



Le service social dans un monde en changement



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

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

COMITÉ DE LA REVUE

Valérie Roy, T.S., présidente
Martine Beaulieu, T.S.
Éric Couto, T.S.
Célyne Lalande, T.S.

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

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

PERSONNES-RESSOURCES

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

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

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

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC 2012-2013 ET EMPLOYÉS DU SIÈGE SOCIAL**LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
SECTEUR TRAVAIL SOCIAL**

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

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

Région 03/12 - Capitale-Nationale/Chaudière-Appalaches
Lucie D'Anjou, T.S.
Marie-Josée Dupuis, T.S.
Serge Turcotte, T.S.

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

Région 05 - Estrie
Claudette Guilmaine, T.S.

Région 06/13 - Montréal/Laval
Louise Couture, T.S.
Alain Fredet, T.S.
Mary-Dave Guâteau, T.S.
Marie-Andrée Laramée, T.S.
Suzanne Thibodeau-Gervais, T.S.
Tommy Yaun, T.S.

Région 07 - Outaouais
Guylaine Ouimette, T.S.

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

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

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

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

SECTEUR THÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE
Sylvain Nadeau, T.C.F.

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

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

LE PERSONNEL DU SIÈGE SOCIAL

Président
Assistante à la présidence

Direction générale
Secrétaire et directrice générale
Assistante de direction
Secrétaire

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

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

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

Service juridique
Conseiller juridique

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

Bureau du syndic
Syndic
Syndics adjoints

Secrétaire (bureau du syndic)

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

Comité de révision
Secrétaire au contrôle de l'exercice professionnel

Claude Leblond, T.S.
Sara Veilleux

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

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

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

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

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

Richard Silver, T.S., avocat

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

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

M^e Maria Gagliardi
Émilie Grégoire

Johanne Martel

Éditorial

par Marie Senécal Émond, T.S. 3

Articles thématiques

Évaluation psychosociale des familles migrantes : l'apport de l'ethnopsychiatrie
par Béatrice Chenouard, T.S. 5

Le placement des enfants de la France au Québec : deux politiques, une même intention
par Nathalie Chapon et Esther Montambault 15

Le développement professionnel des travailleurs sociaux assignés à un service d'accueil psychosocial
par Annie Gusev, T.S., et Ginette Berteau, T.S. 26

The use of art in couples and family therapy
by Maya Shalmon, M.F.T., Heather McLaughlin, M.F.T., and Joan Keebler, S.W., M.F.T. 37

L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie
par Sébastien Carrier, Paul Morin et Suzanne Garon 47

Quelques défis pour la pratique du travail social dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés en Wallonie
par Louise Belzile, Marie Beaulieu, Nicolas Berg, Pascale Broché, Amélie Denis, Pascale Van Uffel, Christine Weber,
Marie-Pierre Willame et Dominique Langhendries 57

Pistes de lecture

Sortir la violence de sa vie. Itinéraires d'hommes en changement
par Pierre Turcotte, T.S.
commenté par Émilie Rousseau-Tremblay, T.S. 68

La construction de l'invisibilité. Suppression de l'aide sociale dans le domaine de l'asile
par Margarita Sanchez-Mazas
commenté par Stéphanie Arseneault, T.S. 70

Social Work and Global Health Inequalities. Practice and policy developments
by Paul Bywaters, Eileen McLeod and Lyndsey Napier
commenté par Patrick Villeneuve, T.S. 73

La personne ayant une déficience intellectuelle. Découvrir, comprendre, intervenir
par Jean-Charles Juhel
commenté par Jean Ruest, T.S. 75

Politique éditoriale 78

Editorial Policy 79



Le service social dans un monde en changement

Dans l'appel de contribution où nous sollicitons votre participation, nous disions vouloir explorer l'évolution des enjeux et des pratiques au Québec, comme ailleurs, à travers des articles monographiques qui traceraient le portrait des facteurs et des éléments marquants qui influencent la pratique actuelle du travail social. Qu'avons-nous réussi à réaliser, grâce à nos auteurs, dans le présent numéro? Exactement ce que nous espérions!

Deux pays de la francophonie parlent de leurs pratiques, de leur encadrement et de leurs lois, en les comparant, à l'occasion, à celles du Québec. *Le placement des enfants de la France au Québec : deux politiques, une même intention*, par Nathalie Chapon et Esther Montambault, et *Quelques défis pour la pratique du travail social dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés en Wallonie*, par Louise Belzile, Marie Beaulieu, Nicolas Berg, Pascale Broché, Amélie Denis, Pascale van Uffel, Christine Weber, Marie-Pierre Willame et Dominique Langhendries. Ici, deux aspects importants de notre pratique : l'adoption et la violence faite aux aînés. Le Québec est vu comme un endroit intéressant en raison de ses lois et de ses pratiques sociales, et est comparé aux façons de faire en France et en Wallonie. On note un souci de resituer les différents contextes le plus précisément possible, y compris pour les termes utilisés qui ne veulent pas toujours dire la même chose des deux côtés de l'Atlantique. Il est par ailleurs intéressant pour nous, dont la profession est issue des États-Unis, de participer à une réflexion sur les enjeux en pays européens francophones.

Il y a bien sûr, dans les pratiques, des changements positifs, mais également des éléments négatifs! Tant les textes que les pistes de lecture nous parlent des deux. Dans la catégorie d'un nouveau visage à un problème sporadique et récurrent, *L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie*, par Sébastien Carrier, Paul Morin et Suzanne Garon, nous montre clairement les clivages entre les enjeux administratifs et ceux liés à la pratique. Il est intéressant de constater les objections, tant des gestionnaires que des praticiennes. Si la fameuse méthode Toyota, dont on parle tant dans les médias, n'est pas mentionnée en tant que telle, on voit clairement que la tentative de transformer les travailleurs sociaux en petites voitures de course laisse la clientèle au bord de la route et les intervenants sur le pilote automatique!

Le développement professionnel des travailleurs sociaux assignés à un service d'accueil psychosocial, par Annie Gusew et Ginette Berteau, parle de la nécessité d'une politique bien intégrée de développement professionnel à partir des institutions elles-mêmes. Malgré l'isolement souvent grand d'un poste à l'accueil, tant gestionnaires qu'intervenants croient à un développement continu possible, mais en se dotant des mesures appropriées.

Changement nécessaire également dans notre façon d'évaluer les familles migrantes dans *Évaluation psychosociale des familles migrantes : l'apport de l'ethnopsychiatrie*, par Béatrice Chouinard. L'ethnopsychiatrie est utilisée à Montréal depuis un certain nombre d'années, mais pourrait avec profit l'être davantage. L'auteure démontre de façon convaincante, exemples à l'appui, comment intégrer cette approche à nos évaluations psychosociales.

On connaît l'utilisation de l'art en thérapie individuelle, mais beaucoup moins en thérapie de couple et de famille. Dans *The Use of Art in Couples and Family Therapy*, par Maya Shalmon, Heather McLaughlin et Joan Keebler, les auteurs font la lumière sur le comment des impasses, dans l'expression des conflits, peuvent être exprimées et quelquefois simplifiées et dénouées

par l'art. Une forme d'expression souvent moins confrontante que les mots, surtout si l'on tient compte de la complexité des échanges dans un couple et dans une famille.

La piste de lecture *Sortir la violence de sa vie. Itinéraires d'hommes en changement* se penche sur la question du comment obtenir des changements durables; les approches existantes permettent-elles vraiment de moduler cette violence?

La deuxième piste de lecture *La construction de l'invisibilité. Suppression de l'aide sociale dans le domaine de l'asile*, décrit sous toutes ces facettes les limites à l'intermondialisation par un mécanisme simple et terriblement efficace : la suppression de l'aide sociale dans le domaine de l'asile.

La troisième piste de lecture porte sur le livre *Social Work and Global Inequalities. Practice and Policy Developments*. Il met en évidence les liens étroits qui existent entre certains déterminants sociaux et les inégalités sociales, y compris celles dans le domaine de la santé.

La dernière piste de lecture s'intéresse au livre *La personne ayant une déficience intellectuelle. Découvrir, comprendre, intervenir*. Elle nous fait découvrir l'univers de ces personnes, nous sensibilise aux défis que présente cette déficience pour ceux qui en souffrent et pour les intervenants qui les accompagnent.

Ce numéro a répondu à certaines questions et a pavé la voie à d'autres : notamment sur le fait de nous pencher sur le défi particulier que pose la dépendance étatique très forte des travailleurs sociaux pour exprimer leur vision sociale, sur notre façon de collaborer avec les fondations de bienfaisance qui surgissent de toute part, celles qui travaillent dans l'ombre et celles qui adorent avoir la vedette!

Terminons par un rappel positif : l'Assemblée nationale du Québec est marqué par une présence forte de femmes ayant effectué des études en service social, telles Pauline Marois, Françoise David, etc. Et autre évolution, nous avons maintenant six femmes premières ministres d'une province ou d'un territoire à travers le Canada! Changement, changement.

Bonne lecture!

Marie Sénécal Émond, T.S.

Évaluation psychosociale des familles migrantes : l'apport de l'ethnopsychiatrie

par

Béatrice Chenouard, T.S.

Programme santé mentale jeunesse

CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel

Courriel : beatricechenouard.mich@ssss.gouv.qc.ca

Importance de la culture, des croyances et de l'expérience migratoire dans la compréhension du fonctionnement social des familles migrantes.

Impact of the culture, the beliefs and the migratory experience in the understanding of the psychosocial functioning of the migrant families.

Dans le contexte de mondialisation et de déplacement croissant des populations, la création de nouveaux paradigmes devient de plus en plus nécessaire dans plusieurs champs d'intervention. Le métissage biologique et culturel dû à la diversité des peuples dans les sociétés contemporaines se retrouve tant dans les pays riches industrialisés que dans ceux en voie de développement. Ce fait pose de nouveaux défis aux intervenants de la santé et des services sociaux pour rejoindre le monde de l'autre et pour comprendre comment s'articulent les problèmes des familles. Le travail social en milieu institutionnel ou communautaire n'en est pas exempt. L'universalisme sur lequel s'appuient les pratiques occidentales se heurte à des chocs culturels reliés aux différences de valeurs, de normes et de modèles sociaux entre intervenants et usagers. Les intervenants sont aux prises avec un sentiment d'impuissance et d'incompréhension en regard de la complexité de certaines situations ou de la divergence dans la façon de prendre en charge

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 137 (2012.2) : 5-14.

la souffrance humaine. Les travailleurs sociaux sont ainsi témoins des carences socioaffectives, de la pauvreté, de l'exclusion, des traumatismes, des conflits identitaires que les familles vivent et tentent de leur traduire. Au-delà de la prise de conscience de la différence culturelle, ils ont besoin d'outils susceptibles de les aider à décrire les particularités du monde d'ailleurs et à se sortir d'une vision ethnocentrique (Chenouard, Raphaël, Veillette et al., 2004). Il importe ainsi d'enrichir la pratique psychosociale par une meilleure prise en compte des éléments culturels et migratoires dès l'évaluation clinique.

Dans cet article, nous présenterons l'intégration de certains concepts d'ethnopsychiatrie dans le processus d'évaluation psychosociale des familles migrantes en faisant une plus grande place au vécu migratoire et culturel et en tenant compte des représentations des difficultés vécues et exprimées par ces familles.

Étant l'un des rôles essentiels du travailleur social tels que définis par le *Référentiel des compétences* élaboré par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2006), l'évaluation psychosociale constituera la base de la démarche qui nous amènera à la reconnaissance des problèmes et à l'élaboration du plan d'intervention. Nous en préciserons les contours. Par la suite seront nommés quelques concepts théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie qui pourront être utilisés non seulement pour enrichir la compréhension, mais aussi pour modifier la façon d'aborder les situations. Enfin, il s'agira d'inclure dans ce nouveau modèle d'évaluation tout ce qui se rapporte à la migration, au fait culturel et aux croyances pour chaque famille dans sa singularité.

L'évaluation psychosociale : l'un des rôles essentiels du travailleur social

L'évaluation psychosociale connaît des variantes importantes selon le contexte de pratique, le mandat du travailleur social et la situation présentée par la personne (Ordre des

travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2011b). Dans une même institution, un CLSC par exemple, le contenu de l'évaluation diffère selon qu'elle se réalise à l'accueil psychosocial, au guichet d'accès en santé mentale ou dans les équipes de prise en charge. Toutefois, de façon générale, des données sur la situation actuelle de la famille et sur les éléments significatifs de l'histoire tant personnelle que familiale seront mentionnées : ses conditions de vie, son fonctionnement, ses difficultés, ses capacités. L'analyse de ces éléments écosystémiques (Rachédi et Legault, 2008), appuyée sur les modèles théoriques de référence, permettra au travailleur social d'émettre une opinion professionnelle qui comprend la reconnaissance de différentes problématiques. Il peut s'agir par exemple de certains manques relatifs aux habiletés parentales, de conditions économiques de survie, de la détresse d'un enfant pris dans les conflits conjugaux de ses parents, d'un deuil non résolu ou de symptômes de stress post-traumatiques... En dernier lieu, l'identification des problématiques conduira à des recommandations, à des stratégies et à des objectifs d'intervention (OTSTCFQ, 2011a).

Quelques concepts théoriques de l'ethnopsychiatrie pour enrichir la compréhension des situations

L'ethnopsychiatrie est à resituer dans le champ de la psychiatrie qui s'est intéressée aux manifestations culturelles de la maladie à travers une sous-discipline appelée aux États-Unis et au Canada, surtout dans le milieu anglophone, *transcultural psychiatry* (Lecomte, Jama et Legault, 2006). Selon ces auteurs, le champ de l'ethnopsychiatrie est traversé en fait par deux courants que sont la psychiatrie transculturelle et l'ethnopsychanalyse. Par définition, l'ethnopsychiatrie est une pratique psychothérapeutique qui s'appuie sur deux disciplines, celle de la psychanalyse et celle de l'anthropologie (Moro, 1992). Georges Devereux (1908-1985) est considéré comme le fondateur de l'ethnopsychiatrie grâce à son principe méthodologique du *complémentarisme*. Pour lui, culture et psychisme sont indispensables pour comprendre le comportement humain (Devereux, 1980). Le *complémentarisme* exige donc la présence de deux discours qui

s'y rattachent, l'un sur l'individu et l'autre sur la culture.

L'approche ethnopsychiatrie s'est particulièrement développée en France à partir des travaux de Georges Devereux (1980) et du dispositif thérapeutique de Tobie Nathan (1994) formé d'un groupe multidisciplinaire de thérapeutes issus de différentes cultures. L'originalité de cette approche réside dans le fait qu'elle permet aux personnes d'exprimer leurs difficultés et leurs troubles sans se couper de leurs croyances, de leurs coutumes et de leur histoire.

C'est dans les années 1990 que les premières cliniques d'ethnopsychiatrie ont vu le jour au Québec¹. Ainsi, en 1993, la clinique transculturelle de l'hôpital Jean-Talon, à Montréal, a été mise en place, selon le modèle de Tobie Nathan. Le rapport d'évaluation du module transculturel produit en 2001 (Sterlin, Rojas-Viger et Corbeil) souligne les efforts d'adaptation et d'adéquation des services aux besoins de la clientèle pluriethnique et l'originalité de l'intervention groupale dont la valeur est reconnue par les personnes bénéficiaires.

Dans le contexte d'intervention multiculturelle montréalais, notre participation pendant sept ans comme cothérapeute et comme responsable du comité pré-évaluation des Consultations en ethnothérapie et en santé mentale (CESAME²) du CLSC de Saint-Michel nous a amenée progressivement à modifier notre pratique en tant que travailleuse sociale en intégrant les concepts ethnopsychiatriques aux interventions psychosociales.

Lorsqu'il s'agit de travailler avec les familles de cultures autres que la culture occidentale, une certaine tendance à une généralisation, à une vision stéréotypée ou à un regard ésotérique, voire folklorique, existe trop souvent et peut accentuer les barrières entre usagers et intervenants, et nuire à l'alliance thérapeutique. On est ainsi porté parfois à parler d'une culture en particulier, par exemple de la culture québécoise ou haïtienne, sans tenir compte des différenciations au sein du même groupe culturel : culture rurale, culture urbaine, culture de pauvreté ou autre. Par ailleurs, certaines croyances liées par exemple aux pratiques religieuses, comme l'évocation d'un mauvais sort, entraînent parfois une sorte de fascination

chez l'intervenant sans qu'il ne sache pour autant comment utiliser ces éléments dans l'intervention clinique. L'utilisation des concepts théoriques de l'ethnopsychiatrie favorise une plus grande ouverture sur les situations et les difficultés concrètes que vivent les familles. Le processus d'évaluation, en tenant compte de la perception des différents acteurs, c'est-à-dire celle de l'usager ou de sa famille et celle des intervenants, se réalise dans l'optique d'une coconstruction pour parvenir à une entente conjointe concernant la reconnaissance des problèmes et l'orientation des pistes de solution.

En tenant compte des impacts à la fois de la migration et de la rencontre entre les cultures, la pratique ethnopsychiatrique nous aide en effet à mieux comprendre les bouleversements qui s'opèrent dans les repères culturels entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Les thérapeutes sont ainsi amenés à se soucier du traumatisme de la migration, de ses incidences sur les rapports de filiation et d'affiliation, mais aussi de la façon dont se font la transmission culturelle au sein des familles et le processus de métissage culturel inhérent à la migration.

Le traumatisme de la migration

En raison du rôle fondamental que joue la culture dans la construction psychique de l'individu, on peut parler de traumatisme de la migration par la perte de repères culturels des groupes sociaux de référence. Cette perte vient parfois en résonance avec d'autres difficultés vécues antérieurement (Roy et Kapoor-Kholi, 2004). Les conditions sociales défavorables en contexte migratoire (pauvreté, chômage, exclusion) sont considérées comme des facteurs de fragilisation importants (Beiser, 1988; Jacob, 1993) qui viennent augmenter l'impact du traumatisme de la migration.

La migration est toujours une expérience marquante pour les individus, car elle les amène à redéfinir leur place et leur rôle. Elle remet ainsi en question leur identité personnelle et culturelle à travers un processus de métissage (Moro, 2002). Mais nombreuses sont les personnes qui réussissent finalement à développer, dans cette expérience, des capacités d'adaptation à un nouveau monde (Camilleri, Kastersztejn, Lipiansky et al., 1990; Rachédi et Vatz-Laaroussi,

2004) et à adopter de nouvelles façons de voir et de faire. Par ailleurs, autant pour le migrant le vécu migratoire est source d'un potentiel créatif, autant il peut amener l'intervenant à faire émerger de nouvelles pistes d'intervention autour des traumatismes ou des forces mises en évidence.

