Répondant n° 5)

La supervision professionnelle

Parmi les tâches effectuées par les coordonnateurs professionnels, on en retrouve parfois quelques-unes qui relèvent de la supervision professionnelle. À la lumière des propos recueillis au cours des entrevues, il apparaît que ce concept comporte plusieurs dimensions qui méritent d'être explorées. Le concept de supervision professionnelle est mal connu et bénéficierait d'un exercice de clarification afin de déterminer les enjeux qui y sont reliés. Ces enjeux proviennent du concept lui-même puisqu'il est polysémique (Lodewiick et Piroton, 2007). Les différentes conceptions de la supervision professionnelle permettent peut-être d'expliquer en partie la difficulté des répondants à affirmer réaliser de la supervision professionnelle.

Pendant longtemps la supervision impliquait une dimension de contrôle de la qualité du travail alors qu'aujourd'hui la supervision professionnelle signifie davantage l'accompagnement d'un professionnel par une tierce personne dans l'amélioration et le développement de sa pratique (Villeneuve, 2005). Ainsi, lorsque plusieurs auteurs traitent de la supervision professionnelle, ils font référence à :

« ... une activité formelle et régulière d'apprentissage clinique et de soutien professionnel. Elle permet aux intervenants de parler des situations qui les préoccupent, d'aborder ce qu'ils vivent et ressentent sur le terrain. L'objectif principal est d'aider le clinicien à améliorer ses pratiques d'intervention tout en y trouvant plaisir et satisfaction » (Poirier, 2006 : 107).

Ce ne sont pas tous les répondants rencontrés dans le cadre de notre étude qui assument des activités de supervision professionnelle. De plus, les activités de supervision prennent deux formes différentes : individuelle et en groupe. Sur le plan individuel, la supervision se déploie principalement auprès des nouveaux intervenants ou des moins expérimentés. On assiste alors à une supervision de type enseignement. On accompagne la nouvelle génération d'organiseurs communautaires dans une pratique qui est de plus en plus complexe et qui nécessite une formation qui se poursuit en milieu de travail.

« Moi je considère que c'est rendu beaucoup plus complexe qu'il y a 20 ans parce que ça prend des connaissances beaucoup plus pointues : demandes de subventions, gestion de personnel, ce n'est plus la même chose qu'auparavant. On est dans des grosses demandes de subventions, c'est hyper complexe. (...) Et la complexité des organisations communautaires avec lesquelles tu travailles aussi. Elles sont rendues des boîtes avec plusieurs employés, etc. Donc, c'est clair que ça va forcer les jeunes à développer des habiletés très rapidement et moi je pense ça va être encore plus exigeant que quand nous on a commencé. » (Répondant n° 1)

Les coordonnateurs professionnels assument également des tâches de soutien professionnel qui se déploient sous forme de cosupervision en groupe. La supervision professionnelle en groupe permet alors « à des professionnels exerçant le même type de fonction ou ayant la même profession d'évoquer des situations professionnelles, lesquelles, d'une manière ou d'une autre, feront écho chez les uns et les autres ». (Tschopp, Kolly-Ottiger, Monnier et Tissot, 2007 : 27). En ce sens, le coordonnateur professionnel ne porte pas seul la responsabilité de soutenir l'ensemble des membres de l'équipe, mais favorise les échanges et les discussions entre les membres.

« C'est beaucoup de la cosupervision. C'est ce que l'on appelle chez nous "discussions de cas". Mais ça, c'est une attente de l'équipe de préparer des contenus, préparer une grille, une animation pour discuter... » (Répondant n° 1)

Il est intéressant de constater que les coordonnateurs professionnels qui mettent de l'avant des activités de supervision professionnelle

puisent dans leur bagage d'expérience professionnelle antérieure et s'appuient sur des principes de base en organisation communautaire : ils misent sur une approche en groupe et sur des processus pragmatiques en partant des besoins exprimés par les personnes visées.

Discussion

La mise en place de la fonction de coordination professionnelle en organisation communautaire peut représenter une forme de reconnaissance de la spécificité de la pratique de l'organisation communautaire (intervention auprès des communautés/intervention auprès d'individus) ainsi que de l'apport de l'organisation communautaire à la mission organisationnelle des CSSS.

« Notre cadre s'est fait confier le dossier du partenariat en développement des communautés et il trouvait important d'avancer là-dedans. Je pense qu'il ne se voyait pas très bien avancer tout seul, sans que l'équipe d'OC soit présente autour de lui. Mais, en même temps, il avait une croyance que ça prend effectivement une cohésion dans l'établissement pour favoriser le développement des communautés. » (Répondant n° 1)

La fonction de coordination professionnelle comporte toutefois des défis particuliers. Il y a peu de littérature portant sur l'analyse de cette fonction de chef d'équipe ou de coordonnateur professionnel qui semble en émergence dans plusieurs établissements publics, ici et ailleurs. Loubat (2000) souligne que la croissance de certaines organisations du secteur public a provoqué un recentrage des fonctions managériales. Il avance que les directeurs des établissements se recentrent davantage sur les dimensions stratégiques, sur les relations publiques, sur la communication, mais aussi sur la gestion. Subséquemment, les chefs de service ou de programmes⁷, intermédiaires entre les salariés et la direction, sont davantage orientés vers le management interne. Ils sont dès lors limités dans leur capacité d'assumer pleinement leur rôle de chef d'équipe de proximité et leur fonction de soutien clinique et professionnel. Bouquet (2006) mentionne une transformation du rôle des cadres intermédiaires du secteur social d'une fonction de « cadre de proximité » à « cadre développeur » plus près de la direction et de la technostruc-

ture. Ce dernier est aux prises avec des difficultés grandissantes à occuper ce type de poste et à gérer les écarts sous-jacents existant entre le centre décisionnel et le terrain opérationnel. C'est probablement ce qui explique, en partie, le choix de certains établissements de nommer des coordonnateurs professionnels choisis parmi un groupe de pairs. Cette stratégie de gestion permet le soutien des intervenants sur le plan de la pratique professionnelle afin de pallier l'éloignement et le manque de disponibilité des chefs de service.

La coordination professionnelle répond donc à la transformation actuelle des institutions sociales. Cependant, dans les établissements où l'on nomme un coordonnateur professionnel, ce dernier assume souvent une partie des tâches autrefois accomplies par des cadres (circulation de l'information, soutien professionnel, etc.). Ce transfert de responsabilités explique probablement l'ambivalence des coordonnateurs professionnels à départager ce qui relève de la gestion et ce qui relève de la coordination. Selon Loubat (2000), les chefs d'équipe se retrouvent à occuper une fonction générant une double contrainte, celle « d'être chef, mais pas vraiment chef » (Loubat, 2000). À certains égards, cette situation semble parfois se présenter aux coordonnateurs professionnels d'équipe en organisation communautaire que nous avons rencontrés.

Dans le cas qui nous intéresse, les nominations de coordonnateur professionnel soulèvent des questions, puisque cette situation est porteuse tant d'ambiguïté que d'innovation. Ces éléments appellent donc des précisions. Quel est le statut exact du coordonnateur professionnel? Le coordonnateur professionnel a-t-il un niveau hiérarchique particulier? Quel est le rôle de cette personne dans la gestion des tensions inhérentes à la vie des équipes professionnelles? Cette nomination est-elle une stratégie permettant de consolider et de formaliser la contribution des organisateurs communautaires à la mission de l'établissement? Ces questions demeurent en suspens.

Nouvelle conjoncture des CSSS ou s'organiser avant de se faire organiser

La nomination d'organisateur communautaires à la fonction de coordination profession-

nelle doit être comprise et analysée comme une nouvelle étape dans la négociation de la place de l'organisation communautaire dans les services publics, dans ce cas-ci des CSSS. En ce sens, la reconfiguration des territoires d'intervention (Richard et al., 2007), la transformation des structures administratives et la mise en place de nouvelles stratégies de gestion (Larivière, 2007) ne sont pas les seuls facteurs qui tissent la toile de fond sur laquelle se dessinent la création et le maintien de la fonction de coordonnateur professionnel dans de nouveaux établissements.

Ce processus se situe également dans une poursuite permanente de légitimation de la pratique de l'organisation communautaire (Foisly, 2004). Si la transformation de la structure institutionnelle vient encadrer et orienter en partie l'évolution de la pratique des organisateurs communautaires, les intervenants ont aussi la capacité d'influencer et de développer des stratégies d'adaptation qui leur permettent de négocier leur légitimité et leurs marges de manœuvre dans les institutions. Comeau et al. (2008 : 153) y voient une illustration de la théorie de la structuration selon laquelle :

«... les individus sont des sujets capables d'élaborer des conduites adaptées à un contexte donné, de combiner de manière originale des idées ou des principes existants, d'expérimenter de nouvelles manières de faire et de porter un regard critique sur les symboles, les institutions et les organisations.»

La demande de formation d'équipe spécifique en organisation communautaire et la nomination d'une coordination professionnelle provenant de l'équipe s'avèrent des éléments d'une stratégie de renégociation de la place des organisateurs communautaires dans un contexte institutionnel en mutation.

Cette réponse des organisateurs communautaires à la transformation de leur milieu de pratique ouvre aussi la porte à une plus grande prise sur leur travail, notamment en encourageant et en stimulant une plus grande cohésion des membres de l'équipe d'organisation communautaire. Les organisateurs communautaires peuvent faire front commun dans l'élaboration de règles permettant la reconnaissance ou la préservation de leur expertise professionnelle. Déjà, après seulement deux ou

trois ans, les répondants perçoivent des retombées positives de leur démarche puisqu'ils observent que cette approche proactive⁸ leur a apporté une reconnaissance dans les établissements, qui s'est traduite par la création de nouveaux postes en organisation communautaire.

«On vient d'avoir un trois jours titularisés pour des projets en organisation communautaire. Je pense que c'est l'impact des rapports entre la coordination professionnelle, l'équipe, la direction, qui fait en sorte que [l'établissement] maintient, et renforce à sa façon si on veut, le développement de cette équipe-là ou la place de cette équipe-là.» (Répondant n° 5)

Quelques enjeux

À la suite de la présentation de nos résultats et de notre discussion, nous avons relevé trois enjeux de nature différente : pour la pratique de l'organisation communautaire, pour la supervision professionnelle et pour les coordonnateurs professionnels eux-mêmes.

La nomination de coordonnateur professionnel dans certains établissements marque certainement une forme officielle de reconnaissance de la pratique de l'organisation communautaire dans ces milieux. En ce sens, bien que l'histoire de l'organisation communautaire en milieu institutionnel nous démontre que cette pratique a été à maintes occasions questionnée et qu'elle pourrait être remise en question à certains endroits, il nous apparaît que la fonction de coordination assure une certaine pérennité de la pratique de l'organisation communautaire en CSSS.

Si pérennité il y a, nous incitons cependant les praticiens à rester vigilants sur la question du maintien de la diversité des pratiques qui a fait la force historique de l'organisation communautaire en plus d'avoir été le moteur de plusieurs innovations sur le plan de la pratique. L'apport des coordonnateurs professionnels permet, certes, une harmonisation des cadres de référence et de pratiques qui vient assurer des marges de manœuvre, une reconnaissance de l'expertise professionnelle, un renforcement des pratiques et qui permet ultimement une relative autonomie professionnelle de l'organisation communautaire. Par ailleurs, il faudra toutefois demeurer conscients que ces derniers cadres de référence et de pratique peuvent aussi limiter l'innovation en matière de

pratiques professionnelles. En ce sens, si développer une vision et une base de fonctionnement communes est essentiel, les équipes en organisation communautaire doivent éviter le piège de la standardisation des pratiques. Le défi est donc de réussir à développer une cohésion des équipes sans tomber dans un modèle unique de pratique pour tous les organisateurs communautaires et pour tous les territoires. Il faut donc que les cadres de référence et de pratique négociés et élaborés par les équipes d'organisation communautaire laissent de la place à l'adaptation des pratiques aux différentes conjonctures et ainsi à l'innovation.

Dans un autre ordre d'idées, nous anticipons des enjeux particuliers pour la supervision professionnelle. À la lumière de nos données, nous constatons que le concept est certainement porteur d'ambiguïté pour les coordonnateurs professionnels. Compte tenu de l'importance que risque de prendre cette tâche au cours des prochaines années, il nous apparaît important de réfléchir à l'imbrication des fonctions de gestionnaire, de coordonnateur et de superviseur afin d'éviter les situations de conflits de rôles et d'intérêts.

La question de la supervision professionnelle devient aussi un enjeu pour les organisateurs communautaires dans la mesure où historiquement ces professionnels ont principalement opté pour du soutien entre pairs qui se déployait dans l'informel ou dans le cadre de leur regroupement professionnel (colloque biennal ou rencontre régionale du RQIIAC) plutôt que dans la supervision professionnelle balisée. En fait, nous constatons qu'une pratique professionnelle de supervision semble vouloir émerger chez les organisateurs communautaires. Elle se déploie actuellement de manière artisanale au gré des expertises et des expériences des coordonnateurs. Les défis nous apparaissent être de deux ordres. D'une part, il faut être en mesure de développer une pratique de supervision qui prend acte de la culture et de l'histoire intrinsèque des praticiens. D'autre part, il faut systématiser et diffuser les connaissances expérientielles de ces superviseurs.

Enfin, un troisième enjeu nous est apparu, celui de l'isolement professionnel. En raison de leur rôle d'interface entre différents acteurs (cadres et praticiens, établissements et milieu), certains

coordonnateurs professionnels ont évoqué se sentir isolés. Ce sentiment d'isolement prend racine, notamment, dans l'ambivalence des rôles que ces personnes assument. D'une part, si les membres de leurs équipes les perçoivent comme des « gestionnaires », le risque est de créer une distance avec l'équipe et une réserve de la part des organisateurs communautaires plutôt qu'une complicité entre pairs. D'autre part, en elle-même, la supervision professionnelle nécessite une prise de distance par rapport aux membres et à l'équipe afin d'avoir suffisamment de recul pour accompagner les personnes supervisées. Bref, il apparaît que les tâches relatives tant à la gestion qu'à la supervision professionnelle entraînent possiblement un isolement. Cela représente un défi important qui interpellera les personnes occupant la fonction de coordination professionnelle. Ce défi se vivra différemment d'un endroit à l'autre selon les personnalités des individus, les dynamiques des équipes, le profil des organisateurs communautaires, les relations avec les cadres de l'établissement, etc. Ultimement, la création d'un réseau d'échange entre les coordonnateurs professionnels permettrait de réduire cet isolement.

Conclusion

La fonction de coordination professionnelle des organisateurs communautaires de CSSS marque une nouvelle étape dans le processus d'insertion institutionnelle de ces professionnels. La nouvelle structure organisationnelle des CSSS ainsi que les nouvelles stratégies de gestion publique ont amené quelques équipes d'organisation communautaires à rechercher la formalisation et la reconnaissance de leur pratique. La nomination de coordonnateur professionnel répond à cette volonté.

Cette nouvelle fonction en organisation communautaire facilite les rapports entre les membres d'une même équipe, mais aussi entre leur équipe et les autres équipes d'intervenants du CSSS. Elle permet ainsi de structurer des rapports administratifs et professionnels qui, auparavant, se faisaient dans le cadre de démarches informelles ou, à tout le moins, dans des processus plus simples que ceux mis en place aujourd'hui.

En matière de supervision professionnelle, les organisateurs communautaires ont longtemps privilégié le soutien formel ou informel entre pairs et entre collègues, qui se déclinait sous forme d'échanges ponctuels, en groupes ou individuellement. La nouvelle conjoncture des CSSS et la nomination d'un coordonnateur professionnel introduisent donc une certaine formalisation de la supervision.

Bien que ces éléments puissent valoir pour d'autres professionnels assumant cette fonction, la situation de l'organisation communautaire est tout de même particulière. Les organisateurs communautaires qui occupent cette fonction puisent dans le corpus de connaissances de l'organisation communautaire pour mettre en place leur pratique : ils misent sur des approches en groupe, sur les rapports égalitaires, sur la mise en valeur et l'utilisation des ressources individuelles des membres de l'équipe, sur des processus démocratiques de prise de décision et sur la collectivisation des enjeux.

C'est ainsi qu'il nous apparaît que cette pratique de coordination professionnelle présente des traits spécifiques à l'organisation communautaire et que ces aspects mériteraient que l'on poursuive d'autres recherches sur le sujet. Nous croyons aussi que cette nouvelle stratégie d'encadrement et de soutien à l'organisation communautaire est appelée à se déployer davantage. Nous avons l'impression de n'avoir qu'effleuré la surface d'un terrain de recherche riche en apprentissages.

Descripteurs :

Organisation communautaire - Québec (Province) - Histoire // Centres de service de santé et de services sociaux (CSSS) // Organisation communautaire - Québec (Province) - Changement organisationnel // Services sociaux - Administration - Québec (Province) // Organisation communautaire - Gestion // Services sociaux - Personnel - Supervision

Community organization - Quebec (Province) - History // Community organization - Quebec (Province) - Organizational change // Human services - Management - Quebec (Province) // Community organization - Management // Human services personnel - Supervision of

Notes

- 1 La loi 25, *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, adoptée en 2003 par le gouvernement du Québec est venue amplifier et systématiser le phénomène des fusions déjà amorcé au cours du milieu des années 1990. Cette loi crée de nouveaux établissements : les centres de santé et de services sociaux (CSSS) par le regroupement, sur des territoires particuliers, des centres hospitaliers (CH), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des centres locaux de services communautaires (CLSC). Il y a certes des variantes dans la structure des CSSS puisque certains d'entre eux n'ont pas de centre hospitalier. Cependant, la majorité des fusions correspond à cette description puisque 78 CSSS sur 95 ont intégré une mission de centre hospitalier.
- 2 À ce sujet, voir l'article de Denis Bourque dans le présent numéro d'*Intervention*.
- 3 Son titre varie d'assistant à la coordination professionnelle à coordonnateur professionnel en passant par répondant communautaire et chef d'équipe. Nous la désignons du titre générique de coordonnateur professionnel en organisation communautaire.
- 4 http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/pdf/conventions/Nomenclature_2007-11-22_v2009-05-04.pdf.
- 5 Uniquement durant notre démarche de recherche nous avons observé la nomination de trois nouveaux coordonnateurs professionnels en organisation communautaire et leur nombre continue à croître depuis.
- 6 La formation universitaire de base des organisateurs et organisatrices communautaires peut varier et ces praticiens peuvent provenir de plusieurs disciplines particulières. Nous devons toutefois reconnaître que ces intervenants ont construit au cours des 20 dernières années une communauté de pratique qui se rassemble autour du Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire (RQIIAC). Ces intervenants se sont dotés d'un cadre de référence commun autour duquel ils se reconnaissent. Voir notamment le *Cadre de référence en organisation communautaire* publié sous la direction de René Lachapelle en 2003.
- 7 Les titres d'emplois de ces cadres intermédiaires peuvent différer d'un établissement à l'autre.
- 8 Une telle attitude proactive au moment de la création du RQIIAC a favorisé une consolidation à la fois du modèle CLSC et la pérennité de la pratique de l'organisation communautaire en CLSC (Sénécal, 1992).

Références

- Bouquet, B. (2006). Management et travail social, *Revue française de gestion* 2006/9, 168-169, 125-141.
- Bourque, D. (1997). Trajectoire de l'organisation communautaire professionnelle, *Nouvelles pratiques sociales*, 10 (1), 59-70.
- Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L., et Fréchette, L. (2007). *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). «Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux», ministère de la Santé et des Services sociaux. *Site du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Extrait du site le 11 août 2009 : http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/pdf/conventions/Nomenclature_2007-11-22_v2009-05-04.pdf.
- Comeau, Y., Duperré, M., Hurtubise, Y., Mercier, C., et Turcotte, D. (2008). *L'organisation communautaire en mutation. Étude sur la structuration d'une profession du social*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Deslauriers, J.-P., et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative, dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. Pires. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Favreau, L., et Doucet, L. (1991). *Théorie et pratiques en organisation communautaire*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Favreau, L., et Hurtubise, Y. (1993). *CLSC et communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Fédération des centres locaux de services communautaires du Québec (1991). *Document de réflexion numéro 3, l'action communautaire*.
- Fédération des centres locaux de services communautaires du Québec (1994). *Pratique d'action communautaire. Document de réflexion*.
- Foisy, D. (2004). *L'organisation communautaire en CLSC : au carrefour de légitimités renouvelées*. Mémoire de maîtrise en travail social. Gatineau : Université du Québec en Outaouais.
- Foisy, D., Bourque, D., Lachapelle, R., avec la collaboration de J. Sénéchal (2009). *La coordination professionnelle des équipes en organisation communautaire en CSSS : description, perspectives et enjeux*. Cahier 0901, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, UQO.
- Lachapelle, R. (2003). *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratique*. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Lachapelle, R. (2007). L'organisation communautaire dans un réseau de la santé et des services sociaux transformé, dans D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette. *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique* : 311-323. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Larivière, C. (2007). Besoins exprimés et réponse institutionnelle, *Les politiques sociales*, 1 et 2, 35-45.
- L'Écuyer, R. (1987). «L'analyse de contenu : notion et étapes», dans J.-P. Deslauriers, (s. dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Lodewick, P., et Piroton, G. (2007). Supervisions : analyses, témoignages et perspectives, *Les politiques sociales*, 1 et 2, 4-14.
- Loubat, J.-R. (2000). Le coordinateur d'équipe : piège ou cadeau? *Lien social*, 550, 2 novembre 2000, 1-4.
- Poirier, M. (2006). Enjeux cliniques et éthiques de la supervision externe des équipes en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 31 (1), printemps 2006, 107-124.
- Richard, M.-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., et Tremblay, M. (2007). La fusion des établissements de santé et des services sociaux : recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts, *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1), 151-164.
- Sénécal, G. (1992). Systèmes d'espaces, systèmes d'acteurs : le cas de la Pointe Saint-Charles, dans F. W. Remiggi. *Montréal - tableaux d'un espace en transformation* : 155-169. Les cahiers scientifiques, no 76, Montréal, ACFAS.
- Tschopp, F., Kolly-Ottiger, I., Monnier, S., et Tissot, S. (2007). Supervision et intervention : espace réflexif pour les professionnels, *Les politiques sociales*, 1 et 2, 22-34.
- Villeneuve, L. (2005). Implantation au CLSC Drummond de la supervision clinique : retombées sur le personnel supervisé, *Intervention*, 112, 138-147.

par

Marguerite Loiselle, Ph. D., t.s.

Professeure régulière

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Courriel : marguerite.loiselle@uqat.ca

Lauretta McKenzie

Responsable de l'enseignement spécialisé

Enseignante au Centre d'apprentissage

pour les enfants « exceptionnels »

Cree School Board

Description of the First Nations world view.
Description of the use of the medicine wheel
as a social intervention tool.

Description de la vision du monde des
Autochtones. Description de la roue de
médecine comme outil d'intervention.

La roue de bien-être (ou roue de médecine) est un concept traditionnel autochtone qui date de millénaires. Il s'inspire du concept de cercle et représente à la fois une vision du monde, une philosophie de vie et un outil d'intervention autonome utilisé de diverses manières auprès de clientèles autochtones. Toutefois, cet outil d'intervention est relativement nouveau pour les professionnels¹ de la relation d'aide non autochtones et, par conséquent, il est peu connu et peu utilisé. Ce texte n'a pas la prétention d'explicitier entièrement cette vision du monde holistique fort complexe. Il a plutôt pour buts d'en décrire brièvement les fondements philosophiques, la nature de la roue de médecine et sa pertinence dans le monde actuel en plus d'exposer une façon concrète de s'en servir en intervention individuelle. Nous la présentons ici à titre de contribution autoch-

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs
sociaux et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 183-193.**

tone au travail social, non seulement utile pour une pratique en milieu autochtone, mais applicable, selon les auteures qui l'ont elles-mêmes développée et utilisée, auprès de ressortissants de diverses cultures. Les praticiens auprès des familles, des groupes et des communautés pourront l'adapter à leurs besoins.

L'article explique d'abord les fondements de la roue de médecine, c'est-à-dire la vision du monde autochtone et sa philosophie de vie et de bien-être. Il décrit ensuite la nature et la pertinence de l'utilisation d'une approche holistique et écologique dans la recherche d'un mieux-être. Il focalise ensuite sur les caractéristiques et les objectifs du travail avec la roue de médecine et sur une méthode d'utilisation de cet outil : un programme en quatre étapes.

1. Vision du monde et philosophie de vie et de bien-être autochtones

La vision du monde autochtone est de nature entière (*whole* qui signifie sain) et spirituelle (Bopp, Bopp, Brown et Lane, 1984; Lamarre, 2003; Laugrand, 2002; Mehl-Madrona, 1998, 2003). Il s'avère en effet impossible de discuter de cette vision du monde sans considérer le domaine spirituel qui en est un élément vital, puisqu'il est perçu comme englobant et guidant tous les aspects de la vie (Aigle Bleu, 2000; Commission royale sur les peuples autochtones, 1996). Morrisseau (1998) explique que, pour les Autochtones, le sens et le but de la spiritualité renvoient à la relation qu'entretient la personne avec une puissance qui la dépasse : le Créateur. Ils renvoient aussi à la partie du soi qui aide l'individu à voir la beauté dans son cheminement de vie et la bonté dans autrui.

Pour leur part, Duran et Duran (1995 : 15) décrivent la perspective autochtone sur la vie comme « une approche systémique d'être dans le monde » (notre mise en relief). Cette perspective considère comme plus important de s'élever en tant qu'être que de développer ses capacités d'avoir ou de posséder et celles de faire et d'agir. Elle inclut également une vision

de l'être humain, comme étant partie intégrante de la nature et, par conséquent, relié à toutes choses et respectueux de la création, celle-ci étant perçue comme possédant un esprit vivant (Petitjean, 2005; Ross, 2006). Graveline (1998 : 57) abonde en ce sens et explique, dans son modèle d'une vision du monde autochtone qu'elle nomme *Self-in-Relation*, les concepts d'immanence (toute chose étant contenue dans le tout, d'où l'importance du respect de toutes les formes de vie), d'interrelation et d'équilibre que valorisent les Autochtones.

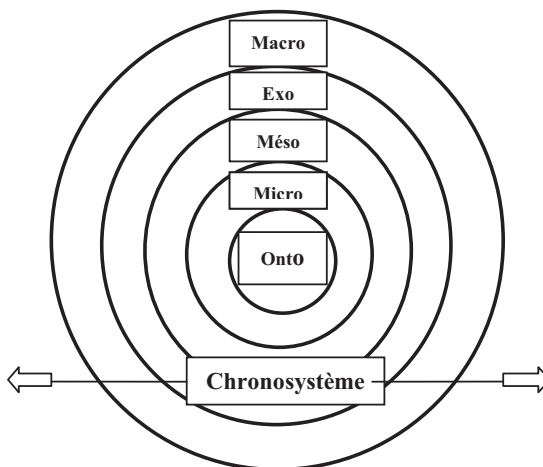
Découle de cette perspective autochtone l'idée que chaque chose créée, incluant chaque être humain, a le droit au respect, est valorisée en tant qu'être sacré et liée à l'ensemble de la création ainsi qu'au Créateur (Bopp et al., 1984). Il s'agit donc d'une vision du monde entièrement écologique, voire holistique, puisqu'incluant les mondes cosmique et spirituel. De là l'importante notion autochtone de respect pour « notre mère Terre » et tout ce qu'elle contient, les sites considérés comme sacrés en particulier, tels les lieux de cérémonies et de sépulture. Les concepts de spiritualité et de vie y sont perçus comme inséparables (Cajete, 1994; Commission royale sur les peuples autochtones, 1996; Graveline, 1998; Mehl-Madrona, 1998; Ross, 2006; Sioui, 1989; Swinomish Tribal Health Project, 1991). Cajete, (1994, cité dans Hart, 2002 : 46) ajoute que « toutes choses et toutes pensées sont reliées par l'esprit » confirmant

ainsi l'énoncé du Chef Seattle (1786-1866, cité dans Petitjean, 2005 : 109) « L'air est précieux à l'homme rouge car toutes choses partagent le même souffle ». Ainsi, les Autochtones conçoivent depuis des millénaires que si l'un des éléments de la nature – l'air, l'eau, le feu (ou le soleil) et la mère Terre – est anéanti, l'annihilation de toute vie sur Terre en sera la conséquence.

L'un des résultats de la recherche récente de Loïse Legault et Poirier (2009) confirme ce qui précède. L'outil référentiel qui a guidé les entrevues et l'analyse des résultats de cette recherche, le Modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979, figure 1, ci-dessous), s'est trouvé transformé de quatre façons. Le Modèle écosystémique se présente en cinq cercles concentriques à lignes pleines ou continues, nommant et insérant l'ontologie, le micro, le méso, l'exo et le macro systèmes. Puis, au moyen d'une ligne droite qui traverse tous les autres systèmes, le modèle indique le chronosystème ou système lié au temps. Le temps y est ainsi présenté comme linéaire.

La chercheuse a nommé le nouveau modèle émergent de sa recherche Modèle holosystémique (voir figure 2). Le Modèle holosystémique présente une transformation en quatre dimensions du Modèle écosystémique. Il se veut une représentation plus exacte des visions du monde et du temps, du fonctionnement communautaire et du regard holistique que

Figure 1. Le Modèle écosystémique d'Uri Bronfenbrenner (1979)



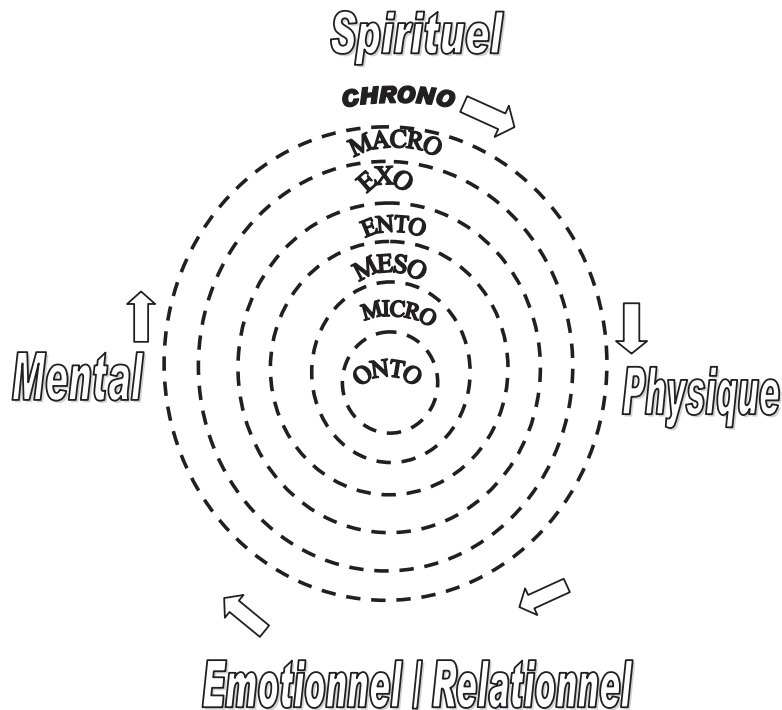
préconisent les Autochtones en intervention auprès des personnes dans la recherche de guérison.

Les notions d'interrelation, de perméabilité et d'interdépendance entre tous les systèmes ainsi qu'avec le monde spirituel sont représentées par les cercles en pointillé, cette vision étant omniprésente dans les discours des participants à la recherche de Loïselle et al. (2009).

La notion de temps (chrono système) est représentée par des flèches qui entourent des cercles concentriques indiquant la vision circulaire et cyclique du temps tel qu'il se présente dans la nature, plutôt que linéaire et rattaché à l'horloge et au calendrier. À titre d'exemple, la plupart des étudiants autochtones à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue sont des parents et des grands-parents. Une majorité de ces étudiants qui ont participé à l'étude ont expliqué en cours d'entrevue qu'il est important pour eux de venir à l'université plus tard dans leur vie, alors qu'ils ont des enfants et des

petits-enfants. De cette manière, ils servent de modèles à ces derniers. Étant, dans la grande partie des cas, des pionniers de leur famille et de leur communauté à poursuivre des études universitaires, ils enclenchent ainsi un mouvement cyclique et en spirale de personnes autochtones qui s'instruisent et obtiennent des diplômes professionnels, mouvement qui ira en s'élargissant au fil des générations. Il s'agit donc, pour la plupart d'entre eux, de fonder une famille lorsque leur « horloge biologique naturelle » est prête à le faire, puis de retourner aux études en servant de modèle à la génération montante, plutôt que de suivre un calendrier linéaire, poursuivant leurs études jusqu'au bout pour ensuite fonder une famille. L'ajout d'un cercle concentrique et d'un espace intitulé « ento système » dans ce nouveau modèle de vision du monde illustre l'importance que revêt la communauté dans la vie quotidienne des individus et des familles. La communauté, dirigée par un Conseil de bande et ses aînés, « entoure » comme une sorte de

Figure 2 – Le Modèle holosystémique



muraille les individus et leurs familles, protégeant ses membres des influences extérieures lorsqu'elle en voit la nécessité. Elle exerce ainsi des pressions sur les individus et sur les familles pour qu'ils se conforment à une vision du monde et à un mode de vie compatibles avec les pensées et les orientations communautaires, celles des aînés en particulier. En effet, ces derniers « donnent le ton » (ou « entonnent ») sur la façon de penser et de percevoir le monde dans la communauté assurant ainsi une appartenance, une solidarité et une sécurité au sein de celle-ci, mais privant aussi ses membres d'une dose de liberté de pensée et de mouvement. Par exemple, si les aînés influents dans la communauté ne désirent pas voir les membres de celle-ci étudier dans les institutions « blanches », la probabilité que plusieurs abandonnent leurs études où ne les entreprennent pas est grande. L'inverse est également vrai : si les leaders communautaires y sont favorables, la communauté adoptera une autre vision et soutiendra un mouvement vers les études. Un nombre accru de personnes s'y inscriront, persévéreront et réussiront.

Enfin, l'intégration des quatre éléments de la roue de médecine se rapportant aux êtres humains, soit ses dimensions physique, émotionnelle et relationnelle, mentale et spirituelle, complète ce modèle, indiquant ainsi une vision holistique de l'être humain.

Les concepts d'entièreté/santé (*wholeness*), d'interrelation et d'interdépendance nous renvoient à une autre valeur fondamentale autochtone : celle de l'équilibre. Celle-ci implique l'inclusion et la prise en compte égalitaire de tous les aspects de la vie intérieure et extérieure de l'être. Par conséquent, une attribution équilibrée d'énergie, d'attention et de soins aux quatre composantes d'un être humain – physique, émotionnelle, mentale et spirituelle – ainsi qu'aux relations entre tous les systèmes, est de mise. Selon Hart (2002), la justice, la paix et l'harmonie émergent de l'équilibre. Vivre en harmonie en soi-même et avec son environnement est perçu comme une nécessité pour la guérison et le bien-être de l'individu et de sa communauté. Selon *A Gathering of Wisdoms* du Swinomish Tribal Mental Health Project (1991), là où l'harmonie n'existe pas, les personnes et leur environnement sont vulnérables et en

danger, car la disharmonie est signe de maladie. Ces notions holistiques, qui valorisent l'équilibre et l'harmonie, ne sont pas exclusives aux peuples autochtones. Les Hindous et les Chinois, entre autres, y portent aussi beaucoup d'attention. Toutefois, dans les tribus autochtones d'Amérique, certains rites et symboles s'inscrivant dans le principe et la philosophie de la roue de médecine font allusion à des personnifications humaines attribuées aux divers éléments de la nature : l'eau, l'air, le feu, les pierres, les plantes et les animaux. Comme nous l'avons mentionné précédemment, dans la conception autochtone, tous les éléments de l'univers ont un esprit commun, unificateur et s'influencent mutuellement. De la même manière, ce qu'une personne accomplit, physiquement, pour assurer son bien-être, a une influence sur ses émotions, ses relations, ses activités mentales et sa spiritualité et vice versa pour toutes les composantes de la roue de médecine. Il s'agit de trouver le juste équilibre entre toutes ses composantes pour rétablir la santé d'une personne et ses relations avec son entourage et avec l'environnement.

2. Nature et pertinence d'une approche holistique pour le bien-être

Le cercle, considéré comme sacré (Sioui, 1989), représente les cycles perpétuels de vie ainsi que la nécessité d'harmonie entre toutes les composantes de l'ensemble. D'un point de vue autochtone, le cercle symbolise un tout indissociable et représente l'unité, l'entièreté, la continuité, la perpétuité, l'interdépendance, la solidarité, le soutien, la complétude, l'inclusion, l'équilibre, la sécurité, l'égalité, la complémentarité, la mutualité, le confort et la santé.

L'homme médecine sioux, Hehaka Sapa (Black Elk ou Élan Noir), explique que le cercle se retrouve partout dans la nature : le ciel est circulaire, les planètes sont rondes, le vent tourbillonne, les oiseaux font leurs nids en forme de cercle et ainsi de suite partout où l'on pose le regard. Ainsi, les Autochtones d'Amérique ont traditionnellement construit des tipis de forme ronde et les ont disposés de façon circulaire pour créer le « cercle de la nation » (Cité dans Sioui, 1989 : 13).

Du point de vue autochtone, le cercle se veut également un rappel que d'importants principes spirituels universels tels que l'amour, la

bonté, la gentillesse, la patience, l'humilité, le partage, le fait d'être concerné (*caring*) par son prochain, l'honnêteté, la franchise, la justice et la capacité de se rendre digne de confiance méritent une attention particulière dans les comportements humains puisqu'ils mènent à des relations saines et au bien-être général. Selon Mehl-Madrona (2003), intervenir auprès d'une personne à partir d'un outil basé sur le concept de cercle rappelle à l'aidant et à l'aidé que tout est relié et qu'une action exercée sur un élément conduit à des changements potentiels dans les autres composantes de la vie. Duran et Duran (1995) affirment, pour leur part, que la pensée et la vision du monde autochtones sont de nature systémique. En effet, selon la théorie des systèmes, tous les systèmes sont interreliés, un changement qui s'opère dans un système ou une partie d'un système affecte tous les autres. Cela implique qu'en relation d'aide, selon une perspective autochtone traditionnelle, il faut intervenir sur toutes les composantes et tous les systèmes simultanément et équitablement afin de pouvoir accéder à l'équilibre et à l'harmonie, c'est-à-dire à la guérison et à un mieux-être durable. Cette vision holistique du processus de guérison et de la santé qui se sert de la roue de médecine est pertinente dans le monde actuel. Elle correspond à la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2006) : un état de bien-être global tant sur les plans physique que mental et social. La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) cite également un énoncé écrit par la doyenne de la faculté de *Nursing* de l'Université du Nouveau-Brunswick lors des audiences tenues par cette commission. Ainsi, la doyenne a affirmé que la roue de médecine traditionnelle autochtone est maintenant perçue comme une vision et un outil progressif et crucial pour les éducateurs dans le domaine de la santé ainsi que pour les développeurs de politiques en matière de santé tant aux Nations Unies qu'au Canada. Intervenir à la fois aux niveaux physique, émotionnel, social, mental et spirituel apparaît aujourd'hui comme une valeur sûre en enseignement de la santé au Canada. Les auteures reconnaissent que ces deux sources ne constituent pas nécessairement des confirmations de l'efficacité de cet outil de travail auprès de toute personne ou de toute

population. La roue de médecine est offerte ici en tant que principe et outil utilisé depuis des temps immémoriaux par les peuples autochtones d'Amérique pour aider les personnes en difficulté et en tant qu'approche et outil à découvrir et à expérimenter par des intervenants non autochtones en santé et en services sociaux. Une utilisation à plus grande échelle, ce que nous proposons en toute modestie, permettra d'en faire une évaluation éventuelle afin d'en confirmer ou d'en infirmer, complètement ou partiellement, le degré d'efficacité. Cela permettra également d'y apporter quelques ajustements selon les types de problèmes, de personnes et de cultures. Son but n'est autre que d'améliorer, voire de restaurer, les relations humaines à tous les niveaux. Une mise en garde doit être faite ici : comme dans toute culture, ce ne sont pas tous les Autochtones qui veulent se servir de cet outil traditionnel pour améliorer leur situation. Il y a lieu, pour un intervenant, de le demander dans chaque cas au préalable.

Quant aux types de problèmes pour lesquels elle peut aider, l'une des auteures du présent article, Laretta McKenzie, d'origine algonquine mais habitant et travaillant en territoire cri depuis plus de 30 ans, l'a utilisé pendant une quinzaine d'années dans sa pratique en milieu autochtone, auprès de personnes souffrant d'alcoolisme, de violence conjugale et familiale, de dépression et de tendances suicidaires.

L'utilisation de la roue de médecine se prête également à des personnes de diverses cultures selon une approche « transémique » (Canda et Furman, 1999 : 39, notre traduction), c'est-à-dire une approche à la fois « émique » (fondée sur des particularités culturelles) et « étique » (basée sur des caractéristiques humaines universelles) (Canda et Furman, 1999; Draguns, 1996; Massé, 1995). Elle est applicable à une variété de cultures, puisqu'il s'agit, pour la personne aidée, de poser un regard sur elle-même, incluant toutes les composantes de son être (Bopp et al., 1984) et d'autogérer sa propre transformation et sa quête de bien-être. Les différences culturelles sont importantes et multiples et une thérapie doit en tenir compte (Draguns, 1996; Good et Kleinman, 1985; Massé, 1995). En effet, les systèmes de valeurs

et les visions du monde varient selon les cultures ainsi que selon les principes qui guident les comportements, les manières de penser, de communiquer, d'agir et de ressentir des émotions, les processus d'apprentissage, les coutumes, les pratiques, les types d'organisation sociale et les expériences de vie qui en découlent ainsi que les moyens d'atteindre ses buts (Good et Kleinman, 1985). Toutefois, dans leur nature profonde ainsi que dans leurs besoins et leurs désirs fondamentaux ainsi que pour certains symptômes de maladie (Good et Kleinman, 1985), les êtres humains partagent plusieurs similarités à différents niveaux. Par exemple, sur le plan physique, partout sur la planète les gens aspirent à une bonne santé, à une nutrition saine et équilibrée et à un niveau de confort économique juste et raisonnable. Sur les plans émotionnel et relationnel, les humains éprouvent des émotions semblables dans des situations similaires (Good et Kleinman, 1985). Par ailleurs, les relations harmonieuses, la reconnaissance de son identité et de son appartenance ainsi que des rapports humains justes, équitables et sans violence sont hautement valorisés. Sur le plan mental, les humains de tous horizons possèdent des capacités créatives, rationnelles, logiques et intellectuelles et tous peuvent choisir leur façon de penser même s'ils n'ont pas tous la chance de l'exprimer ouvertement. Sur le plan spirituel, l'amour, la justice, l'honnêteté, la loyauté, l'unité, la paix et le bonheur sont davantage valorisés que la haine, l'indifférence, l'injustice, la malhonnêteté, la guerre et les malheurs. C'est en particulier dans les moyens empruntés pour parvenir à leurs idéaux et pour combler leurs besoins fondamentaux que les nations et les cultures du monde diffèrent (Canda et Furman, 1999; Massé, 1995).

Les auteures tiennent à spécifier ici que dans l'utilisation autogérée de la roue de médecine, aucun jugement n'est, ou ne doit être, porté par l'intervenant sur le bienfondé de ce que la personne aidée inscrit dans sa roue. C'est en se basant sur ses perceptions et ses construits personnels que chaque individu déterminera pour lui-même ce qu'il inscrira dans les différents quadrants, comment il réfléchira aux questions discutées et comment il bâtira son plan de transformation autogérée selon ce que sa «culture subjective» (Triandis, 1995) lui

dicte. Comme le mentionne Massé (1995 : 36) «[...] ce ne sont pas les objets d'étude : rites, thérapies, médicaments, etc., qui sont de nature éémique ou étique... mais bien la compréhension que l'on en a». De la même manière, dans l'approche de la roue de médecine, ce qui importe est spécifiquement la compréhension de sa vie et la vision de son mieux-être de la personne en besoin d'aide non celle de l'intervenant. Le plan d'action ou de transformation sera autogéré avec l'encouragement et le soutien de l'intervenant. Le rôle de ce dernier se limite à lui indiquer les étapes à suivre pour remplir ses roues, à l'accompagner respectueusement dans ses questionnements tout en essayant de comprendre sa culture, objective et subjective, puis à le soutenir dans son plan d'action. Les biais culturels de l'intervenant s'arrêtent là où l'autogérance commence, or celle-ci commence dès le début de la relation d'aide.

3. La roue de bien-être : ses caractéristiques et ses objectifs

La roue de bien-être constitue la base des pratiques traditionnelles de guérison autochtones. Il s'agit d'un symbole sacré, utilisé depuis des temps immémoriaux par la majorité des nations indigènes d'Amérique (Bopp et al., 1984). Elle se veut un guide pour comprendre les processus de vie et un outil pour parvenir au bien-être (Nabigon et Mawhiney, 1996; Swinomish Tribal Mental Health Project, 1991). Selon la pensée autochtone, chaque individu possède en lui sa propre roue de vie ou roue de médecine.

Il n'existe pas de version absolument universelle de la roue de médecine, mais des variations sur un même thème fondamental (Hart, 2002). Ainsi, chaque culture, chaque aidant peut l'adapter selon les situations, les circonstances et les besoins spécifiques. On peut utiliser ce concept de base de façon orale, par exemple dans des cercles de guérison ou des cercles de sentence (Jaccoud, 1998). On peut aussi l'utiliser de façon visuelle, comme nous le verrons dans la section 4 de cet article.

La roue de médecine est un outil proactif qui remet le pouvoir (*empowering*) entre les mains de l'aidé. Il s'agit, dans le modèle présenté plus loin, d'un outil d'autogérance et d'un plan d'action pour son propre cheminement vers le

bien-être. Elle présente un aperçu complet de la vie d'une personne dans son environnement. Elle vise d'abord à conscientiser la personne aux difficultés engendrées par son mode de vie présent afin qu'elle reconnaisse sa situation et les conséquences sur elle-même et sur son entourage. Elle responsabilise l'aidé sur ce qu'il peut faire autrement afin d'accéder à un équilibre dans sa vie, à une harmonie dans ses relations et à un bien-être général incluant celui des générations futures. Elle se veut un rappel que la seule personne que l'on peut changer est soi-même et qu'il existe des principes de base sur lesquels on peut s'appuyer pour combler ses besoins et accéder à un mieux-être pour soi et pour les autres. Il s'agit donc d'un outil positif et constructif qui invite à la motivation d'agir par sa propre volition afin de changer ses attitudes, ses modes de penser et ses comportements négatifs et destructeurs pour le bien-être de tous (Bopp et al., 1984). Dans sa version visuelle, elle devient un repère de ses progrès sur le sentier du mieux-être et incite la personne à acquérir une discipline personnelle (Morrisseau, 1998). Selon Bopp et al. (1984), elle peut aussi aider la personne à développer son plein potentiel, selon son degré de volonté d'y parvenir.

4. La roue de bien-être : un programme de transformation personnelle en quatre étapes

En travail social, l'utilisation du programme de transformation personnelle en quatre étapes, fondé sur la roue de bien-être, vise à aider l'in-

dividu à réfléchir sur son moi à travers une vue d'ensemble de sa vie présente. Par la suite, à l'aide de questions correspondant aux quatre dimensions de la roue, la personne développe un plan d'action concret pour atteindre un mieux-être.

Le programme fait appel à quatre exercices consécutifs. Les deux premiers invitent la personne à remplir les roues des figures 3 (un portrait) et 4 (un graphique). Ces deux exercices sont conçus de façon à percevoir l'état de la situation actuelle de la personne. Le troisième exercice se veut une réflexion profonde guidée par des questions préparatoires à la dernière étape du processus, soit l'élaboration de sa roue de bien-être personnelle (figure 5) incluant les changements à apporter à sa vie afin d'arriver à un mieux-être.

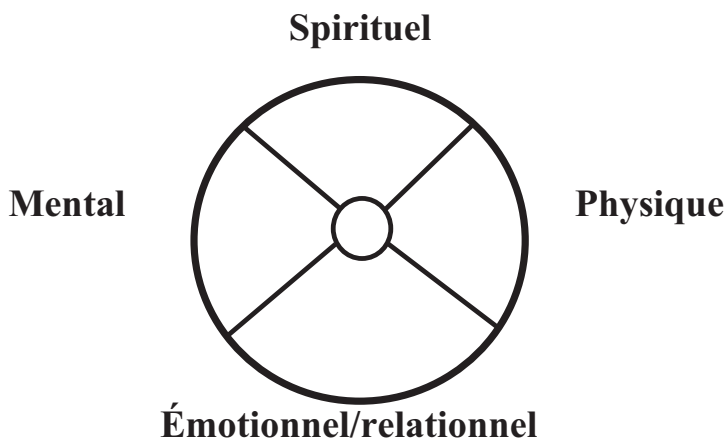
Les praticiens sont encouragés à photocopier, de façon élargie, les trois roues présentées ici (figures 3, 4 et 5). Il est recommandé de compléter le programme pour soi-même avant de s'en servir avec d'autres personnes, afin d'expérimenter le plein potentiel qu'offre le processus et d'être en mesure d'accompagner les autres à travers les quatre étapes du programme.

Les auteures insistent sur l'importance d'aborder le programme dans l'ordre indiqué sans sauter d'étapes.

Étape 1 – Ma vie aujourd'hui : un portrait

Le but du premier exercice est de prendre conscience de sa situation et ses comportements

Figure 3 – Ma vie aujourd'hui : un portrait



présents. À cette étape, l'intervenant ne fait qu'expliquer brièvement la tâche, sans donner d'indices au niveau des éléments à inscrire. Il s'agit d'une introspection. La personne doit écrire son nom dans le cercle central de sa roue de vie. Dans un deuxième temps, elle doit indiquer à l'extérieur de la roue, dans l'espace marqué « physique », les difficultés de sa vie présente à ce niveau. Dans un troisième temps, elle se pose la question suivante et y répond à l'intérieur de la roue : qu'est-ce que je fais actuellement pour améliorer mon bien-être physique? Elle dresse alors, dans le quadrant droit de la roue, une liste des activités positives qu'elle accomplit en vue de son bien-être sur le plan physique. Elle doit aussi indiquer à quelle fréquence, avec quelle régularité et avec quel niveau d'effort et d'intensité elle accomplit cette activité. Par exemple, si elle marche, elle indique si elle accomplit cet exercice de façon régulière ou sporadique, à quelle fréquence et de quelle façon : rapide ou détendue? Elle poursuit ensuite la même procédure pour les trois autres quadrants : émotionnel et relationnel, mental et spirituel. Lorsque cette première roue est complétée, la personne peut passer à l'exercice suivant.

Étape 2 – Ma vie aujourd'hui : un graphique

Le but de cet exercice est de produire un graphique qui montre, en un clin d'œil, les résultats de la première roue. À cette étape, l'intervenant explique la tâche et peut guider la personne aidée à s'interroger sur la valeur à accorder aux activités et aux stratégies positives qu'elle utilise pour son bien-être. Ici aussi, la personne doit écrire son nom dans le cercle central de la roue. Puis, en commençant avec l'échelle de droite, correspondant au plan physique, en partant de la case la plus proche du centre, la personne noircit au crayon la case correspondant à chaque activité qu'elle a inscrite dans ce quadrant de la première roue. La proportion de la case à noircir dépend de l'importance que l'activité ou la stratégie utilisée prend dans la vie physique de la personne et du degré d'intensité qu'elle y met. Voici trois exemples concrets possibles : si la personne mange quotidiennement des repas sains qu'elle prépare elle-même, elle remplira la première case au complet. Si elle souffre d'une maladie chronique et qu'elle prend ses médicaments

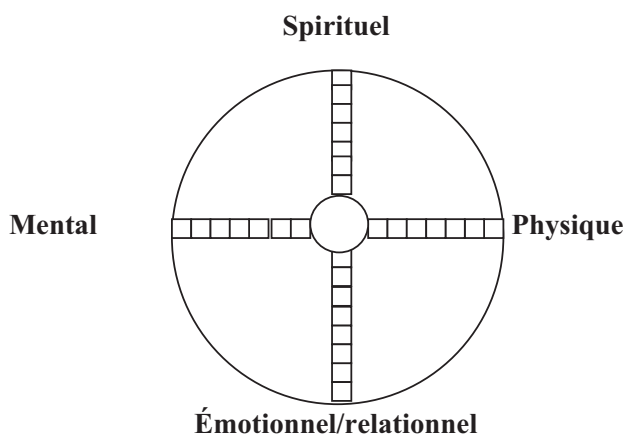
régulièrement conformément à la prescription, elle remplira la deuxième case également au complet. Par contre, si elle marche seulement de temps à autre sans nécessairement y mettre un effort vigoureux, elle remplira la moitié de la troisième case. Elle doit ensuite continuer ce processus de la même manière pour les trois autres quadrants, noircissant toujours les cases en partant du centre, indiquant le nombre d'activités positives entreprises dans chaque sphère de sa vie, en tenant compte de l'importance et de l'intensité que chaque activité ou chaque stratégie revêt pour elle. Par exemple, si à la dimension spirituelle la personne constate qu'elle fait une prière chaque matin par simple habitude et sans croyance, pour cette activité, elle ne noircira que le quart de la case, selon son jugement. Si sur les plans émotionnel et relationnel, elle fait des efforts pour améliorer sa situation en utilisant une stratégie, par exemple, en évitant de consommer toute boisson alcoolisée, car l'enivrement la rend violente envers sa famille, elle noircira une case complète.

Lorsque chaque échelle est complétée, la personne doit relier les cases externes (les plus éloignées du centre) par une ligne de forme circulaire, partant de la droite, côté « physique » et allant vers la case la plus éloignée de la dimension « émotionnelle » ensuite vers la gauche, « mentale », puis vers le haut « spirituelle » et fermer la boucle en rejoignant la dernière case remplie de la sphère physique. Les cases remplies complètement devraient être regroupées au centre, et celles remplies partiellement vers l'extérieur. Ce cercle sera probablement d'aspect inégal, ce qui indique, selon le concept de la roue, un déséquilibre dans la vie de la personne. Par exemple, si deux carrés et demi sont noircis du côté physique, quatre en bas, trois et demi à gauche et un seul en haut, ce cercle inégal, voire cahoteux, indique que des ajustements sont à faire afin d'accéder à un mieux-être.

Étape 3 – Réflexion sur ma vie

À cette étape du processus, l'intervenant entame une réflexion avec la personne à l'aide d'une série de questions guides, afin que la personne puisse déterminer quelles autres activités et stratégies positives elle pourrait choisir d'entreprendre dans sa vie pour

Figure 4 – Ma vie aujourd’hui : un graphique



améliorer sa situation. Durant tout le processus, l'accent est mis sur ses forces. Cette réflexion constitue le fondement de la quatrième étape, le programme personnel de bien-être.

Voici quelques exemples de questions générales à poser pour enrichir la réflexion de la personne, l'aider à constater qu'elle a peut-être d'autres forces qui lui échappaient et à considérer d'autres actions ou stratégies pour atteindre l'équilibre et l'harmonie dans sa vie et celle de son entourage. Chaque personne et chaque situation étant différentes, des questions plus précises devront être posées et discutées entre l'intervenant et la personne, selon le cas.

Questions guides générales

Pour ma santé physique/matériel le :

1. Quels comportements dois-je changer pour assurer mon bien-être physique?
2. Quels objectifs dois-je me fixer pour améliorer ma santé physique?

Pour ma santé émotionnelle/sociale/ relationnelle

1. Que puis-je faire pour améliorer mon bien-être émotionnel?
2. Quels objectifs dois-je me fixer pour améliorer mes relations interpersonnelles et que dois-je faire pour y arriver?

Pour ma santé mentale/mon développement intellectuel et cognitif

1. Quels types de pensées circulent dans mon cerveau sur moi-même, mes proches, ma

communauté, ma culture, ma situation présente?

2. Que dois-je faire pour améliorer mon estime personnelle?

Pour ma santé spirituelle/sculturelle

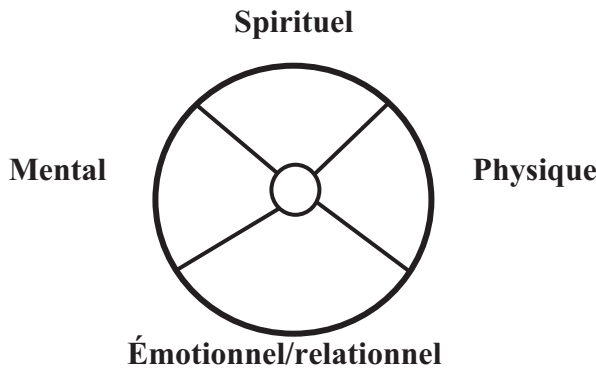
1. Est-ce que je me questionne sur le sens, le but de ma vie? Si oui, comment? Que m'indique ce questionnement sur moi-même et mes relations?
2. Ai-je une croyance en un Être suprême? Si oui, comment est-ce que je le conçois, pourquoi est-ce que j'y crois? Si non pourquoi pas?
3. Selon ma réponse à la question 2, que puis-je faire, dans ma condition, pour assurer ma santé sur le plan spirituel?

À la suite de cette réflexion, la personne est maintenant prête à déterminer un ensemble d'activités et de stratégies positives à entreprendre, dans chaque quadrant de sa roue de bien-être. Elle est également en position de décider quelles attitudes et quels comportements elle doit éviter sur le sentier de sa transformation en route vers un mieux-être ainsi que les objectifs qu'elle poursuivra. Elle est également en mesure de reconnaître le degré de volonté qu'il lui faudra pour y arriver.

Étape 4 – Ma roue de bien-être : un plan de transformation autogérée

L'intervenant peut maintenant présenter à la personne aidée la troisième roue qui deviendra son plan de transformation, un plan décidé par

Figure 5 – Ma roue de bien-être : mon plan de transformation autogérée



ses soins et qu'elle devra gérer elle-même. Ici encore la personne doit écrire son nom dans le cercle central de sa roue.

La personne est invitée à inscrire, à l'intérieur de la roue, dans les quadrants appropriés, ce qu'elle a l'intention d'entreprendre, au quotidien, pour améliorer sa vie. Une attention particulière doit être portée à l'équilibre entre les quatre composantes de la roue. La personne doit aussi décider de ses priorités et réfléchir à savoir si et dans quelle mesure ces activités et ces stratégies mèneront à son bien-être et à l'harmonie collective. Elle doit aussi inscrire comment elle se motivera, chaque jour, pour accomplir ce qui lui permettra d'atteindre ses buts.

À ce stade du processus, l'intervenant se permet de suggérer des activités, des techniques ou des stratégies pertinentes dans la situation de la personne en tenant compte de sa culture et des circonstances. Ce plan d'action doit être affiché dans un endroit stratégique afin de pouvoir suivre ses progrès sur une base régulière.

Conclusion

La roue de bien-être, ou roue de médecine, utilisée depuis des millénaires par les Autochtones d'Amérique du Nord pour améliorer ou conserver leur bien-être, est un outil dynamique pour atteindre l'équilibre et l'harmonie qui engendrent la santé. Le programme de transformation personnelle en quatre étapes présenté dans cet article a été développé et utilisé par les auteurs lors d'interventions individuelles ou auprès

d'étudiants en travail social. Ceux qui l'ont ainsi utilisé ont apprécié l'exercice. À l'avenir, une utilisation accrue de cet outil en travail social permettra de mieux comprendre les effets et d'en évaluer l'efficacité auprès de diverses cultures.

À l'instar des Nations Unies, de l'Organisation mondiale de la santé, de la Commission royale sur les peuples autochtones et de plusieurs auteurs autochtones et non-autochtones, Canda et Furman (1999), Coates (2003), Massé (1995), Mehl-Madrone (1998), les auteures du présent article reconnaissent la nécessité d'intervenir de façon holistique et écologique auprès des personnes et des collectivités afin d'atteindre un mieux-être général.

Descripteurs :

Roue de médecine (Outil d'intervention) // Service social aux Autochtones // Indiens d'Amérique - Rites et cérémonies // Indiens d'Amérique - Signes et symboles

Medicine Wheel (Intervention tools) // Social work with native peoples // Native peoples - Rites and ceremonies // Native peoples - Signs and symbols

Note

1 Le masculin est utilisé dans ce texte à titre générique et dans l'unique but de l'alléger.

Références

- Aigle Bleu (2000). *L'héritage spirituel des Amérindiens*. Boucherville : Les Éditions de Mortagne.
- Bopp, J., Bopp, M., Brown, L., & Lane, P. (1984). *The Sacred Tree*. Lethbridge, Alberta: Four Worlds Development Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Cajete, G. (1994). *Look Through the Mountain: An Ecology of Indigenous Education*. Durango, CO: Kivaki Press.
- Canda, E. R., & Furman, L. D. (1999). *Spiritual Diversity in Social Work Practice: The Heart of Helping*. N.Y.: The Free Press.
- Coates, J. (2003). *Ecology and Social Work. Toward A New Paradigm*. Halifax: Fernwood Publishing.
- Commission royale sur les Peuples autochtones (1996). Santé et guérison (ch. 3). Dans Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, vol. 3, Vers un ressourcement* : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/rrc-fra.asp>.
- Draguns, J. G. (1996). Humanly Universal and Culturally Distinctive: charting the Course of Cultural Counseling. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner & J. E. Timble (Eds.). *Counseling Across Cultures*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Duran, E., & Duran, B. (1995). *Native American Postcolonial Psychology*. Albany: State University of New York Press.
- Hart, M. A. (2002). *Seeking Mino-Pimatisiwin: An Aboriginal Approach to Helping*. Halifax: Fernwood Publishing.
- Graveline, F. J. (1998). *Circle Works: Transforming Eurocentric Consciousness*. Halifax: Fernwood Publishing.
- Good, B., & Kleinman, A. (1985). Epilogue, Culture and Depression. In A. Kleinman and B. Good (eds.). *Culture and Depression*. Berkeley: University of California Press.
- Jaccoud, M., (1998). Les cercles de guérison et les cercles de sentence autochtones au Canada, *Criminologie*, 32 (1), 79-105.
- Lamarre, D. (2003). *La roue de médecine des Indiens d'Amérique*. Montréal : Québecor.
- Laugrand, F. (2002). Les religions amérindiennes et inuites. In M. Boisvert, (ed.). *Un Monde de Religions, Tome 3, Les traditions de l'Asie de l'Est, de l'Afrique et des Amériques*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Loiselle, M., Legault, L., & Poirier, N. (2009). *An Analysis of Determinants of Perseverance and Success of Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue First Nations Students*. [Research Report]. Rouyn-Noranda : UQAT.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Mehl-Madrona, L. (1998). *Coyote Medicine : Lessons from Native American Healing*. N. Y.: Fireside Books, published by Simon and Shuster.
- Mehl-Madrona, L. (2003). *Coyote Healing: Miracles in Native Medicine*. Rochester, Vermont: Bear & Company.
- Morrisseau, C. (1998). *Into the Daylight: A Holistic Approach to Healing*. Toronto: University of Toronto Press.
- Nabigon, H., & Mawhiney, A.-M. (1996). Aboriginal Theory. A Cree Medicine Wheel Guide for Healing First Nations. In F. J. Turner. *Social Work Treatment. Interlocking Theoretical Approaches* [4th Ed., ch. 2]. N.Y.: The Free Press.
- Organisation mondiale de la santé (2006). *À propos de l'OMS*. <http://www.who.int>.
- Petitjean, L. (2005). *Favoriser la guérison selon la tradition amérindienne*. Montréal : Édimag.
- Ross, R. (2006). *Dancing with a Ghost: Exploring Aboriginal Reality*. Toronto: Penguin Canada.
- Sioui, G. E. (1989). *Pour une auto histoire amérindienne : essai sur les fondements d'une morale sociale*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Swinomish Tribal Mental Health Project (1991). *A Gathering of Wisdoms. Tribal Mental Health: A Cultural Perspective*. LaConner, Wash.: Swinomish Tribal Community.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism & Collectivism*. Boulder, Oxford: Westview Press.

Une pratique de travail social culturellement enracinée : regard sur les savoirs d'expérience des intervenants sociaux autochtones

par

Christiane Guay¹, B.Sc., M.Sc., t.s.

Candidate au doctorat boursière

Bourse la Personnelle 2008-2009

Doctorante et chargée de cours

Université du Québec en Outaouais

Courriel : crie@sympatico.ca

Reflections on the relations between natives' knowledge and scientific knowledge. Presentation of the conceptual framework and methodology of a doctoral study on Innu social workers' perception of their own professional practice.

Réflexions sur la coexistence entre savoir autochtone et savoir scientifique. Présentation du cadre conceptuel et de la méthodologie d'un projet de recherche doctorale portant sur la perception que les travailleurs sociaux de la nation innue ont de leur pratique.

La question de la reconnaissance et de la valorisation du savoir autochtone² dans les sciences sociales et, plus particulièrement, la place qu'on reconnaît aux modes d'entraide traditionnels dans le champ du travail social mérite qu'on s'y arrête pour plusieurs raisons. Cette question est au cœur des débats portant sur la quête de l'autonomie gouvernementale amorcée par les Autochtones du Canada. En effet, elle est présente dans toutes les discussions portant sur les enjeux de développement social, politique et économique au sein des communautés autochtones³, en particulier les transformations des systèmes juridiques (Commission du droit du Canada, 2006), des pratiques d'éducation (Battiste et Henderson, 2000), des modes de gouvernance (Lajoie, 2007) et

des modes de gestion de la forêt et de l'environnement (Lertzman, 2006; McGregor, 2006).

Dans le champ plus spécifique du travail social, la question de la reconnaissance du savoir autochtone fait également l'objet de l'attention particulière de plusieurs universitaires (Coates Gray et Hetherington, 2006; Freeman et Lee, 2007; Hart, 2002; Heinonen et Spearman, 2001; Morrissette, McKenzie et Morrissette, 1993; Nabigon et Mawhiney, 1996; Zapf, 1999). On le sait, la pratique du travail social est fondée sur le désir d'aider les gens qui sont considérés comme en marge de la société et sur la volonté d'améliorer et de changer les conditions qui sous-tendent les inégalités sociales (Lecompte, 2000). Or, en ce qui concerne la relation entre la profession du travail social et les Autochtones, l'Histoire nous enseigne une toute autre réalité. En effet, les Autochtones du Québec et du Canada ont fait l'objet de pratiques ethnocentriques de la part des travailleurs sociaux. Des auteurs tels Hardy et Mawhiney (1999) affirment que ces pratiques ont contribué à opprimer et à aliéner les Autochtones. Leur adoption massive, aussi appelée *sixties' scoop*, dans laquelle les travailleurs sociaux ont été des acteurs de premier plan, en est un bon exemple (Blackstock, Trocmé et Bennett, 2004). Consciente des difficultés qui ont marqué les relations entre les Autochtones et la profession, l'Association canadienne de travail social (ACTS) a pris position en faveur de la reconnaissance de leur savoir et de leurs modes d'entraide. Dans son mémoire présenté à la Commission royale sur les peuples autochtones créée dans la foulée de la crise d'Oka, l'Association propose une réforme en profondeur, entreprise de l'intérieur et guidée par les aînés et les guérisseurs traditionnels, de manière à inclure les principales dimensions de la culture et des traditions autochtones, telles : une vision du monde différente, la sagesse des aînés, la perspective des guérisseurs traditionnels, l'importance de l'environnement et des valeurs familiales (Canadian Association of Social Workers, 1994).

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 194-203.

Ainsi, depuis les années 1990, on assiste, au sein de la profession du travail social, à un engouement pour les questions autochtones, à l'émergence d'une littérature sur le sujet et à l'intégration des questions autochtones au sein des programmes de formation. Un pan important de cette littérature porte directement sur la question de la reconnaissance des modes d'entraide traditionnels et de leur intégration au sein du travail social. Or, ce mouvement pose la question de la rencontre entre le savoir occidental et le savoir autochtone : comment peut-on penser l'articulation entre ces deux formes de savoir et les modes de gestion du social qui en découlent? Sont-ils incompatibles? Peut-on les combiner? Si oui, comment?

Malgré des orientations théoriques différentes, voire divergentes, la majorité des auteurs auxquels nous faisons référence dans cet article est motivée par la volonté de faire reconnaître les modes d'entraide traditionnels au même titre que les autres modèles d'intervention. Nous constaterons que sur le plan de la recherche en sciences sociales, et plus particulièrement dans le champ du travail social, la question de la reconnaissance du savoir autochtone et de sa rencontre avec le savoir dit scientifique se traduit par différentes stratégies d'institutionnalisation du savoir autochtone. Dans un premier temps, nous expliquerons en quoi consiste la stratégie de coexistence, ainsi que les différentes formes qu'elle revêt. Nous présenterons ensuite la stratégie de cocréation. Dans les deux cas, nous soulignerons la perspective épistémologique à laquelle les différents auteurs adhèrent lorsqu'ils adoptent l'une ou l'autre stratégie. Dans un deuxième temps, nous porterons un regard critique sur les deux stratégies principales d'institutionnalisation du savoir autochtone. Enfin, la dernière partie portera sur notre projet de recherche doctorale, décrira le cadre conceptuel et méthodologique que nous avons adopté et mettra en évidence l'apport potentiel de cette recherche sur le plan de la pratique du travail social ainsi que sur l'avancement des connaissances. Bien entendu, il est encore trop tôt pour présenter les résultats définitifs de ce projet.

La stratégie de coexistence

La stratégie de coexistence est celle dans laquelle s'inscrivent la plupart des chercheurs

pour favoriser la reconnaissance du savoir autochtone. Cette stratégie insiste sur la nécessité de développer et de maintenir en parallèle les deux modes de gestion du social (traditionnel et conventionnel) afin que les deux visions du monde – autochtone et occidentale – soient respectées et encouragées à s'épanouir. Ceux qui y adhèrent s'inscrivent généralement dans une perspective que nous appellerons « scientifique de décolonisation ». Sur le plan épistémologique⁴, cela veut dire qu'ils s'alignent sur le modèle scientifique et qu'ils se conforment aux critères d'objectivité, de rigueur et de méthode propres à la science pour produire la connaissance. En effet, les universitaires qui adoptent cette stratégie se positionnent en tant qu'experts et tentent de démontrer que le savoir autochtone et les modèles d'intervention qui en découlent peuvent aspirer à une reconnaissance scientifique au même titre que tout autre modèle d'intervention conventionnel en travail social. Cependant, tout en s'inscrivant dans une logique scientifique, ces universitaires utilisent le savoir autochtone comme outil pour décoloniser la science.

Par exemple, des intellectuels autochtones, comme Freeman et Lee (2007), Morrissette et al. (1993), Nabigon et Mawhiney (1996), Hart (2002), ont conceptualisé des théories et des modèles autochtones de travail social qui s'enracinent dans une vision du monde indépendante de celle de la société dominante, qui s'inspirent de leurs connaissances et de leurs traditions et qui fonctionnent soit en parallèle, soit en complémentarité avec les approches psychosociales en travail social. Certes, ces intellectuels qui ont fait le choix, parfois contesté, de consigner leur savoir afin qu'il soit appliqué au sein des pratiques conventionnelles du travail social sont motivés par le désir de trouver des solutions culturellement acceptables aux besoins de plus en plus complexes des Premières Nations. Cependant, ils sont également motivés par le désir d'affirmer leur autonomie et leur pouvoir et par une volonté de remettre en question le pouvoir de la société dominante.

En parallèle, des universitaires non autochtones privilégient également la stratégie de coexistence afin de favoriser la reconnaissance du savoir autochtone. À la suite des intellec-

tuels autochtones, nombreux sont ceux et celles qui reconnaissent que la pensée occidentale, notamment la pensée scientifique, à travers un pouvoir colonial oppressif, a dominé le développement des idées en travail social (Coates et al., 2006; Heinonen et Spearman, 2001; Payne 1997; Zapf, 1999). Ainsi, plusieurs auteurs ont fait le choix d'inclure les théories et les modèles autochtones du travail social au sein des manuels de base (Heinonen et Spearman, 2001; Turner, 1999; Van de Sande, Beauvolsk et Renault, 2002). D'autres ont fait le pari d'intégrer les principales dimensions des systèmes de pensée autochtones dans des modèles d'intervention que l'on pourrait qualifier d'éclectiques, telle l'approche écospirituelle autochtone mise de l'avant par Coates et ses collègues (2006).

Certes, le besoin de rapprocher le savoir autochtone du savoir scientifique procède de motivations profondément différentes selon que les auteurs sont autochtones ou non. Toutefois, même si les objectifs et les motivations peuvent varier, dans tous les cas, la finalité est la même. Il s'agit toujours de documenter et de conceptualiser le savoir autochtone, de manière à ce qu'il puisse être utilisé en complémentarité ou en parallèle des modèles d'intervention conventionnels.

Il n'existe, à l'heure actuelle, à peu près aucune littérature critique à l'égard de cette stratégie, du moins en travail social. Les auteurs se contentent habituellement de soulever certaines limites, comme le risque d'instrumentaliser et de dénaturer le savoir autochtone en le documentant, tout en estimant, par ailleurs, que l'option de ne pas le faire est tout aussi préjudiciable, puisqu'elle perpétue l'invisibilité des peuples autochtones (Hart, 2002). Cependant, au-delà du risque de dénaturation du savoir autochtone résident, à notre avis, deux autres difficultés qui relèvent de la perspective épistémologique et théorique dans laquelle cette stratégie se situe, c'est-à-dire la perspective scientifique de décolonisation. D'une part, elle perpétue le caractère hégémonique du modèle scientifique et, d'autre part, elle suppose que les Autochtones sont continuellement déterminés par leurs rapports de pouvoir avec la société dominante.

En effet, en ce qui concerne la première de ces difficultés, les auteurs dont nous venons d'évo-

quer les travaux tentent d'instaurer le savoir autochtone comme un nouveau paradigme de la connaissance, c'est-à-dire comme une science autochtone autonome, qui pourrait, à la limite, supplanter la science. Toutefois, en proposant cela, ils acceptent toujours les prémisses scientifiques. Par exemple, en développant des théories ou des modèles d'intervention autochtones, ils adhèrent implicitement à l'idée qu'il existerait, de manière objective, un monde autochtone distinct, gouverné par des règles spécifiques qui détermineraient l'action des individus (autochtones). Ainsi, seuls des modèles théoriques autochtones permettraient de rendre compte de la vision du monde autochtone, de leur réalité sociale, notamment de leurs problèmes sociaux et de la manière d'y répondre.

Sans vouloir faire fi des distinctions réelles qui peuvent exister entre les réalités des sociétés autochtones et celles de la société dominante, il semble important de préciser que ce modèle scientifique fait actuellement l'objet d'une importante remise en question au sein des sciences sociales. En effet, de plus en plus de professionnels et de chercheurs prennent conscience des limites des modèles théoriques pour appréhender l'ensemble des problèmes et des réalités sociales. La plupart admettent que les modèles théoriques générés à partir des prémisses scientifiques ne sont qu'une approximation de la réalité (Payne, 1997) et que plusieurs phénomènes telles la complexité, l'incertitude et l'instabilité entrent en jeu dans l'analyse des problèmes sociaux et influencent de façon indéniable les pratiques sociales qui en découlent (Schön, 1994 : 918).

La deuxième difficulté de cette perspective est liée au discours de décolonisation qui lui est inhérent. En véhiculant un tel discours, les auteurs s'inscrivent explicitement dans la perspective théorique du colonialisme, c'est-à-dire qu'ils considèrent que c'est la relation coloniale, comprise comme un cadre structurel, qui détermine la condition actuelle de la réalité des collectivités autochtones (Martin, 2008) et qui explique l'ensemble des problèmes socioéconomiques au sein des communautés autochtones (Jaccoud, 1995).

À notre avis, cette manière d'aborder la réalité des sociétés autochtones, bien que légitime, ne

rend pas compte des divergences et des stratifications sociales au sein des communautés autochtones (Jaccoud, 1995). De plus, elle occulte les processus de différenciation qui se dessinent dans les collectivités autochtones et entre celles-ci. En effet, elle ne donne qu'une seule image, souvent stéréotypée et destructrice, des transformations qui sont en cours au sein des communautés autochtones, tout « en estompant l'image d'une société autochtone qui a, pourtant, aussi su s'approprier les conditions de la modernité, bâtir une force politique nationale et internationale ou développer un entrepreneurship de plus en plus enviable » (Jaccoud, 1995 : 96). Ainsi, la principale limite de cette perspective théorique est qu'elle ne s'intéresse « pas suffisamment au rôle que les Autochtones jouent dans la production de leur propre société » (Martin, 2008 : 444).

Bien qu'elle soit justifiée, cette manière d'institutionnaliser le savoir autochtone comporte des limites importantes. Nous l'avons vu, elle a tendance à dénaturer le savoir autochtone, elle perpétue le caractère hégémonique du modèle scientifique et elle véhicule une image tronquée de leur réalité. Ainsi, en réaction à la stratégie de la coexistence, qui antagonise en quelque sorte les deux formes de savoir, on voit apparaître une nouvelle stratégie, la cocréation, qui cherche plutôt à les combiner. La description de cette stratégie fera l'objet de la prochaine section. Nous verrons, entre autres, que sur le plan épistémologique cette stratégie s'inscrit en porte-à-faux de la perspective scientifique.

La stratégie de cocréation

La stratégie de cocréation demeure encore relativement peu explorée comme vecteur potentiel de la reconnaissance du savoir autochtone, du moins en travail social. Cette stratégie insiste sur la nécessité de combiner les deux formes de savoir et les deux modes de gestion du social (traditionnel et conventionnel) à travers un partenariat égalitaire entre les acteurs universitaires et les acteurs locaux autochtones. Ceux qui, comme Saint-Arnaud et Bélanger (2005) et Lafrenière, Diallo et Dubie (2007), adoptent une telle stratégie, s'inscrivent généralement dans ce que l'on pourrait appeler une perspective « praxéologique ». Sur le plan épistémologique, cela signifie que le chercheur considère que, pour développer de nouvelles

connaissances, il faut : remettre en question la chasse gardée des universités comme seul lieu de la production de la connaissance; adopter une démarche démocratique et réflexive (Parazelli, 2004) qui tienne compte à la fois de la diversité et de la complexité du vécu social ainsi que du point de vue subjectif des individus (Morin, 1982; Habermas, 1975); et enfin reconnaître que l'action réflexive des acteurs sociaux (l'analyse que ces derniers portent sur leurs actions) révèle des savoirs qui peuvent contribuer au développement de nouvelles connaissances (Schön, 1994).

En adoptant une telle perspective, le chercheur se positionne d'emblée comme un accompagnateur et s'efforce de renouveler les pratiques d'intervention sociale à partir des milieux de pratiques et de ses acteurs locaux. En d'autres mots, il s'efforce, à partir d'initiatives locales, de mettre en place des « espaces démocratiques » (Parazelli, 2004) ou des « moments postcoloniaux » (Verran, 2002) afin d'assurer une réelle délibération collective des individus dans la définition de leurs problèmes et le renouvellement des pratiques sociales qui les concernent.

Pour Saint-Arnaud et Bélanger (2005 : 170), la mise en place d'un tel espace, notamment dans un contexte autochtone, favorise l'amorce d'un dialogue interculturel à travers lequel il est possible de marier les modes de guérison traditionnels autochtones et les méthodes thérapeutiques modernes afin de développer de nouvelles « techniques et méthodes d'intervention [...] basées sur la confiance et le respect mutuel ». Les projets *Ussenium* (Vie nouvelle) de Natashkuan⁵ (Saint-Arnaud et Bélanger, 2005) et *Healing of the Seven Generations* à Kitchener-Waterloo (Lafrenière et al., 2007) illustrent très bien cette stratégie de cocréation.

Dans le premier cas, il s'agit d'un partenariat qui rallie des acteurs locaux autochtones et non autochtones autour d'une initiative communautaire, c'est-à-dire un programme de thérapie communautaire. Ce projet, qui comprend quatre cycles d'expéditions en forêt, s'appuie sur une approche innovatrice fondée sur une combinaison de méthodes psychothérapeutiques contemporaines (psychothérapies individuelles et de groupe, support psychosocial, etc.) et de modes de guérison traditionnels (activités traditionnelles de chasse et de pêche,

plantes médicinales, supervision spirituelle par les aînés, cercles de parole, contes et légendes, etc.) (Saint-Arnaud et Bélanger, 2005 : 156). Dans l'autre cas, il s'agit d'un partenariat de recherche qui rallie deux universitaires non autochtones et les membres de la communauté autochtone vivant à Kitchener-Waterloo. Ce projet vise à dégager une nouvelle base conceptuelle pour le développement communautaire au sein des communautés autochtones tout en créant un modèle de collaboration entre le milieu universitaire et les membres des Premières Nations.

On peut facilement comprendre qu'une stratégie de cocréation semble indispensable dans la rencontre entre le savoir autochtone et le savoir scientifique. En effet, une telle stratégie a le mérite de contextualiser le savoir autochtone au sein même des communautés autochtones et d'encourager, sur le terrain, une nouvelle culture de participation citoyenne entre Autochtones et Non-autochtones. Bref, elle a le mérite d'offrir aux acteurs autochtones – pas seulement les intellectuels autochtones, comme c'est le cas dans la stratégie de coexistence – un espace qui leur permet de prendre la parole et d'affirmer leur autonomie dans la définition des problèmes et des solutions qui les concernent. Cependant, la question est de savoir si cette stratégie permet de vraiment combiner les deux formes de savoir de manière à dépasser l'antagonisme souvent observé entre les deux et si elle permet, comme certains auteurs le laissent entendre, d'assister à un véritable changement de paradigme (Saint-Arnaud, Sauvé et Kneeshaw, 2005).

Il est sans doute un peu tôt pour répondre à cette question, puisque ce type d'expérience est relativement récent en travail social. Toutefois, les expériences de cogestion et de partenariat sont beaucoup plus nombreuses et plus documentées dans le domaine de la foresterie sociale, c'est-à-dire les pratiques d'exploitation de la forêt qui tiennent compte des intérêts de l'ensemble des acteurs concernés. Dans ce domaine, plusieurs demeurent sceptiques sur l'efficacité des structures de cogestion en ce qui concerne la participation et l'institutionnalisation d'un partenariat égalitaire avec les Autochtones (Lathoud, 2005a). Cela dit, la majorité des auteurs, même ceux qui sont les

plus optimistes (Lathoud, 2005b; Lertzman, 2006; McGregor, 2006), ne partagent pas la position de Saint-Arnaud, Sauvé et Kneeshaw (2005) sur l'avènement d'une nouvelle forme de concertation citoyenne dans laquelle il serait possible d'envisager le développement d'une foresterie contemporaine qui s'appuie sur une combinaison des deux formes de savoir. Dans les faits, on constate que, même si les auteurs adhèrent par principe à l'idée d'un partenariat égalitaire entre les Autochtones et les scientifiques dans la gestion de la forêt, ils n'adhèrent pas nécessairement à l'idée de combiner les deux modes de gestion (traditionnel et scientifique) de la forêt, si bien que l'idée de coexistence entre les deux formes de savoir prévaut toujours, du moins en ce domaine.

En somme, la stratégie de cocréation possède, elle aussi, ses limites. Elle permettrait, à certaines conditions, une coopération interdisciplinaire et parfois égalitaire avec les détenteurs du savoir autochtone. Toutefois, elle ne permettrait pas de dépasser l'antagonisme déjà observé entre les deux formes de savoir.

Des stratégies qui masquent la capacité d'innovation des intervenants sociaux autochtones

Sans contredit, les deux stratégies principales d'institutionnalisation du savoir autochtone dans la sphère du travail social décrites jusqu'à présent ont contribué à créer des ponts entre les sociétés occidentales et autochtones. Il y a à peine vingt ans, les questions autochtones étaient totalement absentes des programmes universitaires de formation en travail social, du moins au Québec. Aujourd'hui, il devient de plus en plus rare d'ouvrir un manuel de base sans y retrouver un chapitre consacré aux réalités des sociétés autochtones. De plus, la plupart des programmes de baccalauréat en travail social comportent au moins un cours dans lequel on traite de ces réalités.

Cependant, sans nier les mérites de stratégie de cocréation ni diminuer les efforts des acteurs qui adhèrent à la stratégie de coexistence, on doit admettre que ces deux stratégies supposent, de manière implicite, que les intervenants autochtones ont subi de façon statique les modèles de pratiques sociales modernes qui leur ont été imposés. Sans remettre en question

le fait que la culture et le savoir autochtone ont été érodés considérablement par des décennies de politiques assimilatrices, les deux stratégies principales d'institutionnalisation et les perspectives épistémologiques sur lesquelles elles se fondent ont plutôt tendance à masquer les capacités intrinsèques des intervenants sociaux autochtones à innover ou à aménager, au quotidien, des pratiques sociales qui sont plus compatibles avec leur mode de vie, leur culture et leur vision du monde. Or, la manière dont les intervenants sociaux autochtones innovent et composent au quotidien ces pratiques d'intervention sociale demeure, à ce jour, peu étudiée. En effet, peu d'études ont envisagé d'aborder cette question à partir du milieu de la pratique et du point de vue de ceux et celles qui baignent quotidiennement dans cette réalité. C'est ici que notre recherche entend apporter une contribution.

Nous pensons qu'il existe, au sein des communautés autochtones, un processus réflexif, pour paraphraser Thibault Martin (2008), une manière unique et originale de combiner des principes de rationalité scientifique et certains éléments de subjectivité associés au savoir autochtone afin de créer un présent qui leur appartient en propre. Ou, pour reprendre l'idée de Poirier (2000 : 139), qu'il existe une «contemporanéité» autochtone, c'est-à-dire une dynamique interne qui reflète «les synthèses locales orchestrées, depuis l'époque coloniale, entre les ordres sociaux et symboliques des Autochtones et ceux de la société dominante».

Cette prise de position rejoint également les propos de Bousquet (2005) à l'égard des jeunes Algonquins d'aujourd'hui. Selon cette dernière, ces jeunes ne sont pas pris entre deux cultures et ne font pas seulement preuve «d'une réconciliation des deux systèmes en compétition» (Bousquet, 2005 : 9). Au contraire, les jeunes Algonquins sont motivés par le désir d'innover et de créer et «Ce que les jeunes construiront fera autant partie de la culture algonquine que ce que leurs ancêtres ont bâti» (Bousquet, 2005 : 16).

C'est pourquoi notre proposition de recherche suggère que l'action des intervenants sociaux autochtones n'est pas enfermée dans l'un ou l'autre modèle (traditionnel et conventionnel) en présence. Au contraire, nous pensons que

les intervenants sociaux autochtones, en se fondant sur un bagage de connaissances tacites et culturellement enracinées, puisent, à même leur imaginaire collectif, des éléments importants liés aux modes d'entraide traditionnels tout en intégrant des éléments ou des structures qui conditionnent la pratique conventionnelle du travail social afin de mettre de l'avant une pratique tout à fait originale et contemporaine.

Vers une analyse compréhensive et diversifiée d'une réalité sociale

Notre recherche porte sur la perception que les intervenants sociaux et les travailleurs sociaux⁶ de la Nation innue ont de leur pratique. Elle a pour but de mieux comprendre le sens, la nature et la portée de leurs modes d'intervention dans le champ du travail social, mais aussi de souligner dans quelle mesure leurs différentes expériences de vie, personnelle et professionnelle, ont influencé, et continuent de le faire, leur pratique professionnelle. D'une certaine manière, elle vise à prendre le pouls, à demander aux intervenants sociaux innus de nous dire ce qu'ils font à partir d'eux et non à partir de nous. L'accent est mis sur le développement de cette pratique, c'est-à-dire sa trajectoire dans le temps, mais aussi sur le quotidien de celle-ci, ses multiples et éphémères constructions, pour reprendre les propos de Deslauriers et Kérésit (1997). Ainsi, nous avons opté pour une perspective constructiviste comme cadre d'analyse. Enraciné dans une sociologie compréhensive (Rocher, 1992), un tel cadre nous invite à déplacer notre regard et à concevoir notre objet d'étude autrement que dans sa dimension normative, dimension qui, comme nous l'avons vu, domine actuellement la littérature.

Le constructivisme social (Berger et Luckmann, 2006) et la théorie de l'action historique (Martin, 2008) offrent une base conceptuelle qui permet d'appréhender la pratique des intervenants sociaux autochtones à partir du point de vue de ces derniers dans une perspective historique et quotidienne (Berger et Luckmann, 2006). Cette manière de faire permet de nous éclairer sur les choix réflexifs et originaux que font actuellement les intervenants sociaux innus en matière d'intervention sociale (Martin, 2008) afin de développer des

pratiques d'intervention sociale compatibles avec leur culture, leurs valeurs, leur mode de vie et leurs croyances.

Nous croyons que l'approche biographique (Bertaux, 2005; Desmarais, 2009; Houle, 1997) comme méthodologie de recherche est également appropriée à la nature de notre projet de recherche, puisqu'elle adopte une posture épistémologique compréhensive, ce qui permet d'assurer un fil conducteur et une cohérence à notre démarche. Cette méthodologie permet au chercheur d'éviter d'imposer son cadre de référence théorique ou sa vision du monde, puisque le participant a pleine liberté sur le contenu et la forme que prendra son discours (Bertaux, 2005). Cela est essentiel dans la mesure où nous nous intéressons au point de vue de personnes dont l'origine culturelle est différente de la nôtre. Cette méthodologie est d'autant plus pertinente qu'elle honore non seulement un enseignement traditionnel, celui d'écoute respectueuse, mais aussi la tradition orale des autochtones dans la transmission de leur savoir. De manière concrète, nous avons privilégié une approche biographique basée exclusivement sur des récits de pratique (Bertaux, 2005). Ainsi, une dizaine d'intervenants sociaux innus de la communauté d'Uashat mak Mani-Utenam (Sept-Îles et Malienam), recrutés sur une base volontaire et ayant une expérience en intervention sociale, sont invités à centrer leur narration sur leur pratique d'intervention sociale. À travers une démarche d'analyse compréhensive (Kaufmann, 2004), nous cherchons à dépasser la singularité des pratiques individuelles afin de révéler les connaissances spécifiques des intervenants dans un contexte d'exercice partagé ainsi que certaines facettes singulières de cette pratique d'intervention sociale.

Enfin, la recherche en cours permettra de contribuer à l'enrichissement de la réflexion théorique sur les interactions entre le savoir autochtone et le savoir dit scientifique. Ce débat est d'actualité dans plusieurs disciplines comme le droit, l'éducation, la gestion de la forêt et de l'environnement, etc. Pour bien des auteurs, les deux formes de savoir sont incommensurables. Or, notre proposition de recherche suggère au contraire que les intervenants autochtones savent très bien marier les

deux formes de savoir pour produire une modernité tout à fait originale.

De plus, l'étude des transformations en cours au sein des communautés autochtones pourrait nous conduire à modifier la façon conventionnelle de concevoir le développement de la pratique du travail social et, à terme, à aménager des approches qui puissent obéir à des logiques culturelles diversifiées. Cette recherche permet également d'enrichir la réflexion de langue française sur la diversité culturelle en y intégrant la dimension autochtone, trop souvent négligée au Québec. En effet, la littérature sur la diversité culturelle, axée sur la problématique de l'immigration dans les grandes villes, demeure, du moins au Québec, encore passablement aveugle sur la situation des Autochtones et sur la question de la reconnaissance des modes d'entraide autochtones. En conséquence, les travailleurs sociaux seront mieux sensibilisés et outillés pour intervenir auprès de cette population.

Conclusion

En travail social, un discours dominant rallie la plupart des universitaires. Ce discours véhicule l'idée que les modèles d'intervention autochtones développés par des experts autochtones sont les plus efficaces pour surmonter les problèmes de plus en plus complexes des Premières Nations, de sorte qu'il faut favoriser leur développement et leur coexistence avec les méthodes d'intervention conventionnelles du travail social contemporain. Mais qu'en est-il sur le terrain? Quels rapports les intervenants sociaux autochtones entretiennent-ils avec ces deux modes d'intervention? Comment organisent-ils leur pratique quotidienne? Y a-t-il convergence entre le discours des praticiens et celui des universitaires? En d'autres mots, nous avons fait le choix d'aborder la question de la reconnaissance du savoir autochtone à partir du milieu de la pratique et du point de vue de ceux et celles qui baignent quotidiennement dans cette réalité. Ces intervenants sont des acteurs de premier plan et des témoins privilégiés des transformations sociales qui sont en cours au sein des sociétés autochtones. Pourtant, peu d'études se sont intéressées à cette pratique du travail social et au sens que revêt celle-ci pour ces intervenants.