Migration et filiation

La filiation concerne les rapports dans la famille et est l'objet de variations culturelles importantes (Mead, 1963; Moro, 2007). Il est important de savoir que la migration engendre souvent des bouleversements au sein du groupe familial dans la structuration des rôles parents-enfants (Rezzoug, Baubet et Moro, 2009). On peut, par exemple, imaginer les difficultés pour un jeune qui retrouve son père dans le pays d'accueil après plusieurs années de séparation, un père qu'il connaît parfois à peine, presque un étranger pour lui (Raphaël, 2006 : 170). Par ailleurs, comment un jeune adolescent peut-il s'identifier à un père qui, au cours du parcours migratoire, se retrouve au chômage, se sent disqualifié ou encore dévalorisé parce qu'analphabète ou ne parlant pas les langues du pays d'accueil? Dans le pays d'origine, la relation mère-enfant est parfois médiatisée par les relais que constituent les tantes, les cousines, etc. Une fois dans le pays d'accueil, si l'étalement du groupe est absent, la tâche du parent se complique, ce qui peut avoir des conséquences sur l'établissement de la relation parent-enfant (Moro, 2007).

Migration et rapports d'affiliation

Les rapports d'affiliation désignent les sentiments d'appartenance familiale et culturelle. Ceux-ci subissent des variations importantes au travers du processus migratoire. Aussi, la façon même d'évoquer ou de concevoir le lien à la famille élargie diffère selon que l'on se trouve dans le pays d'origine ou dans un pays d'accueil occidentalisé. Au Québec, on parle de la notion de famille élargie distincte de la famille nucléaire, alors que dans les zones rurales d'Haïti, on évoque plutôt la vie du *lakou*. Ce modèle familial traditionnel s'organise sur un territoire, que l'on nomme *lakou*, sous l'autorité d'un patriarche souvent prêtre du vaudou (Bijoux, 1990 : 30), qui constitue un véritable lieu d'éducation et de protection

pour les enfants. Le sentiment d'appartenance au *lakou* est la marque d'une forte identité familiale.

Le sentiment d'appartenance ou de non-appartenance familiale et culturelle est aussi souvent au cœur des conflits intergénérationnels dans les familles migrantes (Skandrani et Bouche-Florin, 2009). Certains jeunes issus de la migration se retrouvent en flottement entre la culture de leurs parents, qu'ils rejettent parfois, et la culture du pays d'accueil qu'ils n'ont pas encore intégrée. La quête d'appartenance est par ailleurs parfois à mettre en lien avec l'exposition de certains jeunes aux gangs de rue ou aux groupes marginalisés (Perreault et Bibeau, 2003). La difficulté d'affiliation contribue en effet à la vulnérabilité de l'enfant de migrants. Lorsque la famille ne parvient pas à jouer son rôle d'éducation, d'encadrement et de protection, les jeunes sont exposés à de mauvaises rencontres et risquent d'entrer en contact avec la drogue, la prostitution, les gangs de rue. Marie Rose Moro (1989) parle ainsi d'enfants « exposés » qui, à l'instar des héros mythiques, peuvent « tomber » dans les épreuves qu'ils traversent ou bien, à l'inverse, développer une force particulière par ce vécu singulier.

La transmission culturelle

Comment être parent en exil? Que transmettre aux enfants, que ne pas leur transmettre? Les migrants désirent parfois rejeter, parfois maintenir, voire renforcer, ou encore sont prêts à négocier des valeurs, des pratiques et des théories explicatives (Vatz-Laaroussi, Bolzman et Lalhoul, 2008). Chose certaine, la transmission culturelle ne pourra se faire de la même façon en terre d'accueil, loin de la terre des ancêtres (Helly, Vatz-Laaroussi et Rachédi, 2001). Outre ce que les parents transmettent à leurs enfants, la transmission s'opère en effet généralement par la communauté, les voisins, la famille élargie, les grands-parents (Camilleri, 1989). La transmission culturelle se fait au quotidien dans les familles traditionnelles : histoires et légendes locales racontées aux enfants, apprentissage de la cuisine, des plantes et de leurs vertus thérapeutiques, participation aux rituels familiaux, etc. Ainsi, lorsque la migration entraîne une rupture dans ce processus de transmission culturelle,

les enfants se retrouvent parfois laissés à eux-mêmes dans un vide culturel et un manque de compréhension familiale vis-à-vis de leur nouveau mode de vie, que les contacts avec la société d'accueil à travers l'école, les amis, ne parviennent pas à combler (Kanouté, 2002).

Le métissage culturel

Au contact de la culture de la société d'accueil, les coutumes et les valeurs de l'immigrant se transforment en devenant progressivement « métissées ». Le métissage conduit à la création de nouveaux modèles, à de nouvelles façons de vivre et de penser. Ces processus de changement et de transformation s'effectuent généralement à des rythmes différents selon les personnes. Comment les enfants vivent-ils la coexistence de deux systèmes de valeurs parfois opposés entre l'école et la maison? Les enjeux sont, on le voit, importants pour les enfants qui doivent s'inscrire dans la société québécoise tout en s'appuyant sur le monde d'origine de leurs parents. La rigidité de certains parents qui, par insécurité ou par peur, ont tendance à vouloir conserver intactes certaines valeurs culturelles d'origine, vient en effet s'opposer à la volonté d'intégration des enfants dans le milieu d'accueil. Lors de l'intervention, il s'agit donc de mettre en évidence et de faire comprendre aux familles l'impact du processus différencié de métissage sur les conflits intrafamiliaux.

Quelques concepts méthodologiques pour aborder autrement les familles migrantes

Certains concepts méthodologiques de l'ethnopsychiatrie pourront être utiles lors de l'évaluation psychosociale pour améliorer la communication entre l'intervenant et l'individu ou la famille, notamment afin que celle-ci prenne une place plus active dans la définition des problèmes et la recherche de solutions. À cet effet, nous allons considérer l'importance de la langue de communication, le rôle de l'interprète médiateur culturel, le bombardement sémantique pour favoriser l'expression et les échanges, et enfin la coconstruction entre la famille et l'intervenant.

Se faire comprendre dans sa langue

Le processus d'évaluation d'une situation ne peut se contenter d'une compréhension

approximative de part et d'autre, susceptible d'être source de malentendus. Il est essentiel de s'assurer de la compréhension partagée entre intervenants et familles. C'est pourquoi les dispositifs ethnopsychiatriques, tels que décrits par Tobie Nathan (1994), offrent ainsi la possibilité à la famille de parler dans sa langue maternelle pour qu'elle se fasse mieux comprendre.

Selon De Pury (1998), la langue maternelle permet de penser et de se dire dans sa culture. De fait, chaque langue constitue une sorte d'héritage culturel et offre des repères de sens qui renvoient à un contexte culturel, social, politique, historique (Roy et Kapoor-Kholi, 2004). Parler dans sa langue donne implicitement une place, une reconnaissance culturelle et un pouvoir plus grand à la famille face à l'institution et au système d'intervention.

Nous savons que le contexte dans lequel se déroule l'évaluation ne permet pas toujours d'avoir recours à un interprète. Les questions de coût, de temps et d'organisation, les difficultés de collaboration avec les interprètes sont malheureusement de fréquents obstacles à l'usage de la langue maternelle lors des rencontres. Il serait par ailleurs sans doute nécessaire de mieux former ces interprètes au rôle de médiateur culturel pour qu'ils soient en mesure de répondre au besoin d'éclairage culturel des intervenants.

Le rôle de l'interprète médiateur culturel

Lorsque la présence de l'interprète est possible, celui-ci pourra endosser un double rôle, celui de traducteur des discours des acteurs en présence, mais aussi celui de médiateur culturel afin d'apporter des éclaircissements sur la culture de la famille aux intervenants (Gohard-Radenkovic, 2003). Par ailleurs, pour la famille, l'interprète médiateur culturel favorisera une meilleure compréhension de la culture du pays d'accueil par ses propres expériences d'adaptation ou par ses connaissances de la communauté sur place. Les expressions locales, la variété des accents, les intonations, les mimiques peuvent, de plus, être source d'ambiguïté si elles ne sont pas expliquées. Par exemple, certaines onomatopées gutturales signifiant un désaccord fondamental peuvent passer inaperçues sans la présence de l'inter-

prète médiateur culturel. Celui-ci sert alors ainsi de « passeur de mots et de sens » (Roy et Kapoor-Kholi, 2004), occupant un rôle de « passerelle » (Gohard-Radenkovic, 2003) entre la famille et les intervenants. Toutefois, il est important que ces derniers apprennent à questionner l'interprète pour qu'il joue aussi un rôle de médiateur culturel qui permettra de trouver des réponses à leur besoin d'éclairage : « comment comprendre l'attitude de retrait de la mère? » ou encore « quelle est la signification de ce mot pour la famille? (signification qui peut varier selon les différentes régions d'un pays) ».

Utilisation de certaines techniques pour favoriser l'expression, les échanges

L'intervention ethnopsychiatrique utilise certaines techniques pour faciliter l'expression de l'individu ou de la famille. Le bombardement sémantique est ainsi une technique très utilisée dans le dispositif thérapeutique groupal selon la méthodologie de Tobie Nathan. Elle consiste, lors de l'intervention, à apporter plusieurs points de vue se rapportant aux difficultés auxquelles sont confrontés l'individu et la famille. Cette technique pourra être utilisée lorsque plusieurs intervenants participent à l'entrevue d'évaluation, mais peut aussi l'être en individuel puisqu'il est possible d'émettre plusieurs idées ou hypothèses sur une même thématique. Par exemple, concernant le mutisme d'un enfant à l'école, on pourra avancer simultanément plusieurs explications selon la vision occidentale ou selon les perceptions des cultures traditionnelles. Le fait d'évoquer une possible anxiété de séparation, la peur de divulguer un secret, le stress relié aux démarches d'immigration en cours comme demandeurs d'asile, tout aussi bien qu'une attitude de respect devant l'adulte, un enfant frappé par la frayeur (Pérou), ou un enfant victime du mauvais œil (Maghreb) permet ainsi d'engager un échange avec les parents sur le sens qu'ils donnent au silence de leur enfant. Le bombardement sémantique peut se manifester sous la forme d'images, de métaphores, de proverbes, ce que Nathan (1994) appelle des inducteurs de sens et de récit. Il peut être aussi l'expression d'un ressenti, le récit d'une expérience personnelle, une référence culturelle, etc.

Le processus d'évaluation pourra s'enrichir en s'appuyant sur un savoir-être et un savoir-faire inspiré de l'intervention ethnopsychiatrique. En effet, les questions liées à l'intimité de la famille, aux relations du couple, aux aspects culturels de la vie familiale peuvent être vécues comme intrusives et menaçantes, voire impolies (Baubet et Moro, 2009). Plutôt que de poser des questions directes et fermées qui vont susciter des réponses du genre « oui, non », il est préférable que l'intervenant évoque ses propres représentations culturelles ou des exemples venant d'autres interventions, ce qui peut amener implicitement la famille à exposer sa propre vision des choses. Cela permet à la famille de faire un choix selon le sens qui lui convient, sens qui déterminera prioritairement des pistes pour l'orientation de la démarche d'aide.

La coconstruction entre intervenant et famille

La coconstruction dans l'intervention entre l'intervenant et la famille constitue un aspect important pour permettre à la famille de prendre une part active au processus d'aide. Le rapport de pouvoir entre intervenant et famille étant modifié, l'alliance thérapeutique sera plus forte et l'entente plus réelle. Cette coconstruction avec la famille vient par conséquent modifier le rapport dominant-dominé que l'on constate trop souvent dans la relation clinique entre intervenants et famille (Rousseau, 2001). Cela permet aussi de connaître les stratégies d'adaptation que l'individu ou la famille développe pour surmonter les difficultés (Roy, 2008).

Les intervenants doivent pour cela être capables de mettre pour un temps de côté leurs théories, leur rôle d'expert pour saisir la logique culturelle de la famille. La relation d'aide se construit en effet dans l'échange et dans l'expression de différentes perceptions culturelles. Elle suppose ainsi une négociation entre les différents acteurs, patient, famille, thérapeute, institutions dont les attentes et les valeurs diffèrent (Lecomte, Jama, et Legault, 2006).

Un modèle d'évaluation psychosociale qui inclut un volet culturel et migratoire

L'introduction des volets culturels et migratoires dans l'évaluation psychosociale suppose

de considérer toute l'histoire de la migration de la famille depuis le pays d'origine jusqu'au pays d'accueil. Il s'agira d'être attentifs aux éléments traumatiques à l'origine de syndrome de stress post-traumatique pouvant passer inaperçus, aux éléments déclencheurs de symptômes et sources d'angoisse. Mais la personne ne se résume pas à sa souffrance. Il s'agit donc aussi de relever les forces déployées et le potentiel des individus et des familles pour affronter les difficultés.

Histoire prémigratoire

L'intervenant va s'intéresser à l'histoire personnelle et familiale dans le pays d'origine pour savoir dans quel environnement vivait la famille, quel était son statut social, quelles étaient ses conditions de vie. Aborder le vécu dans le pays d'origine permet généralement de comprendre la nature des relations familiales, le rôle de la famille élargie, la présence ou non de conflits. Les croyances religieuses ou les pratiques mystiques telles qu'elles étaient vécues dans le pays d'origine pourront également être évoquées par la famille. *Parler de la vie là-bas* permet de mettre en évidence et de valoriser ses forces, ses stratégies déjà utilisées pour surmonter certaines difficultés qui pourraient être à nouveau utilisées ou adaptées en terre d'accueil. Des événements tels que la guerre, la répression, les catastrophes naturelles ou encore l'exode du milieu rural vers le milieu urbain avec une expérience de vie dans les bidonvilles ou dans des camps de réfugiés, des périodes d'itinérance pourront être mis en évidence comme des éléments qui ont contribué à fragiliser la personne ou la famille depuis son pays d'origine. L'histoire prémigratoire mettra aussi parfois en lumière l'importance de la vie communautaire ou de l'entraide familiale.

Trajet migratoire

Le trajet migratoire met souvent en évidence les séparations familiales et le départ échelonné des membres de la famille du pays d'origine vers le pays d'accueil, les retours éventuels vers le pays d'origine. Certains parcours migratoires sont traumatisants à cause des conditions de départ ou des difficultés rencontrées sur le trajet (arrestation, violence, escroquerie, voyage périlleux en bateau (*boat people*), passeurs de

frontière, statut de réfugié refusé, mesure d'expulsion). Le parcours migratoire est à considérer dans une idée de continuité, dans un mouvement qui se poursuit bien souvent après l'arrivée au pays d'accueil.

L'exploration du trajet migratoire permettra à l'intervenant de cerner, par exemple, la précarité du statut migratoire avec les conséquences que cette insécurité et cette instabilité peuvent avoir sur la famille.

Conditions d'arrivée dans le pays d'accueil

Comme nous l'avons dit, l'arrivée dans le pays d'accueil est une étape du trajet migratoire. Elle peut pour certains comporter une charge d'angoisse due au sentiment d'être seuls dans un monde inconnu. Même lorsqu'il s'agit d'une migration interne au Canada ou au Québec, que ce soit pour les Autochtones ou les Québécois d'origine, le processus d'adaptation peut être difficile en raison du contexte d'isolement et de la perte de repères.

Le fait que la personne ait été précédée par des membres de sa famille et que ces derniers aient déjà une expérience d'intégration positive dans le pays d'accueil constitue généralement un atout important dans le processus d'adaptation. Toutefois, l'arrivée dans le pays d'accueil n'est que le point de départ de tout un chemin qui connaîtra des variations importantes d'une génération à l'autre avec son lot de bonheur et de difficultés. Chaque individu, chaque famille a ses propres stratégies d'adaptation qu'il ou elle va déployer à sa façon. Les défis sont nombreux et de différents ordres : économique, scolaire, culturel, familial. Cette étape pourra faire apparaître par exemple la situation extrêmement difficile de certaines femmes en contexte de violence conjugale dans une relation de dépendance avec le conjoint qui les a parrainées.

Le volet culturel

L'impact de la migration sur les rapports entre parents et enfants et sur les relations du couple peut se traduire par des différenciations culturelles qui n'apparaissaient pas problématiques dans le pays d'origine. Selon nos observations cliniques, parce qu'ils grandissent au sein de la société d'accueil et entretiennent des contacts avec la garderie, la maternelle, l'école primaire,

les enfants nés dans le pays d'accueil ou arrivés en bas âge se différencient culturellement de leurs parents de façon plus prononcée et risquent de ressentir un choc culturel intrafamilial plus grand. S'inscrivant en effet dans la culture du pays d'accueil, ces enfants rejettent parfois la culture et les valeurs de leurs parents. Ces confrontations culturelles entre parents et enfants peuvent conduire à des situations de crise importantes qui, faute de médiation adéquate, vont parfois jusqu'à des décisions ou des situations de placement ou même des ruptures de liens familiaux.

Il est fréquent de constater à quel point les enfants venus d'ailleurs s'adaptent facilement au pays d'accueil grâce à l'école et développent rapidement des modèles de métissage avec les valeurs de la culture d'accueil. À cause de cette facilité d'adaptation des jeunes comparative-ment à leurs parents, les rôles peuvent se trouver inversés à l'intérieur de la famille. Il n'est pas rare en effet que les enfants maîtrisent plus rapidement que leurs parents la langue du pays d'accueil et aient une meilleure connaissance de certaines règles ou lois de la société d'accueil (*Loi de la protection de la jeunesse*, par exemple). Cela les amène à jouer un rôle d'interprète et de médiateur entre leurs parents et le monde extérieur, leur donnant une certaine autorité susceptible de créer la confusion des rôles à l'intérieur de la famille. On pourra par ailleurs repérer l'impasse dans laquelle se trouvent les parents dont les méthodes éducatives sont quasiment invalidées dans le contexte culturel québécois. Ces parents auront besoin d'être soutenus pour trouver de nouvelles façons d'exercer leur autorité. Certains d'entre eux continueront, malheureusement, d'exercer des pratiques parentales abusives (réprouvées ici, mais valorisées ou tolérées dans leur pays d'origine comme les corrections physiques, les crimes d'honneur...), malgré l'accompagnement donné par le système social et juridique du Québec. Dans ces situations très complexes, sans doute faudrait-il mieux axer les interventions sur la recherche d'une médiation susceptible de faire sortir les uns et les autres de l'opposition et du clivage entre les deux positions culturelles.