Cette voie est tout à fait différente de celles dans lesquelles se sont engagés jusqu'à maintenant les différents auteurs qui s'intéressent à cette question. Ce renversement nous est apparu pertinent dans la mesure où il permet d'envisager une solution alternative aux analyses qui semblent indiquer que le savoir autochtone ne peut exister qu'en opposition ou en parallèle du savoir dit scientifique. À notre avis, ces analyses ne rendent pas compte d'une réalité beaucoup plus complexe. Même si nous croyons que les modes d'entraide traditionnels ne sont pas nécessairement appelés à disparaître, nous pensons qu'ils peuvent aussi être appelés à se recomposer de manière réflexive et en interface avec l'influence des modes d'intervention de la société dominante (Bousquet, 2005; Martin, 2008; Poirier, 2000).

En somme, la recherche en cours permettra de définir les contours d'une pratique somme toute peu documentée en plus d'éclairer les différents rapports que les intervenants autochtones peuvent entretenir à l'égard des modes d'entraide traditionnels et des méthodes d'intervention contemporaines en travail social. Ainsi, nous espérons que notre thèse permettra de comprendre les relations entre culture autochtone et non-autochtone d'une manière qui ne renvoie pas les deux cultures dos à dos, mais qui insiste plutôt sur l'édification d'une culture autochtone originale qui ne renie pas la modernité.

Descripteurs :

Travailleurs sociaux autochtones // Savoirs d'expérience // Service social aux Autochtones
Native social workers // Experiential learning // Social work with native peoples

Notes

1. Le présent article a été rédigé dans le cadre du concours d'articles d'étudiants *La Personnelle* tenu par l'OTSTCFQ et rend compte du projet de recherche doctorale de l'auteure. L'auteure tient à remercier Thibault Martin et Sébastien Grammond qui ont commenté des versions antérieures du présent article.
2. Il convient de faire deux remarques terminologiques sur l'emploi de l'expression « savoir autochtone ». Premièrement, on notera que nous évitons d'utiliser l'adjectif « traditionnel » pour qualifier le savoir autochtone. En effet, il connote une vision passéiste et figée du savoir autochtone, occultant ainsi son caractère dynamique. Deuxièmement, l'emploi du singulier ne vise qu'à alléger le texte; nous reconnaissons néanmoins la pluralité du savoir autochtone, qui est propre à chaque communauté autochtone et qui peut, au sein même d'une communauté, faire l'objet d'interprétations divergentes.
3. Lorsque nous employons le mot « autochtone » dans le cadre du présent texte, nous faisons référence exclusivement aux groupes d'autochtones connus sous le nom de « Premières Nations », ce qui exclut les Inuit et les Métis. Précisons que notre recherche terrain porte principalement sur les Innus, une nation autochtone de l'est du Québec. Le présent texte aura cependant une portée plus large et comprendra des écrits qui touchent l'ensemble des Premières Nations du Canada, notamment celles qui vivent sur des réserves.
4. Nous sommes consciente que ce terme est, aujourd'hui, utilisé à la fois pour désigner la théorie de la connaissance et la philosophie de la connaissance. Pour notre part, nous restons fidèle à la tradition française et considérons l'épistémologie comme étant une branche de la philosophie de la connaissance qui se consacre à l'étude critique des principes des diverses sciences (Grawitz, 1981), notamment la manière de produire la connaissance.
5. Petite communauté innue située sur la Basse-Côte-Nord, qui compte environ 800 habitants dont plus de la moitié sont âgés de moins de 25 ans (Saint-Arnaud et Bélanger, 2005).
6. Afin de ne pas alourdir le texte, nous utilisons l'expression intervenants sociaux pour désigner tant les personnes titulaires d'une formation universitaire en travail social (membres de l'OTSTCFQ) que les personnes qui effectuent, dans les faits, des activités d'intervention sociale sans pour autant posséder une telle formation ou un tel titre professionnel.

Références

- Battiste, M., & Henderson, J. Y. (2000). *Protecting Indigenous Knowledge and Heritage: A Global Challenge*. Saskatoon: Purich Publishing.
- Berger, P., et Luckmann, T. (2006). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Armand Colin.
- Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes : le récit de vie*. Paris : Armand Colin.
- Blackstock, C., Trocmé, N., & Bennett, M. (2004). Child Maltreatment Investigations Among Aboriginal and Non-Aboriginal Families in Canada, *Violence Against Women*, 10, 901-916.
- Bousquet, M.-P. (2005). Les jeunes Algonquins sont-ils biculturels? Modèles de transmission et innovations dans quelques réserves, *Recherches amérindiennes au Québec*, 35 (3), 7-17.
- Canadian Association of Social Workers (1994). The Social Work Profession and the Aboriginal People: CASW Presentation to the Royal Commission on Aboriginal Peoples, *The Social Worker*, 62 (4), 158.
- Coates, J., Gray, M., & Hetherington, T. (2006). An "Ecospiritual" Perspective: Finally, a Place for Indigenous Approaches, *British Journal of Social Work*, 36, 381-399.
- Commission du droit du Canada (2006). *La justice en soi : les traditions juridiques autochtones*. Ottawa : La Commission.
- Desmarais, D. (2009). L'approche biographique, dans B. Gauthier (dir.). *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données* : 360-389. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Deslauriers, J.-P., et Kérésit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative, dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 85-111. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur.
- Freeman, B., & Lee, B. (2007). Toward An Aboriginal Model of Community Healing, *Native Social Work Journal*, 6, 97-120.
- Grawitz, M. (1981). *Méthode des sciences sociales*. Paris : Dalloz, 5^e éd.
- Habermas, J. (1975). *Théorie et pratique*. Paris : Payot.
- Hardy, S., & Mawhiney, A.-M. (1999). Diversity in Social Work Practice. In F. J. Turner (dir.), *Social Work Practice: A Canadian Perspective*: 359-370. Scarborough: Prentice Hall Allyn and Bacon Canada.
- Hart, M. A. (2002). *Seeking Mino-Pimatsiwin: An Aboriginal Approach to Helping*. Halifax: Fernwood Publishing.
- Heinonen, T., & Spearman, L. (dir.) (2001). *Social Work Practice, Problem Solving and Beyond*. Toronto: Irwin Publishing.
- Houle, G. (1997). La sociologie comme science du vivant, l'approche biographique, dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 273-289. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur.
- Jaccoud, M. (1995). L'exclusion sociale des Autochtones, *Revue canadienne Droit et Société*, 17 (2), 93-100.
- Kaufmann, J.-C. (2004). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.
- Lafrenière, G., Diallo, L., & Dubie, D. (2007). Building Bridges Between Academe and Community: Case Study of the Healing of the Seven Generations Project, *Native Social Work Journal*, 6 (1), 121-136.
- Lajoie, A. (dir.) (2007). *Gouvernance autochtone : aspects juridiques, économiques et sociaux*. Montréal : Thémis.
- Lathoud, F. (2005a). Les enjeux de la participation des Cris de la baie James à l'exploitation des ressources forestières, *Globe, Revue internationale d'études québécoises*, 8 (1), 155-173.
- Lathoud, F. (2005b). Paradigmes socioculturels associés au territoire forestier de la baie James. *Vertigo*, 6 (1), en ligne : <http://vertigo.revues.org/index2846.html> (consulté le 12 janvier 2009).
- Lecompte, R. (2000). La nature du travail social contemporain, dans J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social* : 17-33. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Lertzman, D. (2006). Rapprocher le savoir écologique traditionnel et la science occidentale dans la gestion durable des forêts, *Recherches amérindiennes au Québec*, 46 (2/3), 43-58.
- Martin, T. (2008). Pour une sociologie de l'autochtonie, dans N. Gagné, M. Saltin et T. Martin (dir.), *L'autochtonie en question* : 431-454. Québec : Presses de l'Université Laval.
- McGregor, D. (2006). La participation autochtone à l'aménagement durable des forêts en Ontario : des avancées vers la coopération, *Recherches amérindiennes au Québec*, 46 (2-3), 61-70.
- Morin, E. (1982). L'ancienne et la nouvelle transdisciplinarité, dans E. Morin (dir), *Science avec conscience* : 124-129. Paris : Fayard.
- Morrisette, V., McKenzie, B., & Morrisette, L. (1993). Toward an Aboriginal Model of Social Work Practice: Cultural Knowledge and Traditional Practices, *Revue canadienne de service social*, 10 (1), 91-108.
- Nabigon, H., & Mawhiney, A. M. (1996). Aboriginal Theory: A Cree Medicine Wheel Guide for Healing First Nations. In F. Turner (dir), *Social Work Treatment*. New York: Free Press.

- Parazelli, M. (2004). Le renouvellement démocratique des pratiques d'intervention sociales, *Nouvelles pratiques sociales*, 17 (1), 9-32.
- Payne, M. (1997). *Modern Social Work Theory*. Londres: Macmillan Press.
- Poirier, S. (2000). Contemporanéités et autochtones, territoire et (post) colonialisme : réflexions sur des exemples canadiens et australiens. *Anthropologie et sociétés*, 24 (1), 137-153.
- Rocher, G. (1992). *Introduction à la sociologie générale*. Montréal : Hurtubise HMH.
- Saint-Arnaud, M., Sauvé, L., & Kneeshaw, D. (2005). Forêt identitaire, forêt partagée : trajectoire d'une recherche participative chez les Kitcisakik, *Vertigo*, 6 (2), En ligne : <http://vertigo.revues.org/index4431.html> (consulté le 12 janvier 2009).
- Saint-Arnaud, P., et Bélanger, P. (2005). Cocréation d'un espace-temps de guérison en territoire ancestral par et pour les membres d'une communauté autochtone au Québec, *Drogues, santé et société*, 4 (2), 141-176.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif*. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Turner, F. J. (1999). *Social Work Practice, A Canadian Perspective*. Scarborough: Prentice Hall and Bacon Canada.
- Van de Sande, A., Beauvolks, M. A., et Renault, G. (2002). *Le travail social : théories et pratiques*. Bourcherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Verran, H. (2002). A postcolonial moment in science studies: alternative firing regimes of environmental scientists and Aboriginal landowners, *Social Studies of Science*, 32 (5), 729-762.
- Zapf, M. K. (1999). Location and Knowledge-Building: Exploring the Fit of Western Social Work with Traditional Knowledge, *Native Social Work Journal*, 2 (1), 138-152.

Un programme d'éducation parentale à l'intention de parents séparés : les séminaires sur la coparentalité

par
Gilles A. Vidal, t.s.
Pratique autonome
Courriel : gilles.vidal@videotron.ca
Dominique Trottier, t.s.
CSSS de la Haute-Yamaska

Results of research on the positive effects of an educational program for divorced parents, including the program of the Monteregie Youth Centre.

État des recherches sur les effets bénéfiques d'un programme d'éducation à l'intention des parents séparés, dont le programme des Centres jeunesse de la Montérégie.

Il est généralement admis que la séparation des parents constitue un événement troublant pour la plupart des enfants. Selon plusieurs auteurs, le conflit parental serait le plus puissant déterminant des difficultés d'adaptation des jeunes au divorce (Amato et Keith, 1991; Emery, 1999). Plusieurs recherches suggèrent qu'une intervention visant à informer les parents sur les besoins des enfants, sur les effets de la rupture et du conflit sur leur développement aurait une influence positive sur leur adaptation à la séparation parentale. Elle contribuerait à renforcer les relations parent-enfant tout en réduisant les conflits entre les ex-conjoints (Drapeau, Tremblay, Cyr, Godbout et Gagné, 2009).

Cet article fait état des résultats de la recherche existante sur les effets bénéfiques d'un programme d'éducation à l'intention des parents séparés. En deuxième lieu, nous présentons l'expérience récente des Centres jeunesse de la Montérégie en la matière. En conclusion,

nous proposons quelques pistes de réflexion pour l'avenir.

État des recherches sur les programmes d'éducation pour parents séparés

Au cours de la dernière décennie, de nombreux programmes d'éducation parentale ont été mis sur pied pour contrer les effets négatifs de la séparation. Depuis 1998, 44 États américains rendaient certains de ces cours obligatoires avant le dépôt des procédures judiciaires (Douglas, 2004). Au Canada, ce type d'ateliers s'est développé plus récemment. Depuis les années 2000, ce service est offert dans la plupart des territoires et des grandes agglomérations des provinces canadiennes. En 2001, seules l'Alberta et deux villes de la Saskatchewan obligeaient les parents séparés à y assister. Au Manitoba et à Terre-Neuve, les parents désirant avoir accès à des services de médiation doivent d'abord avoir participé à un programme d'éducation pour parents séparés (Bacon, 2004). Au Canada comme à travers le monde, les travailleurs sociaux jouent un rôle majeur dans l'élaboration et l'animation de ce type de services. En Saskatchewan, ce sont les travailleurs sociaux de la division du droit de la famille qui animent les ateliers (Douglas, 2004). En Israël, la Cour de la famille et des services sociaux a le mandat de faciliter l'intégration d'éléments thérapeutiques dans le système judiciaire. C'est dans cette foulée que son équipe multidisciplinaire, composée principalement de travailleurs sociaux d'expérience, de psychologues, de psychiatres et d'avocats, a mis sur pied un plan d'éducation s'adressant aux parents séparés, utilisé à travers tout le pays (Laufer et Berman, 2006).

Les programmes existants varient en forme et en durée. Ils sont généralement assez brefs; trois à six heures réparties sur deux à trois rencontres. Certains groupes combinent exercices et lectures traditionnelles allant même dans certains cas jusqu'à inclure des rencontres indépendantes pour les enfants (Laufer et Berman, 2006; Brown, 2008; Douglas, 2004).

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 204-211.

Ces réunions ont généralement toutes pour but de minimiser l'impact du divorce sur les enfants en encourageant les parents à coopérer entre eux (Laufer et Berman, 2006). Elles fournissent de précieux renseignements sur les moyens de réduire les conflits parentaux, sur l'impact de la séparation relié à l'âge et aux stades de développement respectifs des enfants, sur les rôles parentaux et autres (Douglas, 2004).

Ces séminaires sur la coparentalité ont été l'objet d'évaluation de la part de nombreux chercheurs. Ces recherches sont par contre assez récentes. Il existe peu d'études systématiques bien construites. La plupart des résultats sont basés sur la perception des parents. Malgré ces constats, il en ressort que les programmes d'éducation parentale en situation de divorce constituent une intervention prometteuse qui ne peut que contribuer à favoriser la collaboration entre chercheurs, juges, avocats et professionnels de la santé mentale. Aux États-Unis, une analyse de 19 recherches publiées ces dernières années (Whitworth, Capshaw et Abell, 2002) suggère que ces programmes contribuent à réduire l'acuité des conflits entre les parents et à diminuer la fréquence des recours aux tribunaux pour la garde des enfants. Une étude conduite sur une période de quatre ans par Thoennes et Pearson (1999) auprès de 600 parents indiquait que 70 % d'entre eux se déclaraient plus sensibles aux besoins de leur enfant six mois après avoir participé aux rencontres. La majorité de ces parents estimait que le programme avait contribué à réduire les conflits et recommandait qu'il devienne obligatoire à l'avenir. Une autre étude de Stone, Clark et McKenry (2000) révélait que, six ans après avoir participé aux séminaires, plusieurs parents étaient capables d'identifier des aspects spécifiques des enseignements qui guidaient leurs interactions avec l'autre parent. Les parents qui avaient rapporté le niveau de conflit le plus élevé étaient ceux qui remarquaient le plus de changements positifs dans leur situation (Arbuthnot, 1996).

Au Canada, Bacon et Mackenzie (2001) ont fait une recension de certains programmes d'éducation parentale au pays. Par ailleurs, Bacon a réalisé une recherche évaluative en Saskatchewan auprès de 199 répondants qui

avaient suivi les séances d'éducation parentale postséparation et divorce, comparés à un groupe témoin de 73 individus n'ayant reçu aucune éducation en matière de séparation (Bacon, 2004). Les parents ayant participé au programme rapportaient qu'ils étaient plus sensibles aux besoins de leurs enfants et qu'ils avaient amélioré leur capacité à composer avec l'autre parent que ceux n'y ayant pas participé. De nombreux parents ont bénéficié à leurs enfants des connaissances acquises, malgré le fait qu'ils aient admis avoir été peu motivés à prendre part à un tel groupe avant de débiter. Dans une proportion de 87 %, les participants interviewés par les auteurs du rapport estimaient que les séminaires sur la coparentalité devraient être obligatoires. Bacon et Mackenzie ont également sondé la perception de juristes à l'égard des programmes d'éducation parentale. Dans une proportion de 76 %, juges et avocats estimaient que les séminaires sur la coparentalité avaient des effets positifs sur le conflit entre les parents. La plupart des juristes rapportaient que pères et mères avaient amélioré leur capacité de négocier, que le programme contribuait souvent à un règlement plus rapide des litiges et que ces ententes étaient plus viables à long terme.

La même étude faisait quelques constats et recommandations afin de maximiser le succès de ces séances. Entre autres, ce type de séminaire ne semble pas répondre aux participants d'origine culturelle différente de celui de la majorité des membres du groupe. Il serait aussi préférable de favoriser l'animation des ateliers par une dyade homme-femme. En plus de contribuer à la sécurité des rencontres, ce mode d'intervention serait privilégié puisque les problématiques liées aux genres sont particulièrement délicates en contexte de séparation. Certains participants utilisent (malheureusement) les renseignements reçus dans les séminaires afin de nourrir leurs débats judiciaires (Douglas, 2004). Les séminaires sur la coparentalité sont une piste de solution intéressante et prometteuse. Ce type d'intervention suscite un état d'éveil chez certains parents. Il a également l'avantage de sensibiliser les parents aux impacts de la séparation et aux besoins de leurs enfants, tout en normalisant leur expérience (Cyr, 2009).

Il va sans dire que les ateliers d'éducation à la coparentalité ne sont pas les seules interventions accessibles aux parents séparés. La médiation familiale, la thérapie individuelle avec l'enfant, les groupes de parole d'enfants, les thérapies familiales et individuelles pour les parents sont d'autres moyens utilisés pour tenir compte des enjeux de la séparation. Lors de conflits plus importants, certaines interventions doivent être ordonnées et balisées par les tribunaux.

Le Séminaire sur la coparentalité au Centre jeunesse de la Montérégie

Au Québec, le Service de médiation et d'expertise psychosociale du Palais de justice de Montréal a mis sur pied, en 1994, un programme d'éducation à la coparentalité qu'il a intitulé : Séminaires sur la coparentalité. En janvier 2008, le Centre jeunesse de la Montérégie s'est associé à la Cour supérieure du district judiciaire de Longueuil afin d'offrir un service similaire à la population de la Montérégie. La clientèle est envoyée par les avocats, les juristes et les médiateurs familiaux. Les experts travailleurs sociaux et psychologues sont aussi invités à proposer le programme lors de leurs mandats d'expertise psychosociale. Pour l'instant, le service est offert principalement aux parents impliqués dans des démarches juridiques reliées à leur séparation ou à leur divorce. Les participants y assistent sur une base volontaire, avant ou pendant les procédures, ensemble ou séparément. L'assistance se répartit à peu près également entre hommes et femmes. Il n'y a pas de limites sur le nombre de parents pouvant assister à chacune des rencontres. Les intéressés doivent préalablement s'inscrire, moyennant des frais de 20 \$ pour l'ensemble du programme, auprès du service d'expertise psychosociale des Centres jeunesse de la Montérégie. Bien que les rencontres aient des visées thérapeutiques, il ne s'agit pas d'un groupe de thérapie. Les participants n'ont pas à partager leur vécu. Il n'y a pas de processus particulier de sélection. Dans les cas de violence conjugale ou de conflit parental important, le parent qui souhaite éviter la présence de l'autre parent dans le même groupe peut le mentionner lors de son inscription. Les deux parents sont inscrits à des rencontres différentes. Malgré le fait qu'il soit préférable

que les deux parents assistent au séminaire, l'un d'entre eux peut très bien y participer si l'autre le refuse. Il va sans dire que les effets bénéfiques anticipés pour les enfants sont plus probables si les deux parents reçoivent des informations similaires sur les impacts de la séparation.

Le programme est constitué de deux rencontres ouvertes, de deux heures chacune. Il est destiné principalement à des individus à l'aise de suivre un enseignement traditionnel dans un contexte de groupe. L'animateur, travailleur social, médiateur familial et expert psychosocial, transmet des informations inspirées par les résultats de la recherche et illustrées par des exemples concrets tirés de sa pratique. Une vidéo présentant le témoignage d'enfants du divorce soutient la présentation verbale. Précédés par une brève introduction, quatre thèmes généraux sont abordés au cours du séminaire : la crise de la séparation, les besoins et les réactions des enfants, les problèmes de communication et la famille recomposée.

En guise d'introduction, l'animateur aborde d'abord quelques généralités et mythes ancrés dans la croyance populaire. Il est important d'aider les parents à adopter une perspective différente de celle tirée de leur expérience personnelle et subjective de la rupture conjugale. Il apparaît utile par exemple que les parents sachent que les divorces et les séparations ne sont plus des exceptions. Aux États-Unis, la moitié des enfants nés au cours des années 1980 auraient atteint l'âge de la majorité dans une famille séparée (Rogers, 2004). La plupart des parents séparés sont capables d'entretenir une relation cordiale entre eux après une rupture. D'un mauvais mariage, on peut faire un bon divorce (Ahrns, 1996). La séparation n'est pas seulement un échec. Elle est aussi une solution et un nouveau départ pour l'avenir. La séparation parentale n'entraîne pas nécessairement des séquelles à long terme chez les enfants. Ce sont surtout les conflits parentaux qui affectent le développement de ceux-ci. L'accès aux deux parents, la disponibilité émotionnelle de ceux-ci et le soutien financier de chacun constituent trois importants facteurs de protection (Kelly, 1998; Wallerstein, 1998). Le risque de nuire au développement d'un enfant vivant dans une famille biparentale dont les parents

sont perpétuellement en conflit est plus important que celui d'un enfant du divorce qui est témoin d'une relation harmonieuse entre ses parents. Certains enfants fonctionnent mieux après une rupture parce qu'ils ne sont plus exposés aux disputes incessantes de leurs parents (Morrison et Coiro, 1999).

L'animateur enchaîne avec la crise de la séparation du point de vue des adultes. Il peut être utile que les parents donnent un sens à leur rupture. Les étapes du processus, les réactions de celui ou de celle qui subit la décision de l'autre et les facteurs favorisant l'adaptation de chacun sont décrits brièvement. Le niveau d'adaptation d'un membre de la famille peut affecter tous les autres membres. Il est rappelé aux parents qu'une diminution de leur disponibilité émotive à l'égard des besoins de leurs enfants est souvent observée en cette période de transition, caractérisée par des sentiments de confusion, de tristesse et de colère, tant chez les adultes que chez les enfants. Un parent absorbé par ses ressentiments envers l'ex-conjoint est moins disponible pour reconnaître le besoin de son enfant d'avoir deux parents (Cyr, 2009). Il est aussi important de reconnaître à chacun le droit à la colère, non destructive et limitée dans le temps.

Des pratiques parentales négatives et des disputes exacerbées avec l'autre parent contribuent à accroître le sentiment d'insécurité des enfants. La présentation est illustrée de quelques exemples traitant de la différence comportementale des genres entre une mère et un père en insistant sur la nécessité de respecter cette distinction, source fréquente de malentendus (Lamb, 1982; Simons, Whitbeck, Conger et Melby, 1990; Le Camus, 2000). Il est rappelé que les pères séparés ont tendance à s'impliquer davantage auprès de leurs enfants et s'engagent dans une plus grande variété d'activités que les pères des familles biparentales (Cooksey et Fondel, 1996). Il est aussi signalé que la reconfiguration familiale peut constituer une opportunité de croissance pour plusieurs parents. Enfin, les parents sont invités à reconstruire leur relation avec leur ex-conjoint sous la forme d'une « relation d'affaires » et à partager l'affection de leur enfant.

Par la suite, le séminaire traite des besoins des enfants et de leurs réactions selon leur groupe

d'âge. Afin d'introduire le sujet, l'animateur démontre d'abord que les enfants sont souvent mal préparés à la séparation de leurs parents, on les consulte rarement sur les décisions qui s'en suivent. Pour ces raisons, les enfants ont souvent le sentiment d'avoir peu d'importance aux yeux de leurs parents qui sont envahis par leurs propres émotions (Wallerstein, 1998). Les réactions des enfants sont souvent tributaires de la réaction de leurs parents. Les comportements de l'un influencent les comportements de l'autre. Il existe une corrélation entre la capacité d'un parent d'accepter la séparation et la capacité de son enfant à le faire (Rogers, 2004). La réaction des enfants peut varier selon leur tempérament. Certains présentent une capacité de résilience remarquable, alors que d'autres vivent la séparation comme une expérience traumatisante malgré le souci de leurs parents de favoriser leur adaptation.

Les parents tendent à croire que les garçons réagissent généralement plus fortement que les filles. En fait, les garçons ont des réactions plus facilement observables (agressivité, dépendance, désobéissance, régression), alors que la détresse des filles est davantage intériorisée en prenant la forme d'anxiété, de dépression et de perte d'estime de soi (Johnston et Roseby, 1997; Rogers, 2004). La plupart des enfants ont trois grands souhaits : la réconciliation de leurs parents, la fin des disputes parentales et le droit d'aimer leurs deux parents. Certains parents ont de la difficulté à accepter de partager l'affection de leur enfant et incitent celui-ci à s'inscrire dans un conflit de loyauté. Les enfants traversent les mêmes émotions que celles vécues par les adultes : confusion, tristesse et colère (Kelly, 1998; Johnston et Roseby, 1997). Les enfants des deux sexes ont besoin d'être rassurés et ils ont besoin d'aide pour accepter la séparation. Après avoir traversé une période trouble, la plupart des enfants fonctionnent mieux deux ans après la rupture.

L'animateur s'appuie ultérieurement sur des exemples concrets afin de décrire la réaction des enfants selon leur groupe d'âge. Un enfant de quatre ans peut se croire responsable de la séparation de ses parents. Doué d'une grande imagination, il peut contribuer innocemment au conflit entre ses parents en traduisant par ses fantaisies les propos de son père ou de sa

mère. Les enfants d'âge préscolaire ont besoin de structures, de routines, d'objets familiers et de transition entre les deux foyers. Les enfants de six ou sept ans cherchent à plaire à leurs deux parents et sont particulièrement sensibles au piège d'un conflit de loyauté. Les enfants en période de latence, au contraire, peuvent facilement identifier un parent fautif et prendre parti pour l'autre parent. Ils font parfois preuve d'une fausse maturité et cherchent à jouer le rôle de confident ou de conjoint. Les parents ont souvent tendance à surestimer le degré de maturité des adolescents. Ceux-ci sont aussi vulnérables et affectés par la fragilité de leurs parents.

Le séminaire enchaîne sur le thème de la communication. Plusieurs parents évitent de se parler directement après une rupture pour ne pas créer d'occasions de conflit. Ils communiquent alors nécessairement par l'entremise de leur enfant. Le rôle de messenger hausse le niveau d'anxiété de celui-ci (Poussin, 1997; Kelly, 1998; Johnston et Roseby, 1997; Emery, 1999). L'enfant assume aussi la responsabilité de transmettre le message de retour de l'autre parent. Quel que soit son âge, un enfant fait rarement un bon messenger. Il est fortement recommandé aux parents d'éviter le triangle de la communication. La souffrance de l'enfant dans ce rôle est illustrée par quelques exemples tirés de la pratique de l'animateur ainsi que par le témoignage d'enfants sur vidéo. Les parents sont invités à redéfinir leur relation et à développer des habiletés cognitives au niveau du langage. À l'aide d'exemples concrets de malentendus, des modèles de comportement plus constructifs sont suggérés.

Pour ce qui touche aux techniques de communication, les parents sont encouragés à utiliser le « Je » et le « Nous » qui constatent, plutôt que le « Tu » qui accuse. Ce dernier pronom a tendance à engendrer le blâme et les récriminations. Les parents sont sensibilisés à l'importance d'être précis dans leurs messages en expliquant leurs attentes face à l'autre parent. Ils apprennent à formuler leurs demandes de façon positive : « J'aimerais que tu sois à l'heure » plutôt que « Ne sois pas en retard encore une fois ». Les parents sont invités à éviter d'utiliser des adverbes contre-productifs comme « Toujours » et « Jamais ». Ils sont également sensibilisés à l'importance de l'écoute

active dans une saine communication. Sans écoute, il n'y a pas de communication. Il est important de souligner l'effet contre-productif du blâme, de la critique ou de l'interruption du discours de son interlocuteur. L'animateur invite les participants à prendre conscience des effets constructifs de la reconnaissance des actions positives de l'autre parent. Quelques exemples de compromis sont offerts afin d'en stimuler l'utilisation chez les membres du groupe.

Depuis plus de trente ans, chercheurs, juristes et intervenants parlent de monoparentalité à la suite d'une rupture d'union ou un divorce. Les pères sont souvent exclus de notre représentation de ce concept. Et, pourtant, chaque enfant a un père présent ou non auprès de lui. Les intervenants des services de protection de la jeunesse connaissent bien cette réalité des enfants vivant dans des familles monoparentales généralement dirigées par des mères. L'absence du père contribue à l'appauvrissement économique, affectif et social de l'enfant. La tâche du parent gardien est généralement difficile, alors que le père pourrait fréquemment contribuer par son implication à alléger le fardeau de la mère. Les pères seraient difficiles à rejoindre malgré plusieurs efforts pour les impliquer auprès de leurs enfants. Les intervenants se butent souvent à la réticence du parent gardien à partager ses responsabilités parentales avec l'autre parent (Bourassa et al., 2009).

Le séminaire conclut sur le sujet de la recomposition familiale. Il s'agit d'un phénomène de plus en plus répandu. La majorité des parents qui assistent aux séminaires expérimentera à l'avenir cette nouvelle structure de la famille. Précédée d'un passé familial et conjugal, la famille recomposée connaîtrait un taux d'échec supérieur à la famille initiale (Saint-Jacques, 1996). C'est dans une perspective de prévention que les enjeux et les défis de la recomposition sont abordés. Celle-ci peut apporter de nombreux bénéfices à l'enfant. Sa capacité à s'adapter à son nouveau foyer peut constituer une occasion de croissance pour lui (Fortier et Marino, 1995). Il peut tirer profit de la richesse et de la diversité d'un autre réseau social, recevoir l'affection d'un autre modèle parental, faire l'expérience de la fratrie, apprendre à s'affirmer et à négocier.

Le projet de recomposition familiale repose essentiellement sur la motivation des adultes. Pour l'enfant, elle peut être perçue comme une menace à ses privilèges et à son rôle structuré pendant la période de transition de la monoparentalité. L'enfant appréhende la perte de l'exclusivité, de l'attention et de l'affection de son parent. Il peut manœuvrer pour défendre ses intérêts, ses droits d'ancienneté et manifester des signes d'hostilité à l'égard du nouveau conjoint, perçu comme un rival. L'enfant doit également faire le deuil de la réconciliation souhaitée entre ses parents. La présence d'un nouveau conjoint marque la fin brutale de ses rêves de retour à la famille d'origine. L'enfant peut vivre un sentiment de culpabilité et un conflit de loyauté à l'égard du parent absent. Il doit aussi faire face à de nouvelles règles et à de nouvelles valeurs auxquelles il doit s'adapter (Cyr, 2009). En général, l'enfant fera des efforts pour s'adapter à la recomposition familiale parce qu'il aime son parent et qu'il a confiance en lui.

Les parents devraient éviter quelques pièges lors du processus de recomposition familiale. Il faut respecter le deuil de l'enfant et il est généralement préférable d'attendre quelque temps avant d'introduire un nouveau conjoint. Celui-ci n'est ni un père ni une mère et ne peut prendre la place du parent biologique. L'adulte impliqué dans une recomposition familiale devrait toujours rassurer son enfant, lui consacrer du temps particulier et faire des activités occasionnelles seul avec lui. Le nouveau conjoint souhaite se faire accepter par l'enfant. Il a souvent tendance à en faire trop, et trop rapidement. Il faut respecter le rythme de l'enfant et se rappeler que l'attachement se tisse au quotidien, au fil des mois et des années. Le nouveau conjoint doit également respecter la spécificité de la relation entre l'enfant et son parent.

Conclusion

Malgré des résultats encourageants, d'autres recherches seront nécessaires pour évaluer avec plus de précision les effets des programmes d'éducation parentale postséparation et post-divorce sur le bien-être des enfants. L'effet de désirabilité limite par exemple le résultat des réponses obtenues auprès des parents. La formule actuelle présente certaines limites. Au

Québec, les ateliers d'éducation parentale pour parents séparés sont pratiquement inexistantes en dehors des grandes agglomérations urbaines. Les ressources financières disponibles ne permettent pas pour le moment que les séminaires soient animés par un couple homme-femme. Le programme est peu connu des professionnels et peu accessible à toute la population. Des rencontres spéciales devraient être présentées aux juges, aux avocats et aux autres intervenants par l'entremise de leur organisme ou de leur association respective.

De plus en plus de familles consultent dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et rapportent des problématiques souvent assez sévères liées aux enjeux de la séparation. Les services publics en raison de leur caractère volontaire comportent aussi des limites dans leurs capacités d'aider efficacement les familles aux prises avec des conflits importants. Entre autres, les travailleurs sociaux en CSSS n'ont couramment accès qu'à la version d'un seul parent. Les familles séparées et divorcées doivent souvent malheureusement avoir recours à des interventions judiciaires complexes tant au niveau de la Cour supérieure qu'au Tribunal de la jeunesse. Bien que se voulant un moyen de protection pour les enfants, ces démarches juridiques ont souvent pour effet d'alourdir et d'aggraver les conflits parentaux. Une participation obligatoire plutôt que volontaire pourrait favoriser les gains probables pour les enfants. Ces séminaires, quoiqu'étant un ajout important aux services judiciaires et à l'intervention sociale, ne peuvent pas remplacer en soi d'autres interventions plus spécialisées dans les cas les plus difficiles. Ces enjeux ne peuvent être ignorés des travailleurs sociaux désireux d'œuvrer auprès des jeunes et de leurs familles.

Il n'est facile pour personne d'être parent. Cette assertion est particulièrement vraie pour les parents séparés. Nul ne peut prétendre être capable d'assumer seul parfaitement la tâche. Il existe au Québec des centaines d'écoles de conduite, d'électronique, d'informatique, etc. Il existe très peu d'écoles pour les parents. Nous envisageons la parentalité comme une fonction naturelle dont les qualités d'exercice sont inégalement réparties dans notre société. Notre expérience personnelle et professionnelle nous

indique que l'art d'être parent nécessite certains apprentissages que nos propres parents n'ont pas toujours été en mesure de nous transmettre. L'après-rupture constitue un défi paradoxal pour les parents et une menace pour le développement des enfants. C'est dans cette perspective qu'ont été mis sur pied ces programmes d'éducation parentale à l'intention de parents séparés.

Descripteurs :

Centre jeunesse de la Montérégie. Service d'expertise psychosociale // Séminaires sur la coparentalité // Garde conjointe des enfants - Québec (Province) - Montérégie // Rôle parental partagé (Divorce) // Éducation à la vie familiale // Conflits conjugaux // Enfants de parents séparés - Psychologie

Seminars on co-parenting // Joint custody of children - Quebec (Province) - Monteregie // Parenting, Part-time // Family life education // Marital conflict // Children of divorced parents - Psychology

Références

- Amato, P., & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46.
- Ahrons, C. (1996). *The Good Divorce*. New York : Harper Collins Publisher.
- Arbuthnot, J. (1996). Does mandatory divorce education for parents work? *Family and Conciliation Court Review*, 34, 60-81.
- Bacon, B. L. (2004). *Parenting After Separation/Divorce Program: Final Report Evaluation of the Saskatchewan Justice*. Child & Family Research Group Faculty of Social Work, University of Manitoba. <http://www.justice.gov.sk.ca/ParentEdEval.pdf>.
- Bacon, B., & McKenzie, B. (2001). *Best practices in parent information and education programs after separation and divorce*. Winnipeg, Final Report, Child and Family Services Research Group.
- Bourassa, C., Robinson, J., Lessard, G., Turcotte, P., Lavergne, C., Damant, D., et Flynn, C. (2009). La maternité et la paternité en contexte de violence conjugale, dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau et È. Pouliot : *Visages multiples de la parentalité*. PUQ, Collection : Problèmes sociaux et interventions.
- Brown, T. (2008). An Evaluation of a new post-separation and divorce parenting program. *Family Matters*, Australian Institute of family Studies, 78.
- Cooksey, E., & Fondel, M. (1996). Spending time with his kids, Effects of family structure on father's and children's lives. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 693-707.
- Cyr, F. (2009). La séparation du couple : enjeux et processus pour les parents et les enfants, dans conférence *Travail thérapeutique avec les familles en situation de séparation parentale*. Montréal : Hôpital du Sacré-Coeur, Pavillon Albert Prévost.
- Douglas, E. M. (2004). The Effectiveness of a Divorce Education Program on Father Involvement. *Journal of Divorce & Remarriage*, 40 (3/4), 91-103.
- Drapeau, S., Tremblay, J., Cyr, F., Godbout, È., et Gagné, M.-H. (2009). La coparentalité chez les parents séparés, Un idéal à soutenir pour l'enfant, dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau et È. Pouliot : *Visages multiples de la parentalité*. PUQ, Collection : Problèmes sociaux et interventions.
- Emery, R. (1999). *Marriage, Divorce and Children's Adjustment*. Sage Publications.
- Fisher, R. (1997). The impact of an educational seminar for divorcing parents: Results from a national survey of family court judges. *Journal of Divorce Remarriage*, 28, 35-48.
- Fortier, F., et Marino, G. (1995). L'enfant et la recomposition familiale, *Revue Prisme*, 5 (23), 214-225.

- Johnston, J., & Roseby, V. (1997). *In the Name of the Child*. New York: The Free Press.
- Kelly, J. B. (1998). Marital conflict, divorce and children adjustment. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 7 (2), 259-271.
- Lamb, M. E. (1982). Mother and father infant interaction involving play and holding in traditional and non-traditional Swedish family. *Developmental Psychology*, 18, 215-221.
- Le Camus, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Éd. Odile-Jacob.
- Laufer, H., & Berman, A. (2006). Surviving the Earthquake: Parent Education Program for Separated and Divorced Families-Examining the Effectiveness. *Journal of Divorce & Remarriage*, 46 (1/2), 135-149.
- Morrison, D. R., & Coiro, M. J. (1999). Parental conflict and marital disruption: Do children benefit when high-conflict marriages are dissolved. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 626-637.
- Poussin, G. (1997). *Les enfants du divorce*. Paris : Dunod.
- Rogers, K. (2004). A theoretical review of risk and protective factors related to post divorce adjustment in young children. *Journal of Divorce and Remarriage*, 40 (3/4), 135-147.
- Saint-Jacques, M.-C. (1996). La famille recomposée : l'appropriation pour s'en faire une alliée. *Revue Prisme*, 6 (4), 590-603.
- Simons, R. L., Whitbeck, L. B., Conger, R. D., & Melby, J. N. (1990). Husband and Wife differences in determinants of parenting. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 375-392.
- Stone, G., Clark, D. M., & McKenry, P. C. (2000). Qualitative evaluation of a parent education program for divorcing parents. *Journal of Divorce and Remarriage*, 34 (1/2), 25-39.
- Thoennes, N., & Pearson, J. (1999). Parent education in the domestic relations court: A multi-site assessment. *Family and Conciliation Courts Review*, 37 (2), 195-218.
- Wallerstein, J. (1998). The long term impact of divorce on children. *Family and Conciliation Court Review*, 36 (3), 368-383.
- Whitworth, J. D., Capshaw, T. F., & Abell, N. (2002). Children caught in the conflict: Are court endorsed divorce parenting education programs effective? *Journal of Divorce and Remarriage*, 37, 118.

Faciliter l'ajustement des hommes en rupture amoureuse par le renforcement de leurs stratégies d'adaptation

par

Steve Audet, t.s.

Pratique autonome

Centre de consultation conjugale et familiale de Québec (CCCFQ)

Courriel : steveaudet@gmail.com

Description of the adaptive strategies used by divorced men following separation. Use of the instrumental/intuitive model.

Description des stratégies d'adaptation des hommes vivant une rupture amoureuse.

Utilisation du modèle instrumental/intuitif.

Une part importante des hommes qui consultent éprouvent des difficultés à s'adapter à une rupture amoureuse (Audet, 2008). Durant les dernières décennies, plusieurs auteurs en travail social ont proposé de travailler avec les forces du système client pour faciliter leur adaptation plutôt que de se concentrer sur ses faiblesses (Bilodeau, 2005). Cet article explore comment on peut appliquer ce principe en travail social avec des hommes en rupture amoureuse. Différents moyens sont présentés aux travailleurs sociaux pour qu'ils puissent ajuster leurs interventions en fonction du style adaptatif instrumental que la plupart des hommes utilisent. L'auteur élabore ses propositions à partir d'un cadre théorique, d'études scientifiques et de son expérience clinique.

L'adaptation

Une rupture amoureuse déséquilibre fortement le système client nécessitant une adaptation dans plusieurs dimensions ou sous-systèmes (Audet, Brousseau, Lavallée, Saint-Pierre et

Tremblay, 2007). Une stratégie d'adaptation est un moyen utilisé pour s'ajuster alors que l'ajustement est un processus impliquant un ensemble de :

«Stratégies évaluatives ou comportementales survenant d'une façon plus ou moins consciente ou volontaire lors de confrontation à des situations psychiquement stressantes ou menaçantes, destinées à endiguer, à modérer l'apparition de réactions d'anxiété ou de conflits, et entretenant une relation étroite avec les mécanismes de défense adaptatifs» (Dictionnaire de la psychologie, 1997 : 21).

On distingue les stratégies cognitives d'adaptation (constatation directe de la réalité, résolution des problèmes, focalisation sur le moment présent, focalisation sur le positif, relativisation des attentes, etc.) et les stratégies comportementales (demande d'aide, expression, répression, etc.) (American Psychiatric Association, 1994 : 875-882).

Le travail social ajoute à cette définition psychologique que l'environnement influence les capacités d'adaptation. Bilodeau (2005 : 91) résume ce point de vue décrit par différents auteurs :

«Les personnes seront capables d'organiser leur vie, d'exercer leurs responsabilités sociales et de développer leurs potentialités tant et aussi longtemps qu'elles seront reliées aux communautés "organiques" de la société (famille, communauté locale) (Taylor, 1989), et qu'elles auront des soutiens environnementaux appropriés (Maluccio, 1981).»

En d'autres mots, l'adaptation est possible lorsqu'une personne dispose, en elle-même et dans son environnement, de suffisamment de ressources pour composer avec une situation problématique ou un événement stressant.

Le travail social insiste moins sur l'aspect défensif des stratégies d'adaptation explorant davantage leur potentiel adaptatif. Ainsi, dans cet article, une stratégie d'adaptation est vue comme une force ou une ressource dont l'individu dispose pour s'adapter à une situation problématique. Le rôle du travailleur social est

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 212-221.

de découvrir ces ressources, d'en favoriser la croissance et l'utilisation efficace.

L'ajustement étant un processus, chaque stratégie d'adaptation, lorsqu'utilisée efficacement, favorise le deuil et la réorganisation d'un individu en rupture amoureuse (Audet, Brousseau, Lavallée, Saint-Pierre et Tremblay, 2006).

Les stratégies d'adaptation des hommes en rupture amoureuse

Des observations scientifiques tendent à démontrer que les hommes en rupture amoureuse utilisent principalement six stratégies d'adaptation : l'action, l'expression de la colère, la réflexion, la consommation, les relations sexuelles, l'isolement social (Baum, 2003; Berman et Turk, 1981; Dulac, 1998a; Hetherington, Cox et Cox, 1976; Umberson et Williams, 1993).

Ainsi, nombre d'hommes en rupture amoureuse semblent peu répondre de manière émotionnelle à la perte mise à part la colère; ils vivent leur deuil sur un plan cognitif en s'efforçant de comprendre ou de rationaliser la perte; ils parlent peu de leur deuil préférant le vivre intérieurement; ils s'investissent dans l'action, comme au travail, dans l'activité physique, dans des recours juridiques ou encore dans l'alcool et la drogue, en réaction à la perte (Martin et Doka, 2000). D'autres s'engagent rapidement dans une nouvelle relation intime ou, à l'inverse, le retrait social, l'esquive, la résistance ou la résignation domineront (Dulac, 1998b; Jordan, 1988).

Le modèle intuitif instrumental

Cette façon de vivre et de s'ajuster à une rupture amoureuse correspond à la dynamique instrumentale (Martin et Doka, 2000). Genest-Dufault (2007 : 131-132) résume ainsi le modèle instrumental intuitif :

«Selon ce modèle, l'expression du deuil est basée sur un continuum allant d'une manière plus intuitive (intuitive pattern) de vivre ses

pertes à une manière davantage instrumentale (instrumental pattern). L'expression intuitive est associée au monde affectif et à l'expression des affects alors que l'expression instrumentale est rattachée au monde physique, aux cognitions et à l'action. Comme les modèles de deuil présentés s'inscrivent sur un continuum allant d'un mode intuitif à un mode instrumental, il est possible qu'un individu se retrouve avec des caractéristiques des deux modèles à la fois, c'est le modèle mixte (*blended pattern*).»

Plus spécifiquement, les dynamiques de deuil influencent l'expérience intérieure, la manière dont il est exprimé et les stratégies d'adaptation utilisées. Le modèle mixte peut varier en combinant de différentes façons ces éléments. Par exemple, un même individu peut ressentir de façon intuitive son deuil puis l'exprimer et s'y adapter par des moyens instrumentaux. Le tableau (p. 214) résume les principaux éléments qui distinguent les dynamiques de deuil intuitive et instrumentale.

En ce qui a trait à l'adaptation au deuil, Genest-Dufault (2007 : 132) résume ainsi le point de vue de Martin et Doka (2000) :

«Les auteurs précisent que ces dynamiques sont toutes aussi efficaces les unes que les autres et qu'elles ont leurs avantages et leurs désavantages. Ils affirment néanmoins que la façon instrumentale de procéder est moins considérée par la littérature scientifique dans le domaine. Selon eux, ce constat peut être lié au fait que les sociétés occidentales accordent plus de valeur thérapeutique à l'expression des émotions. Néanmoins, ce sont les personnes présentant le plus large éventail de réponses et dont l'expérience et l'expression sont les plus cohérentes qui semblent le plus en mesure de répondre adéquatement à la crise vécue. Ainsi, plus la personne adopte des stratégies d'adaptation qui correspondent bien à son expérience intérieure et mieux elle s'adaptera à la perte ressentie.»

Graphique 1 – Continuum de la dynamique de deuil selon Martin et Doka (2000)

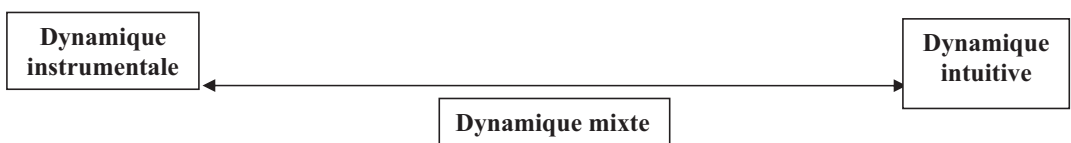


Tableau 1 : Comparaison des dynamiques de deuil intuitive et instrumentale

Dynamique intuitive	Dynamique instrumentale
<p>Les sentiments sont vécus intensément.</p> <p>L'expression des affects reflète l'expérience intérieure.</p> <p>Les stratégies d'adaptation adéquates facilitent l'expérience et l'expression des sentiments.</p> <p>Il y a présence de périodes prolongées de confusion, d'incapacité à se concentrer, de désorganisation et de désorientation.</p> <p>Il peut en résulter de l'épuisement physique et de l'anxiété.</p>	<p>Les pensées prédominent sur les sentiments comme expérience; les sentiments sont moins intenses.</p> <p>Il existe une réticence générale à parler des sentiments.</p> <p>La maîtrise de soi-même et de l'environnement est très importante.</p> <p>Les stratégies de résolution de problèmes sont axées sur la maîtrise des sentiments et le contrôle de l'environnement.</p> <p>De brèves périodes de dysfonction cognitive sont communes.</p>

Traduction libre de Martin et Doka (2000 : 53).

Enfin, les auteurs observent que si davantage d'hommes ont une dynamique instrumentale, certaines femmes également. Inversement, si davantage de femmes ont une dynamique intuitive, certains hommes également. Ils en concluent que le style adaptatif est relié mais non déterminé par le sexe. Cela signifie que la socialisation jouerait un rôle prépondérant dans l'apprentissage des stratégies d'adaptation (Martin et Doka, 2000).

Le modèle intuitif instrumental combiné aux observations scientifiques nous amène à affirmer que les hommes instrumentaux en rupture amoureuse réussissent à faire leur deuil amoureux en faisant du sport, en travaillant plus, en exprimant leur colère, en réfléchissant à leur séparation, en consommant alcool, drogue ou sexe, en s'isolant et en se coupant de leurs émotions. Y croyez-vous? Comment prendre de l'alcool peut-il aider à s'adapter? Et le sexe? Etc.?

L'utilisation du modèle instrumental intuitif en travail social

Dans ce qui suit, nous verrons comment le travailleur social peut intégrer ces connaissances dans ses interventions auprès des hommes instrumentaux en rupture amoureuse. Nous explorons brièvement trois pistes de réponse.

1. Composer avec les conséquences de son style adaptatif en consultation

Le modèle intuitif instrumental nous interpelle d'abord comme personne. Je suggère à chaque

travailleur social de déterminer son style adaptatif (intuitif, instrumental ou mixte). En consultation, l'idéal est d'être «bilingue» : cela permet de communiquer tant avec un client instrumental qu'avec un client intuitif ou un mixte des deux. Être «bilingue» ne signifie pas nécessairement avoir un style mixte, mais comprendre le style adaptatif différent du sien. Vous pouvez ainsi être de style intuitif mais comprendre le style instrumental, et vice-versa. Si vous êtes «unilingue», il vous faudra trouver un moyen d'aider le client qui a un style adaptatif différent du vôtre (l'envoyer consulter quelqu'un d'autre, s'entendre sur un langage commun ou apprendre le langage du client).

Ensuite, posez-vous cette question : suis-je plus à l'aise de travailler avec un intuitif, un instrumental ou un mixte? Cette préférence parle de vous et peut fausser votre analyse des stratégies d'adaptation. Les travailleurs sociaux intuitifs peuvent avoir tendance à axer le plan d'intervention sur la dimension affective du deuil amoureux et sur les techniques de verbalisation; les travailleurs sociaux instrumentaux sur les autres dimensions et sur l'action, la réflexion et la résolution de problème, comme nous l'avons montré ailleurs (Audet et al., 2007). Il sera plus difficile pour un client instrumental d'atteindre des objectifs du style intuitif et vice-versa. Le travailleur social «bilingue» obtiendra de meilleurs résultats en adaptant son plan d'intervention aux forces du style adaptatif de son client.

En combinant le style adaptatif au sexe du client, vous pouvez vous demander si vous êtes plus à l'aise de travailler avec un homme instrumental qui exprime de la colère, pose beaucoup de questions sur ce qui lui arrive, cherche à régler ses problèmes, etc., qu'avec un homme intuitif qui pleure, qui se montre faible, en perte de contrôle, etc.? Remplacez homme par femme dans la question qui précède : votre réponse est-elle différente?

Il est indéniable que nous avons comme travailleurs sociaux des préjugés qui influencent notre intervention selon le sexe et le style adaptatif du client. La prise de conscience de ces préjugés est le point de départ d'une intervention respectueuse du client (Tremblay et L'Heureux, 2002).

2. Apprendre à reconnaître le style adaptatif du client

Le travailleur social peut reconnaître le style adaptatif du client dès la première rencontre et en tenir compte dans ses reflets. Le client pourra alors se sentir compris, ce qui facilitera la création d'un lien de confiance. Inversement, insister à refléter des émotions que le client instrumental ne reconnaît pas entraînera la rupture du lien avec le travailleur social. La reconnaissance du style adaptatif, de ses avantages et de ses inconvénients permettra ensuite d'élaborer un plan d'intervention qui tient compte de ces éléments.

Pour apprendre à reconnaître un style adaptatif, commencez par vous exercer sur vous ou réexaminer le dossier d'anciens clients. Cet exercice vous permettra peut-être de comprendre certaines résistances que vous avez rencontrées de leur part. Tentez enfin de voir avec des clients qui vous consultent si cette analyse du style adaptatif ne vous permettrait pas de mieux les comprendre et d'ajuster votre plan d'intervention.

3. Choisir une approche d'intervention en tenant compte du style adaptatif du client

À la lumière des faits énoncés ci-dessus, quelles approches apparaissent plus adéquates pour les hommes, et les femmes, de type instrumental? Les approches centrées sur la verbalisation des émotions ne sont pas recommandées avec les instrumentaux alors qu'elles sont tout à fait

indiquées avec les intuitifs. Les approches centrées sur l'analyse des pensées et des comportements, telles l'approche cognitive (Beck, 1995) ou l'approche émotivo-rationnelle (Ellis et Dryden, 1987), correspondent mieux aux instrumentaux pour lesquels il importe de comprendre ce qu'ils vivent. La compréhension qu'ils ont de leur rupture est souvent biaisée par ce qu'ils ressentent. L'analyse et la remise en question des pensées irrationnelles permettent d'élaborer une vision plus réaliste de la rupture, du passé et de l'avenir de la relation amoureuse.

De plus, l'approche centrée sur les solutions (De Shazer, 1999; Berg, 1996) permet d'entrer dans la vision d'un instrumental pour qui la rupture amoureuse est un problème à résoudre bien plus qu'une souffrance à surmonter. Les instrumentaux ont appris à contenir la charge émotive pour rester dans l'action afin de résoudre les problèmes. Ils croient pouvoir faire leur deuil en résolvant les problèmes découlant de la séparation conjugale. Pour un certain nombre, ça fonctionne vraiment. Pour d'autres, ça ne suffit pas. Ils ont besoin d'élargir leur éventail de stratégies d'adaptation.

Dernier exemple, les instrumentaux qui ventilent leurs tensions en faisant du sport ou des travaux physiques se retrouvent dans des approches psychocorporelles valorisant l'expression physique des émotions. Il est d'ailleurs bien démontré que l'exercice physique contribue de façon importante à une meilleure santé mentale. L'exercice physique est fortement recommandé aux personnes déprimées, anxieuses ou stressées (Servan-Schreiber, 2003).

Ainsi, la verbalisation des émotions est loin d'être la seule façon possible de réussir un deuil amoureux. J'ai observé que l'insistance sur cette technique peut même rebuter les clients et les faire abandonner leur démarche. L'écoute non directive plonge les clients instrumentaux dans une anxiété accentuée par la non-maîtrise des stratégies de verbalisation attendue par l'intervenant. Le client est renvoyé dans une zone d'incompétence, ce qui accroît le malaise ressenti et le paralysie. L'intervenant doit alors redoubler d'efforts pour remettre le client en mouvement par des stratégies d'adaptation qu'il ne maîtrise pas. Le choix d'une approche et d'une technique

d'intervention appropriée permettra d'éviter cet écueil.

Ces constats rejoignent la thèse des tenants de l'approche éclectique qui estiment que l'intervenant qui adapte son approche en fonction des besoins du client a plus de chances d'y répondre. L'adéquation entre le client et l'intervenant est vue ici comme le principal facteur explicatif de l'issue de la relation d'aide (Beitman et Yue, 1999).

Illustration

Cette partie explique comment l'intervenant peut ajuster ses interventions en fonction du style instrumental. Nous illustrerons à l'aide d'un exemple comment l'action peut être abordée en consultation de façon à maximiser son utilisation comme stratégie d'adaptation. Quelques principes guideront la démonstration.

Principes guidant l'outil d'intervention

Le premier principe sur lequel se base cet outil d'intervention est que le système client possède les ressources pour résoudre ses problèmes. Il peut s'agir de ressources personnelles ou disponibles dans l'environnement du client. Il est possible que le client ignore l'existence de certaines ressources, qu'il les connaisse, mais les utilise rarement ou qu'il n'ait pas pensé ou tenté de s'en servir pour composer avec le problème. Le rôle du travailleur social est d'agir comme un guide dans la mobilisation des ressources du client (facilitateur). Il l'accompagne dans sa réflexion sur ce qu'il vit et fait pour s'ajuster à sa rupture amoureuse. Il appartient au client de choisir les moyens les plus pertinents pour lui.

Le second principe de cet outil est de réaliser une intervention qui valorise et accroît la compétence du client à s'adapter. Plus un client se sent compétent, mieux il s'adapte. Or, les événements stressants comme une rupture amoureuse ou les problèmes non résolus entraînent souvent un sentiment d'incompétence et une perte d'estime de soi. Les individus en viennent à se croire incapables de résoudre leurs problèmes, le « pathologisant », et veulent s'en remettre à un gourou. Cette croyance doit être contrée pour augmenter l'espoir d'un changement dans le respect de l'autodétermination du client.

Cela implique que le travailleur social prenne le temps de relever en entrevue les petits succès et de mettre en évidence leurs effets positifs. Imaginez que vous prenez 50% du temps à renforcer les bons coups et les petits progrès du client : qu'est-ce que ça change? Qu'est-ce qui arrive si vous passez toute l'entrevue sur les problèmes, les faiblesses et les incapacités du client?

Troisième principe, on axe sur les solutions plutôt que sur la compréhension du problème (De Shazer, 1999; Berg, 1996). Cela ne signifie pas que le travailleur social ignore le problème. Il explore en même temps le problème et les solutions essayées ou songées. Il analyse ce que le client a fait pour tenter de résoudre son problème, ce qui en a résulté; il regarde les solutions auxquelles il a pensé, ce que ça aurait pu donner, pourquoi il ne les a pas essayées. Le travailleur social demande au client s'il s'est déjà sorti de situations semblables. Il cherche des exceptions qui permettraient de mettre l'accent sur des compétences qui pourront devenir des solutions à son problème. Combiné à des questions réflexives et stratégiques (Tomms¹ 1987; 1988), cet examen minutieux débouche sur des solutions prometteuses pour résoudre ou s'adapter au problème reformulé : un plan d'intervention est ainsi explicité (Robitaille, 2004).

Pour être efficace, l'outil d'intervention proposé doit aussi éviter certains écueils.

1. Le mur à mur

Une stratégie d'adaptation n'est pas efficace en soi. Tout dépend de la manière dont elle est utilisée. Il faut pour cela considérer plusieurs critères : la fréquence, le moment, la durée, le contexte, la pertinence avec le problème visé, l'effet produit, etc. Ainsi, utiliser toujours la même stratégie d'adaptation, peu importe le problème, le contexte, etc., serait inefficace dans la plupart des cas.

2. L'invalidation d'une stratégie ou la survalorisation d'une autre

Il n'y a pas de stratégie meilleure qu'une autre. Encore là, tout dépend de la manière dont elle est utilisée. Chaque stratégie a des avantages et des inconvénients que l'exploration mettra en évidence.

Définition de l'action comme stratégie d'adaptation

J'ai constaté que l'action, comme stratégie d'adaptation, peut être utilisée de deux façons. La première façon est le fait d'occuper son corps et son esprit afin d'éviter la prise de contact avec des sensations physiques, des émotions ou des pensées douloureuses. Les activités peuvent être physiques (sport, travail manuel, danse, marche, etc.) mais aussi mentales (travail de bureau, discussion, lecture, etc.). Cette stratégie peut avoir comme effet d'atténuer le choc de la rupture amoureuse, d'apporter un répit émotionnel ou mental, de renforcer l'estime de soi par la réalisation d'activités simples et quotidiennes. À l'inverse, un usage inefficace entraîne l'épuisement mental et physique, une dévalorisation de soi par la difficulté à accomplir des tâches simples et routinières, etc.

La deuxième façon vise à décharger les tensions accumulées pendant les derniers mois de la relation amoureuse et depuis la rupture. Cela se fait souvent par des activités physiques intenses ou une augmentation des heures d'activités physiques. La personne peut être plus ou moins en contact avec des émotions pendant ces activités physiques. Cette stratégie permet de décharger les tensions accumulées par les émotions et le stress contenus, produisant un état de relaxation. Ce cycle de charge et de décharge se répète plusieurs fois, tant que besoin est, à condition qu'il ne soit pas bloqué (Côté, 1992). Si le cycle se bloque, cela se reflètera par l'augmentation des symptômes de détresse psychologique (Massé et al., 1998).

Outil d'intervention visant à renforcer les stratégies d'adaptation

Pour maximiser le potentiel de chaque stratégie d'adaptation, tout en évitant les écueils, nous proposons de suivre les six étapes suivantes :

1. Déterminer et décrire les stratégies d'adaptation utilisées,
2. Valoriser les aspects positifs des stratégies d'adaptation utilisées,
3. Favoriser la prise de conscience des effets négatifs,
4. Améliorer l'efficacité d'une stratégie d'adaptation,

5. Expérimenter la façon optimale, s'autoévaluer et s'ajuster,
6. Développer des stratégies alternatives (élargir son répertoire de stratégies d'adaptation).

Voici comment utiliser cet outil d'intervention avec l'exemple de l'action comme stratégie d'adaptation instrumentale.

1. Déterminer et décrire les stratégies d'adaptation utilisées

Pour déterminer quelles stratégies d'adaptation un homme en rupture amoureuse utilise, je pose des questions telles : Qu'est-ce que tu fais avec ta colère? Qu'est-ce que tu fais quand tu n'arrives pas à dormir parce que tu penses à ton ex-conjointe? Quand tu sens ton corps épuisé? Quand tu te sens en détresse? Quand tu te sens seul? Etc. La question « Qu'est-ce que tu fais avec ça... (les mots du client)? » entraîne la plupart du temps une réponse correspondant à une stratégie d'adaptation ou un mécanisme de défense. Je prends alors le temps de voir comment le client se sert de ce moyen. Certaines questions guident mon exploration :

- a) Quelles ont été les actions accomplies? Quand? Où? Combien de fois? Combien de temps?
- b) Quel était le contexte au moment où les actions ont été menées? Comment le client se sentait-il à ce moment-là? Que comprenait-il de la situation? À quoi pensait-il?
- c) Quel était l'objectif de ses actions (intention)?
- d) Quels ont été les effets des gestes effectués?

J'essaie ainsi d'obtenir une description détaillée du moyen utilisé pour s'adapter. Ce type de questions est valable tant pour les intuitifs que pour les instrumentaux, peu importe la stratégie d'adaptation ou le mécanisme de défense employé. Des questions semblables servent également à connaître comment le client s'adapte aux autres dimensions de sa rupture amoureuse (Comment comptes-tu briser ton isolement? Qu'est-ce que tu comptes faire pour t'entendre sur les différends juridiques avec ton ex-conjointe?) ou s'adapte à des nouvelles conditions de vie (Comment t'organises-tu avec tes problèmes financiers? Tes problèmes de transport? Le manque de nourriture?).

Par exemple, ces questions me permettent d'apprendre que Dany travaille plus de 80 heures par semaine depuis qu'il est en rupture amoureuse, soit depuis deux mois. Il n'est presque jamais chez lui, sauf pour manger, prendre sa douche et dormir. Il est menuisier pour une entreprise de construction résidentielle le jour, et à son compte le soir et les fins de semaine (questions a-b). Il gagne beaucoup d'argent avec toutes ces heures supplémentaires mais ne se sent pas heureux. Il dit que dès qu'il s'arrête, il commence à avoir mal. De fortes émotions l'oppressent alors. Il pleure. Au bout de cinq minutes, il trouve ça insupportable et recommence à travailler. Il se sent de plus en plus fatigué et ne sait pas combien de temps il pourra tenir ce rythme (questions c-d).

Cette description me permet d'évaluer : 1) les aspects de la stratégie d'adaptation que le client maîtrise et ceux qu'il ne maîtrise pas, 2) les contextes dans lesquels cette stratégie est ou non maîtrisée, 3) l'impact de l'état physique et psychologique sur la capacité à recourir à cette stratégie, 4) l'efficacité de la stratégie d'adaptation. J'en conclus que Dany travaille beaucoup pour éviter des émotions douloureuses qui l'envahissent. Cette stratégie fonctionne mais est en train de l'épuiser. Il a besoin de libérer davantage ses émotions. Il est capable de pleurer, d'exprimer un peu ses émotions. Comment peut-il maximiser cette stratégie en complément à la première? A-t-il d'autres moyens d'évacuer ses émotions? L'exploration de la première stratégie (l'action) nous en a révélé une seconde, moins bien maîtrisée mais active, laquelle nous servira plus loin.

Pour le client, cette description permet de mettre de l'ordre dans ses idées et de prendre une distance avec les actions qu'il a accomplies. Cette prise de distance va l'aider à évaluer ses actions puis à chercher des moyens d'en améliorer l'efficacité. Un jugement trop rapide, de sa part ou de la part de l'intervenant, pourrait l'amener à tout rejeter en bloc et à voir négativement toutes ses actions. L'intervenant devra alors déployer beaucoup d'efforts pour rehausser l'estime de soi et les habiletés d'adaptation du client. L'utilisation et l'efficacité d'une stratégie d'adaptation varient d'une personne à l'autre et chez une même personne selon la situation. Il faut donc être prudent et recueillir tous les faits avant de poser un jugement.

2. Valoriser les aspects positifs des stratégies d'adaptation employées

Il importe de valoriser les aspects positifs des stratégies d'adaptation tout au long de l'intervention. Il ne faut pas manquer les occasions de renforcer les actions réalisées qui ont des retombées positives alors que le client est ébranlé et en perte de repères. Souvent, le client ne voit plus les aspects positifs. Le renforcement de l'intervenant lui permet de prendre conscience de l'impact positif de certains de ses gestes. Cette prise de conscience en favorise la répétition. Elle aide le client à retrouver ses repères et à voir les actions à entreprendre pour surmonter cette épreuve.

Par exemple, le travail permet à Dany de se distancer de la douleur provoquée par la rupture amoureuse et de la rendre ainsi supportable. Il entre de temps en temps en contact avec la douleur provoquée par la rupture. Son travail le valorise, lui donne un sentiment d'utilité et de compétence, ce qui renforce son estime personnelle. Le fait de s'occuper l'empêche de broyer du noir, observe-t-il. Il estime que le fait de bouger lui permet de rester en forme et de s'aérer l'esprit.

En aidant le client à relever ses bons coups et leurs effets positifs, l'intervenant renforce le lien de confiance, le sentiment de compétence du client rendant ses ressources plus faciles à mobiliser.

3. Favoriser la prise de conscience des effets négatifs

Certains hommes recourent de manière inappropriée à des stratégies d'adaptation et en supportent les conséquences négatives. La suite de l'exploration de la situation de Dany nous apprend qu'après deux mois à travailler 80 heures par semaine, il est épuisé. Il n'est pas allé à son travail ce matin. C'est à peine s'il a été capable de se rendre aux toilettes et de se faire à déjeuner. Il est resté au lit toute la journée et a dormi plusieurs heures. Il ne comprend pas ce qui lui arrive et compte aller consulter son médecin s'il n'est pas mieux demain.

C'est souvent dans un état d'épuisement, faisant suite à une course effrénée, que les hommes en rupture amoureuse arrivent au bureau du médecin (Dulac, 1999). Que ce soit au début ou à la fin de cette course, une intervention appropriée permettra aux hommes

d'utiliser plus efficacement l'action comme stratégie d'adaptation. Pour cela, nous suggérons de les amener à évaluer eux-mêmes leur façon d'employer la stratégie d'adaptation. Cette évaluation vise à favoriser la prise de conscience des aspects positifs et négatifs de leur façon de recourir à une stratégie d'adaptation.

Une partie de ce travail a été fait à l'étape I en produisant une description détaillée de la façon de recourir à la stratégie d'adaptation et de ses effets. La prise de conscience des effets sur le corps est particulièrement significative. Les hommes ont appris à ne pas écouter leur corps, à minimiser leurs problèmes de santé, à les endurer et à faire avec (Tremblay, Cloutier, Antil, Bergeron et Lapointe-Goupil, 2005). Lorsque l'intervenant prend le temps d'explorer ces effets, d'expliquer leur importance et d'établir des liens avec le comportement, l'homme qui consulte peut développer une nouvelle vision de son corps et de sa façon d'en prendre soin. Il est parfois nécessaire d'envisager les conséquences à la poursuite des mêmes actions (un plus grand épuisement, un arrêt de travail obligatoire, une hospitalisation, le maintien des symptômes somatiques, etc.) pour susciter une prise de conscience et une motivation au changement. Le recours à des métaphores peut contribuer à cette prise de conscience. Par exemple, un moteur qui tourne 24 h sur 24 à plein régime a plus de chances de surchauffer et d'exploser qu'un moteur qui tourne seulement 7 h par jour.

À la suite de cette auto-évaluation, lorsqu'un homme réalise les limites d'une stratégie d'adaptation, il est ouvert à en améliorer l'usage.

4. Optimiser l'efficacité d'une stratégie d'adaptation

Une évaluation attentive permet à ce stade de préciser les points précis qu'il faudra travailler avec le client pour améliorer sa façon d'utiliser une stratégie d'adaptation. Il peut s'agir de mettre en œuvre différemment une stratégie d'adaptation : d'en user plus ou moins fréquemment, dans des contextes différents, selon le besoin, etc. Ainsi, Dany, au lieu de travailler 80 heures par semaine, pourrait envisager d'autres façons de s'occuper où son corps serait moins sollicité et pourrait se reposer,

comme passer une soirée avec un proche, aller au cinéma, prendre une séance de massothérapie, etc. L'idée est de se maintenir occupé en tenant compte de la fatigue physique. Cette proposition respecte la stratégie adaptative que le client préfère tout en diminuant les effets pervers et en augmentant les effets positifs. En effet, passer une soirée avec un proche permet non seulement de s'occuper, mais aussi de briser l'isolement, de discuter, de se divertir et peut-être d'avoir du plaisir. Cela donne une continuité à certaines relations alors que d'autres sont rompues.

De façon générale, une stratégie d'adaptation est optimale lorsqu'elle répond aux besoins. Elle peut amener à négliger durant quelque temps certains besoins mais un rééquilibrage s'imposera tôt ou tard. Ainsi, le portrait d'ensemble des stratégies d'adaptation du client permet de voir comment il pourrait mieux équilibrer le recours à ses différentes stratégies d'adaptation en fonction de ses besoins. L'action permet à certains moments de se distancer du problème ou de ventiler des émotions. D'autres stratégies, telles que l'expression de la colère ou la réflexion, permettent, en temps et lieu, d'aborder des aspects différents de la situation problème.

5. Expérimenter la façon optimale, s'autoévaluer et s'ajuster

L'expérimentation doit être bien préparée. On veut qu'elle réussisse, du moins en partie, afin que le client vive des succès. Le plus simple est de l'expérimenter durant une entrevue. Cela permet de voir ce que le client réussit ainsi que les difficultés auxquelles il est confronté. On peut ainsi ajuster l'expérience en fonction des compétences du client. Ensuite, à son rythme, le client sera invité à expérimenter entre les entrevues. Les expérimentations données sous forme de tâches simples et concrètes sont plus facilement réalisées. Lors du retour sur l'expérience, il importe d'insister sur les petits succès. Cela renforce le client dans ses efforts et lui permet de prendre conscience de ses progrès, souvent minimisés. Un aller-retour entre expérimentation et réflexion s'effectue ainsi pendant quelques rencontres jusqu'à ce que le client se dise satisfait... et l'intervenant aussi.

6. Recourir à des stratégies alternatives

Quand le client, grâce aux questions et à l'empathie du thérapeute, en arrive à percevoir les avantages et les limites de ses stratégies d'adaptation, si besoin est, il en vient naturellement à chercher de nouvelles façons de s'adapter à sa rupture amoureuse. Une alliance va alors se forger avec le clinicien pour développer de nouvelles habiletés adaptatives ou avoir recours davantage à certaines stratégies peu utilisées, mais ayant un potentiel adaptatif sur la situation.

Par exemple, Dany a pris conscience au cours des étapes précédentes que le fait d'éviter de réprimer ses émotions le conduit droit vers l'épuisement. À cette étape-ci, il peut être invité à affronter ce qu'il évite en lui et à laisser s'exprimer ses émotions. Cette reprise de contact avec ses sensations lui permettra également de réaliser l'état de son corps et les soins exigés pour éviter une plus grande dégradation de sa santé.

Dany nous a informé qu'il lui arrive de pleurer, mais qu'il s'arrête au bout de cinq minutes en se remettant en action. Dany est donc capable de ressentir et d'exprimer ses émotions. Pourquoi alors s'arrête-t-il après quelques minutes s'il sent le besoin de pleurer davantage? Qu'est-ce qui arriverait s'il se laissait aller davantage à sa peine? Voilà des questions qui aident Dany à déterminer son besoin et des moyens d'y répondre.

Parmi les moyens d'exprimer les émotions ressenties, Dany pourrait apprendre à recourir à l'action. Les approches psychocorporelles mettent en relief que pour être évacuées par des actions les émotions doivent être vécues pendant que les gestes sont effectués (Côté, 1992). L'action connectée avec les émotions peut donc favoriser la catharsis. Par exemple, quand Dany sent la peine venir, il pourrait s'installer sur un lit et laisser aller les gestes spontanés des bras et des jambes, les sons et les mots qui émergent, etc.

Une solution alternative à l'action pourrait être d'exprimer de ce qu'il ressent. Dany s'accorderait des moments où il parlerait de ce qu'il vit en alternance avec des moments où il s'occupe. Parler peut, encore là à certaines conditions, produire des effets positifs tels la diminution de la tension intérieure, un sentiment de libéra-

tion et de légèreté. L'important, c'est que Dany se sente à l'aise avec le moyen choisi ou ait envie d'en explorer de nouveaux.

Conclusion

Nous avons proposé dans cet article des moyens de réfléchir aux implications pratiques de la diversité des styles adaptatifs. Plus particulièrement, nous avons présenté un outil d'intervention permettant au travailleur social d'ajuster ses actions en fonction des hommes dont le style adaptatif est instrumental.

L'action, comme stratégie d'adaptation instrumentale, a permis d'illustrer comment en renforcer l'emploi tout en évitant certains écueils.

En bout de piste, le respect du style adaptatif du client va permettre d'offrir une aide plus efficace aux hommes en rupture amoureuse. Nous croyons qu'il est plus facile d'adapter l'intervention et les services d'aide que de chercher à transformer la réponse masculine. Et pourquoi chercherions-nous à la changer? La réponse masculine n'est pas déficiente en soi : le style instrumental permet de s'adapter mais de manière différente. Ce sont des forces du client, homme ou femme, à découvrir et à exploiter.

Descripteurs :

Hommes séparés // Deuil - Aspect psychologique // Service social aux hommes // Adaptation (Psychologie) - Aspect social // Séparation (Psychologie) // Services aux hommes séparés

Divorced men // Bereavement - Psychological aspects // Social work with men // Adaptability (Psychology) - Social aspect // Separation (Psychology) // Divorced men - Services for

Note

1 Pour un intéressant résumé en français de cette série d'articles de Karl Tomm voir : Lane (1994).

Références

- American Psychiatric Association (1994). *Mini DSM-IV : Critères diagnostiques*. Washington DC.
- Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (1996). Paris : Masson.
- Audet, S., Brousseau, D., Lavallée, M., Saint-Pierre, R., et Tremblay, H. (2006). La rupture amoureuse : vision contemporaine d'un processus de deuil et de réorganisation, *Intervention*, 125, 138-148.
- Audet, S., Brousseau, D., Lavallée, M., Saint-Pierre, R., et Tremblay, H. (2007). La rupture amoureuse : le modèle d'intervention écosystémique développé par AutonHomme, *Intervention*, 126, 116-126.
- Audet, S. (2008). Adaptation du processus d'intervention aux besoins spécifiques des hommes traditionnels vivant une rupture amoureuse, *Intervention*, 128, 99-109.
- Baum, N. (2003). The male way of mourning divorce: When, What, and How, *Clinical social work journal*, 31 (1), 37-50.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beitman, B. D., & Yue, D. (1999). *Learning psychotherapy: a time efficient, research-based and outcome measured psychotherapy training program*. New York: Norton.
- Berg, I.-K. (1996). *Services axés sur la famille, une approche centrée sur la solution*. Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Berman, W. H., & Turk, D. C. (1981). Adaptation to divorce: problems and coping strategies, *Journal of marriage and the family*, 43 (8), 179-189.
- Bilodeau, G. (2005). *Traité de travail social*. France : École nationale de santé publique.
- Côté, R. L. (1992). *Processus d'actualisation du potentiel émotionnel et énergétique : une introduction à l'approche reichienne Radix*. Sillery : CEFER.
- De Shazer, S. (1999). *Clés et solutions en thérapie brève*. Bruxelles : Éditions Satas, Collection le Germe.
- Dictionnaire de la psychologie (1997). *La pochothèque, encyclopédies d'aujourd'hui*. Munich : éditions Livre de poche.
- Dulac, G. (1998a). «Intervenir auprès des hommes en difficulté», Le dossier hommes et suicide de la Semaine provinciale de prévention du suicide. Dans Association québécoise de la prévention du suicide : http://www.aqps.info/docs/doss/cah_hom.html.
- Dulac, G. (1998b). Que nous disent les pères divorcés à propos des transitions familiales? In R. B. Dandurand, P. Lefebvre et J.-P. Lamoureux (Eds.). *Quelle politique familiale à l'aube de l'an 2000?* Paris : Éditions l'Harmattan.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Dulac, G. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines : théories et pratiques québécoises*. Université McGill, A.I.D.R.A.H.
- Genest-Dufault, S. (2007). Rupture amoureuse chez les jeunes hommes : masculinité et deuil, *Intervention*, 127, 127-135.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1976). Divorced fathers, *The family coordinator*, 25, 417-428.
- Jordan, P. (1988). The effects of marital separation on men, *Journal of divorce*, 12 (1), 57-82.
- Lane, T. (1994). La circularité du questionnement et des questions dans l'entrevue circulaire, *Service social*, 43 (3), 59-77.
- Martin, T. L., & Doka, K. J. (2000). *Men don't cry... Women do. Transcending gender stereotypes of grief*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Belair, S., et Battaglinia, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec, *Revue canadienne de santé publique*, 89 (3), 183-189.
- Robitaille, D. R. (1992; 2004). *Court terme planifié systémique (CTPS)*. Manuel pédagogique.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Paris : Robert-Laffont.
- Tomm, K. (mars 1987, juin 1987 et mars 1988). *Interventive Interviewing: Part I-II-III*, *Family Process*, disponible sur <http://www.familytherapy.org/downloads.html>.
- Tremblay, G., et L'Heureux, P. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes : un modèle émergent d'intervention clinique, *Intervention*, 116, 13-25.
- Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È., et Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut de la statistique du Québec : Les Publications du Québec.
- Umberson, D., & Christine, L. W. (1993). Divorced fathers: parental role strain and psychological distress, *Journal of family issues*, 14 (3), 378-400.

Comment conjuguer les valeurs du travail social et l'intervention en contexte d'autorité à l'évaluation des signalements en protection de la jeunesse?

par

Mélissa Desjardins, M.S.s.

Chef de service

Centre jeunesse de l'Estrie

Point de service Val-du-Lac

Courriel : MDesjardins.cje@ssss.gouv.qc.ca

Louise Lemay, Ph. D.

Professeure agrégée

Université de Sherbrooke

Département de service social

Courriel : louise.lemay@usherbrooke.ca

Definition of concepts of power and psychosocial evaluation. Analysis of a youth protection intervention using a strength-based empowerment approach.

Définition des concepts de pouvoir et d'évaluation psychosociale. Analyse d'une intervention en protection de la jeunesse utilisant l'approche axée sur le développement du pouvoir d'agir.

Comment des intervenants sociaux œuvrant à l'évaluation des signalements dans le champ de la protection de la jeunesse réussissent-ils à incarner dans leur pratique quotidienne les valeurs propres au travail social? Est-il possible d'être des agents de changement social et de promouvoir la justice sociale et le droit à l'autodétermination des personnes dans un contexte juridique qui autorise à exercer une fonction d'évaluation et de protection sociale? La pratique dans le domaine de la protection de l'enfance suppose de savoir conjuguer relation d'aide et contrôle social. Comment relever un tel défi? Nous posons l'hypothèse ici que le savoir-être de l'intervenant joue un rôle de premier plan et se situe au cœur d'une transfor-

mation des rapports sociaux entre les personnes accompagnées, les intervenants et leurs institutions.

Cet article s'articule autour d'une réflexion sur la possibilité d'utiliser, dans un contexte d'autorité, une approche visant le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités, mieux connue sous le terme *empowerment*. Il met en relief l'importance accordée aux déterminants sociojuridiques et organisationnels propres au contexte particulier de l'intervention en centre jeunesse ainsi qu'au savoir-être des intervenants dans leur rapport avec les personnes accompagnées. Un récit de pratique et son analyse invitent les intervenants à développer une pratique réflexive leur permettant d'examiner le contexte et la signification de leurs actions ainsi que les conséquences intentionnelles ou non intentionnelles de ces actions pour les personnes concernées. L'analyse du récit renvoie à certaines notions clés que nous proposons, dans un premier temps, de revisiter brièvement : le pouvoir, l'acte d'évaluer, l'approche visant le développement d'agir (DPA) des personnes et des collectivités et le savoir-être.

Contexte juridique et pouvoir des intervenants

La *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) autorise l'ingérence de l'État dans la vie privée des familles et dans le champ des responsabilités parentales. L'État assume un rôle de bienveillance (Dufresne et Hasting, 2003), de contrôle et de surveillance dans les situations où la sécurité et le développement des enfants sont considérés comme compromis. Elle autorise l'intervention de l'État dans la vie privée des familles uniquement si la démarche est justifiée par le besoin de protection d'un enfant. Les travailleurs sociaux œuvrant en centre jeunesse se voient déléguer un pouvoir légitime : celui d'intervenir en vertu d'une loi.

Cet article ne vise pas à cerner les multiples contours du pouvoir. Mais il importe de men-

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 222-232.

tionner que plusieurs définitions ont enrichi l'étude de ce phénomène depuis Hobbes jusqu'à nos jours (Russ, 1994; Hindess, 1996). Mentionnons que l'étude du pouvoir a connu une expansion importante. Longtemps confondu avec le pouvoir politique, il est analysé aujourd'hui comme un phénomène relationnel (Russ, 1994). Il existe donc « autant de définitions du pouvoir qu'il existe de personnes pour le définir » Le Bossé (2003 : 41, 2008). Or, le pouvoir, pourtant situé au cœur de l'em-powerment, reste peu défini par les tenants de cette approche (Lemay, 2005, 2007).

Une exploration interdisciplinaire du concept de pouvoir permet d'élargir notre compréhension de ce phénomène agissant à tous les niveaux des systèmes (Lemay, 2005). Nous retenons la définition suivante inspirée des travaux du sociologue Giddens (1987) et du politicologue Hindess (1982, 1996). Le pouvoir est action; il renvoie à la capacité et au droit d'agir d'un acteur, soit à sa capacité de produire des résultats et d'influencer le cours des événements dans un contexte donné, caractérisé par des règles et des ressources, des droits et des obligations (Lemay, 2005). Enfin, nous reconnaissons avec Giddens (1987) que « nul n'est sans pouvoir », bien que dans certaines

conditions les choix d'un individu puissent être restreints. Cette conception renvoie essentiellement à la capacité d'action ou au pouvoir d'agir des personnes, toujours situés en contexte ainsi qu'aux dimensions politiques du pouvoir. Elle se transpose bien à la réalité du contexte d'intervention en protection de la jeunesse.

Les sources et les formes de pouvoir sont multiples. Dans le champ de la psychologie sociale, la typologie de Raven (1990) est couramment citée. L'auteur relève six sources de pouvoir interpersonnel qui permettent de mieux comprendre ce qui fonde aux yeux d'autrui le pouvoir d'une personne ou le pourquoi on le lui accorde.

Selon Raven (dans Lemay, 2005), les types de pouvoir n'ont pas tous la même portée. Alors que le pouvoir de récompense et celui de coercition ont pour effet d'engendrer des modifications de comportement de nature dépendante, le pouvoir d'information et celui d'expertise permettent des changements sociaux indépendamment de la surveillance de la personne qui détient l'autorité. Quant au pouvoir légitime, le degré de dépendance varie selon le degré des forces de la personne en position de pouvoir et les valeurs de l'autre personne. Enfin, le pouvoir de référence aurait la plus grande portée.

Tableau 1 : Typologie des sources de pouvoir selon Raven (2005)

SOURCES DE POUVOIR	
Pouvoir de référence	Il est basé sur l'identification, l'attraction, le désir de s'associer ou de maintenir le lien avec la personne qui exerce une influence.
Pouvoir d'information	Il est basé tant sur l'idée que cette personne possède des informations dans un domaine précis que sur le contenu persuasif de sa communication. Il renvoie à la capacité de communiquer clairement les renseignements et d'utiliser des bases argumentaires logiques qui influencent le changement.
Pouvoir d'expertise	Il est basé sur la perception que la personne possède une expertise supérieure à celle de l'autre pour résoudre la situation.
Pouvoir légitime	Il est basé sur la reconnaissance du droit légitime de cette personne de prescrire des comportements auquel l'autre doit se soumettre. Cette reconnaissance et cette acceptation sont possibles puisque le rôle socialement négocié de cette personne lui donne la légitimité de pouvoir diriger les comportements des autres.
Pouvoir coercitif	Il provient de la perception voulant que la personne soit en mesure d'attribuer des conséquences négatives pour la non-conformité à des comportements demandés, désirés, exigés.
Pouvoir de récompense	Il est basé sur la croyance que la personne peut manipuler l'autre par l'attribution de récompenses. À l'opposé du pouvoir coercitif, il renvoie donc à la capacité de fournir des ressources désirées en échange de l'acquiescement ou de la conformité de l'autre.

Qu'en est-il du pouvoir relié à l'acte d'évaluer?

L'évaluation psychosociale s'appuie sur des compétences cliniques et sur une analyse spécifique de chacune des situations en tenant compte de leurs caractéristiques propres (OPTSQ, 2004). L'intervenant social, délégué du Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ), est mandaté spécifiquement pour évaluer des situations à risque de compromettre la sécurité et le développement des enfants. L'acte d'évaluer consiste à vérifier la matérialité des faits dans des situations qui ont fait l'objet d'un signalement ainsi qu'à estimer la vulnérabilité de l'enfant, les capacités parentales et les ressources de l'environnement en vue d'établir un rapport entre les besoins de l'enfant et la capacité du milieu à y répondre. La LPJ et les concepts de protection qui en découlent constituent le cadre de référence prescrit pour évaluer et analyser la situation dans une perspective globale.

Paquette (1985) recense six types d'intervention en matière d'évaluation en service social. Selon l'attitude et le type d'influence recherchés par l'intervenant (s'imposer, modifier, laisser aller ou s'ingérer), l'intervention s'inscrit dans l'une ou l'autre de ces six formes.

- 1 L'évaluation « pour » est une intervention de suppléance où le degré de contribution de l'intervenant est disproportionné; elle implique que l'intervenant agisse à la place de la personne.
- 2 L'évaluation « sur » est une intervention programmée et univoque où l'intervenant cherche à dominer la situation afin d'obtenir des résultats observables et mesurables.
- 3 Une évaluation « sous » suppose que l'intervenant laisse beaucoup de latitude et se positionne peu; la personne accompagnée assume alors la direction de l'évaluation.
- 4 L'évaluation « par » s'inscrit dans la croyance que la personne accompagnée possède tout ce qu'il lui faut pour régler ses problèmes. L'intervenant est en retrait et devient en quelque sorte une présence non agissante.
- 5 L'évaluation « avec » suppose une contribution importante tant de l'intervenant que de la personne accompagnée. C'est une intervention interactionnelle où l'on croit à l'importance de la contribution des deux acteurs.

6 L'évaluation « contre » est une intervention caractérisée par la contribution minimale de l'intervenant et de la personne accompagnée. Les acteurs agissent, mais ont peu d'emprise sur le processus.

L'acte d'évaluer un signalement s'inscrit dans une perspective « d'expertise » (Malo, 1995). L'un des dangers du processus d'évaluation est de confiner l'enfant et sa famille à un « rôle d'objets » (Palacio, 2007), l'intervenant étant considéré comme l'expert de l'évaluation et des problématiques sociales. Dans une telle perspective, « l'expert définit et redéfinit inlassablement pour les autres, à la place des autres tenus à l'écart, les situations, les besoins, les aspirations » (Bourgeault, 2002 : 11).

On constate de plus en plus que « la force du mouvement axé sur les problèmes individuels et la pathologie qui a dominé les professions d'aide s'affaiblit pour s'ouvrir davantage sur une approche centrée sur des forces et des compétences, sur une reconnaissance de la résilience des enfants et de leur famille » (Simard, 2000 : 56). Le discours actuel en matière de protection de l'enfance promeut l'importance de mettre à contribution les parents dans le processus décisionnel. Cette nouvelle philosophie d'intervention « contraste avec les pratiques axées sur les problèmes, qui ont longtemps été privilégiées [...] particulièrement dans le domaine de la protection de l'enfance » (Turcotte, St-Jacques et Pouliot, 2008 : 20).

Cowger (1994) propose douze principes d'action de base pour éviter une évaluation sur les déficits des personnes :

- 1 donner priorité à la compréhension que la personne a des faits,
- 2 croire la personne,
- 3 découvrir ce que la personne veut,
- 4 déplacer l'évaluation vers les forces personnelles de la personne et de son environnement,
- 5 évaluer les forces sous un angle multidimensionnel,
- 6 utiliser l'évaluation pour découvrir l'unicité,
- 7 utiliser un langage que la personne comprend,
- 8 rendre le processus d'évaluation interactif et collectif,

- 9 rechercher un consensus sur les résultats de l'évaluation,
- 10 éviter le blâme et le fait de blâmer,
- 11 éviter les réflexions linéaires de cause à effet,
- 12 évaluer sans diagnostiquer.

Le rôle du travailleur social dans une pratique clinique d'évaluation est essentiellement de : nourrir, encourager, aider, permettre, soutenir, stimuler, éclairer les forces disponibles des individus dans leur environnement et promouvoir l'équité et la justice sociale (Cowger, 1994). En ce sens, les intervenants assument davantage une « fonction d'agent de changement » (Vallerie et Le Bossé, 2003 : 145).

L'empowerment ou le développement du pouvoir d'agir (DPA) des personnes et des collectivités

Beaucoup de choses ont déjà été dites sur l'*empowerment* (Lemay, 2007). Ce concept renvoie essentiellement au « processus requis pour acquérir la capacité d'agir ainsi que la capacité d'agir en tant que telle » (Ninacs, 2008 : 2). Il vise « la possibilité pour des personnes aux prises avec des situations incapacitantes de mieux contrôler leur vie ou de devenir les

agents de leur propre destinée » (Le Bossé, Bilodeau et Vandette, 2006 : 188). De Rappaport (1981) à ce jour, ce concept d'*empowerment* a suscité l'intérêt de plusieurs auteurs. Malgré un consensus théorique sur l'importance de considérer à la fois l'individu et son contexte (LeBossé, 1996), Lemay (2007) rappelle que les conceptions de l'*empowerment* diffèrent selon le niveau d'analyse et d'intervention considéré (individu, groupe, communauté) ou le paradigme utilisé (Drolet et Charpentier, 1997). Dans cet article, nous vous proposons l'approche centrée sur le DPA en quatre axes développée par Le Bossé (2003) et revisitée par l'auteur et ses collaborateurs, au fil des ans (Vallerie et Le Bossé, 2003; Le Bossé, Bilodeau et Vandette, 2006; Le Bossé, 2008).

L'approche axée sur le DPA s'inscrit bien dans l'esprit de la refonte de la LPJ. En vertu de l'un des neuf principes prescrits par la loi, les intervenants « facilitateurs » doivent agir afin de responsabiliser et d'impliquer les parents, et de miser sur les forces de la famille. Il s'agit de développer chez les familles un réel « pouvoir d'agir » plutôt qu'un sentiment de « devoir agir » (Le Bossé, 2008) ou de se soumettre à l'intervention du DPJ.