Le volet des croyances mystiques et religieuses : la recherche de sens

Les croyances religieuses diversifiées interviennent dans le sens donné à la maladie ou à la souffrance. Certains vont ainsi percevoir leurs difficultés comme une épreuve envoyée par Dieu ou encore comme une punition divine. Les familles trouvent parfois dans leur religion un réconfort, une source d'aide et de protection par le biais de différents rituels. Les adeptes du vaudou parleront de mariage mystique ou de dette envers les *loas*, qui sont les esprits du vaudou, pour expliquer leurs problèmes (Raphaël, 2010b). On évoquera parfois un mauvais sort, la possession ou la sorcellerie pour expliquer un mal (Raphaël, 2010a). Par ailleurs, la migration aboutit parfois à un délaissement de certains rituels de protection (baptême des enfants, rites funéraires, rites de passage ou rituels familiaux) qui peuvent rendre les individus plus vulnérables et amener des conflits intergénérationnels. Certains parents considèrent ainsi parfois l'autisme ou la déficience intellectuelle de leur enfant comme une épreuve envoyée par Dieu; quelquefois, c'est un mauvais sort qui est évoqué par les grands-parents.

Identification des problématiques psychosociales, migratoires, culturelles et liées aux croyances

L'intégration du volet migratoire, culturel et lié aux croyances dans le processus d'évaluation conduit à la reconnaissance de certaines problématiques rattachées à ces aspects. Celles-ci viendront s'ajouter aux problématiques psychosociales ou encore les préciser.

Formulation des orientations et élaboration du plan d'intervention

Lorsque les problématiques psychosociales, migratoires, culturelles et liées aux croyances auront été déterminées, il restera à formuler les orientations pour la prise en charge clinique. Dans certaines situations, le fossé culturel existant entre les parents et les enfants peut, en effet, nécessiter une intervention familiale visant à faciliter le dialogue, à créer des ponts entre la culture d'origine et la culture québécoise et à consolider les liens familiaux. Par exemple, sur le plan psychosocial, si une situation de violence familiale est avérée,

il est important de tenir compte de la façon dont ce genre de situation se résout dans le pays d'origine. Malgré la distance, le rôle de la famille dans la résolution du conflit n'est pas à négliger si c'est la volonté de la personne ou de la famille d'ici. Ces familles devront toutefois être informées du fait que les lois québécoises ont préséance dans un contexte de négociation et de coconstruction de l'intervention.

Un espace de parole individuel pourra être offert en complémentarité au jeune se trouvant dans une situation d'isolement et de détresse pour le soutenir face à l'attitude éducative de ses parents perçue comme trop rigide. La distance culturelle existant entre une famille et l'école peut nécessiter un accompagnement de la famille lors des rencontres avec les enseignants et les intervenants scolaires. L'analphabétisme, les exigences du milieu de travail, la barrière linguistique sont autant de facteurs qui justifient bien souvent la présence du travailleur social dans un rôle d'accompagnement et de médiation susceptible d'améliorer le dialogue et la compréhension entre l'école et la famille.

Conclusion

Quitter son pays, sa famille, sa langue pour tenter de se faire une place à l'étranger dans un monde inconnu porteur d'une culture parfois bien éloignée de celle de son pays d'origine n'est pas toujours facile. Si certaines familles parviennent à traverser les étapes du processus migratoire sans difficultés majeures, d'autres arrivent marqués par un trajet migratoire traumatique, butent sur la barrière de la langue et rencontrent des difficultés socioéconomiques et culturelles importantes qui ne facilitent pas leur adaptation au pays d'accueil.

Avec la préoccupation de répondre avec acuité aux besoins des personnes, et en complémentarité avec le cadre habituel d'intervention, ce modèle d'évaluation psychosociale, appuyé par des concepts de l'ethnopsychiatrie, fait une place à l'impact de la culture et de la migration sur le fonctionnement social des familles. Les concepts théoriques de filiation, d'affiliation, de transmission et de métissage culturels resituent l'importance du cadre familial, de la construction de liens et permettent de mesurer et d'aborder les chocs culturels qui se produisent

parfois au sein même des familles. Les concepts méthodologiques, tels que la possibilité de parler dans sa langue maternelle, la présence d'un interprète médiateur culturel, l'utilisation de certaines techniques empruntées à l'ethnopsychiatrie contribuent au processus de coconstruction d'une définition des problèmes et des solutions envisagées.

Lorsque l'on évoque la nécessité d'adapter les pratiques d'intervention au besoin d'aide des familles migrantes, le travail social nous apparaît au cœur de ces nouvelles réalités et a un rôle primordial à jouer pour une meilleure compréhension et reconnaissance des problématiques culturelles et migratoires afin de pouvoir aider les individus et les familles adéquatement.

Descripteurs :

Familles immigrantes - Québec (Province) //
Ethnopsychiatrie // Évaluation psychosociale //
Émigration et immigration - Aspect social

Immigrant families - Quebec (Province) // Cultural
psychiatry // Psychosocial evaluation //
Emigration and immigration - Social aspects

Notes

- 1 On trouve actuellement plusieurs services d'ethnopsychiatrie à Montréal : la Clinique transculturelle de l'hôpital Jean-Talon, la Clinique de pédiatrie transculturelle de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'équipe transculturelle de Cécile Rousseau, pédopsychiatre au CSSS de la Montagne.
- 2 Dans le contexte de la multiethnicité du quartier Saint-Michel, les intervenants du CLSC Saint-Michel, à l'initiative du Dr Frantz Raphaël – lui-même formé à la clinique transculturelle de Jean-Talon – ont utilisé leur propre diversité culturelle dans l'intervention auprès des familles immigrantes en mettant en place en l'an 2000, les services de CESAME. Les professionnels du CLSC pouvaient alors adresser une demande de consultation à cette équipe lorsqu'ils souhaitaient approfondir l'analyse d'un cas, en tenant compte des éléments culturels et migratoires. Une intervention directe de l'équipe clinique dans le suivi thérapeutique d'une famille était également possible (Chenouard et al., 2004). Les services de CESAME, avec son dispositif groupal multidisciplinaire et multiethnique, ont toutefois été abolis en 2007, au moment de la fusion du CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel. Différentes raisons administratives, notamment celle du coût considéré comme trop élevé de ces interventions qui rassemblaient plusieurs intervenants pour une même famille, ont été évoquées. Autre raison de son abolition : seul service de ce type en première ligne et en CLSC, on le percevait comme un service relevant de la deuxième ligne.

Références

- Baubet, T., et Moro, M. R. (sous la dir.). (2009). *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Masson.
- Beiser, M. (1988). *Puis... la porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada*. Rapport du groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. Ottawa : ministère de la Santé et du Bien-être social.
- Bijoux, L. (1990). *Coup d'œil sur la famille haïtienne*. Port-au-Prince : Éditions Des Antilles.
- Camilleri, C. (1989). La culture et l'identité culturelle : champ notionnel et devenir, dans C. Camilleri et M. Cohen-Emerique. *Chocs de culture* : 21-74. Paris : L'Harmattan.
- Camilleri, C., Kastarsztejn, J., Lipiansky, E. M., Malewska-Peyre, H., Taboda-Léonetti, I., et Vasquez, A. (1990). *Stratégies identitaires*. Paris : PUF.

- Chenouard, B., Raphaël, F., Veillette, A., Dridi, H., Viger-Rojas, M., et Nhi Dang, Y. (2004). L'ethnothérapie dans la pratique des travailleurs sociaux au CLSC de Saint-Michel, *Intervention*, 120, 28-34.
- De Pury, S. (1998). *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*. Paris : Institut Synthélabo.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode*. Paris : Flammarion.
- Gohard-Radenkovic, A., Bera-Vuisiner, M., et Veshi, D. (2003). Quelle est la perception des « interprètes médiateurs culturels » de leur rôle et de leurs compétences?, dans G. Zarate, et D. Levy (sous la dir.). *La médiation et la didactique des langues. Le français dans le monde*, janvier. Paris : Clé internationale.
- Helly, D., Vatz-Laaroussi, M., et Rachédi, L. (2001). *Transmission culturelle aux enfants par de jeunes couples immigrants : Montréal, Québec, Sherbrooke*. Montréal : Immigration et Métropoles.
- Jacob, A. (1993). Intégration des immigrants et des réfugiés et intervention, *Intervention*, 96, 7-18.
- Kanouté, F. (2002). Profils d'acculturation d'élèves issus de l'immigration récente à Montréal, *Revue des sciences de l'éducation*, 28 (1), 171-190.
- Lecomte, Y., Jama, S., et Legault, G. (2006). L'ethnopsychiatrie, *Santé mentale au Québec*, Dossier ethnopsychiatrie, XXXI (2), 7-27.
- Mead, M. (1963). *Mœurs et sexualité en Océanie*. Paris : Plon.
- Moro, M. R. (1989). *L'enfant exposé*. Paris : La pensée sauvage.
- Moro, M. R. (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie. L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles, *Santé mentale au Québec*, Dossier Communautés culturelles et santé mentale, XVII (2), 71-98.
- Moro, M. R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Paris : La découverte.
- Moro, M. R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris : Odile Jacob.
- Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob.
- OPTSQ (2006). *Cadre d'analyse de la charge de cas et de la charge de travail*.
- OTSTCFQ (2011). *Cadre de référence. L'évaluation du fonctionnement social*. Montréal.
- OTSTCFQ (2011). *Avis professionnel*. Bulletin no 115, automne 2011.
- Perreault, M., et Bibeau, G. (2003). *La gang : une chimère à apprivoiser*. Montréal : Boréal.
- Rachédi, L., et Legault, G. (2008). Le modèle interculturel systémique. *L'intervention interculturelle* : 121-142, 2e édition. Montréal : Gaëtan Morin.
- Rachédi, L., et Vatz-Laaroussi, M. (2004). Favoriser la résilience des familles immigrantes par l'empowerment et l'accompagnement, *Intervention*, 120, 6-15.
- Raphaël, F. (2006). Grossesse hors mariage dans les familles haïtiennes, *Santé mentale au Québec*, 31 (2), 165-178.
- Raphaël, F. (2010a). L'ethnopsychiatrie haïtienne : un enracinement dans l'histoire du pays, *L'Autre*, 11 (3), 323-332.
- Raphaël, F. (2010b). L'ethnopsychiatrie haïtienne : entre le vaudou haïtien et la médecine classique occidentale, *Revue haïtienne de santé mentale*, 2, 167-178.
- Rezzoug, D., Baubet, T., et Moro, M. R. (2009). Enfance : entre vulnérabilité et créativité. *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*, sous la dir. de Baubet, T. et Moro, M.R. Paris : Masson, 190-216.
- Rousseau, C. (2001). La thérapie à l'épreuve de la culture, *Relations*, 669, 20-23.
- Roy, G. (2008). Les outils de pratique, dans G. Legault, et L. Rachédi (dir.). *L'intervention interculturelle* : 168-195. Montréal : Gaëtan Morin.
- Roy, G., et Kapoor-Kholi, A. (2004). Intervenir avec un interprète : rencontre malgré les interférences, *Intervention*, 120, 35-46.
- Skandrani, S. M., et Bouche-Florin, L. (2009). Adolescence : la construction identitaire et ses aléas. *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*, sous la dir. de T. Baubet et M. R. Moro. Paris : Masson, 217-233.
- Sterlin, C., Rojas-Viger, C., et Corbeil, L. (2001). Rapport d'évaluation de l'intervention clinique du module transculturel de l'hôpital Jean-Talon. Extrait du site de l'université Mc Gill à Montréal : <http://www.mcgill.ca/tcpsych/publications/report/appendices/clinic>. Consulté le 10 mars 2012.
- Vatz-Laaroussi, M., Bolzman, C., et Lalhoul, M. (sous la dir.) (2008). *Familles immigrantes au gré des cultures. Tisser la transmission*. Lyon : Éditions L'interdisciplinaire.

Le placement des enfants de la France au Québec : deux politiques, une même intention

par

Nathalie Chapon

Docteur en Sciences de l'éducation

Enseignante

Aix-Marseille Université

Membre de l'équipe de recherche UMR-ADEF

Sciences de l'éducation

Courriel : nathalie.chapon@univ-amu.fr

Esther Montambault, Ph. D.

Professeure

Université de Sherbrooke

Département de service social

Description des politiques de protection de l'enfance en France et au Québec. Au-delà des similitudes (intérêt de l'enfant, maintien des liens avec la famille d'origine), des différences de pratique subsistent. Analyse de l'utilisation des projets de vie au Québec.

Description of the child welfare policies in France and the province of Quebec. Beyond the similarities (the children's interest, the maintenance of the relationships with the family of origin), there are some differences in the clinicians' practice. Analysis of the life projects for Quebec children.

Après plusieurs échanges internationaux en sciences de l'éducation abordant la question de la protection de l'enfance et des enfants placés en France et au Québec, il nous est apparu intéressant de croiser les aspects institutionnels, législatifs et les pratiques de terrain à partir de nos recherches et de nos approches respectives. Alors que les politiciens et les intervenants de ces deux territoires agissent selon une même intention, on constate que les mesures mises en place sur le terrain divergent sensiblement.

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**
Numéro 137 (2012.2): 15-25.

À cet égard, tant en France qu'au Québec, lorsqu'on aborde la question de la protection des enfants, le maintien des liens avec la famille d'origine est privilégié. Malgré ce positionnement partagé, certaines divergences émergent dans les situations où la protection des enfants nécessite un placement. Alors qu'aujourd'hui le système de protection de l'enfance en France se veut ponctuel et supplétif, le système de protection québécois est plus substitutif, dans le sens qu'il privilégie la stabilité de l'enfant par la clarification d'un projet de vie pouvant se construire dans un nouveau milieu d'appartenance.

Au Québec, la notion de projet de vie est employée pour désigner la démarche permettant d'établir une projection des conditions de vie sociale et familiale jugées les plus aptes à répondre aux besoins de l'enfant. Le projet de vie est envisagé dans une optique de permanence des liens, que ce soit avec la famille biologique ou avec un milieu substitut significatif. Dans cette perspective, en contexte de protection de l'enfance, dans les situations où les intervenants estiment qu'il existe un risque d'abandon pour l'enfant et que le processus d'intervention ne permet pas de mobiliser les parents vers un réel changement, le placement s'oriente de plus en plus de façon précoce et rapide vers une mesure permanente pouvant mener jusqu'à l'adoption.

En France, la notion de temps n'est pas appréhendée de la même façon. La politique de maintien des liens parentaux d'origine est largement privilégiée et elle se construit dans le temps y compris dans les situations de déperdition progressive des liens. L'objectif de l'Aide sociale à l'enfance est un placement de l'enfant temporaire et supplétif. Le projet pour l'enfant met les parents au cœur du dispositif afin de favoriser le maintien des liens avec l'enfant pour un retour dans son milieu familial. Si les termes utilisés sont les mêmes, projet de vie pour l'enfant ou projet pour l'enfant, les pratiques diffèrent et les conséquences induites

suscitent un réel questionnement tant du point de vue de la France que du Québec.

Dans un premier temps, nous aborderons les contextes institutionnels et législatifs en France et au Québec ainsi que les politiques mises en œuvre face à une rupture des liens affectifs et au délaissement parental. Dans un second temps, nous questionnerons les pratiques des travailleurs sociaux et les systèmes de pensées sous-jacents à chaque milieu à partir d'une analyse de l'accueil familial et des banques mixtes.

Le cadre de l'étude

Le cadre de l'étude s'inscrit dans le croisement de deux approches territoriales à partir d'un même sujet de recherche : la question du maintien des liens des enfants placés en famille d'accueil dans un service en protection de l'enfance. Le croisement est réalisé à partir d'un contexte institutionnel, de pratiques d'intervenants, de cadres législatifs différents dans un même objectif final, l'intérêt de l'enfant et sa protection. Il s'agit d'une réflexion des auteures à partir d'une approche comparative qui s'appuie sur une analyse de recherches internationales (Chapon-Crouzet, 2003; Ouellette et Goubau, 2009; Turcotte et al., 2010) ainsi que l'évolution législative et politique en protection de l'enfance en France et au Québec.

Deux contextes institutionnels différents

Le contexte français

Depuis la fin des années 1970, l'évolution de la politique de l'Aide sociale à l'enfance (Ase) a considérablement modifié les pratiques et les discours de professionnels de l'enfance qui semblaient s'être orientés autour d'un modèle dominant de séparation familiale rapide et définitif. À tel point que dans les années 1960 la famille d'origine était considérée comme nocive, voire toxique, pour l'enfant placé (Tomkiewicz, 1995).

Dans les années 1970, la nécessité d'une amélioration de l'organisation du service et de ses pratiques est exprimée. Soule et Noël (1971) multiplient les écrits sur l'Aide sociale à l'enfance soulignant l'inadaptation des services et montrant que les modes de prises en charge stigmatisent l'individu. Le rapport de Dupont-Fauville (1973) met en évidence la croissance

pléthorique des effectifs, des coûts élevés, des placements récidivants et des inadaptations. Ce rapport critique les pratiques de l'Ase, dénonce le système qui se traduit par la fabrication de cas sociaux. Ces auteurs font état de nombreuses études cliniques et théoriques prouvant l'importance des expériences vécues par l'enfant et leur rôle dans la formation de sa personnalité. Les travaux sur la question de l'attachement sont cités et montrent l'aspect traumatisant des séparations prolongées, répétées et les carences développées.

Une seconde réflexion s'amorce à la demande du ministère avec le rapport de Bianco et Lamy (1980). L'étude montre que les services suivent une logique purement interne, ne pratiquant ni la concertation ni la participation. Les absents de l'aide sociale à l'enfance sont les enfants, les parents et les familles d'accueil. Le rapport propose une réorganisation de l'Aide sociale à l'enfance recentrant ses interventions sur les familles, en proposant aux usagers un ensemble de prestations répondant à leurs difficultés afin d'éviter le placement de l'enfant, pour raison économique par exemple.

Aujourd'hui, le maintien des liens entre enfant et parents est préservé dans toute situation de séparation (sauf décision contraire du juge). Le placement de l'enfant ne signifie plus rupture, mais séparation. En France, l'assistance à la famille et la cohésion familiale demeurent la finalité première des politiques menées, même en cas de placement de longue durée.