Tableau 2 : L'approche centrée sur le DPA en quatre axes
(Le Bossé, 2003; LeBossé et al., 2006)

LES QUATRE AXES DU DPA	
AXE 1 <i>L'adoption d'une unité d'analyse</i>	Il suppose de développer une compréhension des problèmes qui tienne compte de leur réalité multidimensionnelle, soit de l'ensemble des composantes individuelles et structurelles qui font obstacle au développement du pouvoir d'agir des personnes.
AXE 2 <i>La négociation de la définition du changement visé et de ses modalités</i>	Il vise à favoriser la contribution active des personnes concernées dans l'ensemble du processus d'intervention et de décision. Au lieu de définir lui-même les problèmes et de prescrire les tâches de changement, l'intervenant tient compte du point de vue de ces personnes. La définition des problèmes et des solutions ou changements visés est donc le « produit d'une négociation ».
AXE 3 <i>La prise en compte des contextes d'application</i>	Il repose sur l'idée qu'il n'existe pas de solution miraculeuse universelle. Il importe de tenir compte du contexte particulier et de la situation singulière des personnes concernées par l'intervention.
AXE 4 <i>L'introduction d'une démarche d'action conscientisante</i>	Il renvoie à la nécessité que les personnes concernées développent une conscience globale des facteurs à la fois structurels et individuels en jeu dans leur situation. L'intervention axée sur le DPA doit permettre d'agir sur les obstacles de nature structurelle et contribuer au changement social. Par la démarche d'action conscientisante, les personnes doivent être en mesure de déterminer, avant et après l'action, ce qui relève de leur propre ressort ou d'autres facteurs dans la production des changements.

Cette approche axée sur le développement du pouvoir d'agir des individus nécessite que les intervenants sociaux centrent leurs efforts sur la mobilisation des personnes dans une démarche de changement. Or, cela constitue un défi de taille dans un contexte d'évaluation et d'aide contrainte.

Le savoir-être de l'intervenant

Le travail social est un métier relationnel qui présente un certain niveau de complexité. Dotés de leur personne comme principal outil de travail, les intervenants sociaux doivent posséder un solide bagage d'aptitudes et d'habiletés « passe-partout », ainsi que la capacité de « demeurer flexible dans l'utilisation de ces habiletés selon les caractéristiques que présente chaque client donné » (Beaudry et Trottier, 2001 : 1). Selon Le Boterf (2000, 2007), cette capacité de l'intervenant renvoie à un savoir-faire en situation. Être compétent, c'est savoir gérer la complexité des situations en déployant plusieurs savoirs : « savoir agir avec pertinence », « savoir mobiliser un contexte », « savoir combiner », « savoir transposer », « savoir apprendre et savoir apprendre à apprendre » et « savoir s'engager » (Le Boterf, 2000 : 7).

Qu'en est-il du savoir-être de l'intervenant ? Il est fort difficile de trouver une conception commune et reconnue du savoir-être. Peu de définitions sont recensées dans la littérature. « Personne ne peut le définir, mais tout le monde a une idée sur lui » (Penso-Latouche, 2000 : 15). Tous s'entendent pour dire que le savoir-être est indispensable ou primordial pour l'établissement d'une relation d'aide (Gendreau, 1995) ou l'efficacité au travail (Gohier, 2006). Le savoir-être est souvent défini simplement comme étant un mode d'expression chez l'individu, « une façon personnelle d'entrer en interaction » (Penso-Latouche, 2000 : 46) ou comme un « savoir relationnel » (*ibid*).

Le savoir-être puise son origine dans l'approche centrée sur la personne, d'abord introduite par le célèbre auteur Carl Rogers (1902-1987). Trois caractéristiques demeurent à la base de ce savoir de l'être : l'empathie, la considération positive inconditionnelle et la congruence/authenticité.

L'empathie se définit métaphoriquement comme la capacité de l'intervenant à « se glisser

dans la peau de l'autre » (Gendreau, 2001 : 121). Elle fait référence à sa compréhension du vécu d'une personne sans qu'il ne perde toutefois la distinction entre sa propre expérience et celle de l'autre. Beaudry et Trottier (2001 : 6) introduisent le concept d'empathie sociale qui « consiste à ajouter une dimension sociale à celle de refléter les pensées et les sentiments personnels, c'est-à-dire essayer de comprendre si le client se sent politiquement, économiquement ou socialement inférieur à cause de l'une ou l'autre de ses caractéristiques personnelles ».

La considération inconditionnelle positive est « un sentiment positif qui s'extériorise sans réserves ni jugement » (Rogers, 2005 : 45), ce qui implique de faire une différence entre la personne et les actes parfois répréhensibles commis.

Enfin, la congruence/l'authenticité renvoie à la capacité d'être vrai, authentique, honnête et transparent : l'intervenant authentique est congruent en ce sens qu'il fonctionne comme un tout intégré. Cette disposition relationnelle implique qu'il fasse un effort de consistance entre les dimensions suivantes : son expérience passée et présente, ce qu'il est comme personne et professionnel, la conscience de lui-même, ce qu'il laisse transparaître ou ce qu'il témoigne ou communique aux personnes accompagnées (Gendreau, 2001). Selon Rogers (2005), elle consiste à être une personne intégrée et unifiée. Or, l'authenticité tout comme la révélation de soi ne doivent pas conduire l'intervenant à perdre de vue le contexte de la relation d'aide ; ce qui est communiqué à la personne accompagnée ne vise pas à répondre au besoin de l'intervenant ou à le soulager, mais doit être utile à la démarche de l'autre.

Selon l'approche rogérienne, ces trois caractéristiques sont essentielles et universelles chez le thérapeute. Gendreau (2001) et ses collaborateurs introduisent trois autres schèmes favorisant le développement de la relation d'aide : la sécurité, la confiance et la disponibilité. Le savoir-être, ingrédient indispensable à la relation d'aide, requiert essentiellement un équilibre entre le savoir être soi et le savoir être sensible à l'autre (Gohier, 2006).

L'analyse d'un récit de pratique montre l'importance de mettre à profit son savoir-être pour développer à la fois une pratique axée sur le

développement du pouvoir d'agir des personnes en considérant les quatre axes (Le Bossé, 2003) et à la fois une pratique professionnelle réflexive « permettant de prendre un recul critique par rapport à ses pratiques, à ses ressources, à ses façons de les mobiliser » (Bourassa, Serre et Ross, 2003 : 98).

En recherche sociale, il existe plusieurs méthodes pour réfléchir sur les pratiques professionnelles. Les connaissances issues de la pratique constituent un matériau précieux pour le développement et la bonification de la pratique professionnelle.

La méthodologie du récit de pratique, utilisée dans le cadre de cet article, renvoie à la « narration d'une histoire vraie » liée à une situation professionnelle (Desgagné, Gervais et Larouche, 2001), à la dimension événementielle et expérientielle du vécu professionnel. Desgagné (2005) ajoute une nuance intéressante au concept de récit de pratique en incorporant la notion d'exemplarité. L'exemplarité fait référence à l'engagement du professionnel à réfléchir sur sa pratique, sur des événements significatifs enclins à inspirer d'autres professionnels. L'étude systémique et réflexive des savoirs d'expérience est une source de connaissance empirique très pertinente (Bourassa et al., 2003).

Le récit de pratique choisi ici à titre d'illustration est tiré de l'essai de maîtrise de l'auteure principale (Gagnon-Desjardins, 2008). Ce récit, qui puise dans sa propre expérience professionnelle, a d'abord été écrit spontanément, puis a fait, *a posteriori*, l'objet d'une démarche réflexive afin d'en dégager toute la richesse des savoirs en action.

Présentation du récit de pratique

Une intervention musclée et délicate six jours avant Noël

Je suis intervenante à l'évaluation des signalements à la protection de la jeunesse. J'interviens en urgence, le 19 décembre, dans une situation d'abus physique. Mes rencontres avec les fillettes de 6 et 9 ans me permettent de conclure que les faits sont fondés. Elles sont victimes d'abus physique de la part de leur père. Elles sont frappées régulièrement à l'aide d'un bâton. Je me rends au domicile familial. Je croise le père dans le stationnement de la maison. Je me

présente et je lui fais part de mon souhait de les rencontrer, lui et sa conjointe. Monsieur réagit vivement au plan verbal : « pourquoi? t'es qui? t'a pas d'affaire ici? ». Il présente des signes non verbaux inquiétants : tremblement, poings serrés. Je lui demande de venir me rencontrer dans 15 minutes au bureau. À leur arrivée, je leur explique la manière dont je vais procéder : d'abord les rencontrer chacun individuellement et par la suite, ensemble. Je débute avec la mère et enchaîne avec le père. Avant d'entrer dans la salle d'entrevue, Monsieur me fait part de son mécontentement d'être ici et de ses frustrations face à la protection de la jeunesse, aux professionnels, au système en général et à la politique... Il me dit clairement que je n'ai pas à me mêler de sa vie privée et de la façon dont il éduque ses enfants. Sans que je pose une question, il reconnaît qu'il élève ses enfants rudement. Il ajoute immédiatement qu'il n'accepte pas de conseils de personne. Il parle beaucoup, ne me laissant pas la chance de placer un mot. Il a un langage cru, un ton colérique : « le tabarnak de gouvernement, y a pas à se mêler de ma criss de vie de famille, c'est moi le boss, c'est moi qui décide. Tu me diras pas quoi faire, t'as-tu compris? ». Devant l'attitude du père et son hostilité face à nos services, j'adapte ma façon d'intervenir. Contrairement à mes habitudes, je ne prends pas de notes manuscrites lors de la rencontre, de peur que cela augmente sa frustration face à la bureaucratie et à la bureaucrate que je représente à ses yeux. Je tolère l'utilisation d'un langage cru étant donné qu'il n'est pas dirigé à mon endroit et je laisse Monsieur diriger davantage le contenu et le déroulement de l'entrevue. Mon but est qu'il me parle et que je sois en mesure d'évaluer si je peux gérer le risque de laisser les enfants à la maison. Pour ce faire, il doit accepter de me parler des « vraies affaires ». J'ajuste ma communication pour adopter un jargon moins « professionnel » et moins formalisé, soit de type « jase/jase ». Finalement, le père reconnaît qu'il frappe les enfants avec un objet (bâton), en précisant la fréquence, la nature des situations, les réactions des enfants, les motifs qui le poussent à agir ainsi, son impulsivité...

J'explique au père que ces comportements ne sont pas acceptables dans la société et qu'il pourrait même être accusé de voie de fait selon le Code criminel. Bien que l'objectif ne soit pas

de déposer une plainte criminelle contre le père, je veux le sensibiliser à la gravité et à la portée de ses gestes. Bien sûr, il réagit à mes propos, mais cela me permet de lui expliquer qu'il est impossible pour moi, ce soir, de le laisser partir sans engagement de sa part de ne pas frapper. La loi ne me permet pas d'agir ainsi. J'explique au père les possibilités qui s'offrent à lui :

1) l'engagement de ne plus frapper et de revoir ses modes d'intervention, 2) son départ temporaire de la maison, 3) le départ de la mère et des enfants, ou finalement 4) le placement des enfants. Je lui explique les deux modes d'interventions possibles : 1) la signature d'une entente provisoire en cours d'évaluation, 2) l'application d'une mesure de protection immédiate 0-48 h (pour le retrait des enfants) avec la passation au Tribunal par la suite. Encore ici, le père réagit vivement. Je reste calme et j'accueille sa colère. Nous continuons à échanger sans toutefois nous orienter tout de suite vers une prise de décision.

J'explore l'éventualité qu'il quitte la maison quelque temps, afin d'éviter le retrait des enfants. Il affirme que c'est hors de question. Il fait part de son découragement, de son épuisement et me dit qu'il pense sérieusement à tout abandonner. Il s'ouvre alors à moi en me partageant son vécu, ses malheurs et ses expériences. Il est découragé de la vie en société, de la façon dont les enfants sont élevés, soit en « enfants rois », du manque de valeurs des individus. Je profite de ce partage pour souligner l'importance de l'éducation, de la présence, de la surveillance offertes par les parents afin que les enfants deviennent, comme il le souhaite, de futurs « bons citoyens ».

À mes yeux, Monsieur est un homme vrai qui présente une certaine rigidité mais qui possède de belles valeurs. C'est un homme de parole et d'engagement. Devant le risque d'abandon de la part du père et le démantèlement de la famille, je dois l'amener à accepter l'aide requise. Il finit par me questionner sur les modalités d'une entente provisoire en cours d'évaluation. Réceptif à mon discours, le père décide alors catégoriquement qu'il n'interviendra plus auprès des filles et qu'il délègue cette tâche à sa conjointe. Au cours de la rencontre, Monsieur comprend mieux le sens de l'intervention et nos obligations. Il apprend aussi que

la protection de la jeunesse intervient à divers niveaux et non seulement dans les situations qui requièrent des placements quand, selon lui, les parents sont des « pas-bons ». Il comprend que notre intervention ne vise pas à le condamner mais plutôt à lui donner un coup de pouce, et que c'est normal que les parents aient parfois besoin d'aide. Il accepte alors de ne plus frapper les enfants avec un objet.

Analyse du récit de pratique : une intervention gagnante, une famille unie

Le cadre utilisé pour l'analyse du pouvoir des personnes dans cette situation tient compte des grandes dimensions suivantes : l'influence du contexte sur la structuration des interventions avec le père, la signification de ces actions ainsi que leurs conséquences intentionnelles eu égard à l'objectif d'intervention (Lemay, 2005; 2009).

Dans cette situation, plusieurs éléments du contexte ont grandement influencé, voire déterminé, les actions de l'intervenante et, du fait même, le cours de l'intervention. L'enjeu central : évaluer une situation d'agression physique dans un contexte d'urgence auprès d'un père manifestant de l'opposition et une certaine agressivité. La nécessité de procéder à l'évaluation de la situation en vertu des impératifs politiques (signalement pour agression physique) et normatifs en centre jeunesse (urgence, code 1, protocole d'évaluation), ainsi que les caractéristiques du père obligent l'intervenante à sortir du cadre habituel de sa pratique. Au lieu de procéder de façon routinière ou automatique, elle doit prendre en compte les caractéristiques de la situation et ajuster grandement son intervention. D'emblée, les attitudes du père la surprennent et la conduisent à devoir réagir.

En plus de tenir compte du contexte singulier de cette intervention (axe 3 : la prise en compte des contextes d'application), l'intervenante considère le pouvoir que lui attribue le père. Cette dernière ne semble pas investie du droit d'intervenir en vertu d'un pouvoir légitime, le père lui attribuant plutôt un pouvoir de coercition auquel il s'oppose vivement en remettant en question la légitimité de sa présence dans sa vie. Elle mise consciemment sur la nécessité d'établir une relation d'aide minimale, convaincue

que le fait de se rabattre sur la légitimité de son mandat pour intervenir n'allait qu'aggraver les choses et possiblement engendrer des conséquences non intentionnelles catastrophiques : violence, cessation de la rencontre, placement des enfants, non-collaboration dans la suite du processus. Le contact devait s'établir afin d'en arriver à produire les résultats souhaités. De ce fait, l'intervenante a créé un contexte favorable en misant sur ses forces relationnelles et en assouplissant le protocole d'intervention, ce qui suppose d'admettre l'importance de se fier à son jugement professionnel dans ce cadre d'intervention en protection de la jeunesse (Healy, 1998).

L'attitude et quelques petits gestes concrets faits par l'intervenante ont contribué à diminuer l'asymétrie des pouvoirs qui existait entre elle et le père. D'abord, elle a baissé le ton de voix, s'est adressée au père de façon peu directive et a utilisé un langage un peu plus informel pour s'ajuster à lui. Elle s'est assise devant lui plutôt que derrière le bureau, diminuant ainsi l'effet de distance et le caractère bureaucratique de l'intervention. Elle l'a écouté attentivement. Plus la rencontre avançait, plus le père s'ouvrait à elle. L'acceptation inconditionnelle, l'écoute et la tolérance qu'elle lui a témoignées ont aidé sans doute grandement à créer cette ouverture relationnelle. Le fait de démontrer de la tolérance, notamment en acceptant qu'il s'exprime à sa façon (langage cru) et en écoutant ses récriminations et ses frustrations sur le système, a été bénéfique dans la situation. Elle accueillait la colère du père sans se sentir menacée, ce qui démontrait un certain sentiment de sécurité intérieure (Gendreau, 1995). Tout au long de l'intervention, elle demeurait elle-même et dégageait une grande authenticité. Tout en respectant les propos du père, elle était en mesure de se positionner, sans nécessairement le discréditer ni hausser le ton ni chercher à avoir raison.

L'intervenante a fait preuve de souplesse quant à la direction et à la structure de l'entrevue. Elle laissait volontairement le père prendre le pouvoir de diriger le contenu de la rencontre. Contrairement à une évaluation « avec » le parent, stratégiquement, elle valorisait une intervention « sous », c'est-à-dire sous la direction du père (Paquette, 1985). Cette orientation fut prise spontanément lorsque le père est entré

dans son bureau et qu'il s'est mis à lui parler sans arrêt. À ses yeux, il était important qu'il lui parle et qu'ils soient tous deux en interaction. C'est à ce moment qu'elle s'est mise en mode d'écoute et lui a laissé la directivité de l'entrevue, tout en ne perdant pas de vue son objectif. Elle a fait preuve de confiance en ses ressources et en ses moyens pour atteindre son objectif : établir une relation de collaboration en vue d'en arriver à une décision commune centrée sur la sécurité des enfants. Ainsi, elle s'est autorisée une intervention moins formalisée, qui a semblé fort profitable. Grâce au discours libre du père, elle a été en mesure de mieux cerner l'homme devant elle et de se rapprocher en quelque sorte de l'humain, derrière ce père abusif. En dépit du caractère urgent de la situation et de la nécessité de trouver des solutions rapidement, son intervention n'a pas été uniquement centrée sur les problèmes. En n'agissant pas ainsi, n'aurait-elle pas augmenté la résistance et l'instauration d'un rapport de confrontation au détriment de la mobilisation du père? En référence aux principes favorisant une évaluation axée sur les forces (Cowger, 1994), son savoir-être en situation a consisté à croire le père, à découvrir ce qu'il voulait, à évaluer ses forces sous un angle multidimensionnel, à utiliser l'évaluation pour découvrir l'unicité de cette personne, à utiliser un langage qu'il comprenait, à éviter le blâme et le fait d'être blâmée et, enfin, à se garder des réflexions de cause à effet (ex. : père colérique signifie danger pour les enfants).

Enfin, considérant la signification et les conséquences des actions de l'intervenante, on peut croire que ses forces relationnelles et sa souplesse au cours de la rencontre ont eu un impact sur le type de pouvoir que lui attribuait le père. Cette dernière a le sentiment que le père reconnaissait en elle certaines valeurs qui le touchaient aussi personnellement, telles que la simplicité, la franchise et l'authenticité. Cette forme d'identification a créé une sorte de rapprochement permettant au père de passer d'une vision centrée sur le pouvoir de coercition de l'intervenante à une vision centrée sur son pouvoir de référence. Le fossé qui les séparait a diminué durant l'intervention. Toutefois, le père ne semblait pas lui attribuer un pouvoir légitime, puisqu'il contestait son droit d'ingérence dans sa vie. Sa perception s'est ensuite

modifiée considérablement, ce qui a eu un impact positif sur l'intervention. L'intervenante reconnaît qu'elle n'avait pas anticipé un tel effet sur le changement de perspective du père; or, cette conséquence non intentionnelle de son intervention s'est avérée plutôt favorable.

Le savoir-être en situation de l'intervenante a certes eu comme conséquence intentionnelle le développement d'une relation d'aide minimale. Cette intervention s'inscrit en partie dans une démarche axée sur le développement du pouvoir d'agir si l'on considère les quatre axes proposés par Le Bossé (2003). Premièrement, l'intervenante a adopté une unité d'analyse «acteur en contexte» en considérant tant les facteurs internes (individuels) que les facteurs externes (structurels) qui agissent sur la capacité des parents à assurer la sécurité des enfants. La famille était confrontée à de nombreuses sources de stress : perte d'emploi, problèmes financiers, isolement social, maladie dans la famille, absence d'accès aux services de santé requis. Deuxièmement, elle a favorisé la participation du père en lui présentant les alternatives qui s'offraient à lui, et ce, en tant que choix et non en tant que décisions de sa part. Bien que ces choix excluaient le *statu quo* et étaient restreints compte tenu du contexte juridique de l'intervention, l'échange s'est inscrit davantage dans un esprit de partage du pouvoir. L'intervenante a tenté d'utiliser les marges de manœuvre dont elle disposait pour favoriser la négociation des sphères de changement. Elle a gardé toujours en tête l'esprit de la loi en utilisant une approche visant la responsabilisation et l'implication des parents dans le choix de la décision. Troisièmement, considérant le fait qu'il n'y a pas de solutions universelles ni miraculeuses dans la situation, elle a recherché avec les parents une solution dans une optique «du moindre mal», c'est-à-dire une solution entraînant le moins d'impact négatif. Travailler dans cette optique requiert une ouverture et une capacité d'assumer que le choix des mesures n'est pas toujours «à la perfection» sur les plans clinique et juridique. Enfin, toujours dans une perspective de développement du pouvoir d'agir, elle a saisi l'occasion qui se présentait d'introduire chez le père une démarche conscientisante. En effet, elle a tenu compte de ses propos concernant la déchéance des valeurs d'éducation dans la société pour

souligner l'importance de son rôle dans la vie de ses enfants et de son pouvoir sur leur avenir, en tant que futurs citoyens.

Dans cette situation, c'est certes en grande partie grâce à son savoir agir en situation (Le Boterf, 2006) que l'intervenante a réussi à créer une relation avec le père. Cette compétence l'a conduite à mobiliser et à combiner ses ressources sur les plans du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. L'instauration d'une telle relation avec le père lui a permis d'atteindre son objectif : éviter le placement et gérer le risque en collaboration avec les parents, premiers responsables d'assurer la sécurité de leurs enfants. Cette visée s'inscrit dans les principes de la LPJ : intervenir dans le meilleur intérêt de l'enfant et des droits des parents – primauté de la responsabilité parentale, participation active des parents, maintien de l'enfant dans son milieu familial et intervention respectueuse des personnes et de leurs droits. De plus, son intervention a favorisé le plus possible la prise de pouvoir des parents, situés en contexte. Bien que l'intervenante doive, dans ce contexte juridique particulier, faire preuve d'une certaine directivité quant à la définition des solutions possibles, l'intervention s'est appuyée sur le souci de donner le choix. En contexte de choix restreints, la stratégie privilégiée par l'intervenante a proposé un certain partage du pouvoir favorisant la mobilisation du père dans une démarche de changement.

Conclusion : développer une pratique réflexive axée sur le savoir-être en situation

Ce récit de pratique et son analyse indiquent l'importance pour les travailleurs sociaux de développer un regard réflexif sur leur intervention, soit une capacité d'évaluer rigoureusement les actions entreprises, les conditions qui les structurent ainsi que leurs effets pour les personnes accompagnées. Être compétent en situation dans le contexte de la protection de la jeunesse requiert le développement d'habiletés spécifiques, entre autres :

- la capacité à analyser et à faire face à la complexité des situations sociales rencontrées,
- des connaissances sur les approches axées sur le DPA et la mobilisation des personnes,

- des stratégies adaptées au contexte d'autorité en centre jeunesse,
- la capacité d'affronter le conflit et de se remettre en question,
- la capacité de surmonter l'incertitude et de prendre des risques.

Or, la bonne volonté des intervenants, quoiqu'indispensable, ne suffit pas à développer la capacité d'exercer un métier relationnel aussi complexe dans un contexte de loi d'exception telle que la LPJ. Confrontés à des personnes en situation de grande vulnérabilité, à des enjeux de pouvoir multiples et à des valeurs qui bousculent quotidiennement leurs propres schèmes, les travailleurs sociaux doivent disposer des conditions structurelles requises à une nécessaire prise de recul, à une analyse de leur pratique professionnelle et à un ajustement de leur savoir-être en situation. À l'instar des jeunes en difficulté et des parents pour lesquels ils œuvrent quotidiennement, les intervenants sociaux doivent aussi être considérés comme des acteurs en contexte et disposer dans leur environnement d'occasions leur permettant de réfléchir de façon continue sur leur pratique. Les milieux universitaires et les milieux de pratique doivent conjuguer leurs efforts en ce sens et travailler de concert pour soutenir les intervenants à apprendre «à conjuguer», «à combiner» et à «composer» afin de développer leurs compétences à «faire face à». En milieu de pratique, des temps d'arrêt et de recul s'imposent et supposent notamment un encadrement professionnel individualisé et la création d'espaces collectifs officiels de discussion, de délibération éthique ou de codéveloppement axés sur la réflexivité et l'intégration d'approches pertinentes au contexte particulier d'intervention. Ces conditions sont essentielles, voire incontournables, pour «se transformer et innover», pour faire une différence dans sa pratique professionnelle (Lemay, 2006 :11) et dans la vie des familles accompagnées.

Descripteurs :

Autorité // Pouvoir (Sciences sociales) // Évaluation psychosociale // Appropriation psychosociale // Jeunesse - Protection, assistance, etc. - Québec (Province) // Enfants - Protection, assistance, etc. - Québec (Province) // Attitude du travailleur social // Approche axée sur les forces du client
 Authority // Power (Social sciences) // Psychosocial evaluation // Empowerment // Child welfare - Quebec (Province) // Social workers - Attitudes // Strength-based, empowerment model

Références

- Beaudry, M., et Trottier, G. (2001). *Les habiletés d'intervention en service social individuel et familial, développement et évaluation*, (3e édition). Québec : Université Laval.
- Bourgeault, G. (2002). Si la vie ne va jamais sans risque... Jalons pour une éthique de l'intervention sociale et de la protection, *Intervention*, 199, 6-14.
- Bourassa, B., Serre, F., et Ross, D. (2003). *Apprendre de son expérience*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cowger, C. (1994). Assessing client strengths: clinical assessment for client empowerment, *Social work*, 39 (3), 262-268.
- Desagné, S., Gervais, F., et Larouche, H. (2001). L'utilisation du récit de pratique pour le développement professionnel des enseignants et autres éducateurs du monde scolaire, dans A. S. Beauchesne. *La recherche en éducation et le développement de la pratique professionnelle en enseignement*. Sherbrooke : éd. CRP, Université de Sherbrooke.
- Desagné, S. (2005). *Récits exemplaires de la pratique enseignante. Analyse typologique*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M., et Charpentier, A. (1997). L'empowerment et l'intervention familiale individualisée : démarche de conceptualisation et pistes pour la pratique, dans *Actes du VI symposium québécois pour la famille*. Trois-Rivières, octobre.
- Dufresne, M., et Hastings, R. (2003). La restructuration de l'action dans le champ de la régulation sociopénale de la jeunesse au Québec, *Déviance et Société*, 27 (4), 413-428.
- Gagnon-Desjardins, M. (2008). *Quel avenir pour le travail social en contexte d'évaluation des signalements à la protection de la jeunesse? Savoir-conjuguer, autorité, pouvoir et savoir-être*. Essai présenté en vue d'obtenir le grade de Maître en Service social, faculté des lettres et des sciences humaines, département de service social, Université de Sherbrooke.

- Gendreau, G. (1995). [et coll.] *Partager ses compétences entre parents, jeunes en difficulté et éducateurs*. Montréal : Sciences et cultures.
- Gendreau, G. (2001) [et coll.]. *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Ed. Sciences et culture.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Gohier, C. (2006). Les sources du savoir-être comme finalité éducative. Former à être, une injonction paradoxale? *Nouvelles pratiques sociales*, 18 (2), 172-185.
- Healy, K. (1998). *Participation and child protection: the importance of context*. British Association of Social Workers, 897-914.
- Hindess, B. (1982). Power, Interests and the outcomes of struggles, *Sociology*, 16 (4), 499-511.
- Hindess, B. (1996). *Discourses of Power from Hobbes to Foucault*. Oxford: Blackwell publishers.
- LeBossé, Y. (1996). Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux, *Nouvelles pratiques sociales*, 9 (1), 127-145.
- Le Bossé, Y. (2003). De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment, *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 30-51.
- LeBossé, Y. (2008). L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien, *Nouvelles pratiques sociales*, 21 (1), 137-149.
- Le Bossé, Y., Bilodeau, A., et Vandette, L. (2006). Les savoirs d'expériences : un outil d'affranchissement potentiel au service du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités? *Revue des sciences de l'éducation*, 32 (1), 183-199.
- Le Boterf, G. (2000). *Compétences et navigation professionnelle*, 3e édition revue et argumentée. Paris : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2006). *Construire les compétences individuelles et collectives – Agir et réussir avec compétences, les réponses à 100 questions*, 4e édition à jour et complétée. Paris : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2007). Des cursus professionnalisants ou par compétences à l'Université : enjeux, craintes et modalités, *Actualité de la formation permanente*, 45-55.
- Le Robert illustré d'aujourd'hui*. (1997). Paris : France Loisirs.
- Lemay, L. (2005). *Conditions et conséquences des pratiques d'empowerment. Une étude interdisciplinaire et intersystémique des rapports de pouvoir Professionnels <-> Clients*. Thèse de doctorat. Université de Montréal, Québec.
- Lemay, L. (2006). Développer une pratique réflexive : une compétence incontournable. Le cas de la formation continue en empowerment. *Revue en marche, Dossier no 6, décembre*, 11-13. Montréal : Ordre des conseillères et conseillers en orientation et des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec.
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide, *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1), 165-180.
- Lemay, L. (2009). Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment) : un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité, dans C. Lacharité et J.-P. Gagnier (Éds). *Les familles en action. Réalités plurielles, repères conceptuels et logiques d'action* : 101-127. Québec : Éditions Chenelière.
- Malo, J. (1995). Les évaluations psychosociales: un regard évaluatif! *Intervention*, 100, 51-59.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, collection Travail social.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1994). *Grille d'évaluation de la compétence des travailleurs sociaux*. Montréal : OPTSQ.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2004). *L'évaluation psychosociale et la profession de travailleur social*. Montréal : OPTSQ.
- Palacio, M. (2007). Les carrefours de la protection de l'enfance au fil des lois, *Informations sociales*, 140, 6-16.
- Paquette, C. (1985). *Intervenir avec cohérence : vers une pratique articulée de l'intervention*. Québec-Amérique.
- Paradis, M. (2002). *L'enseignement du savoir-être*. Montréal : École de travail social, UQAM.
- Penso-Latouche, A. (2000). *Savoir-être : Compétence ou illusion? Analyse des attitudes, comportements et rôles attendus par l'entreprise*. Paris : Éd. Liaisons.
- Raven, B. (1990). Political applications of the psychology of interpersonal influence and social power, *Political Psychology*, 11, 493-520.
- Rogers, C. (2005). *Le développement de la personne* (traduction de On Becoming a Person 1961). Paris : InterEdition.
- Russ, J. (1994). *Les théories du pouvoir*. Paris : Éd. Inédit, Librairie Générale Française.
- Simard, M.- C. (2000). Le virage famille au sein de la protection de la jeunesse : de la protection des enfants au soutien à la famille, *Intervention*, 112, 51-60.
- Turcotte, D., St-Jacques, M.-C., et Pouliot, E. (2008). Définir, observer, mesurer les forces des parents en travail social, *Pensée Plurielle*, 17, 19-35.
- Vallerie, B., et Le Bossé, Y. (2003). *Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Études appliquées à une situation de suppléance familiale*. Sauvegarde de l'enfance, 144-155.

La réponse du système de protection de la jeunesse montréalais aux enfants issus des minorités visibles¹

par

Chantal Lavergne, Ph. D.

Chercheure et professeure associée

École de service social

Université de Montréal

Centre jeunesse de Montréal-IU

Courriel : chantal.lavergne@cjm-iu.qc.ca

Sarah Dufour, Ph. D.

Professeure adjointe

École de psychoéducation

Université de Montréal

Janet Sarniento, M. Sc.

Agente de recherche professionnelle

Centre jeunesse de Montréal-IU

Marie-Ève Descôteaux, M. Sc.

Agente de recherche

École de psychoéducation

Université de Montréal

Results of a study comparing the signaling of visible-minority youths and other youths in need of protection.

Résultats d'une étude comparant les signalements d'enfants faisant partie ou non de minorités visibles.

Le présent article porte sur la représentation des enfants issus des minorités visibles dans le système de protection de la jeunesse montréalais. Il vise à comparer les signalements concernant les enfants caucasiens, les enfants noirs et les enfants issus d'autres minorités visibles qui font l'objet d'une évaluation par les services de protection montréalais. L'expression « minorité visible » fait référence aux enfants qui diffèrent de ceux de la majorité en matière de couleur de peau, de culture, de traditions ou

de religion (Chan, 2008). Au Canada, les Chinois, les Asiatiques du Sud, les Philippins, les Japonais, les Noirs, les Arabes et les Latino-Américains figurent parmi les groupes désignés comme minorités visibles en vertu du *Règlement sur l'équité en matière d'emploi* (Gouvernement du Canada, 2004). Comme il existe très peu de données sur la situation des enfants issus des minorités visibles au Québec et qu'ils constituent une part de plus en plus importante de la clientèle du système de protection montréalais, les questions plus spécifiques sur lesquelles portent l'étude sont les suivantes : 1) Les enfants des minorités visibles sont-ils sur ou sous-représentés dans les services de protection montréalais? 2) Les enfants de minorités visibles recevant des services de protection à Montréal présentent-ils des caractéristiques individuelles et familiales différentes des autres enfants? 3) Les caractéristiques de leurs signalements diffèrent-elles de celles des autres? 4) Reçoivent-ils des services de protection différents des autres enfants?

État des connaissances et problématique

La représentation disproportionnelle des enfants des minorités visibles dans les services de protection de l'enfance aux États-Unis est maintenant bien connue. Cette disproportion signifie que la place relative de certains groupes ethnoculturels dans le système de protection ne reflète pas leur poids démographique dans la population générale (Shaw, Putnam-Hornstein, Magruder et Needell, 2008). Les recherches effectuées jusqu'à présent sur le sujet indiquent que les enfants noirs sont surreprésentés à toutes les étapes de la trajectoire de services au sein du système de protection de l'enfance (Chapin Hall Center for Children, 2008). Cette surreprésentation est particulièrement remarquée à l'entrée des services de protection (Flukes, Yuan, Hedderson et Curtis, 2003) ainsi qu'à l'étape du placement où, comparés à leur proportion dans la population générale, ils sont 2,43 fois plus nombreux à faire l'objet d'un retrait de leur milieu familial (Hill, 2006).

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 233-241.

Au Canada, le phénomène de la surreprésentation affecte aussi de façon importante les enfants autochtones. Alors qu'ils représentent 5% de la population des enfants âgés de 15 ans ou moins, des études réalisées à partir des données de l'enquête canadienne sur l'incidence des cas de mauvais traitements et de négligence signalés aux services de protection montrent que ces enfants sont trois fois plus nombreux à avoir un signalement retenu à des fins d'enquête (Blackstock, Trocmé et Bennett, 2004; Lavergne, Dufour, Trocmé et Larrivée, 2008). Ces enfants sont également plus susceptibles que les autres de voir leur signalement pour maltraitance corroboré et d'être placés à l'extérieur de leur milieu familial (Blackstock et al., 2004). Au Québec, où les études sont très peu nombreuses, Bernard et McAll (2004) constatent la surreprésentation des enfants haïtiens au seuil du système de protection de la jeunesse à Montréal. Réalisée à partir d'une cohorte de 200 jeunes, l'étude démontre que ces enfants sont 2,17 fois plus susceptibles d'être signalés que les jeunes québécois de souche. Il ressort en outre que ces jeunes sont proportionnellement plus nombreux à faire l'objet d'un signalement retenu selon le code d'urgence le plus prioritaire, à être retirés d'urgence de leur milieu familial et à ne pas y retourner par la suite. Le recours au tribunal de la jeunesse est aussi plus fréquent pour ces enfants. Plus récemment, ces auteurs ont aussi constaté le phénomène de la surreprésentation des jeunes noirs à l'entrée du système pénal juvénile à Montréal (Bernard et McAll, 2009).

Trois hypothèses sont principalement évoquées pour expliquer la représentation disproportionnée des enfants issus des minorités visibles dans le système de protection de l'enfance : 1) des besoins plus importants, 2) la présence d'a priori dans les signalements et les décisions et, enfin, 3) l'absence de services adaptés culturellement.

Selon la première hypothèse, les enfants de minorités visibles seraient davantage aux prises avec la pauvreté, la monoparentalité, des parents isolés socialement et ils vivraient davantage dans des quartiers défavorisés, autant de facteurs associés aux mauvais traitements envers les enfants (Barth, 2005; Sedlak et Broadhurst, 1996; Sedlak et Schultz, 2005).

La deuxième hypothèse explique la surreprésentation par une plus grande attention des professionnels et des citoyens à d'éventuelles situations de maltraitance quand elles concernent certains groupes ethnoculturels. Ces enfants seraient ainsi plus susceptibles d'être signalés que les enfants caucasiens (Hines, Lemon, Wyatt et Merdinger, 2004; Tourigny et Bouchard, 1994). Un biais pourrait aussi influencer négativement la prise de décision aux différentes étapes de la trajectoire de services offerts aux enfants de minorités. Ces enfants seraient ainsi plus susceptibles de voir leur signalement retenu à des fins d'enquête et corroboré, et leurs placements seraient plus nombreux et plus longs que ceux des enfants caucasiens (Ards et al., 2003; Chapin Hall Center for Children, 2008; Hill, 2006).

La dernière hypothèse évoque un manque d'accès à des services adaptés culturellement susceptibles de prévenir le placement ou de faciliter le retour de l'enfant dans son milieu familial. Les familles de minorités n'auraient pas facilement accès à des services de prévention ou de traitement de la maltraitance au sein de leur communauté. En outre, les services seraient peu adaptés aux différences culturelles, par exemple sur les plans linguistique ou du respect de normes différentes régissant les relations familiales (Hines, et al., 2004; Stoltzfus, 2005). La disproportion culturelle dans les services de protection de l'enfance est un enjeu complexe et de plus en plus d'auteurs estiment qu'aucune des hypothèses avancées jusqu'à présent ne peut à elle seule expliquer un tel phénomène (Hill, 2006; Hines et al., 2004). Cette disproportion résulterait plutôt d'une combinaison de facteurs reliés au cumul de risques individuels, familiaux et communautaires ainsi qu'aux pratiques d'intervention et au système de protection lui-même (Barth, 2005; Dettlaff et Rycraft, 2008; Hines et al., 2004). Le manque de consensus sur les causes de cette situation suggère donc la nécessité de poursuivre les recherches sur ce phénomène.

Cela est d'autant plus important que la plupart des recherches sur le sujet ont porté principalement sur les enfants d'origine africo-américaine dans le cas des États-Unis et sur les enfants autochtones pour ce qui est du Canada. Les enfants des autres groupes minoritaires, dont

les enfants d'origine arabe, latino-américaine et asiatique, ont été quant à eux peu étudiés. Or, des données de recherche montrent que la disproportion de la représentation ne touche pas tous les groupes de la même manière. Alors que les enfants afro-américains sont surreprésentés à toutes les étapes de la trajectoire de services, ceux d'origine asiatique, latino-américaine et caucasienne sont sous-représentés dans les services de protection américains et canadiens (Ards et al., 2003; Lavergne et al., 2008). Il apparaît donc important d'examiner la trajectoire de services des enfants en distinguant les différents groupes ethnoculturels, si l'on veut mieux comprendre la réalité de ces enfants et établir des pistes pour contribuer à rendre « les interventions plus efficaces et compétentes sur le plan culturel » (Rycus et Hughes, 2005 : 487).

Méthodologie

Constitution de l'échantillon et sources des données

L'étude repose sur une analyse de données cliniques et administratives concernant des enfants âgés de 17 ans ou moins signalés aux services de protection de la jeunesse de la région de Montréal. Elle porte sur l'ensemble des 4 805 enfants dont le signalement a été retenu par la Direction de la protection de la jeunesse du Centre jeunesse de Montréal-IU et du Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw entre le 9 juillet 2007 et le 8 juillet 2008. L'origine ethnoculturelle de l'enfant a été établie à partir de trois variables de base, soit la langue parlée à la maison, le pays de naissance et l'appartenance ethnoculturelle déclarée par l'enfant lui-même ou ses parents ou observée par l'intervenant. Dans le cas des enfants dont les parents n'avaient pas la même origine ethnoculturelle, celle du parent issu d'une minorité visible a été privilégiée. Dans le cas de couples issus de groupes minoritaires distincts, l'origine ethnoculturelle de la mère a été attribuée à l'enfant. La même procédure a été effectuée pour établir l'origine ethnoculturelle de la fratrie. Les données manquantes sur l'origine ethnoculturelle nous ont obligées à éliminer 480 cas. De plus, en raison de leur petit nombre et du fait qu'ils ne peuvent être considérés comme une minorité visible au sens de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, les 85 enfants autochtones ont été exclus. Enfin, 322 enfants

ont été exclus puisqu'aucune décision sur la situation de compromission n'avait encore été prise à la fin de la période à l'étude. Au total, ce sont donc 3 918 enfants dont le signalement pour mauvais traitements ou troubles de comportement a été retenu par les services de protection qui font partie de l'échantillon final.

Le système informatisé sur la clientèle des centres jeunesse, le système PIJ (Projet intégration jeunesse), a servi de source principale de données. Alimenté en continu à même les interventions quotidiennes des intervenants de la protection de la jeunesse, PIJ repose sur un ensemble de mesures mises en place pour assurer la standardisation des définitions entre les intervenants et les établissements et la saisie des informations dans le système ainsi que la fiabilité et la validité des données (Lavergne, Clément et Cloutier, 2005). Les renseignements contenus dans ce système permettent de documenter tant les caractéristiques de l'enfant et de sa famille que celles reliées aux motifs de signalement et aux services rendus au terme de l'évaluation et de l'orientation. Bien que ce système contienne près de 400 variables, seule une partie des renseignements a été utilisée dans la présente étude.

Variables à l'étude

Origine ethnoculturelle. L'opérationnalisation de l'origine ethnoculturelle est la même dans la présente étude que dans celle du recensement canadien de 2006. Trois groupes ont été constitués : les enfants caucasiens (n = 1659), les enfants noirs (n = 457) provenant des Antilles et de l'Afrique et les enfants issus des autres minorités (n = 495) comme les Asiatiques du Sud et de l'Est, les Philippins, les Japonais, les Arabes et les Latinos-Américains.

Caractéristiques du signalement. La **source de signalement** (professionnelle ou citoyenne) constitue une première variable au sujet du signalement. Les cinq **motifs de signalement** sont : mauvais traitements, négligence/abandon, agression sexuelle et mauvais traitements psychologiques, troubles de comportement sérieux, et une dernière catégorie regroupant les situations où plus d'une problématique est signalée (cooccurrence). Dans les situations de mauvais traitements, la présence de **sérvices physiques** chez l'enfant et de **pratiques**

éducatives déraisonnables chez les parents est aussi analysée.

Caractéristiques des services de protection. Chacune des situations de mauvais traitements ou de troubles de comportement peut être évaluée comme corroborée ou non corroborée. Les **taux de corroboration** sont calculés en prenant le nombre de cas corroborés divisé par le nombre de cas évalués multiplié par 100. Les autres variables reliées aux services rendus concernent les décisions portant sur le besoin de services de protection, le type de mesures et le placement. Dans l'étude, le **besoin de services de protection** signifie que l'intervenant a décidé, après une évaluation complète de la situation, de garder le dossier ouvert afin que l'enfant et sa famille reçoivent des services de protection, car sa sécurité ou son développement sont compromis. Le **type de mesures** correspond au régime en vertu duquel les services de protection sont prodigués, que ce soit selon une entente sur mesures volontaires ou sur ordonnance du tribunal. Enfin, il y a **placement** lorsque l'enfant est confié à des adultes à l'extérieur de son foyer, comme une famille d'accueil ou un centre résidentiel. La décision sur le placement est celle qui est prise à la fin de l'orientation (placement à long terme).

Caractéristiques individuelles ou familiales. La **récurrence** de mauvais traitements ou des troubles de comportement est mesurée par la présence d'une évaluation antérieure corroborée au cours des cinq dernières années. Les variables reliées aux parents concernent **l'âge de la mère à la naissance de l'enfant** et les **facteurs de risque** perçus par les intervenants. L'abus d'alcool ou de drogue, la violence intra-familiale, les problèmes de santé mentale ou physique, de déficience intellectuelle, d'instabilité émotionnelle, de jeu excessif et des antécédents judiciaires peuvent être présents. La variable est dichotomisée : aucun risque, un risque ou plus. Les caractéristiques de la famille concernent la **structure familiale** au moment du signalement ou durant l'évaluation (monoparentale ou biparentale) et le nombre d'enfants dans la famille.

Analyses

Deux types d'analyses ont été réalisés. Le premier a permis d'évaluer la disproportion dans

la représentation des différents groupes ethnoculturels dans le système de protection par le calcul d'indices de disparité (Shaw et al., 2008). Cette méthode permet d'estimer la probabilité qu'un groupe vive un événement comparativement à celle d'un autre groupe. Il s'agit donc d'une mesure de comparaisons intergroupes de la représentation relative des différents groupes ethnoculturels à chacune des étapes de leurs trajectoires dans les services (signalement, besoin de protection et placement). Pour établir cette probabilité relative, il faut d'abord connaître la disproportion métrique, c'est-à-dire la représentation de chacun des groupes dans la population générale ainsi qu'à chacune des étapes de la trajectoire. La disproportion métrique a été établie à partir des données PIJ pour les enfants en protection et des données du recensement 2006 pour le référent populationnel (Statistique Canada, 2006). L'indice de disparité est finalement obtenu en divisant la disproportion métrique pour chacun des groupes à l'étude par la disproportion métrique de l'ensemble des enfants du même groupe ethnoculturel dans la population générale. La seconde analyse, bivariée, permet de comparer les groupes sur diverses variables reliées aux caractéristiques des enfants, des parents, du signalement ainsi qu'aux principales décisions prises par les intervenants. Les variables étant catégorielles, le test statistique utilisé est le khi carré.

Résultats

Le tableau 1 permet d'examiner la représentation relative des enfants issus des groupes ethnoculturels aux différentes étapes de leurs trajectoires de services dans le système de protection montréalais. On constate que, comparativement à tous les autres enfants, les enfants noirs sont près de deux fois plus susceptibles d'être signalés aux services de protection. La probabilité qu'ils soient considérés en besoin de protection et de placement est également plus importante que celle des autres enfants, même si elle est moins élevée que celle observée à l'entrée du système de protection. Les taux de représentation des enfants caucasiens dans le système de protection demeurent moins élevés que ceux des enfants noirs, même si ces taux augmentent d'une étape à l'autre de la trajectoire de services. Enfin, de tous les enfants,

Tableau 1. Probabilités relatives des groupes ethnoculturels comparativement à tous les enfants aux différentes étapes de leurs trajectoires dans les services de protection montréalais

	Signalements	Besoins de protection	Placement
Caucasiens	0,89	1,06	1,40
Noirs	1,96	1,77	1,64
Autres minorités	0,72	0,61	0,44

ceux issus des autres minorités visibles sont les moins susceptibles de recevoir des services de protection. Leur sous-représentation augmente à chacune des étapes de leurs trajectoires dans les services.