La professionnalisation des assistants familiaux par la mise en place d'une formation spécifique, d'un diplôme d'État, d'un suivi des enfants placés par une équipe pluridisciplinaire apporte aux professionnels de l'enfance une reconnaissance sociale et institutionnelle et une compréhension de la mission attendue : suppléer la famille d'origine sans la substituer. Cette politique de protection de l'enfance souligne l'importance de la filiation biologique.

Avec la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, de nombreux changements essentiellement centrés sur les enfants sont apparus, notamment le projet pour l'enfant. Cette loi s'appuie sur de nombreux rapports et groupes de travail qui ont présenté des améliorations du dispositif de protection de l'enfance. Elle place au cœur du dispositif l'intérêt de

l'enfant et a pour ambition de renouveler les relations avec les familles à partir du projet pour l'enfant.

Un projet centré sur l'enfant

Ce projet pour l'enfant affirme sa place centrale dans le dispositif de protection, la primauté de son intérêt, de ses besoins d'ordre physique, intellectuel, social et affectif, le respect de ses droits, la prise en compte de son âge, de sa singularité, de son environnement et de son histoire. Il vise à favoriser son épanouissement et à plus long terme son insertion dans la société. Ces considérations doivent être conciliées avec les droits des parents et leurs capacités parentales.

Le projet pour l'enfant est présenté comme pouvant participer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants, au besoin de partenariat entre les différents intervenants, et à l'implication plus forte des parents d'origine. L'un des objectifs de la loi est d'impliquer davantage les parents dans le dispositif de prise en charge de leur enfant et de les faire participer au projet pour l'enfant. La volonté d'aboutir à une véritable coconstruction des réponses avec les parents, les enfants et l'institution est fortement souhaitée par l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance. Ce projet passe par une reconnaissance continue et réciproque de chacun et l'ouverture d'espaces conviviaux d'accueil des paroles de familles (dans les Maisons de la Solidarité, espace réservé aux parents dans les lieux d'accueil parents/enfants). Privilégier l'intérêt de l'enfant et mieux appréhender les décisions dans le cadre d'un projet individualisé constituent deux avancées majeures pour tous les enfants protégés. Le projet pour l'enfant fait aujourd'hui partie de l'histoire de l'enfant, de son « parcours » et s'inscrit dans la continuité.

Une avancée pour l'enfance délaissée et l'adoption

La France est face à une situation paradoxale, car les demandes d'adoption augmentent alors qu'en même temps les déclarations d'abandon n'ont jamais été aussi faibles, et le nombre d'enfants placés aussi élevé avec le chiffre record de 265 000 enfants pris en charge par les services sociaux (Observatoire national de l'enfance en danger, 2010). Au lieu d'adopter des enfants en France, les parents adoptifs sont

obligés de se tourner vers l'international. Ainsi, sur environ 3000 adoptions internationales en 2008, 600 enfants étaient abandonnés (nés sous X, soit sous le secret, ou orphelins) en France. Cette baisse des adoptions nationales en France s'explique par la réduction du nombre d'enfants « en danger » déclarés adoptables.

L'itinéraire juridico-administratif des enfants dits en « danger » est très complexe et très lent. Ce n'est en moyenne qu'après cinq ou six ans de suivi que l'enfant en souffrance peut accéder au statut de pupille de l'État. Il est donc urgent de simplifier et d'accélérer les procédures de prise en charge, d'harmoniser leur fonctionnement afin de faciliter l'adoption nationale (Compte rendu intégral, Assemblée nationale, 1^{er} mars 2012).

Une proposition de loi sur l'enfance délaissée a été adoptée par l'Assemblée nationale le 1^{er} mars 2012. Elle place l'intérêt de l'enfant au cœur du dispositif. Ce texte modifie les conditions autorisant la déclaration judiciaire d'abandon ouvrant la voie à une possible adoption. Il substitue à la notion de désintérêt manifeste celle de délaissement parental (caractérisée par une absence pendant au moins un an d'un acte contribuant au développement ou à l'éducation de l'enfant). Une telle modification devrait permettre une augmentation du nombre d'enfants adoptables. La notion de délaissement parental permettra de mieux prendre en compte les critères de relations de l'enfant avec ses parents en donnant ainsi la possibilité à l'enfant de devenir pupille de l'État et d'être adopté plus vite.

Au-delà de l'ensemble de ces mesures, Yves Bur (député français) propose d'instaurer un système de familles d'accueil bénévoles, choisies parmi les familles candidates à l'adoption agréées qui coexisteraient parallèlement au dispositif de familles d'accueil rémunérées (et professionnelles), système semblable à celui présent au Québec avec le dispositif des banques mixtes. Cette dernière proposition n'a pas été retenue par le Président de l'Assemblée nationale.

Trois mois plus tard, en juin 2012, le Québec se penche aussi sur les questions liées à l'accès à l'adoption et aux origines des enfants placés. Un avant-projet québécois est examiné afin de proposer des transformations majeures en

protection de l'enfance sur ces questions et sur celle du maintien des liens entre l'enfant et ses parents d'origine. Les réponses apportées seront différentes mais complémentaires de celles de la France. Nous aborderons leur analyse dans les paragraphes suivants.

Le contexte québécois

Face à une rupture de liens affectifs et au délaisement parental, le Québec privilégie le projet de vie permanent et le droit de l'enfant à vivre dans une famille aimante. Pour chaque enfant, le maintien dans son milieu naturel demeure au départ le projet privilégié. Cependant, malgré des pratiques qui soutiennent l'importance pour l'enfant de vivre dans son milieu familial, avec le temps, les enfants peuvent rencontrer des difficultés à établir des liens significatifs et stables. Force est de constater que pour certains enfants, cette vision du projet de vie a pu se traduire par des placements répétitifs ou par de nombreuses tentatives infructueuses de réinsertion familiale.

Dans ce contexte, les études sur l'attachement sont devenues des repères fortement considérés par les décideurs, afin de repenser les politiques et les pratiques en matière de placement d'enfants. Ainsi, les travaux de Bowlby (1978), d'Ainsworth et de ses collaborateurs (1978) ont démontré l'importance pour l'enfant d'une proximité avec une figure significative sur le plan affectif. Les ouvrages de Goldstein, Freud, Solnit et Soule (1978), et de Goldstein, Freud et Solnit (1983) ont fait valoir le principe d'intérêt de l'enfant dans toutes les décisions le concernant, et ils ont inspiré tout un changement de pratique en matière de placement au Québec. Ainsi, depuis le début des années 1990, les interventions en contexte de protection de l'enfance se sont ancrées dans une intention de maintenir la continuité d'une relation avec une personne qui est déjà, ou peut devenir, un parent significatif. Guidés par ces principes, les organismes de protection de l'enfance se donnent maintenant comme mandat de clarifier le projet de vie permanent de tout enfant à risque d'abandon (Association des centres jeunesse du Québec, 1997; 2010).

Plus encore, l'adoption en 2007 de la nouvelle *Loi sur la protection de la jeunesse* est venue confirmer cette orientation clinique.

Les modifications de la loi proposent, entre autres, que toutes les décisions concernant le maintien ou le retour d'un enfant dans son milieu familial ou dans son milieu substitut prennent en considération les besoins de stabilité de l'enfant et tiennent compte des liens d'attachement qu'il a développés. Ces changements introduisent des durées maximales de placement selon l'âge de l'enfant afin de mettre fin à l'ambivalence et au vide affectif dans des délais qui ne compromettent pas le développement de l'enfant. Ainsi, la durée maximale est liée à l'âge de l'enfant : 12 mois s'il a 2 ans et moins, 18 mois s'il a de 2 à 5 ans, 24 mois s'il a 6 ans ou davantage. Le projet de vie de l'enfant doit être statué à l'intérieur de ces délais reconnus légalement. L'objectif de cette démarche est d'offrir un milieu de vie permanent et stable à l'enfant tout en permettant que ce milieu réponde à l'ensemble de ses besoins. Bien entendu, le directeur de la protection de la jeunesse doit en priorité aider les parents à exercer leur rôle parental, mais ces repères de temps balisent l'intervention tant pour les intervenants que pour les parents. Parfois, il est impossible d'envisager le maintien ou le retour de l'enfant dans sa famille. Dans ces situations, les services de protection de l'enfance déterminent avec les parents et l'enfant un projet de vie alternatif, selon l'intérêt et les besoins de l'enfant. Le projet de vie pourra alors prendre différentes orientations, dont celle de diriger l'enfant vers un nouveau milieu d'appartenance.

Dans tous les cas, la démarche de clarification et d'élaboration d'un projet de vie a comme objectif de défendre le droit de l'enfant à vivre dans une famille aimante et de lui garantir une stabilité dans ses relations affectives. Ce processus d'intervention est aujourd'hui reconnu par la loi et est guidé par des principes reconnus sur le terrain. Ainsi, dans les situations où existe un risque d'abandon, toutes les décisions relatives à la question du maintien ou du retrait d'un enfant de son milieu naturel s'appuient, d'une part, sur la capacité des parents à reconnaître leurs problèmes et, d'autre part, sur leurs motivations à s'impliquer dans une démarche de changement. Ce processus repose également sur l'évaluation de la capacité des parents à répondre aux besoins de l'enfant. L'âge de l'enfant est considéré comme un facteur de

vulnérabilité. Au-delà de ces ancrages décisifs, les concepts de permanence, de stabilité affective et d'attachement sont aujourd'hui des notions incontournables à la base du cheminement décisionnel qui peut mener à une décision de maintenir l'enfant dans sa famille ou à celle de son adoption. Ainsi, de façon plus concrète, lorsque la situation permet d'envisager une rupture probable ou effective des liens, le travailleur social clarifie les intentions, les capacités et le désir d'engagement des parents face à l'enfant le plus rapidement possible, afin de planifier les modalités de leur implication ou non dans le projet de vie de l'enfant. Élaborer un projet de vie est un processus d'intervention qui vise à impliquer les parents dans une démarche de clarification où diverses options seront envisagées pour l'enfant : le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu naturel quand c'est possible; l'orientation de l'enfant vers un nouveau milieu d'appartenance par l'adoption et une nouvelle filiation; la tutelle; ou la décision de maintenir l'enfant en famille d'accueil à long terme (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).

Depuis les années 1990, l'accueil en banque mixte se développe et ouvre la voie à d'autres liens possibles, bouleversant les pratiques et les références en matière de protection de l'enfance.

La banque mixte est une liste de candidats à l'adoption qui acceptent d'être provisoirement familles d'accueil pour des enfants à haut risque de délaissement, en attendant que ces derniers deviennent adoptables. Ce type d'intervention de protection, déjà très répandu aux États-Unis, en Grande Bretagne et au Canada, doit permettre dans un premier temps de préserver les liens familiaux en vue d'une possible réinsertion familiale. Cette intervention s'inscrit dans un contexte particulier d'ambivalence et d'incertitude quant à la possibilité de réunir toutes les conditions nécessaires à sa réussite. En effet, deux logiques s'affrontent afin de procurer un milieu de vie stable et sécurisant : favoriser la préservation des liens familiaux et, en même temps, s'aligner vers un objectif d'adoption qui pourrait mener à leurs ruptures. Sans une fusion de ces deux visées, la banque mixte pourrait être perçue comme un dispositif de captation d'enfants par le système

de protection au profit de personnes qui désirent adopter; le terme captation prend ici le sens d'une appropriation par des moyens détournés (Ouellette et Goubau, 2009).

Une récente recherche a été menée sur cette question par Ouellette et Goubau (2009) dans trois régions du Québec où le programme de banque mixte a été implanté, soit celles des Centres jeunesse de Québec, de Montréal et de Montérégie. Dans leur étude, les auteurs ont établi les modalités d'intervention qui concourent à ce que la visée du mécanisme de la banque mixte se superpose et finisse par se confondre à celle de préservation des liens familiaux. Les modalités d'intervention sont différentes, la manière et le moment d'aviser le parent du projet d'adoption restent à la discrétion des intervenants. Certains travaillent « à livre ouvert » et abordent la question de l'adoption dès la prise en charge, d'autres prennent le temps de dire les choses, se focalisent sur le projet de vie pour l'enfant dans un milieu stable et abordent plus tard la question de l'adoption.

Avec le recul...

Enfin, ce qu'il faut retenir, c'est qu'élaborer un projet de vie pour un enfant c'est s'engager dans un processus qui place l'intérêt de l'enfant au cœur de la pratique professionnelle. L'enjeu majeur d'une telle pratique est d'impliquer les parents dans ce processus guidé par la notion de temps pour l'enfant, sachant que la plupart des familles touchées par cette nouvelle orientation clinique sont reconnues négligentes au sens de la loi et que les chercheurs et les intervenants affirment qu'il faut envisager un soutien à long terme pour engager ces familles dans un processus de changement significatif (Éthier, Bourassa, Klapper et Dionne, 2006). C'est dans cette perspective que plusieurs acteurs québécois tant des milieux institutionnels que communautaires ont manifesté leurs oppositions de voir inclure officiellement le projet de vie dans la nouvelle loi sur la protection de la jeunesse. L'une des craintes exprimées par les professionnels était que l'adoption devienne l'option privilégiée pour assurer la stabilité aux enfants sans que les familles concernées reçoivent l'aide dont elles ont besoin pour se reprendre en main, en imposant aux parents un délai trop court pour corriger

leurs difficultés ou leurs déficiences. En fait, les professionnels craignaient que le « risque » du projet familial soit évacué trop tôt du cheminement décisionnel menant à la clarification du projet de vie de l'enfant.

Aujourd'hui, cinq ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle *Loi sur la protection de la jeunesse*, certains chiffres illustrent les impacts positifs des changements sur la stabilité et les conditions de vie des enfants (Turcotte et al., 2010). D'entrée de jeu, le constat est que, depuis la mise en place des nouvelles dispositions de la loi, le recours au placement en famille d'accueil a diminué tandis que le placement dans une ressource informelle, par exemple auprès d'un membre de la famille ou d'une personne significative a augmenté, alors que, le nombre de changements de milieux de vie vécus par les enfants a diminué. De plus, le retour dans le milieu familial constitue le projet de vie de plus de 79 % des enfants placés après l'entrée en vigueur des modifications de la loi et, contrairement aux craintes exprimées, le nombre d'adoption est passé de 333 en 2008-2009 à 312 en 2009-2010 (Association des centres jeunesse du Québec, 2010).

Ces résultats confirment que la situation des enfants placés au Québec évolue dans le sens de la stabilité et de la permanence posées par le cadre législatif, et ce, tout en favorisant une mobilisation des parents par un engagement dans le projet de vie de leurs enfants. Certains éléments viennent appuyer cette évaluation positive du mouvement amorcé par la mise en place du processus d'élaboration du projet de vie pour l'enfant. Tout d'abord, la coresponsabilité partagée et acceptée des centres jeunesse avec les autres établissements tant institutionnels que communautaires concernés par l'aide aux familles en grande difficulté. Cette coresponsabilité a obligé la mise en place de nouvelles structures qui orientent aujourd'hui une pratique de plus en plus intersectorielle mobilisant l'ensemble des acteurs concernés autour d'un objectif commun. D'autre part, diverses stratégies ont été mises en place afin de favoriser l'appropriation du nouveau cadre législatif par les travailleurs sociaux, notamment la production de documents de soutien à leurs pratiques professionnelles ainsi que des documents explicatifs destinés aux parents. Les

centres jeunesse ont également élaboré des programmes de formation et de sensibilisation tant pour les intervenants que pour les gestionnaires, programmes qui ont sûrement contribué à une meilleure compréhension et à une meilleure application du processus.

Aujourd'hui, les données contenues dans le rapport de Turcotte et de ses collaborateurs (2010) permettent d'avancer que les modifications de la *Loi sur la protection de la jeunesse* vont dans le sens de l'élaboration d'un projet de vie encadré par la notion de temps pour l'enfant. Les résultats soulignent les impacts positifs pour les enfants, du point de vue de la stabilité tant affective que géographique et de l'implication de nombreux parents qui ont répondu à l'appel en devenant de réels partenaires dans le projet de vie de leurs enfants.

De nouveaux modes d'adoption dans l'intérêt de l'enfant

La réalité des familles au Québec et en France s'est profondément transformée au cours des dernières décennies. Un avant-projet de loi a été examiné en juin 2012 (projet de loi 81). Il propose des transformations majeures en protection de l'enfance et marque un tournant dans la reconnaissance des nouveaux modèles familiaux de façon à pouvoir répondre plus adéquatement aux besoins actuels et futurs de chaque enfant et de chaque parent (Roy, 2010). Le gouvernement de Pauline Marois devrait reprendre, pendant son mandat, ce projet de loi modifiant le *Code civil* et les autres dispositions législatives en matière d'adoption et d'autorité parentale avec lequel tous les partis étaient d'accord lors de son dépôt le 13 juin 2012.

Ce projet de loi propose une nouvelle forme d'adoption : l'adoption sans rupture du lien de filiation d'origine. Les parents d'origine et les parents adoptifs pourraient faire approuver leur entente de communication par le tribunal, les parents transférant toutes les responsabilités de leur autorité parentale à un tiers tout en demeurant père et mère de l'enfant. En France, cette pratique existe depuis de nombreuses années, il s'agit d'une délégation de l'autorité parentale à un tiers digne de confiance.

Jusqu'à présent, au Québec, le contenu des dossiers d'adoption était confidentiel. Seuls l'adopté et ses parents d'origine pouvaient, à

certaines conditions, avoir accès à des renseignements les concernant. Le projet de loi innove en proposant de remplacer les règles actuelles du consentement préalable à la divulgation de renseignements personnels par des règles plus ouvertes pour l'adopté ou ses parents d'origine.

Ces nouvelles règles permettraient à ces personnes de connaître l'identité de l'autre ou même de se retrouver, sous réserve d'un veto de contact ou d'un veto à la divulgation de l'identité. Les parents d'origine n'auraient cependant le droit de connaître la nouvelle identité de l'enfant adopté ou d'entrer en contact avec lui qu'une fois celui-ci devenu majeur. Les nouvelles dispositions faciliteraient également l'accès aux renseignements médicaux, en supprimant l'obligation de démontrer la gravité du préjudice subi pour obtenir la communication.

« Ces modifications assureraient un meilleur équilibre entre le besoin de l'adopté de connaître ses origines et le droit à la vie privée de ses parents d'origine », a précisé le ministre Jean-Marc Fournier (Ministère de la Justice, juin 2012).

La question de l'assouplissement des règles de confidentialité a également été posée en France lors de l'examen de la proposition de loi sur l'enfance délaissée et l'adoption de mars 2012, mais elle n'a pas eu le même écho qu'au Québec. La députée Brigitte Barèges proposait de transformer la loi de 2002, relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et des pupilles de l'État, en maintenant le principe de l'accouchement dans le secret pour protéger les mères, mais en offrant la possibilité, plus tard, à l'enfant né sous X (sous le secret) de connaître ses origines. La mère, comme en Grande-Bretagne ou ailleurs en Europe, laisserait son identité dans un pli fermé, que l'enfant pourrait ouvrir à sa majorité. La commission a émis un avis défavorable à cet amendement puisque cette disposition remet en cause la notion du secret et bouleverse l'équilibre de la loi de 2002. Ainsi, la France reste l'un des seuls pays européens où demeure cette mesure et où l'accouchement n'établit aucun lien de filiation avec la mère (Rapport, Assemblée nationale, 2012).

Distinctions et intentions

À la lecture des deux approches contextuelles, force est de constater les écarts juridiques,

institutionnels et les pratiques professionnelles différenciées. L'intérêt de la démarche est de questionner les pratiques et les systèmes de pensée sous-jacents à chaque milieu.

L'ambiguïté du statut des familles d'accueil

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* définit ainsi la famille d'accueil au Québec : une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial. Elle intervient de façon parentale auprès d'un jeune, c'est-à-dire qu'elle s'engage à assurer à l'enfant un milieu de vie familial : hébergement, soins, entretien, sécurité, éducation pour une période de temps indéterminée. Elle prend des décisions courantes, comme autoriser ses sorties, ses fréquentations, ses loisirs et ses activités parascolaires, fixer les heures de coucher. Elle travaille en collaboration avec les intervenants et la famille naturelle s'il y a lieu, pour une période qui varie selon les placements. Elle joue un rôle déterminant dans le développement physique, mental et affectif du jeune, en l'accompagnant dans son cheminement en ayant comme but ultime sa réintégration familiale et sociale.

La famille d'accueil intègre un enfant dans sa famille en lui donnant toute l'attention, la compréhension et surtout l'encadrement dont il a besoin. Elle doit suivre le plan de formation élaboré par son établissement ou la Fédération des familles d'accueil. Elle reçoit une rétribution de base quotidienne selon l'âge de l'enfant et peut recevoir une rétribution supplémentaire selon le degré de services requis. On constate que globalement les missions confiées à la famille d'accueil sont identiques en France et au Québec.

Une recherche réalisée par Bagirishya et Gilbert (2002) sur la question du statut des familles d'accueil au Québec rend compte du fait que les familles d'accueil ont une opinion positive d'elles-mêmes et des tâches qu'elles accomplissent. La plupart d'entre elles ont une histoire qui explique les raisons de leur choix. Les auteurs soulignent que les familles d'accueil vivent un réel paradoxe autour de leur statut :

sont-elles des familles ou des travailleurs autonomes?

La Fédération des familles d'accueil du Québec et les familles d'accueil elles-mêmes ont entrepris de nombreuses démarches en vue d'obtenir un vrai statut, mais plusieurs obstacles restent encore à franchir. En effet, des centaines de familles d'accueil rassemblées devant l'Assemblée nationale en mars 2012 revendiquaient d'être reconnues comme des travailleurs à part entière du réseau de la santé et des services sociaux et non d'être considérées comme de simples gardiennes (Labbé, 2012).

En place au Québec depuis plusieurs décennies, les familles d'accueil n'ont obtenu que tout récemment le droit de se syndiquer avec la loi 49 en 2009. Les pourparlers en vue d'un premier contrat de travail ont débuté en mai 2010 entre le gouvernement et les familles d'accueil. Pour le président de la Centrale des syndicats démocratiques (CSD), François Vaudreuil, les familles d'accueil sont à la frontière du bénévolat et de l'économie sociale.

La question de la professionnalisation des familles d'accueil est également évoquée en France, mais elle ne se pose pas dans les mêmes termes. En effet, si l'on parle généralement de famille d'accueil, c'est toutefois l'assistant familial (homme, 2 %, ou femme, 98 %) qui est agréé par les services sociaux. Le statut de l'assistant familial a connu une évolution considérable ces dernières années. C'est le fruit de l'engagement et du militantisme des syndicats et des associations d'assistants maternels de plusieurs décennies (lois de 1971 et de 1977). C'est avec la loi du 17 mai 1977 que le travail de nourrice est caractérisé comme une profession et qu'est reconnu l'intérêt d'une formation. En 1992, on distinguait deux catégories d'assistants maternels : à la journée et permanent, avec un contrat de travail et d'accueil différencié. Avec la loi du 27 juin 2005, l'assistant maternel permanent ou en famille d'accueil est renommé assistant familial.

L'objectif de la loi du 27 juin 2005 concernant les assistants familiaux est de poursuivre leur professionnalisation, leur reconnaissance au sein du dispositif de protection de l'enfance. La législation pose comme une nécessité le suivi des assistants familiaux, ainsi que l'intérêt de ne pas les considérer comme de simples

exécutants, mais comme des partenaires privilégiés de la prise en charge de l'enfant. Les assistants familiaux doivent dans ce cadre être consultés pour toute décision prise par l'organisation qui les emploie concernant l'enfant et doivent participer aux évaluations de ce dernier. La question de la professionnalisation et des relations entre familles d'accueil et services d'accueil familial est sans conteste l'un des enjeux majeurs du nouveau statut des assistants familiaux. Comment les assistants familiaux et les travailleurs sociaux arriveront-ils à travailler en réel partenariat sur le chemin de la coéducation? (Chapon, 2011). Le paradoxe évoqué pour les familles d'accueil au Québec existe aussi en France, mais il se situe davantage sur l'axe de l'attachement à l'enfant, de son positionnement en tant que professionnel que sur celui de la revendication d'un statut.

Considérer les liens d'attachement

En France, qu'il s'agisse de placements de longue durée (placement jusqu'à l'adolescence) ou de placements de courte durée (un an de placement voire moins), la démarche institutionnelle est identique pour l'ensemble des enfants, alors que les conséquences de cette mesure sont radicalement différentes.

Au Québec, il est recommandé de prendre en considération les liens d'attachement développés par l'enfant avec sa famille d'accueil et de permettre à l'enfant de se stabiliser affectivement. La France avance lentement sur cette question (Chapon-Crouzet, 2005; Euillet, 2007).

L'assistante familiale, c'est-à-dire le parent féminin de la famille d'accueil, est considérée comme une professionnelle de la protection de l'enfance; elle ne peut investir affectivement trop fortement un enfant placé, car celui-ci a toujours des parents. Elles doivent savoir trouver et gérer ce que l'on nomme sur le terrain « la bonne distance affective ». Cette expression, bien que largement critiquée dans le milieu de la pratique des assistants familiaux, demeure et la question du lien affectif d'accueil est continuellement posée.

Force est de constater sur le terrain un déni institutionnel concernant la possible existence de liens affectifs stables et forts entre l'enfant et la famille d'accueil. Dès lors qu'en réunion de bilan les travailleurs sociaux évoquent la

possible existence de liens d'attachement forts entre l'assistante familiale et l'enfant placé, ces liens sont interrogés et ne sont en aucun cas reconnus comme étant symboliquement aussi importants que ceux de la parenté biologique, car ils viennent la concurrencer. Ce positionnement est encore plus marqué concernant les liens établis entre les enfants au domicile de la famille d'accueil, qu'il s'agisse des liens entre enfants placés ou de ceux développés avec les enfants de la famille d'accueil (Chapon-Crouzet, 2005). Cependant, il est important de préserver cet équilibre affectif sans induire de ruptures entre les enfants. Le retour de l'enfant en famille d'origine doit aussi s'accompagner de mesures spécifiques, notamment lorsqu'il s'agit d'un placement reconnu comme étant investi par la famille d'accueil. Tenir compte du passé et du présent dans le placement, c'est aussi apprendre à l'enfant à gérer des séparations, de la famille d'origine comme de la famille d'accueil, sans induire de rupture de vie.

Les récents travaux sur les modes de suppléance en accueil familial en France (Chapon, 2011) montrent différents types de placement et d'investissement affectif de l'enfant placé.

Quatre modes de suppléance ont été établis :

- *La suppléance substitutive.* La substitution désigne le fait de prendre la place totale-ment de l'autre parent. La famille d'accueil prend ici la place de la famille d'origine et au-delà considère l'enfant comme son propre enfant. On retrouve les expressions « il est à moi, il est à nous maintenant »;
- *La suppléance partagée.* Elle désigne des situations où les deux familles d'accueil et d'origine reconnaissent la nécessité de l'autre; l'enfant circule entre les deux familles, développe des liens affectifs dans la famille d'accueil et établit de nouveaux rapports avec sa famille d'origine. On est ici dans la coéducation;
- *La suppléance soutenante.* La famille d'accueil est ici un complément parental temporaire; elle soutient la famille d'origine qui revendique sa place de parent;
- *La suppléance incertaine.* Les deux familles sont ici peu impliquées; l'enfant est sans réel

appui affectif, le placement est tardif et de courte durée.

Ces différentes suppléances peuvent coexister dans une même famille d'accueil en fonction des enfants et du couple d'accueil. Elles peuvent également évoluer en fonction du temps, des événements de la vie de l'enfant, du placement, de la famille d'accueil et d'origine. Il est important d'avoir une vision souple et juste de ce qui se vit dans la famille, sans préjugés ni arrière-pensées.

À partir de ces analyses, on se rend bien compte des écarts conceptuels sur lesquels sont basées les pratiques entre les deux pays. Si, au Québec, on considère capital de prendre en considération les liens d'attachement développés par l'enfant avec sa famille d'accueil afin de le stabiliser affectivement, la politique et les pratiques en vigueur en France réaffirment l'importance de la place des parents d'origine et ne reconnaissent pas encore officiellement les liens affectifs existants en famille d'accueil (Chapon, 2011). La récente loi sur l'enfance délaissée de mars 2012 confirme la nécessité d'agir en faveur de ces enfants qui se retrouvent délaissés et placés en famille d'accueil pendant des années, sans possibilité d'être adoptés par de nouveaux parents. La réussite de son application demandera un réel accompagnement des travailleurs sociaux sur le terrain, par une modification des pratiques et des idéologies, de la réactivité relative au suivi et à l'évaluation des situations. C'est la recherche d'un nouvel équilibre de placement des enfants qui est proposé afin de leur permettre de vivre une vie de famille stable qui s'inscrit dans une idéologie différente de celle en vigueur jusqu'à maintenant. Ce nouvel équilibre nécessitera un accompagnement sur le terrain par des travailleurs sociaux pour que sa mise en œuvre soit effective.

Conclusion

Répondre aux besoins de l'enfant, c'est lui permettre un développement physique, psychique, moteur et cognitif harmonieux. Les neurobiologistes insistent fortement depuis des années pour une intervention le plus tôt possible dans la vie de l'enfant afin de limiter les possibles séquelles sur son développement et les troubles de l'attachement. Dépister dès

leur plus jeune âge les enfants à risque, ou en voie d'être abandonnés, et mettre en place un projet de vie permanent leur assurent le plus tôt possible un milieu de vie stable. Après plusieurs années d'application de la loi sur le projet de vie, les résultats de l'évaluation attestent que l'adoption n'est pas l'option privilégiée des travailleurs sociaux. Au contraire, le maintien en milieu naturel avec travail d'accompagnement des parents à l'expression de leur parentalité est une voie largement empruntée, alors que la crainte exprimée était justement la rupture probable ou effective des liens familiaux.

Face à des parents qui présentent de faibles capacités parentales, la France apporte d'autres réponses de prise en charge de l'enfant en privilégiant la filiation biologique. Le placement de l'enfant s'accompagne d'un soutien à la parentalité d'origine et d'une tentative de construction ou de reconstruction du lien avec l'enfant, sa famille et sa fratrie.

À la lecture des croisements réalisés notamment sur l'aspect juridique du projet de loi sur l'enfance délaissée en France de mars 2012 et de l'avant-projet de loi sur l'adoption de juin 2012 au Québec, on se rend bien compte de la prise de conscience des institutions politiques de l'enjeu majeur d'agir en faveur de l'enfant, de ses droits et de son intérêt. Le droit de l'enfant de pouvoir être élevé dans une famille, si possible la sienne, le droit de se voir offrir de l'amour et des repères nécessaires à la construction de son avenir, droit qui peut passer par l'adoption. Le sens de l'adoption est de donner aux enfants les parents dont ils ont besoin. La France s'ouvre davantage à l'adoption possible des enfants placés délaissés par leurs parents, en réduisant les délais de placement des enfants en bas âge et les délais de délivrance de l'agrément des parents adoptifs. Le Québec s'oriente vers la reconnaissance de l'adoption sans rupture de lien biologique (nommée en France adoption simple où l'enfant garde ses deux filiations, d'origine et adoptive).

Chaque pays, en fonction de son histoire, de ses idéologies élargit les modèles de la parenté en adaptant les textes de loi aux réalités de la vie familiale dans l'intérêt de l'enfant. La France, comme le Québec, avance sur le chemin de la

pluriparentalité au sein des familles d'accueil (Neyrand, 2011) en préservant le passé de l'enfant, en reconnaissant l'importance de son présent pour construire son avenir sereinement.

Descripteurs :

Enfants - Politique gouvernementale - Québec (Province) // Enfants - Politique gouvernementale - France // Jeunesse - Protection, assistance, etc. - Québec (Province) // Jeunesse - Protection, assistance, etc. - France

Children - Government policy - Quebec (Province) // Children - Government policy - France // Child welfare - Quebec (Province) // Child welfare - France

Références

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Assemblée nationale (2009). *Projet de loi 49, Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Assemblée nationale (2012). *Journal officiel de la République française*. Compte rendu intégral, 1^{er} mars 2012.
- Association des centres jeunesse du Québec (1997). *En vue d'assurer à tout enfant un projet de vie permanent*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Association des centres jeunesse du Québec (2010). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Bagirishya, H., et Gilbert, S. (2002). *Les familles d'accueil québécoises : travailleurs autonomes ou familles de substitution? Rapport soumis à la Fédération des familles d'accueil du Québec*, Département de sociologie, Université Laval.
- Bianco, J.-L., et Lamy, P. (1980). *L'aide sociale à l'enfance demain. Contribution à une politique de réduction des inégalités*. Paris : Ministère de la santé et de la sécurité sociale.
- Bowlby, J. (1978). *L'attachement, Attachement et perte*, 1. Paris : PUF.
- Chapon, N. (2011). À qui appartient l'enfant en accueil familial : une question de places, le chemin possible de la coéducation, *Dialogue*, 193, 153-163.
- Chapon-Crouzet, N. (2003). *Relations affectives et parentalité en situation de placement familial*. Thèse de Doctorat, Département des Sciences de l'éducation sous la direction de Paul Durning, Université Paris X Nanterre.
- Chapon-Crouzet, N. (2005). L'expression de liens fraternels au sein des familles d'accueil : de la fratrie au groupe fraternel nourricier, *Devenir*, 17, numéro 3, 261-276.
- Dupont-Fauville, A. (1973). *Pour une réforme de l'aide sociale à l'enfance*. Paris : ESF.
- Éthier, L.-S., Bourassa, L., Klapper, U., et Dionne, M. (2006). *L'évolution des familles négligentes : chronicité et typologie*. Rapport de recherche, FQRSC, Département de psychologie, Université du Québec, Trois-Rivières.
- Euillet, S. (2007). *Développement socio-affectif et parentalités dans l'accueil familial. Études du développement des représentations d'attachement et des compétences sociales des enfants de 3 et 4 ans, l'analyse de l'implication des parents et de la parentalité d'accueil des assistants familiaux*. Thèse de doctorat, psychologie du développement, Université de Toulouse II.
- Goldstein, J., Freud, A., Solnit, A. J., et Soule, M. (1978). Dans l'intérêt de l'enfant? Vers un nouveau statut de l'enfance. Paris : ESF.
- Goldstein, J., Freud, A., et Solnit, A. J. (1983). Avant d'invoquer l'intérêt de l'enfant? Paris : ESF.
- Labbé, E. (2012). Manifestation des familles d'accueil, en quête d'un salaire équitable, *Le Soleil*, 22 janvier.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*. Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse. Québec : MSSS.
- Ministère de la Justice (2012). *Avant-projet de loi adoption et autorité parentale au Québec*, juin, www.justice.gouv.qc.ca.
- Neyrand, G. (2011). *Soutenir et contrôler les parents, le dispositif de parentalité*. Toulouse : Erès.
- Observatoire national de l'enfance en danger (2009). *État des lieux du projet pour l'enfant, la loi du 5 mars 2007*. Paris.
- Observatoire national de l'enfance en danger (2010). *Cinquième rapport de l'ONED*. Paris.
- Ouellette, F.-R., et Goubau, D. (2009). Entre abandon et captation, l'adoption québécoise en banque mixte, *Anthropologie et Sociétés*, 33 (1), 65-81.
- Roy, A. (2010). Réforme de l'adoption - Un avant-projet de loi inspiré par l'intérêt de l'enfant, *Bulletin de liaison*, 34 (3), février.
- Soulé, M., et Noël, J. (1971). Le grand renfermement des enfants dits cas sociaux ou malaise dans la bienfaisance, *Psychiatrie de l'enfant*, 14 (2), 577-620.
- Tomkiewicz, S. (1995). Le maintien du lien : pourquoi? Gabel. M. et coll., *Maltraitance : maintien du lien?* Paris : Fleurus.
- Turcotte, D., Drapeau, S., Hélie, S., Bigras, M., Brousseau, M., Dessureault, D., Gagné, M.H., Goyette, M., Poirier, M. A., Pouliot, E., Saint-Jacques, M. C., Simard, M. C., Turcotte, G., Moisan, S., Carignan, A. J., et Royer, M. N. (2010). *Évaluation des impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse. Rapport synthèse*. Québec : Centre JEFAR de l'Université Laval.

Le développement professionnel des travailleurs sociaux assignés à un service d'accueil psychosocial

par

Annie Gusew, M.S., T.S., médiatrice familiale

Professeure régulière

Université du Québec à Montréal

École de travail social

Courriel : gusew.annie@uqam.ca

Ginette Berteau, Ph. D., T.S.