Le tableau 2 porte sur les caractéristiques individuelles et familiales des enfants dont le signalement a été retenu par les services de protection. Les résultats font ressortir des différences importantes entre les minorités et les Caucasiens, mais qui ne vont pas nécessairement dans le sens attendu. Ainsi, les caractéristiques des enfants et des familles des minorités paraissent en général plus enviables que celles des enfants et des familles caucasiennes.

Par exemple, les enfants caucasiens sont plus nombreux que ceux issus des minorités visibles à vivre une situation de récurrence. Les parents des enfants caucasiens sont plus nombreux à présenter au moins une caractéristique à risque, telle qu'une déficience intellectuelle ou que des antécédents judiciaires. Les mères sont aussi plus nombreuses à avoir donné naissance à leur enfant avant l'âge de 21 ans. Enfin, les enfants caucasiens vivent plus souvent dans des familles monoparentales et ils sont plus souvent enfant unique que les enfants noirs et des autres minorités visibles qui, eux, vivent plutôt dans des familles biparentales et dans lesquelles il y a trois enfants ou plus.

Tableau 2. Caractéristiques individuelles et familiales des enfants signalés aux services de protection montréalais selon les groupes ethnoculturels

	Caucasiens (n = 2294)	Noirs (n = 798)	Autres minorités (n = 826)
Récurrence**			
Aucune	66 % (1 524)	71 % (569)	72 % (598)
Une ou plus	33 % (770)	29 % (229)	28 % (228)
Caractéristiques à risque des parents***			
Aucune	47 % (1 080)	57 % (457)	52 % (425)
Une ou plus	53 % (1 214)	43 % (347)	49 % (401)
Âge de la mère à la naissance***			
20 ans ou moins	17 % (334)	15 % (100)	10 % (76)
21 ans ou plus	83 % (1 680)	85 % (570)	90 % (658)
Nombre d'enfants dans la famille***			
Un enfant	36 % (833)	29 % (228)	30 % (249)
Deux enfants	32 % (737)	30 % (237)	32 % (267)
Trois enfants ou plus	32 % (724)	42 % (333)	38 % (310)
Structure familiale***			
Biparentale	27 % (569)	29 % (204)	45 % (341)
Monoparentale	73 % (1 574)	72 % (511)	55 % (421)

** p ≤ 0,01;

*** p ≤ 0,001.

Le tableau 3 présente les différences intergroupes en ce qui a trait aux caractéristiques du signalement et aux principales décisions prises par les intervenants lors de la prestation de services de protection. Les résultats révèlent tout d'abord que les enfants caucasiens sont plus souvent signalés par des citoyens que les enfants des minorités visibles qui sont, quant à eux, plus nombreux à être signalés par des sources

professionnelles (services sociaux, écoles, services de garde, hôpitaux et corps policiers). Concernant les motifs de signalement, la différence la plus importante concerne les mauvais traitements, qui sont plus souvent signalés dans le cas des enfants noirs et des enfants des autres minorités visibles que dans celui des enfants caucasiens; dans ces mauvais traitements, il s'agit souvent de pratiques éducatives

Tableau 3. Caractéristiques du signalement et des services de protection selon les groupes ethnoculturels

	Caucasiens (n = 2294)	Noirs (n = 798)	Autres minorités (n = 826)
<i>Caractéristiques du signalement</i>			
Source du signalement***			
Citoyenne	25 % (526)	17 % (131)	15 % (118)
Professionnelle	75 % (1 567)	83 % (646)	85 % (693)
Motifs de signalement***			
Négligence	25 % (575)	25 % (196)	17 % (137)
Séviçes physiques	12 % (271)	29 % (228)	23 % (189)
Agression sexuelle	10 % (219)	5 % (43)	9 % (73)
Troubles de comportement	10 % (234)	7 % (58)	6 % (52)
Mauvais traitements psychologiques	8 % (184)	11 % (89)	11 % (94)
Cooccurrence	35 % (781)	22 % (177)	34 % (278)
Discipline déraisonnable (séviçes physiques)***			
Oui	10 % (217)	21 % (166)	16 % (132)
Non	90 % (2 047)	79 % (625)	84 % (691)
Blessures physiques (séviçes physiques)***			
Oui	15 % (333)	29 % (231)	28 % (230)
Non	85 % (1 931)	71 % (560)	73 % (593)
<i>Caractéristiques des services de protection</i>			
Corroboration^{Ns}			
Fondée	80 % (1 835)	78 % (619)	79 % (643)
Non fondée	20 % (459)	22 % (179)	22 % (183)
Besoin de services de protection***			
Oui	62 % (1 128)	55 % (338)	52 % (332)
Non	39 % (707)	45 % (281)	48 % (311)
Types de mesures^{Ns} (n = 1076)			
Volontaires	45 % (309)	40 % (77)	45 % (92)
Judiciaires	54 % (369)	60 % (116)	55 % (113)
Placement* (n = 1571)			
Aucun	68 % (697)	71 % (199)	76 % (204)
Un ou plus	32 % (325)	29 % (83)	24 % (63)

Ns = non significatif;

* p ≤ 0,05;

** p ≤ 0,01;

*** p ≤ 0,001.

déraisonnables. Des blessures physiques sont aussi plus souvent présentes chez ces enfants que chez les autres. La prudence s'impose cependant dans l'interprétation de ce résultat, car la gravité de ces blessures n'est pas connue. En ce qui a trait aux décisions, aucune différence significative ne ressort entre les groupes quant à la corroboration des faits. Cependant, parmi les cas corroborés, les enfants noirs et ceux des autres minorités requièrent moins souvent de services de protection que les enfants caucasiens. Par ailleurs, lorsqu'on contrôle avec des variables reliées à la gravité de la situation (blessures physiques envers l'enfant et caractéristiques à risque des parents), le taux de besoin de services de protection est similaire entre les groupes. Cela suggère que ce n'est pas l'appartenance ethnoculturelle qui jouerait dans cette décision, mais plutôt les caractéristiques de la situation. D'autres analyses sont cependant nécessaires. Par ailleurs, aucune différence significative ne ressort en ce qui concerne le type de mesures (recours au tribunal ou mesures volontaires). Enfin, les résultats révèlent que les enfants caucasiens font plus souvent l'objet d'un placement à l'étape de l'application des mesures que les enfants noirs et des autres minorités visibles.

Discussion

La comparaison entre les enfants caucasiens, noirs et des autres minorités visibles fait ressortir des différences importantes quant à la représentation disproportionnelle aux différentes étapes de la trajectoire de services et au profil des signalements, des jeunes et des familles. Les résultats montrent que, comparativement aux enfants des autres groupes ethnoculturels, les enfants noirs sont les plus susceptibles de faire l'objet d'une intervention de la part des services de protection de la jeunesse à Montréal. L'analyse a en outre permis de constater que la représentation disproportionnée de ces enfants était plus importante au seuil du système qu'aux étapes ultérieures dans les services. Ces résultats indiquent que la situation des enfants noirs à Montréal est comparable à celle observée aux États-Unis où ils sont également surreprésentés dans le système de protection, particulièrement à l'étape du signalement (Fluke et al., 2003). La disproportion est toutefois légèrement moins impor-

tante à Montréal que dans certains États américains où ces enfants sont jusqu'à trois fois plus susceptibles d'être signalés (Shaw et al., 2008). Les résultats concernant les enfants des autres groupes culturels sont également concordants avec d'autres études, la plupart américaines, qui montrent que les enfants caucasiens et de minorités visibles autres que les Noirs ont une probabilité nettement plus faible que les enfants noirs de se retrouver dans le système de protection de l'enfance (Ards et al. 2003; Flukes et al., 2003; Lavergne et al., 2008; Stoltzfus, 2005).

Les résultats sur le profil des enfants et des familles signalés font également ressortir des différences intéressantes. Contrairement à ce que l'on aurait pu s'attendre, les enfants caucasiens vivent plus souvent dans un contexte à haut risque psychosocial, alors que les enfants noirs et ceux des autres minorités visibles vivent davantage dans un contexte à faible risque psychosocial. En effet, les situations des enfants caucasiens signalés à la protection de la jeunesse sont plus récurrentes, leurs parents sont plus jeunes et présentent davantage des caractéristiques à risque, et ils vivent plus souvent dans des familles monoparentales. Au contraire, les situations des enfants noirs et des autres minorités visibles sont souvent moins récurrentes, leurs parents sont généralement plus âgés et mieux adaptés et, même s'il y a plus d'enfants au sein de ces familles, celles-ci sont plus nombreuses à pouvoir compter sur deux parents pour en prendre soin.

Malgré ce contexte peu favorable à l'apparition de problématiques de protection, les enfants noirs sont plus susceptibles que les autres enfants de se retrouver dans le système de protection. Nous avons également constaté cette différence (Lavergne et al., 2008) dans les signalements au système de protection canadien. Seule la situation des enfants issus des autres minorités visibles semble cohérente avec le fait qu'ils soient nettement moins susceptibles que les autres de faire l'objet d'une intervention par les services de protection. Une interprétation voudrait que les familles immigrantes aient développé une plus grande capacité à surmonter le stress engendré par les nombreux obstacles et défis auxquels elles doivent faire face dans la société d'accueil

(Tourigny et Bouchard, 1994). Il est également possible que la sous-représentation de ces communautés soit attribuable à des différences dans la manière de définir et de résoudre les situations de mauvais traitements (Hines et al., 2004; Pelczarski et Kemp, 2006). Une analyse plus poussée est cependant nécessaire pour parvenir à mieux cerner un tel phénomène.

Les enfants caucasiens et ceux des minorités visibles diffèrent également quant aux caractéristiques de leurs signalements et à leurs besoins de services de protection. D'abord, les signalements des enfants caucasiens proviennent plus souvent de l'entourage que ceux des minorités, plus souvent signalés par des sources professionnelles que les Caucasiens. Sur le plan des problématiques signalées, on note une proportion plus importante de situations de sévices physiques dans le cas des minorités, situations qui apparaissent très associées à des méthodes disciplinaires ainsi qu'à des normes éducatives différentes de celles prônées par la culture majoritaire. Le fait que ce soit les professionnels qui les signalent pourrait témoigner d'un écart entre eux et ces communautés sur la manière de définir l'agression physique. Alors que pour certaines communautés la punition physique peut découler d'une intention éducative ou encore comporter une finalité adaptative, les intervenants psychosociaux ont plutôt tendance à juger cette pratique néfaste pour l'enfant et à l'associer parfois assez facilement à de mauvais traitements (Christensen, 1989). De tels résultats tendent donc à corroborer, partiellement du moins, l'hypothèse de la présence d'un a priori défavorable aux Noirs dans l'identification et le signalement des situations de compromission. Certaines valeurs reliées au rôle du parent semblent s'entrechoquer et les fortes proportions de signalements en provenance des sources professionnelles illustrent leur inquiétude à l'égard du développement et de la sécurité de ces enfants.

L'analyse des principales décisions prises par les intervenants des services de protection montre, par contre, que les craintes des professionnels situés en amont des services de protection ne sont pas nécessairement justifiées. En effet, les signalements concernant les enfants des minorités visibles ne sont pas plus souvent

corroborés que ceux des enfants caucasiens. De plus, ces enfants requièrent moins souvent de services de protection et, une fois que l'évaluation est achevée, ils font moins souvent l'objet d'un retrait de leur milieu familial que les enfants caucasiens. Ces résultats tendent donc à remettre en cause les études faisant état de l'existence d'un a priori défavorable aux enfants des minorités visibles dans la prise de décision sur la corroboration et le placement (Ards et al., 2003; Ards, Chung et Myers, 1999). D'autres études plus sophistiquées (modèle multivarié et prise en compte d'autres variables comme la pauvreté) sont cependant nécessaires pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Conclusion

En somme, les résultats de la présente étude montrent que la situation des enfants de minorités visibles signalés aux services montréalais de protection de la jeunesse, et particulièrement celles des Noirs, n'est pas la même que celle des enfants caucasiens. Ce constat soulève l'importance pour les services de protection québécois, à l'instar de leurs vis-à-vis américains, de s'attaquer à la question de la représentation disproportionnelle de certaines minorités visibles dans leurs services. Les disparités dans l'accès à des services de soutien et d'aide adaptés culturellement, à la prise de décision des intervenants psychosociaux et à leurs pratiques professionnelles constituent des cibles d'action en ce sens.

Descripteurs :

Services aux enfants issus des minorités - Québec (Province) // Jeunesse issue des minorités - Protection, assistance, etc. - Québec (Province) - Montréal // Service social aux minorités - Québec (Province) - Montréal

Children of minorities - Services for - Quebec (Province) // Minority youth - Child welfare - Quebec (Province) - Montréal // Social work with minorities - Quebec (Province)

Note

1 Les auteures tiennent à remercier les Centres jeunesse participants pour avoir facilité l'accès aux données utilisées dans cette étude. Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

Références

- Ards, S. D., Chung, C., & Myers, S. L. (1999). Letter to the editor, *Child Abuse and Neglect*, 23 (12), 1-9.
- Ards, S. D., Myers, S. L., MalkisErin, A., & Zhou, L. (2003). Racial Disproportionality in Reported and Substantiated Child Abuse and Neglect: An Examination of Systematic Biases, *Children and Youth Services Review*, 25 (5-6), 375-392.
- Barth, R. (2005). Child welfare and race: models of disproportionality. In D. J. Derezotes, J. Poertner & E. M. Testa. *Race matters in child welfare: The overrepresentation of African American children in the system*: 25-46. Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Bernard, L., et McAll, C. (2004). La surreprésentation des jeunes haïtiens dans le système québécois de la protection de la jeunesse, *Intervention*, 120, 117-124.
- Bernard, L., et McAll, C. (2009). *La surreprésentation des jeunes Noirs montréalais*. Montréal : Centre de recherche sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). www.cremis.ca.
- Blackstock, C., Trocmé, N., & Bennett, M. (2004). Child Maltreatment Investigations among Aboriginal and Non-Aboriginal Families in Canada, *Violence Against Women*, 10 (8), 901-916.
- Chan, A. (2008). Every child matters? A critical review of child welfare reforms in the context of minority ethnic children and families, *Child Abuse Review*, 17, 6-22.
- Chapin Hall Center for Children (2008). *Understanding racial and ethnic disparity in child welfare and juvenile justice*. Chicago: Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago.
- Christensen, C. P. (1989). Protecting our youth: Cultural issues in the application and administration of the Youth Protection Act, *Intervention*, 84, 31-41.
- Detlaff, A. J., & Rycraft, J. R. (2008). Deconstructing disproportionality: views from multiple community stakeholders, *Child Welfare*, 87, 37-58.
- Fluke, J. D., Yuan, Y.-Y. T., Hedderson, J., & Curtis, P. A. (2003). Disproportionate representation of race and ethnicity in child maltreatment: Investigation and victimization, *Children and Youth Services Review*, 25 (5-6), 359-373.
- Gouvernement du Canada (2004). *Rapport statistique sur l'équité en matière d'emploi 2001*. Ottawa : Ressources humaines et développement des compétences.
- Hill, R. B. (2006). *Synthesis of research on disproportionality in child welfare. An update*. Washington, Casey-CSSP Alliances for Racial Equity in the child welfare system.
- Hines, A. M., Lemon, K., Wyatt, P., & Merdinger, J. (2004). Factors related to the disproportionate involvement of children of color in the child welfare system: A review and emerging themes, *Children and Youth Services Review*, 26, 507-527.
- Lavergne, C., Clément, M.-È., et Cloutier, R. (2005). PIBE ou la création d'une fenêtre sur des données de recherche dans le domaine de la protection de la jeunesse au Québec, *Intervention*, 122, 31-41.
- Lavergne, C., Dufour, S., Trocmé, N., & Larrivée, M.-C. (2008). Visible minority, Aboriginal and Caucasian children investigated by Canadian protective services, *Child Welfare*, 87, 59-76.
- Pelczarski, Y., & Kemp, S. P. (2006). Patterns of child maltreatment referrals among asian and pacific islander families, *Child Welfare*, 85, 5-31.
- Rycus, J. S., et Hughes, R. C. (2005). *Guide terrain pour le bien-être des enfants*. Montréal : éditions Sciences et culture.
- Sedlak, A. J., & Broadhurst, D. D. (1996). *Third national incidence study on child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S.: Department of Health and Human Services.
- Sedlak, A. J., & Schultz, D. (2005). *Race Differences in Risk of Maltreatment in the General Child Population*. Paper presented at the Race Matters forum, January 8-9, 2001. Chevy Chase, MD.
- Shaw, T. V., Putnam-Hornstein, E., Magruder, J., & Needell, B. (2008). Measuring racial disparity in child welfare, *Child Welfare*, 87, 23-36.
- Statistique Canada (2006). *Recensement de la population 2006*. Commande spéciale. <http://www.statcan.ca>.
- Stoltzfus, E. (2005). *Race, Ethnicity and child welfare*. Washington, Congressional Research Service.
- Tourigny, M., et Bouchard, C. (1994). Incidence et caractéristiques des signalements d'enfants maltraités : comparaison interculturelle, *Child Abuse & Neglect*, 18 (10), 797-808.

L'application du modèle transthéorique du changement dans le cadre du protocole de collaboration police-CLSC en violence conjugale

par

Annie Blais, t.s., M. Sc.

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles
Courriel : annie.blais@hotmail.com

Sonia Gauthier, Ph. D.

Professeure agrégée et chercheure
École de service social
Université de Montréal

Description of the Transtheoretical Model of Change used with abused women.

Description du modèle transthéorique de changement et de son utilisation auprès des femmes victimes de violence conjugale.

Les femmes victimes de violence conjugale ont parfois de la difficulté à demander de l'aide aux ressources formelles qui les entourent (maisons d'hébergement, CLSC, centres de femmes, centres d'aide aux victimes d'actes criminels, etc.), en raison de la honte ressentie au sujet de leur situation ou de la méconnaissance des ressources, par exemple (Audy, 1994; Flores, Bouchard et Maurice, 2000). Dans le cadre d'un stage de pratique en travail social effectué par la première auteure au CLSC Hochelaga-Maisonneuve¹, à Montréal, il est apparu évident que le protocole de collaboration en matière de violence conjugale établi avec le Service de police de la ville de Montréal (SPVM et Regroupement des CLSC de Montréal, 2000) est un outil important pour permettre aux femmes qui ont de la difficulté à demander de l'aide d'avoir accès à des services.

En effet, ce protocole de collaboration entre les services permet aux policiers de référer directement la femme victime de violence conjugale

au CLSC, si celle-ci accepte de recevoir cette aide lors de leur intervention. La femme n'a qu'à signer le formulaire qui autorise les policiers à transmettre ses coordonnées à une intervenante² du CLSC, qui la contactera par téléphone durant les jours suivants pour lui offrir un soutien psychosocial adapté à sa situation ainsi que l'accès aux différents services de son établissement. La mission du protocole est donc d'offrir aux femmes victimes de violence conjugale un accès rapide aux services d'aide, surtout lorsque celles-ci refusent d'être dirigées vers les ressources d'hébergement.

Ce type de protocole, mis en place en 1990 de façon expérimentale dans les CLSC de la région de Montréal, est maintenant utilisé dans la majorité des CLSC du réseau de la santé et des services sociaux. Toutefois, les statistiques démontrent que parmi les femmes qui ont signé le protocole, seule une fraction accepte de parler à l'intervenante qui la contacte, et un nombre très restreint consent à entreprendre un suivi (Audy, 1994; Groulx, 2002; Rinfret-Raynor, Cantin et Fortin, 1997). Cette situation est préoccupante. D'une part, plusieurs femmes ne reçoivent pas l'aide offerte et peuvent rester longtemps aux prises avec une situation de violence, ce qui peut représenter un danger pour elle et ses enfants. D'autre part, ce protocole mobilise les policiers et les intervenantes du CLSC et, pour maintenir l'implication de ces deux groupes d'intervenants, ceux-ci doivent être convaincus que le protocole remplit sa mission. En effet, les policiers doivent être persuadés que le protocole est utile, puisque ce sont eux qui auront la tâche de le présenter aux femmes victimes de violence conjugale et qui devront leur faire valoir l'importance d'une telle aide. Les intervenantes, quant à elles, doivent contacter les femmes et tenter de les convaincre de poursuivre des démarches afin de faire face à leur situation problématique. Il est donc primordial de tenter de comprendre pourquoi les femmes refusent l'aide dans une grande proportion et refusent d'utiliser de bonnes stratégies d'intervention

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 242-248.

qui pourraient atteindre le plus grand nombre d'entre elles. Cet article se veut une contribution à ces deux objectifs, d'abord en exposant de quelle manière une intervenante pourrait utiliser le modèle transthéorique du changement afin de mieux cerner à quel stade de changement la femme référée se situe et, ensuite, comment elle pourrait choisir des stratégies d'intervention adaptées aux caractéristiques spécifiques de ces stades.

Dans les pages qui suivent, un résumé des évaluations du protocole sera présenté. Ensuite, un survol du modèle transthéorique du changement sera fait, puis des éléments aidant à déterminer à quel stade du changement se situe la femme rencontrée dans le cadre du protocole seront exposés. Par la suite, les interventions qui semblent appropriées d'utiliser seront présentées.

Évaluations du protocole police-CLSC

Les évaluations qui ont été faites du protocole police-CLSC soulignent ses points forts ainsi que des difficultés liées à son application. En ce qui a trait aux points forts du protocole, il s'avère que celui-ci permet un meilleur accès aux services pour les femmes victimes de violence conjugale, et ce, dans un court laps de temps (Côté, 2000, Flores et al., 2000). Le protocole peut également contribuer à la prévention de la violence et permet d'augmenter la sécurité des femmes (Cadrin, Alary et Pineault, 1999; Groulx, 2002; Beaulieu, 2008) en s'assurant que lorsqu'elles entreront en contact avec une intervenante des services sociaux, elles pourront obtenir de l'information sur la violence et développer des scénarios de protection.

Une difficulté majeure liée au protocole est le fait que peu de femmes acceptent de s'engager dans un suivi (Cantin, Rinfret-Raynor et Fortin, 1994; Côté, 1997; Cadrin et al., 1999; Groulx, 2002; Larose et Rousseau, 2002). Audy (1994 : 133) souligne que les intervenantes : « [...] ont eu à vivre de forts sentiments d'impuissance face au fait que ces femmes ont souvent des scrupules à demander de l'aide, qu'elles déclinent carrément l'offre de service ou, encore, qu'elles mettent fin prématurément aux démarches entreprises ».

Confrontées à ces difficultés, les intervenantes doivent développer des stratégies d'interven-

tion adaptées à l'étape du cheminement des femmes référées dans le cadre du protocole, afin de mieux répondre à leurs besoins. L'approche transthéorique du changement permet à ces intervenantes d'opter pour des interventions appropriées à chacune des étapes, ce qui pourrait contribuer à diminuer leur sentiment d'impuissance concernant ces femmes.

Bref survol du modèle transthéorique du changement

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1983) postule que les gens traversent différentes étapes durant un processus de changement. Les stades proposés par ces auteurs sont les suivants : la précontemplation; la contemplation; la préparation; l'action; et le maintien (Prochaska et al., 2005).

Durant la période de précontemplation, l'individu n'a généralement pas conscience d'avoir un problème et n'a donc aucune intention de changer (Prochaska et Norcross, 1999; Prochaska et al., 2005). Il arrive fréquemment qu'à cette étape une personne se présente en thérapie sous la pression de ses proches ou d'une autorité quelconque (patron, juge, etc.); elle risque alors d'abandonner ses démarches prématurément (Prochaska et Norcross, 1999). Lors du stade de la contemplation, l'individu est conscient qu'un problème existe et commence à songer à y remédier (Prochaska et al., 1994), mais il est ambivalent quant au changement et n'est donc généralement pas prêt à passer à l'action (Rondeau, Lindsay, Brochu et Brodeur, 2006). Cette phase peut durer des mois, voire des années (Prochaska et al., 1994; Zink, Elder, Jacobson et Klostermann, 2004). Le stade de la préparation, quant à lui, est caractérisé par l'engagement dans l'action en vue d'atteindre le changement (Prochaska et al., 2005; Rondeau et al., 2006). L'individu a un plan précis, qui comprend des actions qui tendent vers la cessation du comportement indésirable (Prochaska et al., 1994). La période de l'action, pour sa part, consiste en une modification de comportement, d'attitudes, de croyances, d'expériences ou d'environnement, afin de régler le problème identifié (Prochaska et al., 1994). Enfin, durant la phase de maintien, l'individu tente activement de consolider les changements obtenus auparavant afin de ne pas

retourner à la situation de départ (Prochaska et Norcross, 1999; Prochaska et al., 2005).

Déterminer à quel stade du changement se situe la femme victime de violence conjugale

Afin que l'intervenante qui travaille avec une femme référée dans le cadre du protocole puisse choisir le type d'intervention adéquat pour elle, il est nécessaire de pouvoir la situer dans le stade de changement approprié. Pour mieux outiller l'intervenante durant cette évaluation de la situation, un survol des caractéristiques dont il faut tenir compte sera présenté ici.

Ces caractéristiques, présentées dans les prochaines pages, proviennent de la recension des écrits et du stage effectué au CLSC Hochelaga-Maisonneuve. En effet, un peu plus d'une quinzaine de résidentes du quartier Hochelaga-Maisonneuve, âgées de 20 à 60 ans, ont été contactées par la stagiaire dans le cadre du protocole, et ce, entre septembre 2007 et avril 2008. La relecture à la lumière du modèle transthéorique du changement des situations des femmes contactées et des interventions réalisées s'est faite postérieurement au stage.

Lors de la phase de précontemplation, les femmes nient avoir un problème et perçoivent leur situation conjugale comme normale (Brown, 1997; Burke, Carlson Gielen, McDonnell, O'Campo et Maman, 2001; Frasier, Slatt, Kowlowitz et Glowa, 2001). Elles peuvent rationaliser leur vécu et être dans le déni complet (Frasier et al., 2001; Haggerty et Goodman, 2002). Parmi les femmes rencontrées dans le cadre du protocole durant le stage, quelques-unes semblaient se situer à cette étape du changement, car elles refusaient d'admettre qu'elles vivaient une situation problématique. Il est raisonnable de penser que le fait que les femmes refusent les services ou refusent de reconnaître qu'elles vivent une situation problématique soit un indicateur du stade de la précontemplation. Par contre, différents autres facteurs, tels que la honte de parler de la situation à une étrangère ou l'espoir créé par la période de lune de miel, pourraient également expliquer ces réactions. Il est aussi possible que la femme ait vécu un événement de violence isolé et qu'elle ne ressente pas le besoin de recevoir de l'aide.

Au cours de la phase de la contemplation, les femmes commencent à voir la situation de violence conjugale comme étant problématique et à peser le pour et le contre de la relation (Brown, 1997; Burke et al., 2001; Frasier et al., 2001). Brown (1997) affirme que ces femmes peuvent se sentir dépassées par la quantité de contraintes externes qu'elles doivent affronter pour mettre fin à la violence (manque d'argent, manque de soutien social, etc.). Elles peuvent être inquiètes que le conjoint mette ses menaces à exécution, de perdre la garde de leurs enfants ou de ne plus avoir d'endroit où habiter si elles le quittent (Frasier et al., 2001). L'ambivalence est une caractéristique qui peut se présenter sporadiquement à tous les stades du modèle, mais elle se manifeste davantage durant l'étape de la contemplation, alors que les femmes vivent un réel tiraillement entre les moments où elles veulent un changement et ceux où elles nient ou minimisent la situation.

Dans le cadre du stage effectué, la grande majorité des femmes rencontrées grâce au protocole se situait probablement à ce stade de changement. La plupart vivaient de l'ambivalence et plusieurs se sentaient dépassées par l'ampleur des obstacles qu'elles auraient à affronter si elles décidaient de mettre fin à la violence vécue. La majorité d'entre elles admettait généralement que le conjoint avait des comportements violents et que cela se répercutait de façon négative sur elles et sur leurs enfants. L'ambivalence de ces femmes se manifestait souvent par une alternance entre des moments où elles désiraient changer la situation et des moments où elles voulaient maintenir le *statu quo*. Cette dernière option s'accompagnait souvent de minimisation et de déni, ce qui fait que les femmes retournaient au stade de la précontemplation. Elles ne semblaient pas en mesure de prendre la décision de mettre fin à la relation.

Durant la phase de préparation, les femmes réalisent habituellement qu'elles ne sont pas responsables de la violence vécue et sont déterminées à y mettre fin (Brown, 1997). Certains indices peuvent indiquer qu'elles se situent dans cette phase : en parler à une amie qui pourrait lui offrir l'hébergement si elle décidait de partir; planifier l'argent du départ; appeler une ligne d'écoute; etc. (Brown, 1997). Il semble

qu'une préparation incomplète pourrait être la raison pour laquelle les femmes retournent à la période de contemplation (Frasier et al., 2001). Les femmes rencontrées dans le cadre du protocole ont parfois utilisé des stratégies de préparation, mais souvent de façon désorganisée et rarement avec un plan bien défini. Ce manque de préparation expliquerait, du moins en partie, ce qui fait que des femmes retournent même jusqu'au stade de la précontemplation.

C'est pendant la phase d'action que la femme commence à entreprendre des gestes concrets et soutenus pour mettre fin à la situation de violence. Selon Brown (1997), la rupture ne doit pas être vue comme le seul critère pour déterminer qu'une femme est en action.

Quant à eux, Frasier et al. (2001) fournissent les exemples d'indices suivants : être en thérapie; participer à un groupe de soutien pour les femmes victimes de violence conjugale; et demander à ce que le conjoint entre en thérapie. Les femmes rejointes dans le cadre du protocole n'ont pas utilisé de stratégies propres au stade de l'action.

Concernant la phase de maintien, Burke et al. (2001) proposent deux exemples d'indices liés à cette étape : « [...] la femme travaille à prendre soin d'elle; et elle ne parle plus à son agresseur quand elle le rencontre » (p. 1151, traduction libre). Aucune femme ne correspondait à ce stade parmi celles rencontrées durant le stage.

Pistes d'intervention propres aux femmes victimes de violence conjugale selon le modèle transthéorique

Après avoir déterminé le stade dans lequel la femme se situe, l'intervenante doit privilégier l'utilisation d'interventions qui sont adaptées à ce stade. Pour chacune des étapes du modèle, les propositions d'interventions contenues dans la recension des écrits seront présentées, suivies des interventions réalisées dans le cadre du protocole lors du stage.

Durant l'étape de la précontemplation, la littérature sur la violence conjugale reliée au modèle de Prochaska et al. (1983) suggère les interventions suivantes : prendre position contre la violence; amener la femme à se questionner sur sa relation amoureuse; lui assurer qu'aucune pression ne lui sera faite pour qu'elle entame un changement; donner de

l'information sur la violence conjugale; l'aider à mettre en place un scénario de sécurité (Frasier et al., 2001; Haggerty et Goodman, 2002; Zink et al., 2004). Il est important de préciser que la femme doit être encouragée non pas à quitter son conjoint (puisque'il est rare qu'elle en soit rendue à envisager cette solution durant ce stade), mais plutôt à mettre en place des mesures de sécurité au cas où elle aurait à se protéger durant un épisode violent. Expliquer à la femme le cycle de la violence lui permettrait également de mieux comprendre la dangerosité de sa situation (Haggerty et al., 2002). De plus, tout comme le suggèrent Prochaska et Prochaska (1999) avec les gens qui vivent différentes problématiques et qui se situent à ce stade, il faut leur laisser tout l'espace nécessaire à la ventilation et à l'expression des sentiments négatifs.

Plusieurs femmes rencontrées dans le cadre du stage se situaient à l'étape de la précontemplation. Ces femmes n'admettaient pas avoir un problème dans leur relation de couple ou ne s'identifiaient pas comme victimes de violence conjugale, que ce soit parce qu'elles n'étaient pas conscientes de ce qu'elles vivaient ou parce qu'elles n'étaient pas prêtes à l'admettre. Il importe de créer un fort lien avec elles avant de pouvoir les confronter par rapport à leur relation amoureuse. La plupart de ces femmes souhaitaient simplement parler de leur vécu sans être jugées et ne formulaient aucune demande en particulier. L'écoute active et le reflet semblent alors être à cette étape des interventions particulièrement importantes durant les entrevues avec ces femmes, afin de démontrer de l'empathie. Par ailleurs, il est apparu que sans vouloir alarmer inutilement la femme, il fallait tout de même tenir compte de la dangerosité potentielle de la situation et tenter d'au moins lui communiquer nos inquiétudes vis-à-vis de sa sécurité, si tel était le cas, et établir un scénario de protection, si possible. Il a également semblé opportun de présenter à cette étape le cycle de la violence, un outil qui peut permettre à la femme de réaliser qu'elle vit une problématique qui dépasse le simple conflit de couple. Il fut aussi jugé important de donner beaucoup d'informations sur la problématique, comme expliquer l'escalade de la violence, nommer les ressources possibles pour obtenir de l'aide et détailler les étapes qui l'attendent si elle entre dans le processus judiciaire. De plus,

il a paru approprié de discuter avec elle des conséquences de la violence conjugale sur la santé des femmes et celle de leurs enfants.

Quand la femme se situe au stade de la contemplation, la recension des écrits suggère de prendre en considération son ambivalence relative au changement et de l'aider à surmonter les barrières qui se dressent devant elle (Brown, 1997; Zink et al., 2004). On peut alors lui demander ce qu'elle a déjà essayé de changer auparavant, l'aider à dresser une liste des gains et des pertes liés au changement, regarder avec elle les difficultés qu'elle appréhende, discuter des options qui s'offrent à elle pour surmonter les obstacles, lui offrir un soutien inconditionnel en regard de ses décisions et l'encourager en lui racontant l'expérience d'autres femmes qui ont réussi à amener des changements positifs dans leur vie (Frasier et al., 2001). Il est nécessaire de valider ce que la femme ressent et d'être empathique pour qu'elle reprenne confiance en sa propre valeur (Haggerty et al., 2002).

Plusieurs femmes rencontrées dans le cadre du protocole se situaient également au stade de la contemplation. L'ambivalence est la caractéristique qui fut la plus fréquemment remarquée chez ces femmes. Encore une fois, cette réalité a demandé d'user de beaucoup de patience et de délicatesse dans l'intervention. Il ne fallait pas se laisser envahir par l'impression qu'il est nécessaire d'amener les femmes à quitter leur conjoint. Une grille des avantages et des inconvénients liés à leur situation fut un bon outil pour aider les femmes à avoir une meilleure vue d'ensemble de leur relation amoureuse et à prendre du recul à cet égard, sans se sentir jugées. Enfin, durant le stade de la contemplation, il a semblé primordial d'aider la femme à retrouver l'espoir en une vie meilleure et sans violence. Il fut approprié, à ce moment-là, de discuter ensemble de la situation de femmes qui ont réussi à se sortir de la violence.

Lorsque la femme atteint l'étape de la préparation, c'est qu'elle commence à planifier des petites actions (Prochaska et Prochaska, 1999). Les études sur la violence conjugale démontrent qu'il est utile pour elle que l'intervenante l'aide à définir son plan et lui suggère des balises de temps afin que l'action ne soit pas prématurée ou que la phase de préparation ne s'étire pas

trop longtemps (Frasier et al., 2001). C'est également le moment où l'intervenante peut présenter plus en détail les ressources que la femme pourra utiliser et où son scénario de sécurité peut être revu et mis à jour (Frasier et al., 2001). Il est nécessaire d'aborder avec la femme les différentes peurs qu'elle peut ressentir, afin de l'aider à planifier des solutions à chacune de ses craintes. Il faut également tenir compte de la peine qu'elle pourrait ressentir concernant la fin de la relation (Haggerty et al., 2002).

Les femmes référées dans le cadre du protocole qui se situaient au stade de la préparation avaient commencé à penser à des stratégies qu'elles pourraient mettre en place pour que la violence cesse. Il fut ainsi jugé approprié de leur offrir du soutien et de leur présenter les différents services auxquels elles pouvaient avoir recours. Ces femmes semblaient avoir besoin d'être rassurées et d'obtenir une aide concrète ainsi que des informations adéquates sur la suite des procédures, surtout celles concernant le domaine judiciaire.

Au moment où la femme est dans la phase de l'action, il est préférable de planifier des rencontres de suivi afin de s'assurer qu'elle est soutenue durant ces changements (Frasier et al., 2001). Il est également indiqué, durant cette période, d'être alerte aux signes de « rechutes » que la personne peut vivre, ce qui permettrait de discuter avec elle des difficultés qu'elle rencontre et de la soutenir durant la transition (Frasier et al., 2001). Haggerty et al. (2002) suggèrent que la femme tienne un journal au sujet des événements violents vécus (ce qui pourrait l'empêcher « d'oublier » ce qu'elle a ressenti et de retourner à la contemplation), que l'intervenante renforce ou récompense les actions prises par la femme pour mettre fin à la situation de violence et qu'elle aide la femme à se reconstruire un réseau social sain. L'expérience de stage vécue n'a pas permis d'être en contact avec des femmes qui se situaient dans l'action.

Enfin, durant la période du maintien, il est approprié de continuer d'encourager et de soutenir la personne dans son processus de changement, en plus d'être attentif aux indices d'un retour à la contemplation (Frasier et al., 2001). Les interventions à ce stade visent ainsi à aider les femmes à maintenir les gains qu'elles auront acquis tout au long du processus.

Conclusion

La connaissance des stades du changement ainsi que l'utilisation d'interventions appropriées à chacun peuvent être des outils importants dans l'aide offerte aux femmes victimes de violence conjugale référées dans le cadre du protocole de collaboration entre les services policiers et les services sociaux. Toutefois, certains auteurs soulignent que le modèle transthéorique du changement ne permet pas toujours de bien représenter la grande variété des expériences vécues par les femmes qui vivent de la violence conjugale, car les comportements de celles-ci pourraient parfois être classés dans plus d'un stade à la fois et que les femmes ne suivent pas nécessairement l'ordre des stades dans leur cheminement (Cluss et al., 2006; Chang et al., 2006). Ainsi, ce modèle peut comporter certaines limites et doit dès lors être utilisé de manière nuancée.

Cela dit, cette grille d'analyse a le potentiel d'amener l'intervenante à mieux respecter le rythme de la femme et à mettre ainsi à profit tous ses échanges avec elle. La femme contactée dans le cadre du protocole pourrait alors être plus encline à accepter l'aide proposée et à entreprendre une démarche afin de sortir de sa situation problématique. Le protocole peut également bonifier l'aide qui est offerte en augmentant la sécurité des femmes (grâce à la possibilité de développer un scénario de sécurité avec l'intervenante et d'obtenir de l'information sur la violence conjugale), en participant à diminuer le sentiment d'impuissance des intervenants confrontés à la problématique de la violence conjugale et, éventuellement, en contribuant à aider les femmes à mettre fin à la situation de violence vécue.

Selon nous, le modèle de changement de Prochaska et al. (1983) pourrait représenter un outil pertinent à utiliser lors de toutes les interventions avec des femmes victimes de violence conjugale, donc au-delà du cadre du protocole de collaboration police-CLSC. Des études supplémentaires seront toutefois souhaitables pour développer davantage les applications de ce modèle en violence conjugale et valider son utilisation.

Descripteurs :

Violence entre conjoints // Protocole de collaboration police-CLSC // Modèle transthéorique de changement - Méthodes d'intervention // Service social - Méthodes d'intervention // Intervention auprès des femmes victimes de violence // Service social aux femmes victimes de violence
Marital violence // Social work - Methodology // Social work with abused women // Transtheoretical Model of Change - Methodology

Notes

- 1 Le CLSC Hochelaga-Maisonnette fait partie du Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale et a pour mission d'offrir des services communautaires à la population. Il offre par exemple des services sociaux courants aux adultes, de l'aide à domicile pour les personnes à mobilité réduite ainsi que du soutien aux familles.
- 2 Le féminin sera utilisé ici, considérant la très forte majorité de femmes employées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Références

- Audy, R. (1994). La collaboration entre policiers et intervenants sociaux : échec ou succès? *The social worker/Le travailleur social*, 62 (3), 133-136.
- Beaulieu, C. (2008). Référer les victimes de violence conjugale aux ressources psychosociales dans le cadre du protocole d'entente en matière de violence conjugale : point de vue des policiers et des victimes, dans *Actes du 33e congrès de la société de criminologie du Québec : La peine, ça vaut la peine d'en parler*. Site de la société de criminologie du Québec. Extrait du site de la société de criminologie du Québec le 15 mars 2008 : http://www.societecrimino.qc.ca/actescongres/bloc_a_atelier_5.html.
- Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence: the process of change in battered women, *Violence Against Women*, 3, 5-26.
- Burke, J. C., Carlson Gielen, A., McDonnell, K. A., O'Campo, P., & Maman, S. (2001). The process of ending abuse in intimate relationships. A qualitative exploration of the transtheoretical model, *Violence Against Women*, 7 (10), 1144-1163.
- Cadrin, H., Alary, F., et Pineault, M. J. (1999). *Le protocole sociojudiciaire en matière de violence conjugale du Bas-Saint-Laurent : conception, mise en œuvre, expérimentation et évaluation*. Rimouski : Régie régionale de la santé et des services sociaux.

- Cantin, S., Rinfret-Raynor, M., et Fortin, L. (1994). *Utilisation des ressources par les victimes de violence conjugale. Le cas des femmes référées aux CLSC par les policiers* (Collection Études et analyses, no 1). Montréal : CRI-VIFF.
- Chang, J. C., Dado, D., Ashton, S., Hawker, L., Cluss, P. A., Buranosky, R., & Hudson Scholle, S. (2006). Understanding behaviour change for women experiencing intimate partner violence: mapping the ups and downs using the stages of change, *Patient Education and Counseling*, 62, 330-339.
- Cluss, P. A., Chang, J. C., Hawker, L., Hudson Scholle, S., Dado, D., Buranosky, R., & Goldstrohm, S. (2006). The process of change for victims of intimate partner violence: support for a psychosocial readiness model, *Women's Health Issues*, 16, 262-274.
- Côté, B. (1997). *Rapport d'évaluation du projet pilote CLSC-Police en violence conjugale*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Côté, M. (2000). *L'application des protocoles de collaboration en matière de violence conjugale et intrafamiliale convenus entre les CLSC et les PDQ. Rapport d'évaluation*. Montréal : Division planification, orientations stratégiques et budgétaires et recherche et développement, direction de la gendarmerie du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal.
- Flores, J., Bouchard, A., et Maurice, P. (2000). *Rapport d'intervention : Mise en place et évaluation des protocoles d'entente intersectoriels concernant la violence faite aux femmes en milieu familial*. Québec : Direction de la santé publique du Québec.
- Frasier, P. Y., Slatt, L., Kowlowitz, V., & Glowa, P. T. (2001). Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence, *Patient Education and Counseling*, 43, 211-217.
- Groulx, J. (2002). *Protocole de collaboration en violence conjugale pour l'aide psychosociale et l'accompagnement sociojudiciaire. Synthèse de l'évaluation du protocole dans 10 secteurs de la Montérégie*. Longueuil : Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Haggerty, L. A., & Goodman, L. A. (2002). Stages of change-based nursing interventions for victims of interpersonal violence, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32 (1), 68-75.
- Larose, L., et Rousseau, J. (2002). *Évaluation de l'implantation des protocoles sociojudiciaires et données sur la violence conjugale et familiale*. Sainte-Marie : Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis* (3rd Ed.). Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis* (4th Ed.). Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing.
- Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Why don't continent move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9 (1), 83-102.
- Prochaska, J. M., Paiva, A. L., Padula, J. A., Prochaska, J. O., Montgomery, J. E., Hageman, L., & Bergart, A. M. (2005). Assessing emotional readiness for adoption using the transtheoretical model, *Children and Youth Services Review*, 27, 135-152.
- Rinfret-Raynor, M., Cantin, S., et Fortin, L. (1997). Les stratégies de recherche d'aide des femmes victimes de violence conjugale : le cas des femmes référées aux CLSC par les policiers, *Criminologie*, XXX (2), 87-108.
- Rondeau, G., Lindsay, J., Brochu, S., et Brodeur, N. (2006). *Application du modèle transthéorique du changement à une population de conjoints aux comportements violents* (Collection Études et analyses, no 35). Montréal : CRI-VIFF.
- Service de police de la ville de Montréal et Regroupement des CLSC de Montréal (2000). *Protocole de collaboration. Pour assurer des services en matière de violence conjugale et familiale*. Montréal : SPVM et Regroupement des CLSC de Montréal.
- Zink, T., Elder, N., Jacobson, J., & Klostermann, B. (2004). Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation, *Annals of Family Medicine*, 2 (3), 231-239.

Les modèles de relations partenariales dans le secteur du soutien à domicile québécois

par

Sébastien Savard, Ph. D.

Professeur agrégé

Université d'Ottawa

Courriel: Sebastien.Savard@uottawa.ca

Suzie Robichaud, Ph. D.

Professeure titulaire au département

des sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

Sabrina Tremblay, M.S.s.

Étudiante au doctorat en développement

local et régional

Université du Québec à Chicoutimi

*Ce n'est pas le gouvernement
que souhaite l'homme,
c'est la vie qu'il veut,*

Arthur Maurice Hocart

Results of a study aiming to understand the types of partnership between CSSS (social services centres) and community organizations in home-care situations, in six Quebec regions.

Résultats d'une recherche portant sur les types de collaboration entre les CSSS et les organismes communautaires dans les situations de soutien à domicile, dans six régions du Québec.

Au tournant des années 1980, le gouvernement du Québec invita les établissements du réseau public de la santé et des services sociaux et les organismes du tiers secteur à intensifier leur collaboration afin d'améliorer la qualité des services offerts à la population (Savard, 2002; Robichaud, 1996; Groulx, 1995; Hamel, 1995). L'opposition et la méfiance que montraient les

deux acteurs au début de cet appel au partenariat (Robichaud, 2003a; Savard et Mayer, 2001) semblent s'apaiser, et les relations se développent jusqu'à prendre la forme d'un nouveau « contrat social ». Cependant, les contours que va emprunter la collaboration peuvent être très variés d'un secteur à l'autre (Proulx, Bourque et Savard, 2007). Or, cet article présente les résultats d'une recherche quantitative qui tente de répondre à la question suivante : quels sont les modèles de collaboration qui résultent de cet appel au partenariat dans un domaine où l'incitation au travail en commun était très fréquente ces dernières années, soit celui du soutien à domicile?

La présente réflexion s'articule donc autour de deux pôles. Dans un premier temps, il convient de regarder, à travers l'état de la question, le contexte politique dans lequel le partenariat se concrétise et les défis auxquels sont confrontés deux groupes d'acteurs importants dans le domaine du soutien à domicile : les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le tiers secteur (organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, etc.). Par la suite, après les considérations théoriques et méthodologiques, il s'agit d'examiner les perceptions des acteurs qui prennent part à ce partenariat. En d'autres mots, il s'agit de souligner les modèles de collaboration qui s'établissent à partir de paramètres qui témoignent de la façon dont les gestionnaires des CSSS et du tiers secteur les conçoivent et les développent.

1. État de la question

Durant l'année 2005, 3,1 % de la population québécoise âgée de 20 ans et plus a eu recours à des services de soutien à domicile (Aubin et Traoré, 2007). Au Canada, on évalue ce nombre à 1,2 million de personnes (Statistique Canada, 2006), soit 5 % de la population âgée de 18 ans et plus. Bien que le soutien à domicile ne soit pas exclusif à une clientèle ou à une problématique particulières, il appert que certains groupes d'âge constituent de grands utilisa-

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 249-260.

teurs comparativement à d'autres, notamment les personnes âgées de 65 ans et plus. Selon Statistique Canada (2009), deux personnes âgées sur cinq vivant à domicile souffrent d'incapacités et présentent le niveau d'insuffisance le plus élevé de tous les bénéficiaires de services de soutien à domicile.

Cela dit, en 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans sa politique intitulée *Chez-soi : le premier choix. Précision, pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, précise que les centres locaux de services communautaires (CLSC) seraient responsables de l'organisation du soutien à domicile pour la population de leur territoire. Et ce, même s'ils ont été fusionnés avec les centres hospitaliers (CH) et les centres d'hébergement de longue durée (CHSLD) pour former enfin ce que l'on appelle, depuis l'adoption de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (projet de loi 25), les centres de santé et de services sociaux. Par la suite, la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux* (projet de loi 83) viendra clarifier certains aspects du projet de loi 25 en imposant aux CSSS l'élaboration d'un plan clinique afin de toucher neuf populations cibles visées. Parmi celles-ci figurent les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Toujours est-il que dans sa politique, politique susmentionnée, *Chez-soi. Le premier choix...*, le MSSS suggère, entre autres, aux CLSC d'établir des ententes de collaboration avec leurs partenaires (organismes communautaires, centres d'action bénévole et autres ressources locales ou publiques). Les CLSC sont donc reconnus comme les acteurs centraux de la coordination des services offerts par les différents organismes évoluant dans le secteur du soutien à domicile. Ainsi, ces services exercent une « responsabilité collective » qui ne peut être assumée entièrement par le système public de santé et de services sociaux. Le ministère préconise la réalisation de ce partenariat sur une base volontaire et constante (MSSS, 2004).

Mais que représente, sur le plan des relations, le rapprochement entre le secteur public et le tiers secteur? Comment ces acteurs jugent-ils la collaboration qu'ils doivent tisser afin que les populations puissent recevoir les services auxquels elles ont droit? Il appert que les relations

qui s'établissent entre les établissements publics et les organismes du tiers secteur en soutien à domicile ont été, jusqu'à présent, très peu étudiées de façon empirique. Seules quelques études qualitatives semblent avoir abordé ce sujet, notamment celles de Robichaud (2003a), Théolis (2001), Carroccio, Wilson, Pryor, Marks et Nippes (1996), Panet-Raymond et Vandal (1991). Notre recherche s'efforce de combler cette lacune en analysant d'une manière quantitative les modèles de collaboration qui définissent ces deux secteurs d'intervention. Dans le contexte où la dernière politique de soutien à domicile (2004) et les projets de loi 25 et 83 renforcent la nécessité d'un partenariat entre le secteur public et le tiers secteur, cette étude prend toute son importance.

2. Cadre théorique

Typologie des modèles de relations établissements publics/organismes communautaires

Aux fins de notre étude, nous avons retenu la méthode de classement des relations interorganisationnelles de Coston (1998)¹ adaptée par Proulx, Bourque et Savard (2005). Ainsi, nous examinerons les quatre dimensions et les cinq modèles de relations qui permettent de préciser les sortes de relations qui se développent entre le secteur public et le tiers secteur.

A- Les quatre dimensions du modèle

Coston (1998) propose quatre dimensions permettant de caractériser les différentes catégories de relations (figure 1). Ces dimensions sont : a) l'ouverture au pluralisme institutionnel (ouverture à la participation du tiers secteur à la fourniture de services); b) l'intensité des relations interorganisationnelles (nombre et fréquence des relations); c) la symétrie des relations de pouvoir (capacité d'influence du tiers secteur); d) le formalisme des relations interorganisationnelles (niveau d'encadrement des relations par des mécanismes officiels)².

B- Les cinq modèles de relations de la typologie

a) Relation de sous-traitance

Les établissements publics sont les acteurs centraux responsables de la planification et de l'organisation des services et délèguent les activités opérationnelles aux organismes du

Figure 1 – Typologie des relations établissements publics/organismes communautaires adaptée par Proulx, Bourque et Savard (2007)

Dimensions	Modèle socioétatique			Modèle sociocommunautaire	
	Sous-traitance (Contractuel)	Tiers parti	Coexistence (Coopération)	Supplémentarité (Complémentarité)	Coconstruction (Collaboration)
Ouverture au pluralisme institutionnel	Faible	Modérée	Modérée	Élevée	Élevée
Intensité des relations	Faible	Faible	Modérée	Élevée	Élevée
Symétrie des relations de pouvoir	Modérée	Modérée	Faible	Modérée	Élevée
Formalisme des relations	Élevé	Élevé	Faible	Modéré	Élevé

tiers secteur. Ce dernier fournit des services sociaux à une clientèle dont l'État conserve la responsabilité.

b) Relation de tiers parti

L'établissement public détermine les priorités et fournit les fonds, alors que les organismes communautaires organisent la production des services. L'établissement public délègue la responsabilité de la clientèle aux organismes communautaires. Ce type de rapport laisse plus d'autonomie aux organismes communautaires mais impose un niveau d'imputabilité plus important.

c) Relation de coexistence

Ce modèle se situe à mi-chemin entre les modèles socioétatique et sociocommunautaire. L'établissement public, par ses politiques et ses pratiques, est favorable aux organismes communautaires sans nécessairement valoriser une plus grande implication de ces derniers ou encore s'engager à les soutenir financièrement. Le rapport se limite souvent à un échange d'information dans une coexistence non contraignante.

d) Relation de complémentarité ou de supplémentarité

Dans ce modèle, les établissements publics sont responsables d'offrir les services généraux à la population, ceux qui s'adressent aux besoins les plus courants, alors que les organismes du tiers secteur répondent aux besoins particuliers de clientèles très précises (Proulx et al., 2005). Le tiers secteur contribue donc à une réponse « supplémentaire » à l'offre de services étatiques. Il y a reconnaissance du rôle de l'État et de ses établissements ainsi que de l'autonomie des organismes communautaires. Les deux acteurs (communautaire et public) sont ouverts à partager l'information et les ressources afin d'atteindre des objectifs communs et les organismes communautaires peuvent avoir une certaine influence sur les politiques et les programmes publics.

e) Relation de collaboration ou de coconstruction

Dans le modèle de coconstruction, la participation des organismes communautaires à l'élaboration des politiques est beaucoup plus importante. Les responsabilités sont partagées entre les deux parties ou, à tout le moins, le tiers secteur est impliqué directement dans la

réponse aux besoins sociosanitaires. Chacun des acteurs conserve son autonomie, ses valeurs et sa mission. Les relations sont également plus officielles que dans la relation de type supplémentarité (Proulx et al., 2007).

3. Méthodologie

a) Participants de l'étude

Les gestionnaires d'organismes du tiers secteur et des établissements publics œuvrant dans le secteur du soutien à domicile québécois étaient ciblés pour l'étude³. Afin de constituer un échantillon représentatif des diverses réalités québécoises, six régions ont été sélectionnées : le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la région de Québec, la Mauricie, la Côte-Nord, la région de Montréal et la région de Chaudière-Appalaches.

b) Procédures d'échantillonnage

Nous avons consulté l'annuaire des ressources communautaires de chacune des régions retenues pour déterminer les ressources du tiers secteur œuvrant dans le secteur du maintien à domicile et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Pour ce qui est des CSSS, nous avons contacté la direction des services à domicile pour connaître le nom des cadres intermédiaires de tous les points de services. Les cadres de l'ensemble des organismes du tiers secteur et des services à domicile des CSSS retenus ont tous été contactés par lettre pour participer à l'étude.

c) Instrument de mesure

Un questionnaire construit de façon à opérationnaliser les quatre dimensions proposées par Coston (1998) a été préparé afin de circonscrire la dynamique relationnelle qui s'établit entre les organismes du tiers secteur et les CLSC⁴.

d) Échelles

Quatre échelles ont été constituées à partir des dimensions de la typologie proposée, comme dans une précédente étude concernant les relations de partenariat dans le secteur de l'enfance, de la jeunesse et de la famille (Savard, Harvey et Tremblay, 2008). À cette étape, il est important de clarifier l'utilisation du terme « partenaire ». Ce terme correspond aux organisations reliées à l'organisme. Pour un organisme communautaire, le partenaire

correspond aux établissements publics et vice versa pour les établissements publics. Selon les questions, les indicateurs étaient placés soit sur des échelles de Likert allant de 1 à 7 (1 signifiant « faible » et 7 « élevé »), soit de 1 à 5 ou encore de 1 à 4. Afin de produire une moyenne pour chaque dimension, chaque échelle a été ramenée sur une échelle de Likert allant de 1 à 5.

e) Analyses statistiques

Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 11. Nous avons essentiellement procédé à des tests de Mann et Whitney (1947) qui sont des tests non paramétriques de comparaison de deux groupes pour déterminer la présence de différences statistiquement significatives dans les réponses fournies par les gestionnaires des organismes du tiers secteur et les gestionnaires des établissements publics.

4. Résultats

A) Profil des gestionnaires et des organismes répondants

Sur les 241 gestionnaires sollicités, 158 personnes ont participé à l'étude (110 du tiers secteur ou 69,6 %, et 48 des établissements publics ou 30,4 %) soit un taux de participation de 65,5 %⁵. La majorité des répondants (83,5 %) sont de sexe féminin, c'est-à-dire 132 femmes. Les participants rapportent posséder au total 10,26 années d'expérience au poste de gestionnaire avec un écart type de 7,54 années. Enfin, une majorité de gestionnaires (69 %) déclarent avoir terminé des études de premier cycle universitaire ou plus (deuxième ou troisième cycle). C'est dans la région de Montréal que le nombre de répondants est le plus élevé (47), et le moins élevé provient de la région de la Mauricie (12) et de la Côte-Nord (13). Les répondants des régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (28), de la région de Québec (29) et de Chaudière-Appalaches (25) sont représentés en proportion comparable. La proportion de répondants par région pour tous les secteurs, à l'exception d'un, est approximativement d'un sur deux (entre 46,67 % et 52 %). Seule la région de la Mauricie est moins bien représentée (36,36 %), ce qui nous apparaît toutefois être un résultat convenable. Ainsi, considérant un tel taux de représentativité, nous pouvons suppo-

ser que les présentes données donnent un portrait réaliste, tant sur le plan provincial que régional.

B- Modèle de relations entre les établissements publics et les organismes du tiers secteur

a) Considérations préanalyse

Pour nous assurer de la consistance interne des variables associées aux dimensions du modèle soit l'ouverture au pluralisme institutionnel, l'intensité des relations, la symétrie des relations de pouvoir et le formalisme des relations, nous avons eu recours à l'alpha de Cronbach. L'alpha, pour l'échelle d'ouverture au pluralisme institutionnel, est de 0,82. Pour celle de l'intensité des relations interorganisationnelles, l'alpha correspond à 0,76. L'alpha de l'échelle de symétrie des relations de pouvoir est de 0,79 et, enfin, celui du formalisme des relations est de 0,61. Les trois premières échelles présentent une bonne consistance interne, mais celle de l'échelle de formalisme est un peu plus faible. Malgré tout, considérant que la consistance des échelles constituées est au minimum acceptable, on peut supposer que les indicateurs conservés pour définir l'intensité de chaque dimension corréleront de façon satisfaisante. Ainsi, une analyse des résultats découlant des échelles constituées peut être produite.

b) Détermination du modèle général des relations de collaboration

L'interprétation des résultats moyens des quatre échelles est ici présentée. Ces quatre échelles permettent de définir le modèle de relations interorganisationnelles rapporté par les gestionnaires. Comme les résultats à chaque échelle varient entre 1 et 5, l'échelle sera subdivisée en trois parties égales. Ainsi, un résultat entre 1 et 2,33 sera considéré comme d'intensité faible, celui entre 2,34 et 3,66 comme d'intensité

modérée et celui variant entre 3,67 et 5 comme d'intensité élevée (tableau 1).

Il est possible d'observer au tableau 1 que le niveau d'ouverture au pluralisme institutionnel est élevé (4,04). L'intensité des relations de collaboration, de la symétrie dans les relations de pouvoir et du formalisme des rapports interorganisationnels serait pour sa part de niveau modéré (3,12, 2,80 et 2,46 respectivement). Considérant ces résultats, il apparaît que le modèle des relations entre le secteur public et les organismes du tiers secteur serait celui de *supplémentarité* en dépit du niveau de symétrie modéré. Il semblerait donc que les gestionnaires interrogés, tous types d'organisation confondus, se voient évoluer dans un système où chacun des deux acteurs à un rôle particulier à jouer et dans lequel le niveau d'autonomie du tiers secteur est élevé. Cependant, le fait que le niveau de symétrie soit considéré comme modéré plutôt qu'élevé implique que le tiers secteur est tout de même considéré comme un joueur ayant moins d'influence sur les règles du jeu que son vis-à-vis du réseau public. Nous verrons cependant dans la partie suivante que les résultats sont différents si on analyse les réponses fournies par les deux groupes d'acteurs individuellement.

c) Modèle de relations selon le type d'organisme

Le modèle de relations peut varier selon le type d'organisation. Peu importe le type de test statistique que l'on retient, les résultats démontrent que les gestionnaires des organismes communautaires et des établissements publics ne perçoivent pas les relations entre les deux catégories d'organisation de la même façon. En effet, que l'on mesure les modèles de relations constatés par les gestionnaires en fonction des moyennes ou des médianes, on constate que les gestionnaires des établissements publics se perçoivent dans un modèle de

Tableau 1 – Moyennes et médianes aux quatre échelles des dimensions de la typologie des relations

	Ouverture	Intensité	Symétrie	Formalisme
Nombre	158	158	157	158
Moyenne	4,04	3,12	2,80	2,46
Médiane	4	3,11	2,81	2,5
Écart type	0,64	0,92	0,64	0,73

relations davantage sociocommunautaire que les gestionnaires des organismes du tiers secteur qui témoignent, par leurs réponses, de la présence d'un système de relation interorganisationnelle s'inspirant davantage d'un modèle socioétatique⁶. D'une part, lorsque l'on compare les moyennes obtenues pour chaque dimension de la typologie en fonction du type d'organisme auquel appartiennent les répondants, on observe que le modèle rapporté par les gestionnaires du tiers secteur correspondrait à un hybride entre les modèles de coexistence et celui de complémentarité (tableau 2). En effet, l'ouverture au pluralisme institutionnel est élevée (3,95), l'intensité ainsi que la symétrie dans les relations sont modérées (3,06 et 2,65) et le formalisme des relations est faible (2,27). C'est pourquoi nous parlerons de coexistence/supplémentarité. De leur côté, les gestionnaires des CSSS rapportent un modèle quelque peu différent. Avec une ouverture de niveau élevé (4,25), une intensité (3,25) et un formalisme (3,14) de niveau modéré, ce serait normalement le modèle de complémentarité qui correspondrait à l'intensité des dimensions rapportée par les répondants (tableau 2). La symétrie des relations de pouvoir n'est toutefois pas au niveau optimal requis, celle-ci demeurant modérée. En fait, sur le plan qualitatif, ce qui semble distinguer le modèle de relations rapporté par les gestionnaires du tiers secteur et ceux des CSSS serait le niveau de formalisme

des relations qui est perçu plus élevé par les gestionnaires des CSSS.

Le tableau 2 permet de constater que trois des quatre échelles, en fonction du test de Mann et Whitney, sont statistiquement différentes, selon le type d'organisme du répondant, et ce, de façon significative. Tout d'abord, pour l'échelle d'ouverture au pluralisme institutionnel, la médiane obtenue pour les CSSS est de 4,4, ce qui est statistiquement plus élevé que celle des organismes du tiers secteur (4), et ce, à un seuil de signification de 0,01. La médiane de 3,01 des CSSS de l'échelle de symétrie des relations de pouvoir est également statistiquement plus élevée que celle des organismes du tiers secteur (2,67), et ce, à un seuil de signification de 0,001. Enfin, à l'échelle de formalisme des relations, la médiane de trois des établissements publics est statistiquement plus élevée que celle des organismes communautaires (2,2), et ce, à un seuil de signification de 0,001. Il n'existe pas de différence significative pour l'échelle d'intensité des relations interorganisationnelles entre les établissements publics et les organismes du tiers secteur. On constate donc, en accord avec ces analyses et celles précédemment réalisées, que les établissements publics semblent percevoir leur collaboration avec les organismes du tiers secteur comme étant davantage celle que l'on observe entre deux partenaires égaux et reconnus par le système

Tableau 2 – Moyennes aux quatre échelles des gestionnaires selon le secteur d'activité

Tiers secteur	Ouverture	Intensité	Symétrie	Formalisme
Nombre	110	110	110	110
Moyenne	3,95	3,06	2,65	2,27
Écart type	0,68	0,93	0,64	0,71
Médiane	4	3,04	2,67	2,2
CSSS	Ouverture	Intensité	Symétrie	Formalisme
Nombre	48	48	47	48
Moyenne	4,25	3,25	3,14	2,91
Écart type	0,49	0,91	0,46	0,56
Médiane	4,4	3,32	3,01	3
μ de Mann-Whitney	1701**	1928	1252,5***	1098,5***

** p < 0,01. *** p < 0,001.

de fourniture de services. Cette constatation permet de suggérer que le modèle de relations des établissements publics se rapprocherait plus de celui de complémentarité, comparativement aux organismes du tiers secteur qui, eux, vivraient plutôt des relations du type coexistence. Les organismes communautaires sont donc plus réservés en ce qui concerne l'ouverture du système public à la contribution du communautaire. Le modèle de coexistence fait davantage référence à une dynamique où les deux acteurs fonctionnent en parallèle plutôt qu'en étroite collaboration, ce qui est différent d'un modèle de complémentarité dans lequel les deux acteurs ont un rôle distinct, soit, mais où les interrelations sont tout de même inscrites dans un cadre de partage défini de façon conjointe avec des objectifs collectifs.

Les sections suivantes analysent de façon plus spécifique les résultats aux quatre échelles de la typologie adaptée selon le type d'organisation afin de souligner les éléments qui expliquent le plus les différences constatées dans les modèles dégagés des résultats des deux groupes de répondants. Nous avons procédé à des analyses à l'aide du test de μ de Mann et Whitney qui permet de déterminer s'il existe une différence statistiquement significative entre les deux types d'organisation aux échelles proposées.

d) L'échelle d'ouverture au pluralisme institutionnel

Le résultat obtenu, pour cette dimension de la typologie, se situe à 4,04, ce qui traduit un degré d'ouverture au pluralisme institutionnel élevé. Il existe toutefois certaines différences significatives entre les organismes du tiers secteur et les établissements publics au test de μ de Mann et Whitney. Pour ce qui est de la reconnaissance de la spécificité des organisations, les gestionnaires des CSSS ont constaté un niveau de reconnaissance (μ de Mann et Whitney : 1769, $p < 0,001$) plus élevé de la part de leurs partenaires de leur mission et de leur rôle que les répondants des organismes communautaires (élevé et modéré respectivement). Le même constat est observé lorsque les répondants ont été interrogés sur leur perception de la reconnaissance de leur légitimité par les partenaires de l'autre secteur. Les participants des CSSS perçoivent un degré plus élevé de

reconnaissance de la légitimité de leur organisation que les partenaires du tiers secteur qui le situent plutôt à modéré (μ de Mann et Whitney : 1757,5, $p < 0,001$). Enfin, le degré de perception générale de l'ouverture au pluralisme institutionnel est lui aussi plus élevé au sein des établissements publics. La médiane de quatre des répondants des établissements publics est statistiquement plus élevée au test de μ de Mann et Whitney (1457,5, $p < 0,001$) que celle des organismes communautaires (3). Il est donc possible de dire que les CSSS perçoivent, chez leurs partenaires, un degré d'ouverture plus grand (grande ouverture) envers leurs organisations que les organismes du tiers secteur (ouverture modérée).

e) L'échelle de symétrie dans les relations de pouvoir

Les données obtenues démontrent que le degré de symétrie dans les relations est modéré (2,65). Encore une fois, des différences significatives apparaissent au test de μ de Mann et Whitney. Tout d'abord, il semble que les répondants des CSSS perçoivent une plus forte capacité d'influence de leur organisation lors de la réalisation de projets conjoints que les gestionnaires du tiers secteur. Ces derniers ont évalué leur influence à modérée, ce qui est statistiquement inférieur à la perception des participants des établissements publics qui l'évaluent à grande (μ de Mann et Whitney : 1197, $p < 0,001$).

De plus, concernant la symétrie des avantages retirés lors de la réalisation de projets conjoints, les gestionnaires des CSSS sont plus enclins à penser que les avantages obtenus d'une collaboration sont équivalents entre les deux parties (74,5 %) ou encore plus importants pour leur organisation (17 %), si on les compare à leurs homologues du tiers secteur (55,4 % et 5,9 % respectivement). Les gestionnaires des établissements publics rapportent également une plus grande participation à la planification des politiques et des programmes gouvernementaux que ne le font les répondants des organismes du tiers secteur (μ de Mann et Whitney : 1513,5, $p < 0,001$). En effet, à l'exception du premier niveau de l'échelle de réponse pour cette question (ne participe jamais), les gestionnaires des CSSS ont systématiquement rapporté une plus grande participation que leurs partenaires. Le constat est tout à fait semblable

pour ce qui est de la capacité d'influence des répondants lors de la planification de politiques et de programmes gouvernementaux.

Les participants provenant du tiers secteur semblent constater une moins grande capacité d'influence que leurs partenaires (μ de Mann et Whitney : 1387,5, $p < 0,001$), puisque 40,2 % d'entre eux disent ne jamais influencer contrairement à 7,3 % des répondants des établissements publics. Pour tous les autres degrés d'influence, ces derniers obtiennent des résultats significativement plus élevés. Enfin, lorsqu'on a demandé aux gestionnaires d'évaluer le degré de symétrie des relations organisationnelles, les répondants des CSSS (53,2 %) sont plus nombreux à l'évaluer comme modéré que leurs partenaires du tiers secteur (36,3 %). Cette différence est apparue comme significative au test de μ de Mann et Whitney (1625,5, $p < 0,001$). La médiane de 2 obtenue par les répondants du tiers secteur, qui est inférieure à celle des gestionnaires des CSSS (3), vient confirmer cette différence.

f) L'échelle de l'intensité des relations

En ce qui concerne l'intensité des relations, le résultat global obtenu est de 3,06, ce qui constitue un degré modéré. Il est toutefois intéressant de noter qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les répondants du tiers secteur et ceux des établissements publics au test de μ de Mann et Whitney sur plusieurs éléments évalués. Premièrement, en ce qui a trait à la fréquence de participation aux tables de concertation, les gestionnaires des CSSS ont déclaré une plus grande présence à ces réunions (4 à 6 participations) que les organismes du tiers secteur (1 à 3 participations) (μ de Mann et Whitney : 2035, $p < 0,05$). La fréquence d'échange d'information entre partenaires concernant un usager est également statistiquement différente (μ de Mann et Whitney : 1885,5, $p < 0,01$). Pour les établissements publics, 44,7 % ont déclaré que des informations au sujet d'usagers étaient régulièrement envoyées comparativement à 23,1 % pour les organismes du tiers secteur. De même, concernant les informations reçues à propos des usagers, les gestionnaires des CSSS ont déclaré recevoir plus souvent des informations à propos d'un usager que leurs partenaires (52,1 % et 40,7 % respectivement), et ce, à un

seuil de signification de 0,001 (μ de Mann et Whitney : 1750,5).

En regard de la proportion d'usagers des établissements participants qui ont été envoyés par les partenaires, il semble que pour la majorité des CSSS (67,4 %) ce nombre s'élève à 10 % et moins. Pour les organismes du tiers secteur, les données sont plus partagées en ce sens que si un plus grand pourcentage (34,9 %) estime la proportion des usagers envoyés à 10 % et moins, il reste que certains (11 %) affirment au contraire qu'entre 76 % et 100 % de leurs usagers ont été envoyés par leurs collaborateurs. Un tel constat n'a pas été observé chez les établissements publics (test de μ de Mann et Whitney : 1356, $p < 0,001$). Enfin, comme dernière différence significative, la fréquence de projet conjoint rapportée par les établissements publics est statistiquement plus élevée que chez les répondants du tiers secteur (test de μ de Mann et Whitney : 1460,5, $p < 0,001$). En moyenne, ces derniers ont déclaré avoir réalisé un seul projet conjoint avec leurs partenaires au cours des deux dernières années, contrairement à trois pour les CSSS.

g) L'échelle de formalisme des relations organisationnelles

L'analyse globale des résultats place à faible (2,27) le formalisme des relations organisationnelles. Cette fois, des différences entre les établissements publics et les organismes du tiers secteur ont été relevées pour chacun des six éléments analysés pour cette dimension. En ce qui a trait au nombre d'ententes écrites entre partenaires, les répondants provenant des établissements publics rapportent significativement plus d'ententes que les organismes communautaires. Une majorité d'organismes communautaires ont déclaré n'avoir aucune entente écrite tandis qu'une majorité d'établissements publics les chiffrent à *entre deux à cinq* (test μ de Mann et Whitney : 1076,5, $p < 0,001$). Pour ce qui est de la proportion des relations qui sont encadrées par des ententes ou des protocoles écrits, il s'avère que 41,5 % des répondants du tiers secteur affirment qu'aucune relation n'est encadrée par de tels mécanismes. Ce pourcentage s'élève à 7,1 % pour le secteur public (test μ de Mann et Whitney : 1324,5, $p < 0,001$). Concernant la proportion des relations qui sont encadrées par des mécanismes

de concertation officiels, les répondants des organismes du tiers secteur sont plus nombreux (21,5 %) que leurs partenaires du secteur public (6,8 %) à estimer qu'aucune de leurs relations (0 %) n'est encadrée par de tels mécanismes (test μ de Mann et Whitney de 1871,5, $p < 0,05$). Compte tenu du niveau de formalisme des relations lors de projets conjoints, les répondants des établissements publics semblent considérer leurs relations comme plus officielles que ceux des organismes du tiers secteur. En effet, ces derniers, dans une proportion de 10,7 %, considèrent les relations comme très informelles et, pour 18,4 % des autres répondants, comme informelles. Les résultats des établissements publics pour les mêmes questions sont de 2,1 % et 4,25 % respectivement (test μ de Mann et Whitney : 1790,5, $p < 0,01$). Enfin, concernant la perception des répondants envers le degré global de formalisme des relations, les gestionnaires du tiers secteur perçoivent un degré moindre de formalisme puisque 35,1 % d'entre eux ont évalué le degré à faible contre 17,4 % pour les répondants des CSSS. Ces derniers sont plus nombreux (65,2 %) à concevoir le formalisme des relations comme modéré, comparativement aux organisations du tiers secteur (46,4 %) participantes (test μ de Mann et Whitney : 1771, $p < 0,05$).

5. Discussion

De toute évidence, au Québec, le secours à autrui n'est plus uniquement l'apanage des institutions publiques. Les ressources complémentaires sont sollicitées et encouragées à participer pleinement à la distribution des services sociaux (Jetté, 2008; Robichaud, 1996, 2003a; Savard et Mayer, 2001; Vézina et Sévigny, 2000). Les gestionnaires des organismes publics et du tiers secteur s'associent donc en vue d'une collaboration. Toutefois, il appert que les CSSS semblent vivre des relations plus officielles et plus intenses que les organismes communautaires. Un modèle de relations de complémentarité ou de supplémentarité caractérise les premiers. Un modèle hybride de coexistence/supplémentarité définit les relations du tiers secteur. C'est le niveau de formalisme des relations plus élevé chez les gestionnaires des CSSS qui expliquerait cette différence : un plus grand nombre d'ententes écrites, des relations plus explicites, des

ententes de contrats et de services plus longues, une perception moindre du degré de formalisme. Il est possible que les gestionnaires des établissements publics soient davantage influencés dans leurs perceptions par le discours actuellement véhiculé dans le réseau de la santé et des services sociaux qui prône la mise en place de réseaux de services intégrés, incluant l'ensemble des partenaires. Les CSSS perçoivent ainsi une plus grande ouverture au pluralisme institutionnel chez leurs collaborateurs. Celle-ci s'observe par une plus grande reconnaissance de leur spécificité et de leur légitimité, et par un plus grand apport aux politiques et aux programmes gouvernementaux. Et ce n'est pas tout. Même si l'intensité des relations est modérée, il existe tout de même des différences entre les deux acteurs. Les gestionnaires du secteur public rapportent une fréquence plus élevée d'informations partagées et de projets conjoints. De plus, ils participent davantage aux travaux menés par les tables de concertation.

Qu'est-ce qui pourrait expliquer les différences observées? L'écart des ressources matérielles et humaines qui sépare les deux secteurs d'intervention, la différence de l'information contrôlée par chacune des parties, l'ambiguïté du concept de partenariat (Duperré, 2004; Robichaud, 2003a; Savard et Mayer, 2001) sont quelques-unes des difficultés qui peuvent influencer les pratiques de concertation. Néanmoins, les organismes communautaires reconnaissent que les CSSS font davantage appel à leurs services qu'ils ne le font eux-mêmes. Pourquoi? Certains groupes résistent, minimalement du moins, à interpellier le secteur public craignant l'affaiblissement de leur vocation. Ils veulent certes une collaboration mais pas à n'importe quel prix. L'identité, la liberté, l'originalité sont des valeurs à conserver. Toujours est-il que les groupes communautaires qui interviennent dans le secteur du soutien à domicile revendiquent leur indépendance et tentent d'assurer leur propre gouverne. Ils veulent préserver leurs conduites : l'enracinement dans le milieu, la souplesse dans l'intervention et la non-bureaucratization du fonctionnement. C'est du moins ce qu'a démontré une recherche antérieure menée auprès de 16 responsables de groupes bénévoles œuvrant dans le secteur du soutien à domicile (Robichaud, 2003a).

Quoi qu'il en soit, l'étude présentée ici montre que le tiers secteur n'est pas disposé à se définir comme sous-traitant du réseau, et ce, même s'il répond régulièrement aux demandes de services des établissements du réseau public et qu'un pourcentage important de sa clientèle lui est envoyé par le CSSS. L'établissement de relations de coexistence/supplémentarité leur permet de conserver leurs particularités et de maintenir leurs objectifs. Le tiers secteur n'est donc plus enfermé dans son rôle de fournisseurs de services. Quelles en sont les raisons? Deux dynamiques permettent d'avancer une explication. Il y a d'abord une dynamique externe, celle qui provient des pressions exercées par l'État et ses appareils, afin qu'ils prennent part à la distribution des services. Il y a, ensuite, une dynamique interne, celle qui milite en faveur d'une plus grande professionnalisation. Car, tourné vers une population qui nécessite de l'aide et des institutions qui les réclament, le tiers secteur devient soucieux d'élever le statut de service et, par conséquent, la légitimité sociale de la structure organisationnelle qui l'encadre. C'est ainsi que l'évolution des rapports entre ces deux acteurs a permis au tiers secteur, dira Jetté (2008), non seulement de préserver son autonomie et sa mission originale, mais aussi d'assurer un certain équilibre des pouvoirs. Il faut dire aussi que cette évolution a corrigé, ou du moins conforté, l'image que le secteur public réservait au tiers secteur en commandant un certain respect : respect de ses expériences, respect de ses compétences. La crédibilité apportée par ces nouveaux rapports confère donc au tiers secteur des avantages car, par son alliance avec le secteur public, il a pu accroître sa visibilité, son efficacité et sa capacité d'influence.

6. Limites

La réflexion proposée dans ces pages a surtout tenté de faire ressortir, d'une manière quantitative, les modèles de collaboration qui se nouent entre les gestionnaires du réseau public et ceux du tiers secteur dans le domaine du soutien à domicile. Il faut signaler en outre que l'objectif de cette étude n'a jamais été, rappelons-le, d'embrasser toutes les dimensions des relations interorganisationnelles, mais de classer celles-ci à partir d'une typologie et d'indicateurs qui permettaient d'en déterminer les contours et

la dynamique. Ainsi, certaines dimensions n'ont pu être observées. La place que peuvent occuper les prédispositions individuelles, par exemple dans les pratiques de collaboration, n'a pas été prise en compte alors que l'on a pu faire la démonstration de son importance (Savard, 2002). Puis la complémentarité et la solidarité des relations mettent en cause divers éléments qui n'ont pu également être observés : l'ouverture, la flexibilité, la confiance, le partage du savoir; en un mot, l'appréciation que chacun a de l'autre. Or, il semble que les expériences de collaboration peuvent être davantage liées aux individus qu'aux rapports qu'ils entretiennent entre eux (Larivière, 2007; Robichaud, 2003b). Peut-être en est-il des modèles de relations comme de la démocratie : « ... son essence ne réside pas dans les procédures, ni dans les institutions, comme le dit Georges Burdeau, mais dans les hommes ». D'où la pertinence du principe énoncé par le politologue français : « Il n'y a pas de démocratie, mais seulement des démocrates » (1956 : 60).

Conclusion

Le Québec, tout comme l'ensemble des sociétés occidentales, a entamé, particulièrement depuis les deux dernières décennies, une réorientation globale de l'administration et de la gestion des services sociaux. L'effervescence du tiers secteur est venue offrir un remarquable levier pour amorcer un transfert des responsabilités de l'État vers le citoyen, afin de favoriser la prise en charge de celui-ci et de soulager le fardeau intenable de celui-là. Cette transformation a amené des changements, entre autres, un partenariat entre le secteur public et le tiers secteur qui incarne deux modèles de relations : complémentarité pour le premier, coexistence/supplémentarité pour le deuxième. Ce rapprochement entre ces modèles constitue un changement d'attitude qui laisse présager de nouvelles perspectives d'action certes, mais qui se heurte néanmoins à des limites et pose certains défis, au tiers secteur, en particulier. De fait, certains groupes semblent surnager entre la liberté et la contrainte en devant répondre à des exigences d'efficacité, de rentabilité, de spécialisation, par exemple. Des exigences qui ne sont pas toujours compatibles avec la réalité communau-

taire. N'empêche que, malgré les difficultés liées au vieillissement de la population, aux fusions d'établissements, au manque de ressources humaines et financières, au partenariat lui-même, les gestionnaires du secteur public et du tiers secteur essaient de faire cause commune afin de porter attention à la condition d'autrui. Du reste, il n'est pas saugrenu d'être alliés quand on partage une même cause : offrir des services aux individus dans le besoin, renforcer l'organisation sociale qui les appuie afin de rendre meilleure et plus satisfaisante la vie en société. Suivant l'exergue du début de ce texte, peut-être pourrait-on appliquer ce mot d'Arthur Maurice Hocart : « Ce n'est pas le gouvernement que souhaite l'homme, c'est la vie qu'il veut » (1978 : 360). « La vie ou le bien-être si l'on veut donner un sens plus concret à ce que celui-ci a appelé, faute d'un meilleur terme, *la vie* », dira Vincent Lemieux. Car pour le politologue, « la gouverne apparaît comme une espèce de célébration visant à assurer la vie » (Lemieux, 2008 : 1).

Descripteurs :

Soins à domicile // Partenariat // Soins à domicile - Politique gouvernementale - Québec (Province) // Centres de service de santé et de services sociaux (CSSS) // Relations CSSS-organismes communautaires

Home care // Partnership // Home care - Government policy - Quebec (Province) // Social services centres (CSSS) // CSSS-community organization relations

Notes

- 1 Cette typologie a été développée pour analyser les relations entre l'État et les organismes non gouvernementaux (ONG) dans un contexte de développement international. Des huit types de relations, trois n'ont pas été pris en compte (répression, rivalité et compétition) puisqu'ils font davantage référence à des relations dans lesquelles l'État adopte une attitude conflictuelle, voire oppressive, envers le tiers secteur. Ces types de relations sont surtout présents dans des États totalitaires.
- 2 Précisons que les dimensions de formalisme et d'intensité des relations n'évoluent pas de manière linéaire sur le continuum proposé. Coston (1998) avait à plusieurs reprises supposé que l'intensité et le degré de formalisme pouvaient être de deux niveaux différents pour un même modèle. Dans un souci de clarté, nous proposons ici un seul niveau pour chaque dimension.
- 3 Les organismes du tiers secteur comprennent des associations bénévoles, les coopératives de solidarité ou de consommation, ainsi que les entreprises d'économie sociale. Les répondants des établissements publics ayant pris part à la recherche étaient des gestionnaires dans des points de service de CLSC, aujourd'hui fusionnés dans les CSSS.
- 4 Le questionnaire de 53 questions comporte trois parties : 1) les informations sociodémographiques des répondants; 2) les quatre dimensions de la typologie présentée plus haut; 3) des questions complémentaires portant sur des aspects sans liens avec la typologie de Coston.
- 5 Ce taux représente un très bon résultat de participation pour un questionnaire autoadministré distribué par la poste.
- 6 Les modèles sociocommunautaire et socioétatique sont des modèles empruntés à la typologie proposée par Groulx (1993) pour différencier les modèles qui véhiculent la présence d'un État-providence dominant qui, par le biais de ses établissements, décide des besoins prioritaires à satisfaire et des services à offrir (socioétatique), des modèles qui font la promotion d'une participation importante des communautés locales à la détermination des problèmes à prioriser et à la réponse à offrir.

Références

- Aubin, J., et Traoré, I. (2007). *L'utilisation des services à domicile et les besoins perçus par les adultes québécois*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Burdeau, G. (1956). *La démocratie*. Paris : Les Éditions du Seuil.
- Carroccio, J., Wilson, L., Pryor, J., Marks, L. N., & Nippes, J. K. (1996). A senior volunteer/home care agency national collaboration : Assessment of the partnership, *Journal of volunteer administration*, 14 (4), 29-37.
- Coston, J. (1998). A model and typology of Government-NGO relationships, *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, 27 (3), 358-382.
- Duperré, M. (2004). *L'organisation communautaire. La mobilisation des acteurs collectifs*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Groulx, L.-H. (1993). *Le travail social, analyse et évolution, débats et enjeux*. Laval : Éditions Agence d'Arc.
- Groulx, L.-H. (1995). Participation, pouvoir et services sociaux, dans F. Dumont, S. Langlois et Y. Martin (sous la direction de). *Traité des problèmes sociaux* : 1035-1052. Québec : IQRC.
- Hamel, P. (1995). La question du partenariat : de la crise institutionnelle à la redéfinition des rapports entre sphère publique et sphère privée, *Cahiers de recherche sociologique*, 24, 87-106.
- Hocard, A. M. (1978). *Rois et courtisanes*. Paris : Seuil.
- Jetté, C. (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence. Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.
- Larivière, C. (2007). Collaborer à des services intégrés : encore un long chemin à parcourir, *Intervention*, 127, 39-47.
- Lemieux, V. (2008). *Le Parti libéral du Québec. Alliances, rivalités et neutralités*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec, 2^e édition revue et augmentée.
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other, *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 50-60.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux (chapitre 21)*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Chez-soi : Le premier choix. Précision pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Panet-Raymond, J., et Vandal, A. (1991). Le maintien à domicile à l'heure du partenariat entre organismes communautaires et CLSC, *Le Gérontophile*, 13 (3), 19-22.
- Proulx, J., Bourque, D., et Savard, S. (2005). *Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec*. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Proulx, J., Bourque, D., & Savard, S. (2007). The Government-Third Sector Interface in Québec, *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 18 (3), 293-307.
- Robichaud, S. (2003a). *Le bénévolat. Entre le cœur et la raison*. Chicoutimi : Les Éditions JCL, Collection universitaire, 2^e édition revue et enrichie, 1^{re} édition, 1998.
- Robichaud, S. (2003b). Travail social et réseaux sociaux, *Travail social canadien*, 5 (1), 91-98.
- Robichaud, S. (1996). Du réseau à l'institution : le bénévolat en mouvement, *Revue suisse de sociologie*, 22, 329-346.
- Savard, S. (2002). *La concertation et la collaboration autour de la fourniture de services sociaux aux jeunes et aux familles : une analyse stratégique*. Thèse de doctorat en service social. Québec : Université Laval.
- Savard, S., Harvey, B., et Tremblay, S. (2008). Les relations de collaboration entre le secteur public et les organismes communautaires du secteur jeunesse-enfance-famille : entre la sous-traitance et la coconstruction, *Administration publique du Canada*, 51 (4), 569-588.
- Savard, S., et Mayer, R. (2001). Le partenariat inter-organisationnel dans le secteur de la petite enfance, *Canadian Social Work Review*, 18 (1), 108-130.
- Statistique Canada. (2006). Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées, *Rapports sur la santé*, 17 (4), 47-51.
- Statistique Canada. (2009). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités : un profil de l'incapacité au Canada en 2006*. Ottawa : Statistique Canada.
- Théolis, M. (2001). L'action communautaire et bénévole au cœur du soutien à domicile. *Le Gérontophile*, 23 (1), 41-48.
- Vézina, A., et Sévigny, A. (2000). *L'importance du visible et de l'invisible : la contribution des organismes communautaires au soutien à domicile des personnes âgées*. Québec : CRSC, Université Laval.

L'appréciation des services sociaux par la clientèle : pertinence de la satisfaction et de la perception du changement

par

Michèle Brousseau, Ph. D., t.s.

Chercheuse

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Professeure associée

École de service social

Université Laval

Courriel : Michele_Brousseau@ssss.gouv.qc.ca

Daniel Turcotte, Ph. D., t.s.

Professeur-chercheur

École de service social

Université Laval

Chantal Pilote, Ph. D.

Agente de recherche

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Mélanie Perreault, M.S.s.

Definition, advantages and limits of the evaluation of user satisfaction.

Définition, avantages et limites de l'évaluation de la satisfaction des usagers.

L'appréciation des services sociaux par les clients est un sujet qui suscite plusieurs questions. D'un côté, certains observateurs soulignent l'écart entre la satisfaction et l'efficacité des services, rendant du même coup la mesure de satisfaction moins pertinente. Par ailleurs, d'autres mentionnent l'importance de tenir compte de l'opinion de la clientèle pour améliorer leurs services, d'autant plus que la mesure de l'efficacité est souvent plus difficile à réaliser. La mesure de la satisfaction de la clientèle fait d'ailleurs partie des indicateurs retenus pour apprécier la qualité des services offerts dans les procédures du Conseil québécois d'agrément pour les établissements de santé et de services

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 261-268.

sociaux au Québec. Pour alimenter les réflexions sur le sujet, cet article présente un survol des connaissances sur l'appréciation de la qualité des services sociaux publics définie par trois angles complémentaires. La première partie est consacrée à la définition de ces trois aspects : la satisfaction, les changements perçus et les résultats ou les effets des interventions. La seconde aborde les avantages et les limites des sondages sur la satisfaction des usagers et sur le changement perçu pour l'évaluation des services. En troisième partie, quelques instruments axés sur la mesure de la satisfaction et de la perception du changement sont présentés pour aborder enfin les enjeux inhérents à l'interprétation des données sur la satisfaction de la clientèle et sur la perception du changement.

Les contacts avec les services sociaux constituent généralement une expérience marquante dans la vie des personnes. C'est pourquoi il est primordial de se préoccuper de l'appréciation qu'elles font de cette expérience et des effets qu'elles lui attribuent, afin d'améliorer la qualité des services. Enfin, même si certains propos peuvent être d'intérêt pour les services sociaux en général, cet article met l'accent sur les services sociaux publics pour les enfants et leurs familles, en contexte d'autorité ou de consultation volontaire.

Quelques définitions

Les études sur l'appréciation des services font ressortir qu'il s'agit d'une notion ayant un caractère multidimensionnel. Trois éléments sont généralement mis de l'avant lorsqu'il s'agit d'apprécier un service : la satisfaction des usagers, le changement perçu par ceux-ci et les résultats ou les effets. Ils recouvrent des réalités différentes mais reliées, qu'il est important de distinguer.

La satisfaction

Selon Auclair (2004) ainsi que McMurty et Hudson (2000), la satisfaction est un élément important à prendre en considération dans un processus d'amélioration de la qualité des

services. Elle permet aux organisations de connaître le point de vue de leur clientèle et de déceler leurs faiblesses pour décider des améliorations à apporter (Zeithaml, Parasurama et Berry, 1990). D'une façon générale, la satisfaction est définie comme « un sentiment de bien-être; plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable » (Le Petit Robert, 2006 : 2365). Plus spécifiquement, c'est un sentiment qui résulte de la comparaison entre les attentes du client et sa perception des services reçus (Réseau Circum, 2001 : 24). Elle comporte donc un caractère subjectif, relatif et évolutif puisqu'elle fait référence au point de vue personnel. Selon Vignola (2004), les organisations disposent de deux leviers pour accroître la satisfaction de leur clientèle : améliorer la qualité de leurs services et gérer les attentes des clients.

La mesure de la satisfaction est une opération de rétroaction qui consiste à obtenir l'opinion du client concernant son expérience à l'égard des services reçus à la lumière de ses besoins et de ses attentes initiales (Vignola, 2004). La satisfaction est fonction de l'importance que ce dernier attache aux diverses composantes du service; ainsi, il peut-être globalement satisfait d'un service, tout en n'étant pas satisfait de certains éléments ayant moins d'importance à ses yeux (Réseau Circum, 2001). Vignola (2004) souligne que l'insatisfaction ne signifie pas l'absence de satisfaction, mais représente plutôt un sentiment négatif lorsque les services reçus ne se sont pas avérés à la hauteur des attentes initiales.