Professeure régulière

Université du Québec à Montréal

École de travail social

Réflexions sur l'identité et le développement professionnels en travail social au Québec. Résultats d'une recherche exploratoire de type qualitatif auprès d'intervenants sociaux et de gestionnaires des services d'accueil psychosocial du territoire de Laval.

Thoughts on professional identity and development in social work in the province of Quebec. Results of a qualitative exploratory research with clinicians and managers from the Laval intake services.

Depuis près d'une décennie, on assiste au Québec à une importante restructuration du réseau de la santé et des services sociaux. Ce projet de réingénierie de l'État a donné lieu à la création des réseaux de services intégrés qui visent des services accessibles, continus et de qualité à la population (Rouillard, Montpetit, Fortier et Gagnon, 2004). De plus, l'un des principaux objectifs de cette réforme demeure la consolidation des services de première ligne. Ainsi, on veut favoriser l'accessibilité des services médicaux et sociaux courants à la population. Les travailleurs sociaux qui travaillent en première ligne dans un accueil psychosocial

rencontrent quotidiennement des problèmes sociaux non prévisibles et complexes. Cela exige d'eux une grande compétence sur le plan des connaissances, des habiletés d'intervention et des enjeux éthiques.

Cette étude prend son origine dans l'intérêt de l'équipe de recherche du CLSC-CHSLD du Marigot pour les procédés de mise à jour des pratiques des travailleurs sociaux de l'accueil psychosocial de la région de Laval. Cet intérêt a donné lieu à la réalisation d'une recherche en partenariat avec deux professeures de l'École de travail social de l'UQAM¹ dont le but était de mieux comprendre le développement professionnel de ces travailleurs sociaux.

L'article se divise en six parties. La première fait état des éléments du contexte sociopolitique qui affectent la pratique dans un service d'accueil psychosocial. La deuxième présente le cadre conceptuel, plus spécifiquement, les concepts d'identité et de développement professionnel. La troisième explique la méthodologie utilisée et décrit le profil des répondants. La quatrième présente les résultats : la conception de la pratique du travail social dans ce type de service, la perception du développement professionnel et les conditions favorables et défavorables à son actualisation. La cinquième analyse les principaux résultats. Enfin, en guise de conclusion des pistes d'action sont dégagées.

État de la question

L'exercice du travail social en première ligne dans un accueil psychosocial n'est pas sans être influencé par le contexte actuel de pratique qui, selon Gibelman (1999) et Genest Dufault et Bélanger (2010), se retrouve au carrefour d'influences et d'enjeux socioéconomique, politique, institutionnel, législatif, éducatif et éthique. Ainsi, les travailleurs sociaux concernés sont particulièrement touchés par l'accroissement et la complexité des problèmes sociaux (Stephensen, Rondeau, Michaud et Fiddler, 2001; Mercier et Mathieu, 2000; Favreau, 2000;

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 137 (2012.2) : 26-37.

Carette, 2000; OPTSQ, 1998) puisque, par leur position, ils sont à l'interface de plusieurs services de santé et de services sociaux et sont donc appelés à intervenir rapidement auprès de populations vulnérables dans des situations complexes ou d'urgence. Sur les plans politique et institutionnel, depuis la fin des années 1980, dans plusieurs pays occidentaux se produit une restructuration des services publics fortement influencée par l'économie de marché, la globalisation des échanges et l'individualisation des problèmes sociaux (Krejsler, 2005). Au Québec, la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, d'ailleurs encore inachevée, en est un exemple. À cela s'ajoutent les changements législatifs, telle l'entrée en vigueur de la loi qui modifie le *Code des professions* avec un nouveau partage des champs d'exercice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Ce changement aura un impact sur les postes dans les services d'accueil psychosocial, entre autres, au sujet de l'évaluation du fonctionnement social qui est au cœur de cette pratique.

L'exercice du travail social, particulièrement dans un accueil psychosocial, exige un engagement relationnel et subjectif, qui sous-tend de risquer et d'expérimenter (Mandeville, 2004) ainsi que de prendre rapidement des décisions. Or, force est de constater que les diverses réformes créent un contexte de pratique de plus en plus structuré, supervisé, organisé et hiérarchisé où l'efficacité, l'utilisation des données probantes (Bourque, 2009) et la qualité des interventions représentent des priorités (Stephensen et al., 2001). Devant la tension créée par ces différentes logiques (d'efficacité, institutionnelle et clinique), les intervenants sociaux doivent faire preuve d'un jugement éthique permettant de desservir adéquatement les populations.

La fonction dans un accueil psychosocial implique des transactions avec bon nombre d'autres secteurs d'intervention. Dans les professions d'aide, l'importance du travail en équipe interdisciplinaire fait l'objet d'un consensus, mais toutes les professions ne sont pas considérées hiérarchiquement de la même manière. Ainsi, Healy et Meagher (2004) notent les difficultés des personnes formées en travail social de se faire reconnaître au même titre que

les professionnels du domaine de la santé. Selon Couturier et Legault (2002), cette difficulté illustre un problème de reconnaissance symbolique quant à la place du travail social dans la société, les services qu'ils dispensent n'étant pas considérés comme essentiels dans le réseau de la santé et des services sociaux (McMichael, 2002). À cet effet, certains auteurs s'interrogent sur la capacité des programmes universitaires de formation initiale en travail social à préparer les étudiants aux défis de la pratique actuelle (Van Caloen et Lindsay, 2010), entre autres, au regard du travail en équipe interdisciplinaire (Larivière et Ricard, 2003).

La diversité, la complexité des situations rencontrées ainsi que la position stratégique des détenteurs des postes dans un accueil psychosocial exigent de posséder de nombreuses compétences et surtout de les actualiser. Nul ne conteste que la formation initiale ne permet d'atteindre qu'un premier niveau de compétence (Donnay et Charlier, 2006). De plus, ce contexte de pratique couvrant un vaste champ nécessite de posséder des connaissances pointues et par le fait même de voir à son développement professionnel.

Les promoteurs du projet de recherche observaient que les travailleurs sociaux de l'accueil psychosocial avaient des besoins particuliers auxquels les formations de l'établissement ne semblaient pas toujours répondre. Ils constataient qu'ils en savaient peu sur les façons dont ces professionnels s'y prenaient pour assurer la mise à jour de leurs compétences. La recension des écrits sur le développement professionnel des travailleurs sociaux confirme ces impressions et met en évidence l'absence de recherche sur le développement professionnel des travailleurs sociaux affectés à un accueil psychosocial.

Le cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de cette recherche s'appuie sur les travaux de Dubar (2000, 2001) et de Donnay et Charlier (2006) portant sur l'identité et le développement professionnel. Les identités professionnelles, selon Dubar, sont « des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi » (Dubar, 2001 : 95) et qu'il s'agit « [d'] un

résultat à la fois stable et provisoire » (Dubar, 2000 : 109). Comme le mentionnent Donnay et Charlier, « dans un monde en changement, les tâches et les métiers évoluent au point d'interpeller l'image que les personnes se font de leur profession, provoquant un brouillage des repères identitaires » (Barbier, 1996; Dubar, 2000a; Dubar, 2000b dans Donnay et Charlier, 2006 : 19). Messu (2006) abonde dans le même sens quand il note que les appartenances et les statuts sociaux sont désormais moins stables qu'auparavant. Enfin, selon Larouche et Legault (2003), la crise d'identité professionnelle des travailleurs sociaux est directement liée à cette transformation du lien social.

Donnay et Charlier (2006) conçoivent que l'identité professionnelle se construit à l'intersection des champs organisationnel, professionnel et personnel. Leurs propos sur les indicateurs d'une identité professionnelle forte et ceux de Vilbroy et Grelley (2001) sur ce qui la constitue peuvent être regroupés sous deux dimensions : l'appartenance à une communauté de pratique et l'identité professionnelle en actes. La première inclut les liens tissés avec la profession, l'impression de faire partie d'une communauté de pratique avec un statut délimité ainsi qu'être capable de prendre sa place dans le champ des professions. La deuxième est associée à une formation particulière, à des valeurs professionnelles s'actualisant dans une pratique professionnelle de qualité. Enfin, c'est par la parole (Vilbroy et Grelley, 2001) et les actes (Donnay et Charlier, 2006) que l'identité du professionnel se manifeste.

En ce qui concerne le développement professionnel, Donnay et Charlier le définissent de la manière suivante :

« Un processus dynamique et récurrent, intentionnel ou non, par lequel, dans ses interactions avec l'altérité, et dans les conditions qui le permettent, une personne développe ses compétences et ses attitudes inscrites dans les valeurs éducatives et une éthique professionnelle et par là enrichit et transforme son identité professionnelle. » (Donnay et Charlier, 2006 : 13)

Plusieurs éléments sont à retenir. Premièrement, le développement professionnel est influencé par les valeurs du professionnel et des autres acteurs concernés. Deuxièmement, il se construit à l'intérieur d'un système relationnel où la

confrontation avec les « autres » favorise l'appréhension du réel. Troisièmement, il s'inscrit dans des logiques à la fois bureaucratiques et professionnelles. Quatrièmement, il n'est pas toujours intentionnel puisque ses sources sont multiples et souvent informelles. Cinquièmement, la formation initiale n'est qu'une première étape, suivie d'une multitude d'autres expériences d'apprentissage. Sixièmement, il s'inscrit dans le développement personnel soit les acquis, les caractéristiques et les projets de la personne. Septièmement, il dépend de l'image que le professionnel se fait de son rôle et de sa fonction (Donnay et Charlier, 2006).

Certains auteurs s'entendent pour dire que le développement professionnel des travailleurs sociaux se caractérise par la place accordée aux savoirs pratiques dans l'acquisition d'une compétence professionnelle (Berteau, 2003; Racine, 2000) ainsi qu'au fait d'appartenir à une communauté de pratique (Toupin, 1995). Deux voies s'offrent aux travailleurs sociaux : les activités de formation continue et les savoirs pratiques. Une recension des écrits de Gusew, Bourque et Beauregard a permis de définir les objectifs que la formation continue poursuit soit : « 1) l'acquisition de nouvelles connaissances; 2) le développement de la réflexivité; 3) le renforcement de l'identité professionnelle; 4) l'intégration des connaissances par le contact avec les pairs; et 5) la protection du public » (Gusew, Bourque et Beauregard, 2010 : 55). De plus, considérant la place importante qu'occupent les savoirs pratiques dans l'acquisition d'une compétence chez les travailleurs sociaux (Racine, 2000; Anca, Brocal et Cremer, 2002; Berteau, 2003; Ruch, 2005), il faut les différencier de l'apprentissage sur le tas tel que le font Donnay et Charlier (2006). Ainsi, pour bénéficier des connaissances dont les savoirs pratiques sont porteurs et apprendre de son expérience, il faut mener une réflexion systématique et rigoureuse.

Méthodologie de la recherche et bref portrait des informateurs-clés

Il s'agit d'une recherche exploratoire de type qualitatif (Mayer, St-Jacques, Ouellet et Turcotte, 2000). Avant d'entreprendre la recherche, un brevet éthique a été obtenu. Le terrain d'échantillonnage était constitué des

services d'accueil psychosocial du territoire de Laval (quatre CLSC, le centre hospitalier, un service régional de crise et l'Urgence sociale municipale), un nombre assez restreint de travailleurs sociaux. Deux types d'informateurs-clés ont été rencontrés : 12 travailleurs sociaux et six chefs de service ou consultants cliniques les encadrant. La sélection s'est fait à partir des quatre critères suivants : 1) être volontaire, 2) occuper un poste à l'accueil, dans un service d'urgence ou de court terme, 3) avoir à prendre des décisions rapidement et 4) ne pas bénéficier du soutien d'une équipe interdisciplinaire. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés avec les travailleurs sociaux et une entrevue de groupe a eu lieu avec les chefs de service et les consultants cliniques. Trois thèmes ont été traités avec les informateurs-clés : la conception du travail social, du développement professionnel et la perception des conditions favorables et défavorables à ce dernier. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. La grille d'analyse s'est à la fois inspirée du cadre conceptuel et de thèmes émergeant des propos des participants. De nature thématique, l'analyse a été à la fois verticale et transversale.

Tous les travailleurs sociaux de l'étude détiennent un diplôme universitaire en travail social. Ils sont membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)

ou en voie de le devenir. Le tableau suivant présente certaines de leurs caractéristiques.

Les gestionnaires et les consultants cliniques, quant à eux, sont aussi diplômés en travail social. Ils ont de l'expérience en intervention sociale et la moitié d'entre eux occupe leur poste actuel depuis deux ans et moins.

Description des résultats

Conception de la pratique du travail social dans un service d'accueil psychosocial

Pour les travailleurs sociaux de l'étude, choisir d'étudier en travail social relève d'une décision réfléchie. Ainsi, les images suivantes sont associées à la profession : « je te dirais, j'ai toujours aimé entendre les problèmes des autres puis les aider »; « la relation d'aide, le goût de faire en sorte que les gens soient mieux avec eux et avec les autres dans la société »; « je voulais faire un travail où je me sentais utile de façon concrète ». Plusieurs ont choisi cette profession puisqu'on peut l'exercer avec un baccalauréat comme l'explique ce professionnel :

« Et puis, je me suis dirigée vers le travail social, un peu comme ça là parce que j'avais plus de chance de pouvoir occuper un travail plus rapidement. Après un baccalauréat, on peut être travailleur social, on peut travailler dans un établissement, on peut travailler en service communautaire à différentes places. »

Tableau 1 : Caractéristiques des travailleurs sociaux de l'étude

| Sexe | |
|---|----|
| Féminin | 11 |
| Masculin | 1 |
| Années d'expérience en intervention sociale | |
| Trois ans et moins | 3 |
| Trois à sept ans | 2 |
| Sept ans et plus | 7 |
| Durée de l'emploi actuel | |
| Deux ans et moins | 6 |
| Trois à quatre ans | 4 |
| Huit ans et plus | 2 |
| Statut d'emploi actuel | |
| Temps plein | 10 |
| Temps partiel | 1 |
| Liste de rappel | 1 |

Il se dégage des propos des travailleurs sociaux un portrait des compétences personnelles nécessaires à l'exercice de la profession. Il s'agit de la capacité d'établir des relations interpersonnelles, de travailler en équipe, de gérer son stress, de s'adapter au changement et de communiquer, assortie d'une bonne confiance en soi. Les travailleurs sociaux rencontrés parlent des principaux rôles qu'ils sont appelés à jouer : courtier, avocat, éducateur, accompagnateur, médiateur ou expert. Les approches ou les modèles qu'ils utilisent le plus fréquemment sont l'approche centrée sur les solutions, l'approche systémique, l'intervention en situation de crise, le court terme planifié, l'approche féministe et la thérapie brève. Enfin, ils insistent sur la nécessité de posséder des connaissances en santé mentale pour bien faire leur travail :

« Il faut avoir une bonne connaissance pour évaluer les différentes situations d'urgence, comme l'urgence suicidaire, l'urgence *homicidaire*, quelqu'un qui décompense, quels vont être les symptômes? Quoi faire avec, je ne sais pas moi, quelqu'un qui est en psychose? »

Tous les travailleurs sociaux se sont attardés aux spécificités de l'accueil psychosocial, notamment à la nécessité de répondre rapidement à un nombre élevé de demandes, tout en faisant un travail de qualité, comme le mentionne ce participant, « puis, peut-être aussi être prête à tout, je veux dire ouvert à accueillir les boîtes à surprise. À chaque fois, c'est... tu te retournes de bord vite, tu réagis vite! ». Ils notent qu'ils doivent aller au-delà de l'évaluation et être capables d'intervenir pour désamorcer des situations de crise. De plus, leurs propos mettent en évidence que plusieurs facteurs complexifient leur travail : l'absence de prévention, la gestion par population, les listes d'attente, les fins de service trop rapides, la bureaucratie, le manque de coordination entre les professionnels ainsi que l'absence de statistiques sur les difficultés économiques. La plupart des travailleurs sociaux se sont dits préoccupés de leur sécurité physique et de la préservation de leur santé mentale puisqu'ils sont appelés à intervenir fréquemment avec des personnes en crise, comme l'exprime ce travailleur social : « je pense que la crise tu peux le faire un certain temps puis après ça... T'sais pour ta santé mentale, là il faut que tu changes ».

Les gestionnaires et les consultants cliniques, quant à eux, constatent que la mission de l'organisme teinte la définition du problème et les stratégies d'intervention privilégiées par les travailleurs sociaux de leur équipe. Ils perçoivent les professionnels de l'accueil comme « les généralistes de l'intervention et non pas les spécialistes de tels types de problématiques ». En ce sens, les travailleurs sociaux qu'ils encadrent doivent être capables d'intervenir rapidement sur des situations variées, complexes et souvent de crise. Leurs interventions doivent se faire en tenant compte de leur mandat, tout en établissant des objectifs réalistes, mais souvent sans avoir accès immédiatement aux ressources nécessaires. Cela demande de posséder des connaissances générales sur les problèmes sociaux les plus courants et de faire preuve de compétence et d'autonomie professionnelles. Un travail somme toute exigeant, qui met le travailleur social face à ses limites comme le rapporte ce gestionnaire : « compte tenu de la multitude de problématiques auxquelles nos intervenants sont confrontés, c'est sûr qu'on rencontre nos limites personnelles à travers les interventions ».

La conception du développement professionnel

Pour les travailleurs sociaux, le développement professionnel est une démarche d'acquisition « de connaissances et de compétences professionnelles » intrinsèquement liées à leur développement personnel. Pouvoir partager et apprendre avec les pairs de même que recevoir du soutien professionnel en font partie. Ils estiment que les modalités d'actualisation du développement professionnel peuvent être multiples, variées et qu'à la limite, tout acte professionnel peut y contribuer, comme l'énonce ce participant, « il s'agit de s'ouvrir à de nouvelles expériences, de s'ouvrir à de nouvelles connaissances ». C'est le souci d'exercer sa profession avec rigueur, la passion pour le métier et le goût d'apprendre qui amènent l'engagement dans une démarche de développement professionnel. Ceci transparait dans les propos de ce participant, « c'est le plus beau métier, ce n'est pas parce que je le fais, mais je trouve qu'on est la charnière d'à peu près tout, parce que ça regroupe tellement de choses, [...] religion, économique, politique, culturel, social,

la société change, évolue, puis nous on est des personnes-ressources ». De plus, ils adhèrent à l'idée qu'il est important de se développer professionnellement tout au long de sa vie, bien qu'ils constatent un engagement moins grand chez leurs collègues.

Par ailleurs, les gestionnaires et les consultants cliniques se reconnaissent une responsabilité à l'égard du développement professionnel des membres de leur équipe de travail. Ils trouvent nécessaire que ce cheminement s'adapte au besoin de chaque professionnel. De formes variées et de nature officielle, le développement professionnel inclut l'encadrement clinique, l'évaluation de la compétence et le soutien personnalisé comme le précise ce gestionnaire : « pour moi, quand on parle de développement, en tout cas dans l'équipe chez nous, ça s'inscrit dans ce que j'appelle de l'encadrement clinique ». Tous les gestionnaires et les consultants cliniques se montrent aussi préoccupés par la qualité des services à la population.

Les conditions favorables et défavorables au développement professionnel

Selon les travailleurs sociaux, un contexte de travail structuré, stimulant et agréable constitue à leurs yeux une condition préalable à leur développement professionnel. Ainsi, l'importance accordée dans l'organisme qui les emploie au développement professionnel est déterminante. Il en est de même de l'aménagement de la tâche, de l'organisation du temps de travail et de l'octroi de budgets suffisants. La qualité de l'encadrement offert est aussi mentionnée. Cet encadrement doit être assuré par des personnes formées en travail social qui font preuve d'ouverture, de flexibilité et de disponibilité envers les membres de leur équipe. Les travailleurs sociaux notent qu'il est souhaitable que les formations internes soient diversifiées et de préférence dispensées par des personnes formées en travail social et provenant de l'extérieur de leur organisation. Deux autres facteurs sont mentionnés : les retombées positives sur le plan du développement professionnel d'un poste à l'accueil psychosocial et l'importance que l'Ordre accorde à la formation continue.

De leur côté, les gestionnaires et les consultants cliniques soulignent l'importance d'une « culture

de développement professionnel » à l'aide d'actions concrètes tel l'aménagement de la tâche ou de l'horaire de travail. Ils veulent jouer un rôle-clé, mais partager cette responsabilité avec les membres de leur équipe. De plus, ils souhaitent structurer avec rigueur et continuité les activités de formation continue offertes à l'interne. En ce sens, ils se considèrent comme des facilitateurs du développement professionnel, ce qui exige de gérer les tensions inhérentes aux fonctions administratives, d'enseignement et de soutien attaché à leur rôle. De plus, une saine gestion des ressources humaines, la création d'un bon climat de travail et une équipe centrée sur le volet clinique plutôt que le volet administratif complètent les conditions favorables énoncées.

Sur le plan des conditions défavorables, les travailleurs sociaux relèvent le manque d'effectifs et la surcharge de travail. Ils ajoutent le stress, une planification des formations en fonction des impératifs administratifs, des modes de communication et de collaboration déficients et de l'organisation du travail.

Les gestionnaires et les consultants cliniques, quant à eux, croient que la rareté des ressources humaines compétentes pour occuper des postes réguliers ou de remplacement à l'accueil a des répercussions négatives sur le développement professionnel des personnes y travaillant. Le manque de temps pour planifier son développement professionnel, la surcharge de travail et les difficultés à trouver des réponses personnalisées à ses besoins sont des éléments défavorables. De plus, imposer des cadres de référence peut nuire au développement professionnel. Le prochain tableau (page suivante) résume les conditions favorables et défavorables du développement professionnel.

Analyse des résultats

La construction de l'identité professionnelle

Plusieurs éléments du contexte sociopolitique complexifient la construction de l'identité professionnelle des travailleurs sociaux. Il s'agit de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, de la technocratie, des exigences d'efficacité et d'efficience (Fortin, 2003; Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette, 2005). De plus, les défis que pose l'intervention dans un service d'accueil psychosocial ont été

Tableau 2 : Les conditions favorables et défavorables au développement des travailleurs sociaux

| Conditions favorables | |
|--|--|
| <p>Travailleurs sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte de travail : structuré, stimulant, agréable • Volonté de l'employeur de promouvoir le développement professionnel • Encadrement de qualité par une personne formée en travail social • Organisation d'activités adaptées au besoin • Soutien des pairs • Diversité des problèmes rencontrés • Être membre de son Ordre | <p>Gestionnaires et consultants cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'un bon climat de travail, centrer l'équipe sur le volet clinique • Présence d'une culture de développement professionnel • Rôle de facilitateur du développement professionnel des cadres • Rigueur et continuité dans la planification des activités de formation continue |
| Conditions défavorables | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Conditions de travail : manquer d'effectifs, surcharge de travail, stress, climat dans l'équipe de travail • Intervention centrée sur l'évaluation • Activités de formation continue planifiées en fonction des impératifs administratifs • Accès aux activités • Imposition de cadres de travail | <ul style="list-style-type: none"> • Conditions de travail : surcharge de travail, application de cadres de référence • Rareté des ressources humaines • Difficultés à répondre aux besoins des T.S. |

abondamment discutés. Les travailleurs sociaux considèrent qu'ils sont confrontés de manière aiguë à ce que plusieurs nomment « l'incertitude », l'augmentation de la demande de service et la complexification des problèmes sociaux dans un contexte socioprofessionnel et organisationnel de plus en plus structuré et régulé (Carette, 2000; Favreau, 2000; Mercier et Mathieu, 2000; OPTSQ, 1998; Stephenson, Rondeau, Michaud et Fiddler, 2001). Ce type de poste exacerbe les enjeux qui traversent le réseau de la santé et des services sociaux, puisque comme le disent les consultants cliniques et les chefs de service, le rôle de courtier de ressources que les travailleurs sociaux jouent les place en position de devenir porteur des lacunes du système.

Tous les informateurs-clés parlent du rôle des affiliations professionnelles et organisationnelles dans la construction de l'identité professionnelle (Larouche et Legault, 2003; Dubar, 2000, 2001; Donnay et Charlier, 2006). L'adhésion à l'Ordre est reconnue comme une

affiliation qui contribue au développement professionnel en raison de l'importance qu'elle accorde à la formation continue. De plus, les travailleurs sociaux abordent le champ personnel soit « la singularité de l'individu, avec son histoire, son projet et son intégration dans la société », tel que défini par Donnay et Charlier (2006 : 37). Entreprendre des études en travail social semble être une décision réfléchie qui s'inscrit dans le parcours de vie du professionnel et qui est influencée par la possibilité d'intégrer le marché du travail dès l'obtention d'un diplôme de baccalauréat.

Les propos tenus par les travailleurs sociaux plaident en faveur de la présence d'une identité professionnelle forte dans le sens où l'entendent Donnay et Charlier (2006). Cette identité se manifeste à travers : l'appartenance à une communauté de pratique et la pratique professionnelle en actes (Donnay et Charlier, 2006; Vilbroy et Grelly, 2001). Tout d'abord, la centralité de l'altérité et l'importance d'appartenir à une communauté de pratique sont clairement

nommées. Les travailleurs sociaux veulent exercer leur profession avec rigueur, ce qui implique de posséder les compétences requises. Enfin, les compétences personnelles mises à contribution ainsi que les rôles, les activités, les modèles et les approches qu'ils privilégient sont clairement mentionnés.

Il est difficile de parler d'identité professionnelle sans toucher à la question du développement professionnel en raison des liens intrinsèques entre ces deux concepts (Dubar, 2000, 2001; Donnay et Charlier, 2006). Le développement professionnel permet le maintien ou l'enrichissement de la compétence professionnelle, d'où ses effets directs sur la construction de l'identité du professionnel. Ceci illustre les processus de construction, déconstruction et reconstruction à l'œuvre dans la formation de l'identité dont parle Dubar (2000, 2001). Ainsi, l'identité professionnelle peut être considérée comme « un résultat à la fois stable et provisoire » (Dubar, 2000 :109) qui continuera à se modifier au fil du temps à travers un projet de développement professionnel propre à chaque travailleur social.

La définition du développement professionnel

Les résultats obtenus mettent en évidence une proximité de la conception du développement professionnel avec les éléments de la définition retenue par Donnay et Charlier (2006). Premièrement, cette définition implique que le développement professionnel soit « orienté par des valeurs », celles du professionnel et des autres acteurs, d'où l'importance d'élaborer un projet commun à ce sujet. Ce dernier s'articule autour du bien-être des usagers, pour les travailleurs sociaux, il devient même une question d'éthique professionnelle. Les travailleurs sociaux privilégient l'amélioration de leur compétence et le respect des usagers alors que les gestionnaires et les consultants cliniques parlent plutôt de qualité de services. Deuxièmement, à l'instar de la définition de Donnay et Charlier (2006), l'altérité est, pour les participants, au centre du sens du développement professionnel. Celui-ci s'actualise dans les relations avec les autres, que ce soit par le biais de l'équipe de travail, de l'encadrement clinique ou des activités de développement professionnel internes ou externes.

Troisièmement, cette définition inscrit le développement professionnel dans « des logiques à la fois bureaucratiques et professionnelles » de l'intervention sociale. Les gestionnaires et les consultants cliniques se rapportent davantage au mandat de l'établissement, donc aux logiques bureaucratiques alors que les travailleurs sociaux perçoivent incontestablement le développement professionnel plus centré sur le projet d'enrichissement professionnel présent et futur. L'ensemble des résultats place l'acte professionnel, la spécificité de l'intervention dans le secteur concerné et les besoins de développement professionnel comme point de départ. Tous estiment que les logiques professionnelles favorisent davantage le développement professionnel. Quatrièmement, pour les travailleurs sociaux, le développement professionnel n'est pas toujours un « processus intentionnel » en raison des lieux multiples où ils peuvent se former. Il peut s'actualiser informellement par des activités comme l'écoute d'émissions d'actualités, par une discussion à la « salle à café » ou par des informations glanées ici et là. Cinquièmement, des résultats démontrent que, dans ce « processus dynamique et récurrent », la formation initiale ne représente qu'une première étape suivie d'une multitude d'autres situations d'apprentissage. Pour les travailleurs sociaux, le développement professionnel, c'est « une quête de nouvelles théories », c'est aller chercher des formations pointues pour mieux intervenir. Les travailleurs sociaux insistent sur les exigences et la complexité de leur tâche. Les gestionnaires et les consultants cliniques ajoutent que les évaluations régulières du personnel viennent infléchir la démarche de développement professionnel. Sixièmement, pour les travailleurs sociaux, le développement professionnel doit tenir compte des acquis, des caractéristiques et des projets de la personne. L'association entre l'évaluation des compétences et le développement professionnel faite par les gestionnaires et les consultants cliniques abonde aussi dans le sens de son caractère individuel. Le « développement professionnel s'inscrit donc dans le développement personnel ». Enfin, « l'image que le professionnel se fait de son rôle et de sa fonction » teintera aussi sa conception du développement professionnel. À ce sujet, les travailleurs sociaux parlent de leur sentiment

d'imputabilité à l'égard des services donnés à la population.

En fait, pour l'ensemble des participants, le développement professionnel fait partie intégrante de la pratique quotidienne. C'est une façon de se garder en vie sur le plan professionnel et une garantie pour assurer une qualité de service. En concordance avec les écrits (Van Zyl et Botha, 1997; OPTSQ, 2007), il semble inconcevable qu'un travailleur social ne participe pas à son développement professionnel. Les gestionnaires et les consultants cliniques insistent sur la part de responsabilité de l'employeur qui doit faciliter l'engagement dans une démarche de développement professionnel. Par contre, les travailleurs sociaux pensent que cette conception n'est pas partagée par l'ensemble des professionnels en travail social puisque certains en octroient l'entière responsabilité à l'employeur.

Des manières d'enrichir ses savoirs professionnels

Sur ce point, tous les participants font spontanément référence à des activités officielles comme les formations structurées, les cours suivis à l'université, la participation à un colloque ainsi que des activités d'intégration dans l'organisme. Il existe toutefois une divergence d'opinions quant à l'apport des colloques, les gestionnaires et les consultants cliniques attribuant à cette activité moins d'importance à l'enrichissement des savoirs. Ce sous-groupe note que les activités de formation à l'extérieur du milieu de travail suscitent un intérêt particulier.

En lien avec les objectifs de formation continue, les travailleurs sociaux s'inscrivent dans une démarche de développement professionnel d'abord afin d'acquérir de nouvelles connaissances. La présente étude confirme les résultats d'analyse des plans de formation des membres de l'OTSTCFQ² (Gusew, Bourque et Beaugard, 2010) qui mettent en évidence que les activités de formation continue de type participation seraient plus recherchées que les activités de réalisation. Cependant, lorsqu'elles le sont, on leur reconnaît une grande pertinence eu égard à l'intégration des connaissances. La réflexion sur la pratique est également un objectif prioritaire de formation continue de même que la consoli-

dation de l'identité. Pour tous les répondants, la participation à de la formation continue permet l'intégration des connaissances par le contact avec les pairs et assure la protection du public.

Les travailleurs sociaux considèrent comme significatives les activités répondant à leurs besoins individuels, où l'adhésion est libre et volontaire avec un suivi ou une phase d'intégration. Ils manifestent le désir de s'autodéterminer dans la planification de leur développement professionnel (Carré, 1998). Les motifs tels le plaisir d'apprendre, la curiosité intellectuelle et la passion sont également cités. À la lumière des travaux de Couturier (1999), tous les participants disent s'engager dans une activité de développement professionnel dans un rapport environnemental qu'ils définissent comme un désir de maintenir des compétences, de suivre l'évolution des savoirs et des pratiques propres à une sphère d'activité. Les contextes où travaillent les intervenants de l'étude sont perçus comme une source de développement professionnel incontestable.

Les savoirs issus de la pratique sont aussi considérés comme source d'enrichissement, surtout par les travailleurs sociaux. Toutefois, les travailleurs sociaux de l'étude n'élaborent pas sur la manière dont se développent les savoirs pratiques pour qu'ils se distinguent de l'apprentissage sur le tas dans le sens où l'entendent les deux auteurs cités (Donnay et Charlier, 2006). C'est par le contact avec les pairs qu'ils semblent réfléchir sur leur pratique. Les gestionnaires et les consultants cliniques perçoivent l'évaluation des compétences de l'employé comme une manière de réfléchir sur la pratique. Les résultats de cette étude confirment l'idée que les travailleurs sociaux apprennent leur métier par le contact avec leurs pairs (Racine, 2000). Tout comme Toupin (1995), nous en venons à la conclusion que l'appartenance à une communauté de pratique devient un élément incontournable dans une démarche de développement professionnel.

Conclusion

Tous les répondants considèrent le développement professionnel comme un aspect incontournable de la vie professionnelle et une responsabilité partagée par le travailleur social

et l'employeur. Cependant, la mission du service d'accueil psychosocial ainsi que les restrictions budgétaires actuelles ne facilitent pas sa planification. De plus, pour tous, le développement professionnel s'enracine dans la réalité de chaque professionnel. Pour les gestionnaires et les consultants cliniques, il s'articule autour de la question de l'évaluation et de l'encadrement du personnel en vue d'assurer la qualité des services offerts à la population. Ce développement doit être planifié en fonction des besoins individuels. Pour les travailleurs sociaux, l'engagement à l'égard du développement professionnel relève plutôt du domaine affectif; il dépasse la dimension strictement utilitaire.

Cette recherche confirme les dimensions de la définition du développement professionnel de Donnay et Charlier (2006). Par contre, deux nouveaux éléments ont été mis en relief. Premièrement, le contexte sociopolitique et organisationnel rend plus complexe la planification du développement professionnel des travailleurs sociaux. Deuxièmement, le contexte d'intervention dans un service d'accueil psychosocial oblige l'actualisation continue de ses compétences, mais est aussi générateur de développement professionnel.

Les résultats s'orientent en faveur d'une politique de développement professionnel à l'intérieur des établissements. Cette politique aurait des effets bénéfiques, entre autres, sur la qualité des services à la population, la rétention du personnel, la création d'un intérêt pour des pratiques plus exigeantes, la prévention de l'épuisement professionnel et la vitalité des équipes de travail. Elle devrait s'appuyer sur un ensemble de principes et se traduire en stratégies soutenant une culture de développement professionnel institutionnel. Cela passe par l'aménagement de la tâche de travail, la libération de temps, le soutien financier, etc. Il serait intéressant de reprendre cette étude auprès des travailleurs sociaux d'autres secteurs d'intervention, afin d'explorer s'ils accordent une place aussi grande à leur développement professionnel.

Descripteurs :

Service social - Québec (Province) // Analyse des pratiques professionnelles - Québec (Province) // Identité professionnelle - Québec (Province) - Aspect psychologique // Formation professionnelle // Éducation permanente

Social service - Quebec (Province) // Professional practice analysis - Quebec (Province) // Professional identity - Quebec (Province) - Psychological aspects // Occupational training // Lifelong education

Notes

- 1 Cette recherche a été financée par le Consortium de Laval.
- 2 Dans le cadre de la politique de formation continue deux types d'activités sont considérées : 1) les activités de participation où l'accent est mis sur l'apprentissage et 2) des activités de réalisation où il s'agit de transmission de connaissances.

Références

- Ancia, A., Brocal, R., et Cremer, S. (2002). *Identité professionnelle des assistants sociaux et formation*. Liège : École supérieure d'action sociale.
- Barbier, J.-M. (1996). « De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation », *Éducation Permanente*, 128, 7-25.
- Berteau, G. (2003). *Perception des facteurs de mise en œuvre d'habiletés spécifiques à l'intervention de groupe chez des intervenants sociaux*, thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal.
- Bourque, D. (2009). « La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales », *Intervention*, 131, 161-171.
- Carette, J. (2000). « Travailler le social : Pour une redéfinition », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 13 (1), 1-4.
- Carré, P. (1998). « Motifs et dynamiques d'engagement en formation. Synthèse d'une étude qualitative de validation auprès de 61 adultes en formation professionnelle continue », *Éducation permanente*, 136, 119-131.
- Couturier, Y. (1999). « Regard sociologique sur l'auto-réflexion professionnelle et la formation continue », dans G.-A. Legault, (dir.), *L'intervention : analyses et enjeux méthodologiques* : 129-167. Sherbrooke : Productions G.G.C.
- Couturier, Y., et Legault, B. (2002). « Du doute identitaire à la complexité de la tâche. Réflexion pour repenser la question de l'estime de soi professionnelle des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales », *Intervention*, 115, 57-63.