Les changements perçus

Plusieurs recherches sur la satisfaction incluent des questions concernant les changements perçus par l'utilisateur qui sont considérés comme des résultats liés à l'intervention (Hasler et al., 2004). Le changement se définit comme un « état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique (choses, circonstances, état psychologique) » (Le Petit Robert, 2006 : 397). Magura et Moses (1986) invoquent deux raisons d'explorer le changement perçu par le client; d'une part, pour s'assurer qu'il comprend bien la signification de l'évaluation et, d'autre part, pour pouvoir comparer sa perception de l'amélioration ou de la détérioration de la situation

à celle des professionnels qui fournissent les services.

Les résultats

Lorsque l'on parle de résultats ou d'effets de l'intervention, on fait référence à un effet réel et important induit par l'intervention. Les clients, les intervenants et les gestionnaires s'attendent à ce que l'intervention sociale élimine ou réduise de façon marquée le problème pour lequel un système client demande de l'aide. Ainsi, au terme du processus d'intervention, ce système devrait présenter un niveau de fonctionnement considéré comme normal, c'est-à-dire comparable à celui qu'on observe dans la population générale (Jacobson, Follette et Revenstorf, 1984). Lambert et Ogles (2004) retiennent deux conditions pour établir qu'un résultat est significatif. Premièrement, le client rapporte des améliorations liées à l'intervention qui sont statistiquement significatives à partir des mesures utilisées. Deuxièmement, au terme de l'intervention, il présente un fonctionnement conforme aux standards de normalité généralement reconnus. L'une des réserves exprimées concernant la mesure des résultats de l'intervention est le fait que les éléments pris en considération ne reflètent pas nécessairement les changements réels; des aspects non mesurés peuvent changer. Il faut également tenir compte des limites des mesures qui n'ont pas une précision absolue, malgré leurs qualités psychométriques, ou qui ne sont pas assez sensibles pour détecter les changements plus subtils.

Avantages et limites de l'évaluation de la satisfaction

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle est l'objet d'une certaine controverse dans le domaine des services sociaux (Nguyen, Attkisson et Stegner, 1983). Certains s'interrogent sur sa pertinence, considérant que sondage après sondage, les scores de satisfaction sont élevés. D'ailleurs, certains estiment que le client vraiment satisfait est celui qui accorde la cote maximale sur l'échelle utilisée (Réseau Circum, 2001). Larsen, Attkisson, Hargreaves et Nguyen (1979) avancent que le haut niveau de satisfaction rapporté peut être interprété de différentes manières; l'information peut-être considérée comme biaisée et non conforme à

la réalité ou, au contraire, elle peut être jugée valable et constituer un indice fiable de la satisfaction générale de la population en regard des services reçus.

Larsen et ses collaborateurs (1979) ainsi que Vignola (2004) soulèvent certaines difficultés associées à la collecte et à l'utilisation des données sur la satisfaction : le manque de base de comparaison, l'absence de standardisation des échelles et la représentativité des échantillons selon le moment où s'effectue la collecte. L'absence de base de comparaison rend très difficile l'interprétation des résultats obtenus à une mesure de satisfaction. En effet, il est difficile d'établir quel taux peut être considéré comme positif ou acceptable. En outre, les différentes échelles de satisfaction présentent des particularités sur le plan de la validité de construit (Lambert, Shazer et Bickman, 1998), ce qui réduit les possibilités de comparaison. Il est aussi important de considérer le caractère représentatif des répondants aux études de satisfaction. Selon Trudel et Antonius (1991), ceux qui acceptent de répondre le font normalement dans un esprit de collaboration qui se traduit par un effort de sincérité. Cependant, le refus de répondre peut traduire un manque d'intérêt, un certain scepticisme sur l'utilité du sondage, une hostilité envers l'organisation qui dirige la recherche ou de la méfiance envers les instigateurs de l'enquête (Mayer et Saint-Jacques, 2000). Il est possible que la personne qui accepte de répondre à un sondage présente moins d'hostilité envers l'organisation que celle qui refuse, d'où une appréciation plus positive. Par ailleurs, le lien entre la satisfaction et l'utilité des services est souvent objet de questionnement (Nguyen, Attkisson et Stegner, 1983). Lambert, Shazer et Bickman (1998) rapportent des liens allant de minimaux à inexistantes entre la satisfaction et le changement perçu. Brousseau et Pilote (2007) ont aussi obtenu des résultats contradictoires : une corrélation positive significative entre la satisfaction et le changement perçu chez des adolescents, mais non chez des parents d'enfants suivis en protection de la jeunesse.

Plusieurs arguments sont toutefois avancés pour soutenir la mesure de la satisfaction de la clientèle dans les organismes publics, particulièrement les organismes de services sociaux

(McMurty et Hudson, 2000; Moore et Kelly, 1996; Vignola, 2004). Un premier argument est que le point de vue des utilisateurs est utile pour diversifier les perspectives (Green et Vosler, 1992; Magura et Moses, 1984) et pour améliorer les services (Vignola, 2004). De plus, la satisfaction de la clientèle est un indicateur pertinent dans une stratégie de contrôle de la qualité des services. L'analyse de la satisfaction du client permet de boucler le cycle d'amélioration continue « en renseignant l'entreprise sur les forces et la faiblesse de son offre et de ses prestations. Ce retour d'information en aval (rétroaction) est donc majeur pour la performance de l'entreprise » (Ray, 2001 : 5).

Dans un contexte où les clients n'ont pas le choix de leur fournisseur de services, comme c'est souvent le cas pour les services sociaux publics, la mesure de la satisfaction constitue une obligation morale pour les établissements. Larsen, Attkisson, Hargreaves et Nuyen (1979) font valoir que le point de vue du client vient compléter une évaluation des services publics qui pourrait autrement demeurer biaisée par les pourvoyeurs. Ils rappellent que cela est particulièrement important parce que leur clientèle est souvent captive et ne peut recourir à des services privés. La mesure de la satisfaction est donc un moyen de lui donner la parole. D'ailleurs, en travail social, les approches centrées sur les forces et sur l'appropriation du pouvoir (*empowerment*) accordent une place importante à l'opinion du client pour améliorer les services.

L'évaluation de la satisfaction est également utile pour prédire les comportements des clients en regard des services. En effet, les clients satisfaits sont plus susceptibles de répondre aux demandes de l'intervenant et de se présenter de façon assidue à leurs rendez-vous. Ils seront aussi plus disposés à faire appel à d'autres services psychosociaux dans le futur. Évidemment, les études sur la satisfaction sont considérées comme peu valides pour évaluer l'efficacité des interventions. Cependant, comme la mesure de l'efficacité exige généralement des mesures répétées et le recours à des outils standardisés et, souvent, à de multiples informateurs, leur réalisation requiert beaucoup de temps et d'efforts de la part des intervenants et de la clientèle (Lambert, Shazer et

Bickman, 1998). Le manque de fonds et de ressources humaines rend impossible ou difficile d'entreprendre des études sophistiquées et complexes sur l'efficacité des services (Vignola, 2004). Par contre, les mesures de satisfaction sont généralement simples et peu coûteuses. La mesure de la satisfaction s'avère donc pertinente. Toutefois, pour être utile, elle doit être systématique, rigoureuse, reproductible et comparable (Réseau Circum, 2001; Vignola, 2004).

Outils de mesure de la satisfaction et du changement perçu

Selon le Réseau Circum (2001), la mesure de la satisfaction doit prendre en considération cinq composantes des services : les attentes du client, ses perceptions du service, sa satisfaction sur différents aspects, l'importance qu'il accorde à ces aspects et les priorités d'amélioration du service. Pour leur part, Larsen, Attkisson, Hargreaves et Nguyen (1979) mentionnent que l'accessibilité des services, les habiletés du professionnel, l'interaction entre le personnel et l'utilisateur ainsi que l'environnement physique doivent être pris en considération, en plus de la satisfaction générale. Les éléments les plus souvent considérés pour mesurer la satisfaction de la clientèle sont : le processus (courtoisie, empathie, etc.), la sensibilité (adaptabilité, temps d'attente, etc.), la fiabilité (conformité aux promesses, équité, etc.), l'accessibilité (localisation, heures, etc.) et la communication (clarté, disponibilité, etc.). Tous ces aspects ne sont pas d'égale importance, selon les clients et les services. Les instruments pour évaluer la satisfaction doivent donc aborder différentes dimensions du service plutôt que le service en général (Vignola, 2004). Toutefois, les questions relatives à l'appréciation générale sont utiles pour la comparaison avec d'autres enquêtes qui pourraient ne pas inclure les mêmes dimensions ou indicateurs. Il existe divers instruments pour mesurer la satisfaction et le changement perçu chez la clientèle à l'égard des services sociaux et de santé, dont certains disponibles en version française. Les lignes qui suivent en présentent quelques-uns.

Le *Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)* de Nguyen, Attkisson et Stegner (1983) a été développé pour mesurer la satisfaction des usagers de programmes en santé mentale. Cette échelle

a été utilisée dans une variété de domaines. Elle comprend huit énoncés, chacun offrant quatre possibilités de réponse : excellente, bonne, passable ou médiocre. L'instrument possède une excellente consistance interne ($\alpha = 0,83$) et une bonne validité. Il a été traduit et validé en français (Sabourin, Pérusse et Gendreau, 1989). Son utilisation est acceptable dans de nombreux cas, mais McMurthy et Hudson (2000) rapportent des limites pour un usage auprès d'adolescents ou d'adultes présentant des déficits sur le plan éducationnel.

L'échelle *Reid-Gundlach Social Service Satisfaction Scale (R-GSSSS)* de Reid et Gundlach (1983) est constituée de 34 questions qui portent sur l'appréciation des services sociaux. Elle comprend trois sous-échelles : la pertinence (adaptation du service fourni en fonction du problème présenté), l'impact (effets du service sur le problème) et la satisfaction (effets du service sur la perception des usagers concernant leur propre efficacité). Les choix de réponses se situent sur une échelle de type Likert à cinq niveaux allant de 1 pour la satisfaction minimale à 5 pour la satisfaction maximale. L'échelle présente une consistance interne élevée (α de 0,95 pour l'ensemble, et de 0,82 à 0,86 pour les sous-échelles). Les auteurs rapportent une bonne validité. Les limites tiennent au fait que son élaboration et sa validation ont été effectuées auprès d'un petit nombre de sujets.

Le *Youth Client Satisfaction Questionnaire (YCSQ)* de Shapiro, Welker et Jacobson (1996) permet de mesurer la satisfaction des adolescents à l'égard d'un service en santé mentale. L'instrument a été construit pour être administré au téléphone. Il comporte 14 questions et possède une bonne consistance interne ($\alpha = 0,90$). Les auteurs ont déterminé deux composantes principales de la satisfaction : la relation avec le thérapeute et les bénéfices de la thérapie.

Le *Client Satisfaction Inventory (CSI)* de McMurthy et Hudson (2000) est considéré par ses auteurs comme une mesure unidimensionnelle de la satisfaction. Le questionnaire se présente en deux versions : une version complète qui comprend 25 énoncés et une version abrégée de neuf questions. Le choix de réponses se situe sur une échelle graduée en sept points. L'instrument possède une bonne consistance

interne avec des coefficients alpha de 0,93 pour la version longue et de 0,89 pour la version courte. Concernant la validité de contenu, la corrélation du total des énoncés pour les deux versions varie de modérée à forte, avec une moyenne de 0,57 pour la version complète et de 0,64 pour la forme courte. Cette mesure s'applique à plusieurs clientèles des services sociaux. Une version française non validée est disponible (Turcotte et Lebeau, 2002).

Le Conseil québécois d'agrément recourt à l'évaluation de la satisfaction de la clientèle recevant des services sociaux et de santé dans le cadre de l'agrément des établissements publics. Les questionnaires utilisés auprès de la clientèle suivie en centre jeunesse se présentent en deux versions, l'une pour les parents et l'autre pour les jeunes de 14 ans et plus. Chacun se divise en deux parties. La première comporte 59 questions, regroupées en trois indicateurs et treize finalités. Le premier indicateur concerne la relation avec le client (respect, confidentialité et empathie), le deuxième touche la prestation des services professionnels (fiabilité, responsabilité, apaisement, «solidarisation» et plan d'intervention) et le troisième concerne l'organisation des services (simplicité, continuité, accessibilité, rapidité et confort). Pour chaque énoncé, la personne indique son degré d'accord sur une échelle graduée de 0 (totalement en désaccord) à 10 (entièrement d'accord). Trois questions pour mesurer le changement perçu par les jeunes et les parents sont incluses dans l'indicateur «prestation professionnelle». La deuxième partie du questionnaire comporte cinq questions permettant de connaître les caractéristiques du répondant (âge, sexe).

Ces questionnaires sont largement utilisés et ont été repris en partie dans quelques études sur la satisfaction de la clientèle des centres jeunesse (Brousseau et Pilote, 2007; Dionne, 2006; Veillette, Gaudreault, Richard et Perron 2000). Ces mesures n'ont cependant pas été l'objet de validation systématique. Selon les sondages réalisés dans les centres jeunesse entre 2001 et 2006 à l'aide de cet instrument, 67% des parents et 71% des jeunes s'estiment plutôt satisfaits des services, mais un pourcentage un peu plus faible (63% des parents et 69% des jeunes) considère que sa situation s'est

améliorée à la suite des services reçus (Conseil québécois d'agrément, 2005; 2006). Dans ces cas, l'examen comparatif des résultats obtenus laisse voir des taux légèrement plus élevés de satisfaction et d'amélioration lorsque les études ont été réalisées après la fin des interventions (Dionne, 2006) plutôt que pendant leur déroulement (Brousseau et Pilote, 2007; Conseil québécois d'agrément, 2005; 2006); cela suggère que les parents et les jeunes sont plus en mesure d'apprécier les effets des services quand l'intervention est terminée, particulièrement en contexte non volontaire. Toutefois, ces taux demeureraient légèrement inférieurs à ceux obtenus pour les clientèles volontaires des services sociaux et de santé, selon des données inédites du Conseil québécois d'agrément.

L'examen approfondi de ces instruments permet de voir que les mesures de la satisfaction comportent souvent des questions concernant le changement perçu par le client. Cependant, Magura et Moses (1986) se sont attardés à développer un outil axé exclusivement sur ce dernier aspect (*Parent Outcome Interview*). Cet instrument vise à évaluer le changement dans la famille, tel que perçu par le parent, selon onze dimensions du bien-être de l'enfant. Pour chaque dimension, le parent doit préciser les problèmes présents au début de l'intervention et mentionner les changements qu'il perçoit concernant la situation initiale. Il doit aussi dire si le problème est résolu, qualifier l'effet du service sur l'évolution de la situation et mentionner si une aide est toujours nécessaire. Dans leur étude (Magura et Moses, 1984) basée sur l'utilisation de cette échelle, 70% des répondants ont exprimé un niveau moyen de satisfaction. En ce qui a trait aux éléments les ayant aidés, un quart des clients ont spontanément mentionné la relation avec leur intervenant. Parmi les sources de mécontentement, ils ont mentionné, entre autres, le désaccord avec les intervenants sur la façon de traiter leurs problèmes, l'attitude critique ou menaçante des intervenants et l'absence de soutien financier ou pour leurs problèmes émotifs, familiaux ou de santé mentale; 60% des parents ont noté au moins un de ces motifs.

Certains modèles d'intervention basés sur les forces du client tels que l'intervention orientée vers les solutions et les approches cognitives

recourent également à des échelles simples pour mesurer le changement perçu. Référant au problème à l'origine de la demande de service et à certains problèmes secondaires, ils demandent au client de situer ses difficultés sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le seuil minimal de fonctionnement et 10 le seuil optimal (Berg et Kelly, 2001). Ce type de mesure a l'avantage de permettre une évaluation continue des changements, selon le point de vue du client.

Interprétation des mesures de satisfaction et de changement

Les résultats aux mesures de satisfaction et de perception du changement de la clientèle doivent être interprétés avec prudence, en raison de la diversité des facteurs qui influencent le déroulement et l'issue d'une intervention (Vignola, 2004). Des travaux théoriques et empiriques sur les effets des services et des interventions ont permis de déterminer certains de ces facteurs.

Ainsi, l'attitude initiale du client en regard des services peut influencer tant la satisfaction que la perception du changement. En ce qui concerne les populations non volontaires, Turcotte (1993) mentionne que l'attitude des parents envers les intervenants, attitude qui oscille entre l'indifférence et l'agressivité, leur malaise concernant les professionnels, leur faible motivation et leur opposition sont autant d'obstacles à la démarche d'intervention. Berg et Kelly (2000) distinguent trois catégories d'attitudes, allant de celle de la personne qui nie son problème et consulte par obligation, au désir de trouver des solutions pour changer et améliorer sa qualité de vie, en passant par la déresponsabilisation sur ses difficultés. Hardwick (1991) décrit deux types de familles clientes; celles qui consultent en temps de crise et transforment le réseau de services en prolongement de leur famille et celles qui perçoivent les services professionnels comme intrusifs. Ces dispositions sont susceptibles d'influencer leur appréciation des services et leur perception des changements.

L'alliance entre l'intervenant et le client est une autre dimension importante, bien qu'elle ne soit pas suffisante pour qu'il y ait changement (Lambert et Ogles, 2004), même si les usagers attribuent fréquemment le succès de leur traite-

ment aux qualités personnelles de l'intervenant. Les habiletés de communication de l'intervenant qui se traduisent pas des attitudes d'écoute et d'ouverture seront d'autant plus importantes que les échanges avec les personnes en difficulté sont souvent complexes et remplis d'ambiguïté (Bouchard et Kalubi, 2003). Une attitude trop intrusive de l'intervenant ou, au contraire, trop en retrait, peut aussi nuire au processus de changement (Harwick, 1991). Plusieurs auteurs soulignent également l'importance d'une vision concordante du problème et de la solution entre l'intervenant et le client (Lessard et Turcotte, 2000; Grotevant et Carlson, 1989; Gaudin, Polansky, Kilpatrick et Shilton, 1996), vision qui s'obtient plus facilement lorsque la démarche s'appuie au départ sur ce que le client veut changer (Berg et Kelly, 2000). Imposer le changement ne favorise pas l'acquisition des comportements attendus de l'usager (Berg et Kelly, 2000); en effet, la confusion et la méfiance s'installent chez le client lorsqu'il ne comprend pas les raisons qui expliquent les interventions qui lui sont offertes (Sandbeak, 1999).

Les caractéristiques du réseau de services sociaux ont aussi une influence sur l'appréciation des services par les clients. Hardwick (1991) mentionne un certain nombre d'éléments qui peuvent conduire à une perception négative : référence imprécise, problème mal défini, difficulté d'accès, attente trop longue, expérience antérieure négative, suggestions de stratégies inefficaces, mésentente entre les professionnels, etc.

En résumé, plusieurs facteurs peuvent influencer l'appréciation et les résultats des interventions ou des services, d'où l'importance d'examiner plusieurs facettes lorsque vient le moment d'interpréter les résultats obtenus aux mesures de satisfaction et de perception du changement.

Conclusion

Les liens entre satisfaction, changement perçu et résultats sont complexes et mettent en présence plusieurs facteurs. La définition de ces trois concepts a mis en lumière qu'ils représentent des angles complémentaires pour mesurer la qualité des services. Leur utilisation combinée est susceptible d'apporter des éclairages diffé-

rents sur les actions à entreprendre pour améliorer les services, toutefois, les aborder simultanément peut exiger beaucoup de ressources. Parce qu'il s'agit d'aspects plus facilement abordables, les mesures de la satisfaction de la clientèle et des bénéficiaires qu'elle perçoit des services reçus peuvent représenter un premier pas intéressant dans la mise en place d'une stratégie de contrôle de la qualité des services d'un établissement. Toutefois, elles ne devraient pas remplacer des évaluations des interventions et des services qui sont de première importance afin d'arriver à une meilleure compréhension de leurs effets différenciés sur la clientèle.

On a aussi relevé différents enjeux entourant la mesure de la satisfaction et du changement dont on doit tenir compte dans l'interprétation des résultats. Dans une telle démarche, une attention particulière devrait être accordée aux facteurs reliés à l'intervenant, à l'intervention, aux clients eux-mêmes ainsi qu'au réseau de services sociaux pour apprécier leur influence sur la satisfaction et sur la perception du changement. L'étude de la satisfaction peut fournir des indications sur l'efficacité des programmes tout en conduisant à l'identification d'indicateurs des changements. L'appréciation des clients sur les services qu'ils reçoivent ne peut que contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et, en ce sens, elle constitue une information de premier plan pour tout professionnel soucieux de la qualité de son action. Elle est aussi un complément aux études sur l'efficacité des interventions qui doivent orienter les professionnels dans leur choix des modèles et des stratégies d'intervention les mieux adaptés aux difficultés et aux besoins de leurs clients.

Descripteurs :

Service à la clientèle - Qualité - Contrôle // Patients - Satisfaction - Évaluation // Relations avec la clientèle // Qualité de service

Customer service - Quality control // Patients - Satisfaction // Customer relations // Service-level agreements - Evaluation

Références

- Auclair, M. (2004). *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Berg, I. S., & Kelly, S. (2000). *Building Solutions in Child Protective Services*. New York: Norton.
- Berg, I. K., et Kelly, S. (2001). *Des solutions à inventer dans les services à l'enfance*. Québec : Edisem et Satas.
- Bouchard, J.-M., et Kalubi, J.-C. (2003). Les difficultés de communication entre intervenants et parents d'enfants vivant avec des incapacités, *Éducation et francophonie*, 31 (1), 108-129.
- Brousseau, M., et Pilote, C. (2007). *Le point de vue des usagers sur l'utilisation du plan d'intervention (PI)*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- Conseil québécois d'agrément (2005). *Compilation des résultats du sondage sur la satisfaction des parents entre 2005 et 2006*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Conseil québécois d'agrément (2006). *Compilation des résultats du sondage sur la satisfaction des jeunes entre 2005 et 2006*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Dionne, M. (2006). *La satisfaction des usagers aux Centres jeunesse Chaudière-Appalaches*. Lévis : Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches, DSPRH.
- Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., & Shilton, P. (1996). Family functioning in neglectful families, *Child Abuse and Neglect*, 20 (4), 363-377.
- Green, R. G., & Vosler, N. R. (1992). Issues in the assessment of family practice an empirical study, *Journal of Social Service Research*, 15 (3-4), 1-19.
- Grotevant, H. D., & Carlson, C. I. (1989). *Family assessment: A guide to methods and measures*. New York, London: Guilford Press.
- Hardwick, P. J. (1991). Families and the professional network: an attempted classification of professional network actions which can hinder change, *Journal of family therapy*, 13, 187-205.
- Hasler, G., Moergeli, H., Bachmann, R., Lambrevia, E., Buddeberg, C., & Schnyder, U. (2004). Patient satisfaction with outpatient psychiatric treatment: The role of diagnosis, pharmacotherapy and perceived therapeutic change, *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (5), 315-321.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance, *Behavior Therapy*, 15, 36-352.

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*: 139-193. New York: John Wiley.
- Lambert, W., Salzer, M., & Bickman, L. (1998). Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 270-279.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client-patient satisfaction: Development of a general scale, *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lessard, G., et Turcotte, D. (2000). Les représentations sociales des familles à risque chez des intervenants sociaux : un paradoxe révélateur, dans M. Simard et J. Alary. *Comprendre la famille* : 239-259. Actes du 5e symposium de recherche sur la famille. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Magura, S., & Moses, B. S. (1984). Clients as Evaluators in Child Protective Services, *Child Welfare*, 13 (2), 99-112.
- Magura, S., et Moses, B. S. (1986). *Outcome measures for child welfare services. Theory and applications*. Washington: Child Welfare League of America.
- Mayer, R., et Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche, dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques, et D. Turcotte. *Méthode de recherche en intervention sociale* : 115-131. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- McMurty, S. L., & Hudson, W. (2000). The client satisfaction inventory: Results of an initial validation study, *Research on Social Work Practice*, 10 (5), 644-663.
- Moore, S. T., & Kelly, M. J. (1996). Quality now: Moving human services organizations toward a consumer orientation to service quality, *Social Work*, 41 (1), 33-40.
- Nguyen, T. D., Attkisson, C., & Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire, *Evaluation and Programme Planning*, 6 (3-4), 299-313.
- Ray, D. (2001). *Mesurer et développer la satisfaction des clients*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Reid, P. N., & Gundlach, J. H. (1983). A scale for the measurement of client satisfaction in the social services, *Journal of Social Service Research*, 7, 37-54.
- Réseau Circum (2001). « Approche intégrée de rétroaction auprès des clients : Document d'autoformation sur la réalisation d'enquêtes de satisfaction de la clientèle. ». Site du Réseau Circum. Extrait du site du Réseau Circum le 6 août 2007 : <http://www.circum.com/textes/programme-drhc-quebec-2001.pdf>.
- Robert, P. (2006). *Le Petit Robert de la langue française, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaire le Robert.
- Sabourin, S., Pérusse, D., et Gendreau, P. (1989). Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de satisfaction du consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B), *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21 (2), 147-159.
- Sandbeak, M. (1999). Children with problem: Focusing on everyday life, *Children and Society*, 13, 106-118.
- Shapiro, J. P., Welker, C. J., & Jacobson, B. J. (1996). The Youth Client Satisfaction Questionnaire: Measure development, factor analysis, and validation. In *The 9th Annual Research Conference Proceedings, A system of care for children's Mental Health: Expanding the Research Base* (26-28 February).
- Trudel, R., et Antonius, R. (1991). *Méthodes quantitatives appliquées aux sciences humaines*. Montréal : Centre éducatif et culturel.
- Turcotte, D. (1993). Le plan de services individualisé en protection de la jeunesse : les enjeux pour la pratique professionnelle, *Nouvelles pratiques sociales*, 6 (2), 71-84.
- Turcotte, D., et Lebeau, T. M. (2002). *Inventaire de la satisfaction du client (ISC)*. Document de travail inédit, 25 février 2002.
- Veillette, S., Gaudreault, M., Richard, L., et Perron, M. (2000). *La satisfaction de la clientèle-parents des Centres jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Saguenay-Lac-Saint-Jean : Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Rapport final préparé pour le comité des usagers.
- Vignola, E. (2004). *La portée des résultats en mesure de la satisfaction de la clientèle*. Réseau d'échange sur la mesure de la satisfaction de la clientèle. Québec : Centre d'expertise des grands organismes.
- Zeithaml, V., Parasurama, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: Free Press.

**de Boris Cyrulnik, Éditions Odile
Jacob, 2008, 279 pages.**

Résumé et commenté par
Pascale Hamet, t.s.

L'ouvrage intitulé *Autobiographie d'un épouvantail* de Boris Cyrulnik (2008) traite d'un thème cher à l'auteur : le processus de résilience des enfants et des adultes ayant subi des traumatismes importants au cours de leur vie. À la différence de ses ouvrages antérieurs, Cyrulnik s'intéresse davantage ici à des trajets de vie d'enfants provenant de diverses cultures afin de souligner certaines caractéristiques issues de celles-ci pouvant, selon les aires permises ou défendues par celles-ci, favoriser ou mettre en péril le processus de résilience.

Une introduction soutenue de 15 pages sur le thème de la résilience permet d'aborder ce concept illustré ici par plusieurs destinées d'enfants pour qui l'acte de violence subi, qu'il soit langagier (ex. : « ta mère était une pute », p. 12) ou comportemental (père boche, p. 21, père hutu tuant une tante tutsie, p. 17) marque de façon aussi destructrice l'un que l'autre l'identité et le développement psychologique de l'enfant. L'auteur montre comment cet enfant transformera peu à peu la honte ressentie en fierté, comment cet autre transformera le silence étouffant en paroles selon que les mots associés au traumatisme aient pu faire l'objet d'un déplacement significatif dans le travail de reconstruction du récit autobiographique du sujet, alors qu'un troisième restera presque entièrement captif de son histoire traumatique. Cyrulnik démontre ainsi l'importance du langage dans ce travail de réhabilitation du sens : « Il est donc possible de modifier le sentiment

intime d'une personne en agissant sur les récits qui l'entourent, sur ce qui est dit autant que sur la manière de le dire » (p. 15).

Quatre chapitres composent ensuite ce livre : Catastrophes naturelles et changements culturels, Au Bonheur des pervers, Les Perroquets de Panurge, les Enfants cachés. Cet ouvrage se présente essentiellement comme un essai libre voulant offrir une narration vivante et humaine de ces vies d'enfants soumis à des catastrophes naturelles, bouleversés par la perte d'un ou de plusieurs membres de leur famille ou confrontés à des récits de vie troués. L'auteur retrace dans chacun des chapitres en citant abondamment le « je » de la victime les trajets de ces enfants/adultes, s'arrêtant pour en analyser les tournants, les moments d'achoppement ou de fracture des liens originaires. Il relate les efforts concrets ainsi que l'étendue des aménagements psychiques accomplis par ces enfants lors de l'événement subi, sinon durant toute leur vie d'adulte, pour tenter de composer avec cette souffrance. Ce travail est l'essence même de la résilience telle que la définit l'auteur : « La résilience n'est donc pas du tout un récit de réussite, c'est l'histoire de la bagarre d'un enfant poussé vers la mort qui invente une stratégie de retour à la vie (p. 133) ». Cyrulnik nous invite par ailleurs à tenir compte de trois paramètres dans la compréhension du phénomène de la résilience et de son avènement, soit : « le développement du sujet et son histoire prétraumatique, la structure du trauma, l'organisation des soutiens post-traumatiques (p. 49) » chez le sujet, lesquels permettent de « prédire l'apparition de troubles ou au contraire la mise en place d'un nouveau style d'existence (p. 49) ».

Mais l'auteur ne s'arrête pas là. Non seulement dévoile-t-il au chapitre 1 les conséquences psychiques et relationnelles des traumatismes vécus par ceux qu'il appelle affectueusement « les épouvantails », mais il décrit dans le chapitre suivant certains aspects du psychisme de leurs agresseurs. Ainsi, il indique des pistes de réflexion importantes pour qui aimerait

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs
sociaux et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 269-270.**

réfléchir sur la dynamique agresseur-agressé, sachant que bourreau et victime ont recours à des mécanismes différenciés : rationalisation, dépersonnalisation, masochisme, érotisation de la souffrance, etc. Ce faisant, il donne aussi à entendre à quel point la puissance destructrice du langage forge de manière essentielle l'acte premier d'agression commis par l'agresseur, qu'il s'agisse d'un inconnu, du milieu environnant, voire d'un parent d'accueil, etc. Cependant, tout au long de l'ouvrage et chaque fois de façon spécifique à la situation relatée, Cyrulnik ne manque pas de mettre en relief avec la même force évocatrice la dimension profondément réparatrice de ce médium qu'est le langage quand il est permis et entendu dans un lien thérapeutique soutenant ou lorsqu'il est utilisé de manière créative par le sujet traumatisé qui s'adonnera par exemple au dessin, au théâtre, ou au roman (p. 190-192).

Le chapitre 3 traite de manière plus didactique des différences entre soumission et obéissance et de leurs liens avec les troubles d'attachement de l'enfant, lesquels peuvent expliquer le type de relations engagées à l'âge adulte avec des agresseurs (tortionnaires et tyrans) de tout acabit, ce qui explique la difficulté des victimes de contrer le mécanisme de la répétition. Cyrulnik utilise des exemples provenant du génocide rwandais, du massacre des juifs par les nazis et du génocide arménien pour souligner en outre les enjeux entourant la transmission de l'héritage culturel entre les générations.

Dans le chapitre 4, l'auteur fait état de parcours d'enfants adoptés en notant l'importance des pairs, de l'école et de la rêverie pour ces enfants. Il considère le destin des enfants de la rue selon leur appartenance à une culture ou à une autre (Colombie, Rwanda, Japon, Israël, Roumanie, etc.). Nul doute que ces élaborations intéresseront ceux qui œuvrent auprès de cette population.

Enfin, un très court épilogue de trois pages vient clore ce livre porteur de messages d'ouverture à la différence de l'autre.

Nous tenons par ailleurs à mentionner deux phrases-clés de l'ouvrage de Cyrulnik qui nous apparaissent tout aussi importantes l'une que l'autre même si elles peuvent sembler en apparence contradictoires ou inconciliables au premier abord :

- 1) pour les déracinés, les réfugiés, « l'action possède un effet de résilience plus efficace qu'une aide verbale » (p. 58-59);
- 2) « ce qui impulse la résilience, c'est la sécurisation affective et le sens qu'un travail verbal donnera au traumatisme, après le coup » (p. 63).

En plaçant ces deux phrases côte à côte en guise de conclusion de ce résumé, c'est la complémentarité de ces moyens et non leur opposition que nous voulons ici mettre en évidence, sachant combien l'intervention centrée sur l'action à accomplir, la sécurisation affective et le travail verbal sont au cœur du travail de l'intervenant social aux prises avec des situations d'urgence psychosociale.

Descripteurs :

Résilience chez l'enfant

Resilience (Personality trait) in children

de Martine Trudel, travailleuse sociale, Les Éditeurs Réunis, 2008, 229 pages.

Résumé et commenté par
Claude Montpetit, t.s.

Soulignons d'abord le titre accrocheur.

Ce guide est destiné aux enfants adultes dans leur relation d'aide avec leurs parents vieillissants. Il vise à susciter une réflexion sur leur propre implication : comment vivre harmonieusement cette expérience qu'est cet engagement. Martine Trudel, travailleuse sociale, insiste : « Nous devons aider sans nous nuire et voilà pourquoi il nous faut nous y préparer. »

Ce livre nous éclaire à deux niveaux : d'abord, pour notre bénéficiaire personnel, et dans un deuxième temps pour actualiser nos concepts liés au vieillissement.

La démarche réflexive graduelle qu'il utilise vaut la peine de s'atteler à sa lecture. Le premier chapitre aborde le vieillissement de la population en général reprenant des éléments tels que la transformation du réseau de la santé et des services sociaux au fil du temps et présente à grands traits quelques théories du vieillissement.

Le deuxième chapitre s'attarde à la dynamique du vieillissement en tant que tel. Déjà, le lecteur comprend qu'une part de responsabilité appartient aussi à la personne âgée elle-même.

Le troisième chapitre est consacré entièrement à l'accompagnement. Partagé entre le sentiment de gratitude et d'obligation, l'enfant doit prendre le temps de se situer personnellement (en définissant ses valeurs et les enjeux personnels que soulève pour lui le vieillissement).

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 271-272.

L'accompagnement des parents vieillissants doit permettre de se réaliser et non de dépasser ses limites pour se mettre en danger. Évidemment, à cet effet, il faut planifier ce projet d'accompagnement en tenant compte de la dynamique de sa vie actuelle. Concilier celle-ci avec la responsabilité du rôle d'aidant demeure un défi de taille. Le chapitre 4 aborde ces aspects.

On retrouve dans les chapitres suivants des questions comme « Comment va votre vie? » ou des réflexions qui conduisent à mettre des mots sur l'état de la vie affective. La structure de vie que les enfants aidants mènent sert donc de toile de fond pour accueillir le projet d'accompagnement. À chacun de définir son style d'accompagnement et de déterminer les tâches qui nous ressemblent. Chacun s'attribuera ces dernières (soins personnels, AVQ, AVD, transport, gestion) selon la perte d'autonomie du parent et son niveau de confort, c'est-à-dire la zone où se situe l'aide volontaire.

L'auteure rappelle que non seulement il est primordial de partager cette réalité d'accompagnement avec les parents et la fratrie, mais que le partage doit se vivre avec la communauté et l'État. Ces ressources doivent être sollicitées selon les besoins exprimés. Toutefois, les ressources personnelles de l'aidant sont ses meilleurs alliés.

Au chapitre 7, treize thèmes sont abordés pour solidifier les balises personnelles de l'accompagnement des parents, dont l'amour de soi, la bonté, l'impuissance, etc.

Parsemée d'exercices personnels et de graphiques, la lecture du volume est fluide. À la fin de chaque chapitre, une partie **Points de repère** reprend les sujets les plus significatifs du chapitre. Ce livre aurait pu être lourd en raison de son propos, mais l'auteure a su garder un ton de non jugement, explicite et relativement simple. Elle y aborde toutes les facettes de cette réalité. Ce projet d'accompagnement pouvant s'échelonner facilement sur une période de 20 ans, il importe que l'enfant

puisse le vivre et le partager tout en restant sain et respectueux de lui-même. Cette lecture aidera même les aidants déjà ancrés dans cette réalité à mettre des mots sur ce qu'ils vivent et à appréhender les étapes futures. Elle leur fournira également l'occasion de redéfinir leur engagement et de vivre ainsi plus harmonieusement cette étape de vie. Bonne lecture!

Descripteurs :

Enfants adultes de parents âgés

Adult children of aging parents

Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité,

Piste de lecture

**de William A. Ninacs, Collection
Travail social, PUL, 2008, 142 pages.**

Résumé et commenté par
Marie-Lyne Roc, t.s.

Cet ouvrage constitue un traité étoffé du concept d'*empowerment*. En effet, l'auteur scrute le sujet en détail d'abord en s'attardant sur les assises théoriques du concept pour ensuite en démontrer l'actualisation dans l'intervention sociale et l'action communautaire reliées aux personnes en situation de pauvreté et d'exclusion. À cet égard, le texte est tout à fait d'actualité.

Concept fort utilisé, parfois à tort, l'*empowerment* est ici considéré dans toute sa complexité. L'auteur explique et démontre comment l'*empowerment* dépasse largement l'impression d'emprise ou de capacité d'agir. Il s'agit, plutôt, d'un processus à travers lequel les capacités de choisir et de décider se développent et où l'étape finale est l'acquisition d'une capacité d'agir.

Le livre se divise en deux parties. La première partie inclut quatre chapitres et porte sur les assises théoriques du concept d'*empowerment*. Il présente en détail le processus par lequel tant les individus, les communautés que les organisations passent pour s'approprier la capacité d'agir ainsi que le rôle des organisations et des communautés dans cette appropriation. Dans le premier chapitre, l'auteur définit l'*empowerment* et en campe les fondements. Les trois chapitres suivants s'attardent tour à tour sur les trois types distincts d'*empowerment* : individuel, communautaire et organisationnel. L'auteur met en lumière les caractéristiques ainsi que les manifestations propres à chaque type d'*empowerment* selon qu'il s'agisse d'individus ou de communautés.

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 131, hiver 2009 : 273-274.**

Il démontre également la dynamique et la relation systémique entre les différents types d'*empowerment* faisant ainsi valoir toute la complexité du processus d'acquisition de la capacité d'agir et l'influence des individus, des communautés et des organisations dans cette acquisition.

La deuxième partie comporte, quant à elle, deux chapitres et traite de l'intervention axée sur le principe d'*empowerment*. Plus précisément, l'auteur propose l'approche axée sur l'*empowerment* pour soutenir les efforts des individus et des communautés appauvris ou exclus dans la reconstruction de leur capacité d'agir. Dans le chapitre cinq, l'auteur recense les diverses approches axées sur l'*empowerment* selon les différentes modalités du service social (intervention individuelle; service social des groupes, organisation communautaire, administration des programmes et recherche). Dans le chapitre 6, il expose les enjeux et les limites de l'intervention axée sur l'*empowerment* en se penchant plus particulièrement sur les situations d'exclusion et de pauvreté.

À la lecture du livre, force est de constater le nombre restreint d'approches réellement axées sur l'*empowerment*. L'auteur nous amène également à nous interroger sur l'application des pratiques visant l'acquisition du pouvoir d'agir particulièrement dans les contextes actuels d'intervention où les problématiques se complexifient, où les ressources sont limitées et insuffisantes, et où les interventions brèves et curatives sont privilégiées. Si le livre démontre clairement la pertinence et l'utilité des interventions et des actions sociales basées sur l'*empowerment*, il offre peu de pistes sur la façon d'y parvenir dans les contextes actuels de pratique. Bref, ce livre s'avère pertinent tant pour les enseignants, les étudiants que les praticiens. Il permet d'approfondir ses connaissances sur le concept d'*empowerment* et de nourrir la réflexion sur la pratique sociale. Nous avons particulièrement apprécié le style personnel avec lequel l'auteur traite du sujet ainsi que les

exemples et les travaux de recherche tirés spécifiquement de la réalité québécoise.

Il s'agit d'une réelle contribution de l'auteur sur un sujet très fondamental pour éclairer l'intervention des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux québécois.

Descripteurs:

Appropriation psychosociale

Empowerment

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@optsq.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@optsq.org>.

Ce courriel devra contenir deux fichiers distincts.

- Le texte comme tel; 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@optsq.org
Site Web : www.optsq.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@optsq.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@optsq.org>.

This email must contain two separate files.

- The article per se 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@optsq.org
Web site: www.optsq.org

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

Appel de contributions

Revue *Intervention*

NUMÉRO 133-HIVER 2010

RECHERCHE, CRÉATIVITÉ ET SOLIDARITÉ EN TRAVAIL SOCIAL DE GROUPE

Le comité de la revue *Intervention* désire faire connaître à ses lecteurs les derniers développements en service social des groupes. Comme le dernier numéro publié sur cette thématique remonte à 1996 sous le titre « Pratiques en service social des groupes et nouvelles réalités sociales », le comité de la revue se joint au 32^e *Symposium international sur le travail de groupe*, qui aura lieu à Montréal du 3 au 6 juin 2010, pour lancer un appel de contributions sur le service social des groupes. Le comité invite donc les travailleurs sociaux, les thérapeutes conjugaux et familiaux et les autres intervenants ou chercheurs en travail social de groupe à soumettre des articles pour le numéro 133 sur le thème **Recherche, créativité et solidarité en travail social de groupe**.

Depuis leurs débuts, les groupes en travail social sont reconnus pour leur grande créativité, laquelle constitue un élément central de leur développement et de leur déploiement. Dans le contexte actuel où la crise économique fragilise les liens sociaux, où les problèmes sociaux se complexifient et où les logiques administratives s'imposent de plus en plus dans les pratiques, il importe que tous unissent leurs efforts pour que la solidarité sociale demeure une force vive au sein des communautés. À cet effet, les innovations en recherche et en pratique en travail social de groupes constituent une voie privilégiée. Or, qu'en est-il des conditions de pratique pour être créatif en intervention de groupe? Qu'en est-il des objectifs de solidarité poursuivis par les groupes d'intervention? Comment la recherche peut-elle contribuer au développement de pratiques de groupe? Comment la créativité est-elle exploitée dans la recherche sur les groupes?

En plus d'aborder ces questions, les auteurs peuvent soumettre un article sur l'un des thèmes suivants :

- Processus créateurs en intervention et en recherche;
- Pertinence et contribution des pratiques de groupe en contexte de crise économique;
- Potentiel créatif des technologies pour l'intervention et la recherche;
- Alliance et réciprocité de la recherche et des pratiques;
- Enjeux éthiques et organisationnels posés par les pratiques de groupe;
- Innovations en enseignement, en supervision et en développement professionnel en matière d'intervention de groupe;
- Utilisation des petits groupes en matière de changements environnementaux, de développement durable, de revitalisation des communautés et d'insertion sociale et professionnelle;
- Développement de nouvelles pratiques et de pratiques créatives;
- Récits de pratique sur des interventions de groupe axées sur la solidarité sociale;
- Récits de pratiques novatrices en groupe.

Cette énumération n'est pas exhaustive. Tout article traitant d'autres aspects de l'intervention de groupe pourra être accepté dans ce numéro thématique. Il est à noter que les articles soumis peuvent avoir fait l'objet ou non d'une présentation dans le cadre du Symposium.

Valérie Roy, t.s., Ginette Berteau, t.s., et Sacha Genest Dufault, t.s.

Pour le comité de la revue *Intervention*

DATE LIMITE POUR SOUMETTRE LES ARTICLES : LE 14 AOÛT 2010

Claude Larivière, t.s., coordonnateur

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

255, boulevard Crémazie Est, bureau 520

Montréal (Québec) H2M 1M2

Tél. : 514 731-3925, poste 228; sans frais 1 888 731-9420

Courriel : revue.intervention@optsq.org

Call for contributions
Intervention Journal
ISSUE NO. 133-WINTER 2010

RESEARCH, CREATIVITY AND SOLIDARITY IN GROUP SOCIAL WORK

The *Intervention Journal* Committee wishes to bring its readers up to date on the latest developments in group social work. As the last issue on this theme was published back in 1996 under the heading *Pratiques en service social des groupes et nouvelles réalités sociales* (Group Social Work Practices and New Social Realities), the journal committee has joined forces with the 32^e *Symposium international sur le travail de groupe* (32nd International Symposium on Group Work) to be held in Montreal from June 3 to 6, 2010, to launch a call for contributions on group social work. The committee therefore invites social workers, marriage and family therapists as well as other stakeholders or researchers in group social work to submit articles for Issue 133 on the theme **Research, Creativity and Solidarity in Group Social Work**.

From the outset, social work groups have been recognized for their great creativity, which constitutes a key element in their development and deployment. Given current conditions where the economic crisis is making social ties more tenuous, where social problems are growing more complex, and where administrative logistics are becoming an increasingly important component of practice, it is important for us to work together to ensure that social solidarity remains a vital force within communities. To this end, innovations in the areas of group social work research and practice represent a preferred avenue. But what are the practice conditions required for creativity in group intervention? What are the solidarity objectives targeted by intervention groups? How can research contribute to the development of group practices? How is creativity used in research on groups?

In addition to addressing these issues, the authors can submit an article on one of the following themes:

- Creative processes in the areas of intervention and research
- Relevance and contribution of group practices in an economic crisis
- Creative potential of technologies in intervention and research
- Alliances and reciprocity in the areas of research and practices
- Ethical and organizational challenges of group practices
- Innovations in teaching, supervision and professional development as they apply to group intervention
- The use of small groups with regards to environmental changes, sustainable development, the revitalization of communities, and social and professional integration
- Development of new practices and creative practices
- Stories of practices in group interventions focused on social solidarity
- Stories of innovative group practices.

This listing is hardly exhaustive. Any article dealing with other aspects of group intervention may be accepted for this theme issue. It should be noted that articles, which may or may not have been presented within the framework of the Symposium may be submitted.

Valérie Roy, S.W., Ginette Berteau, S.W., and Sacha Genest Dufault, S.W.
For the *Intervention Journal* Committee

DEADLINE FOR SUBMITTING ARTICLES: AUGUST 14, 2010

Claude Larivière, S.W., Coordinator

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
255 Cremazie Blvd. East, Suite 520
Montreal, Quebec H2M 1M2
Tel.: 514 731-3925, ext. 228; toll-free 1 888 731-9420
Email: revue.intervention@optsq.org