- Donnay, J., et Charlier, E. (2006). *Apprendre par l'analyse de pratiques. Initiation au compagnonnage réflexif*. Namur : Presses Universitaires de Namur.
- Dubar, C. (2000a). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Dubar, C. (2000b). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fortin, P. (2003). « L'identité professionnelle des travailleurs sociaux », dans G.-A. Legault (dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme* : 85-104. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Genest Dufault S., et Bélanger, E. (2010). « Le portfolio de développement professionnel en travail social : une valeur ajoutée pour la formation pratique à l'UQAR », *Intervention*, 132, 25-36.
- Gibelman, M. (1999). « The Search for Identity: Defining Social Work – Past, Present, Future », *Social Work*, 44 (4), 298-310.
- Gusew, A., Bourque, S., et Beauregard N. (2010). « Premier regard sur l'implantation de la politique de formation continue à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec », *Intervention*, 132, 53-63.
- Healy, K., & Meagher, G. (2004). « The Reprofessionalization of Social Work: Collaborative Approaches for Achieving Professional Recognition », *British Journal of Social Work*, 34 (2), 243-260.
- Krejsler, J. (2005). « Professions and their Identities: How to explore professional development among (semi-) professions », *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49 (4), 335-357.
- Larivière, C., et Ricard, C. (2003). « Les relations interprofessionnelles et le service social », *Intervention*, 118, 117-120.
- Larouche, J.-M., et Legault, G.A. (2003). « L'identité professionnelle. Construction identitaire et crise d'identité », dans G. A. Legault (dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme* : 1-24. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Mandeville, L. (2004). « Pour que la formation rejoigne la pratique », dans L. Mandeville (dir.), *Apprendre autrement. Pourquoi et comment* : 7-59. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- McMichael, A. (2000). « Professional identity and continuing education: a study of social workers in hospital settings », *Social Work Education*, 19 (2), 175-183.
- Mercier, C., et Mathieu, R. (2000). « Le travail social: nouveaux enjeux, nouvelles pratiques », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 13 (1), 15-25.
- Messu, M. (2006). *Des racines et des ailes. Essai sur la construction du mythe identitaire*. Paris : L'Harmattan.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1998). *Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire. Les états généraux de la profession*. Montréal : OPTSQ.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2007). *Politique de formation continue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, manuel à l'usage des membres*. Montréal : OPTSQ.
- Pelchat, Y., Malenfant, R., Côté, N., et Bradette, J. (2005). « Les intervenants sociaux en CLSC : regards sur leurs stratégies identitaires », *Intervention*, 122, 122-129.
- Racine, G. (2000). *La production de savoirs d'expérience chez les intervenants sociaux. Le rapport entre l'expérience individuelle et collective*. Paris : L'Harmattan.
- Rouillard, C., Montpetit, E., Fortier, I., et Gagnon, A.-G. (2004). *La réingénierie de l'État. Vers un appauvrissement de la gouvernance québécoise*. Québec : PUL.
- Ruch, G. (2005). « Relationship-based practice and reflective practice: holistic approaches to contemporary child care social work », *Child and Family Social Work*, 10 (2), 111-123.
- Stephenson, M., Rondeau, G., Michaud, J.-C., et Fiddler, S. (2001). *Le travail social au Canada : une profession essentielle*. Volume 1- Rapport final. Ottawa : Comité directeur de l'étude sectorielle sur le travail social, CASSW-ACCESS.
- Toupin, L. (1995). *De la formation au métier : savoir transférer ses connaissances dans l'action*. Paris : ESF.
- Van Caloen, B., et Lindsay, J. (2010). « Description et enjeux actuels de la formation en travail social au Canada », *Intervention*, 132, 6-15.
- Van Zyl, R., & Botha, N. J. (1997). « The Professional Development of Social Workers », *Social Work/Maatskaplike Work*, 33 (1), 24-35.
- Vilbrod, A., et Grelley, P. (2001). « Les fondements de l'identité professionnelle », *Informations sociales*, 94, 42-50.

The use of art in couples and family therapy

by
Maya Shalmon, MA, M.F.T.
Marriage and Family Therapist, Psychotherapist
Art Therapist
Faculty, Marriage and
Family Therapy Training Program
Argyle Institute of Human Relations
E-mail: mayashalmon@gmail.com

Heather McLaughlin, MA, M.F.T.
Marriage and Family Therapist, Art Therapist,
AAMFT Approved Supervisor
Core Staff, Marriage and
Family Therapy Training Program
Argyle Institute of Human Relations

Joan Keebler, Ph.D., S.W., M.F.T.
Director
Marriage and Family Therapy Training Program
Argyle Institute of Human Relations

Survol de quelques techniques utilisées en art thérapie avec des couples ou des familles; techniques illustrées par des exemples. Avantages et limites de l'utilisation de l'art en thérapie.

Overview of some techniques used in art therapy; examples provided. Advantages and limitations of the use of art in therapy.

The aim of this paper is to present an overview of the use of art in couples and family therapy, based on a review of family art therapy literature. The paper will first outline the history of art therapy as a therapeutic modality and the history of its use with couples and families. It will then provide an overview of art therapy assessment tools and intervention strategies designed for work with couples and families. Following this, it will describe the specific

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 137 (2012.2): 37-46.**

enhancements that an integration of art therapy may provide those working within a structural, narrative, and attachment framework. The paper will conclude with a summary of the benefits and limitations of this treatment modality and directions for further research. Case examples drawn from the first author's clinical practice with individuals, couples, and families will be provided throughout the text in an effort to illustrate the material presented. All of these examples are situated within the context of the author's private practice with a high-functioning clientele and are based on her graduate training as an Art Therapist and post-graduate training as a Marriage and Family Therapist.

History of art therapy

Art therapy is an interdisciplinary approach integrating the fields of visual arts and psychotherapy. Art therapy began its formalization as a discipline in the 1930s. In the United States, the first pioneer to bring form and attention to the field was Margaret Naumberg (Vick, 2011). Having been analyzed by both a Jungian and a Freudian analyst, her therapeutic work was deeply informed by the psychodynamic framework, using visual rather than verbal language as a gateway into the unconscious world of her clients (Vick, 2011; Rubin, 2001). Edith Kramer, another prominent name in the early pioneering days, offered a new conceptual paradigm to the field: art as therapy. Also informed by the psychoanalytic field, she chose to focus on the defence of sublimation and the healing benefits of the art process (Vick, 2011). Since these earlier times, art therapists have adopted different psychotherapy models to guide their work, including psychodynamic, humanistic, systemic, and cognitive models (Rubin, 2001). From these varied conceptual bases, art therapists have developed different balances in their work of image analysis, process analysis, and experiential process. Art therapists can be found in settings such as hospitals and outpatient facilities, geriatric facilities, residential

treatment centres, youth centres, shelters, correctional facilities, rehabilitation centres, schools, and community centres across North America.

There is a rich body of qualitative research based primarily on descriptive case studies, which illustrate the efficacy of art therapy when working with individuals, couples, and families (Metzl, 2008). There is also a growing body of quantitative art therapy outcome research (Slayton, D'Archer & Kaplan, 2010). Most of this research has been conducted with individuals and has targeted specific problems such as autism spectrum disorders (Epp, 2008), developmental disabilities (Got & Cheng, 2008), cancer (Bar-Sela, Atid, Danos, Gabay & Epelbaum, 2007), asthma (Beebe, Gelfand & Bender, 2010), Parkinson's disease (Elkis-Abuhoff, Goldblatt, Gaydos & Corrato, 2008), HIV/ AIDS (Rao, Nainis, Williams, Langner, Eisin & Paice, 2009), post-traumatic stress disorder (Gantt & Tinnin, 2007), depression (Bell & Robbins, 2008), and sexual abuse (Pretorius & Pfeifer, 2010). Research on art therapy with families is typically qualitative and dates from the 1970s with Kwiatkowska's (1978) systemic use of art therapy in an inpatient psychiatric setting. The first author has evolved her art therapy practice with families based on this initial work and subsequent practitioners in art therapy (Riley, 1994; Riley & Malchiodi, 2003).

Art-based assessments

A number of art-based assessments have been developed by art therapists working with couples and families. These have been designed to obtain information about individual and family characteristics, encourage the sharing of family members' perceptions of one another, and observe the family working together in the here and now. More recently, assessment tools have also been developed to measure attachment security (Kaiser & Deaver, 2009; Snir & Wiseman, 2010).

The first art-based assessment created specifically for work with families was Kwiatkowska's (1978) family art evaluation, developed within the context of a psychiatric hospital. Rubin (1978) developed a similar art evaluation around the same time within an outpatient

setting. Both assessments include free drawings, a family portrait, and a joint family art task. For Rubin (1978), meaning is arrived at through a consideration of both the artwork and the associations made to it by family members. Likewise, Kwiatkowska (1978) cautions that interpretations at this point in the assessment process are likely to be premature.

The family portrait requires each family member to draw a picture of their family including themselves. This provides family members with an opportunity to express how they see their family and to share their perceptions about one another, their roles, and their relationships. Rubin (1978) advises clinicians to take note of the sequence of figures drawn, their relative size and position, and any omissions or elaborations in the drawing, especially of family members. However, she cautions that meanings related to these graphic elements have never been experimentally validated and should be approached by the therapist as hypotheses to be confirmed or rejected by further information given by the family. The following examples serve to demonstrate the use of the family portrait. An adolescent girl from a divorced family presented for individual consultation because of significant relational stressors between her and her mother. When asked to draw her family, she drew all of her family members in a row. Upon questioning about the placement of the figures, it was discovered that she did not draw her parents and four siblings according to birth order but in an unconscious and unintentional reflection of alliances within the family system. Another example is that of a married couple who presented for family consultation to address their children's sibling rivalry. When asked to draw the family, the wife drew herself and her husband on either side of the two children in a conscious attempt to show that her children are at the centre of the family and are protected by the two adults. On further exploration, this woman noted that her children often get in between her and her husband, leaving them little time to focus on their own relationship.

The interactive art task or joint family drawing requires that family members collaborate to create a single artwork. This elicits information about how family members problem solve and

work together, providing the therapist with an opportunity to directly observe the family's non-verbal behaviours, interactional patterns, and boundaries between family members as they work together on the same sheet of paper. These tasks may also be used with couples, revealing patterns of dominance, decision-making, cooperation, sabotage, levels of task involvement, and levels of interpersonal involvement (Wadeson, 1980). To provide an example of the use of interactive art tasks, the reader is asked to recall the family mentioned previously who consulted because of the children's sibling rivalry. This family was asked to create a family mural on a single large sheet of paper. This permitted the first author to observe the two children competing to draw next to the mother and elaborate on her images while the father drew unrelated images in a separate corner of the paper, a moment which illustrated the mother's enmeshment with the children and the father's disengagement from the family.

Art therapy interventions

Through the metaphors found in the family's art products, the therapist learns how each family member views the world and uses this information to join with the family (Riley, 1994). The content of the art products may or may not be consistent with the family's behaviour as observed by the therapist, who can point this out to the family and invite their reactions (Rubin, 1978). The family's help in analyzing and interpreting the pictures is actively solicited by the therapist, who adopts a curious and collaborative stance (Riley, 1994; Rubin, 1978).

Art tasks with families may be directive or non-directive. Some simple, open-ended art directives include asking each family member to illustrate through drawing or collage how their week went (Riley, 1994), or to illustrate their feelings from the week (Riley & Malchiodi, 2003). Once the art task is completed, the therapist can either ask the family to discuss the pictures they made or suggest that each family member take another's drawing and find meaning in it, a process which serves to highlight the family's perceptions, misperceptions, and projections onto one another. A dialogue around the effects of misinterpretation in the

family is opened as family members discover that the meaning they find in each other's pictures may have little to do with the intended message (Riley, 1994). To illustrate, a recently immigrated family of four presented for consultation to address relational difficulties between the mother and the eldest son, age ten. During a session composed of only mother and son, the first author asked each to make a drawing to represent their relationship. They were then asked to interpret the other's drawing, which led to the mother's painful discovery that her son perceived himself as the family problem, the "black cloud" that hung over the three flowers in his mother's drawing. This permitted the mother to address her son's perception and begin to take steps to repair his self-concept. This intervention may be extended to an examination of the incongruence between the intentions underlying family members' behaviours and the ways these behaviours are interpreted by others. This is also an effective intervention when used with couples, who often operate under the misconception that they know what the other is thinking and feeling (Riley, 2003).

In order to examine family roles and to help reframe the identified patient's dysfunctional behaviour as an attempt to preserve the status quo of his or her family system, the following directive, developed by Riley and Malchiodi (2003), can be given within the context of individual or family therapy. The individual is asked to make a family drawing and then provided scissors and told to cut him or herself out of the family. The individual is asked to consider how the remaining family members will relate to one another once he or she is out of the picture. The individual is also asked to consider what they can do now that they are liberated from the family frame (Riley & Malchiodi, 2003). The following example illustrates the use of this intervention. An adult woman presented for individual consultation to address chronic interpersonal and emotional regulation difficulties. The woman reported having been psychologically abused in her family of origin and then cut off by them with no explanation many years ago. She remained preoccupied with wanting to regain contact with her family and harboured feelings of worthlessness that she had internalized as a

result of being treated as the “all bad” child by her mother. When asked to draw her family, she drew her mother as a shark with mouth open, exposing sharp teeth, and herself as a scared, wide-eyed fish in her mother’s path. She drew her sister, who had been idealized as “all good” by her mother, as a smiling fish resting on top of the shark’s body, indicating the fusion between the two. She depicted her father hiding behind some seaweed to demonstrate his passivity and lack of ability to protect her. When asked to remove herself from the family picture, it became clear that her father would be exposed to her mother’s rage should she be gone and we were able to speculate whether she had been given the role of scapegoat to preserve the family’s homeostasis rather than because of some inherent badness within her.

Another useful tool with which to examine family of origin issues with an individual, couple, or family is the genogram, a diagram used by clinicians to “record information about family members and their relationships over at least three generations” (McGoldrick, Gerson & Petry, 2008, p. 2). The genogram is a graphic framework for mapping and understanding family patterns, which can be elaborated through the use of colour and images (Riley & Malchiodi, 2003). When working with couples, each partner’s genogram can be placed next to the other, providing an opportunity to compare and contrast the two and to form hypotheses about the influence of intergenerational patterns that may be affecting the couple.

An intervention that targets the pursue-withdraw dynamic (Johnson, 2004) of intimacy and attachment within the couple requires each partner to make a self-shape out of plasticine and to place these shapes on a designated surface that represents their relationship (Riley, 2003). Each partner is instructed to place their self-shape at a distance from the other that feels comfortable. They are then instructed to move their self-shape closer and further apart, noting and exploring any feelings of discomfort that arise as the figurines move around the tray. The couple is asked to give their self-shape a voice and to engage in a dialogue about their levels of comfort and discomfort in relation to their degrees of closeness to one another. The theme of intimacy and individuality and the extent to which these are negotiated successfully

between the partners is also reflected in the joint drawing task, in which the two partners draw together on a shared page (Snir & Wiseman, 2010). The wish to draw closer or to keep a distance is reflected both during the task and in the ensuing discussion around the process and the product. To illustrate, a young couple presented for consultation to address unremitting cycles of conflict and distance in their relationship. After several weeks of working with this couple, it was noted that the woman had a tendency to engage in lengthy monologues during which the man would disconnect and look away. The introduction of plasticine with the directive to “make a map of your relationship” shifted them out of this rigid dynamic and invited them both to be present with one another while providing them with a meta-perspective of their interactional pattern. The couple’s pursue-withdraw pattern was highlighted in the man’s repeated efforts to relate his plasticine figures to those of his partner and her attempts to push him away and stake her own territory, resulting in the man’s eventual withdrawal into his own activity. This mirrored their real life dynamic and could be related to the man’s feelings of being shut out and rejected by his partner’s monologues.

Art interventions within structural family therapy

Structural family therapy is concerned with the concepts of family structure, subsystems, and boundaries (Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman & Todd, 1975). Clear boundaries are considered to be optimal as they enable interaction between subsystems while maintaining their autonomy. The ultimate goal of this model is structural change, achieved by making boundaries firmer or more flexible and realigning subsystems. A general goal for most families is the creation of an effective hierarchical structure. Differentiation of individuals and subsystems is a goal for enmeshed families whereas increased interaction and support is a goal for disengaged families. The role of the therapist is that of an active leader, directing and guiding the family to interact in ways that support the desired structural changes.

Most of the intervention techniques used in structural family therapy are concrete and

action-oriented, designed to observe and modify the here-and-now interactions of family members as they unfold during the session (Nichols, 1984). For this reason, several art therapists have asserted that art tasks are well suited to use within a structural family therapy framework. Engaging the family in an art task such as a family mural provides an immediate opportunity for the therapist to observe the family in action, form a hypothesis about its structure, and think of interventions that will modify the family's interactions. Therapists can then direct the family to work on art tasks in specific subgroups (Belnick, 1993), for example asking the parents to take a vacation together on one page while the children take a vacation on another (Riley, 1994). The parental subsystem can be further differentiated and strengthened by having parents lead an art task or assume other special responsibilities (Belnick, 1993). In addition to using the art-making process as a source of information about family structure and an opportunity for intervention, the art product can be looked at as a map of the family's structure and an ongoing assessment tool.

Art interventions within narrative family therapy

Narrative family therapy is based on the premise that people structure their experiences across time in the form of narratives, which determine the meaning they give to their experiences and shape the ways in which they interact with one another (White & Epston, 1990). The structuring of experience into a coherent and meaningful narrative requires that certain experiences be left out. Narrative family therapy proposes that therapeutic change occurs as people begin to identify unique outcomes, experiences that contradict the dominant narratives that they or others have about them. Through the location, ascription of meaning to, and performance of unique outcomes, people begin the process of re-authoring their lives, thereby reclaiming a sense of ownership, agency, responsibility, and freedom from oppressive attitudes and life scripts (White & Epston, 1990).

Narrative therapists and art therapists share a common belief in creativity as a powerful resource that, once tapped, enables individuals and families to overcome their difficulties. Both

treatment models aim to empower people by discovering and expressing hidden aspects of themselves (Carlson, 1997). The two approaches also advocate a collaborative, curious, non-expert stance on the part of the therapist (Carlson, 1997; Riley, 1994). Families often present with a problem-saturated narrative of family life, in which they feel overwhelmed and defeated. The art therapist can take this opportunity to challenge the family's view of themselves as dysfunctional by reframing them as strong and courageous for engaging in art tasks that are unfamiliar to them (Riley, 1994).

There are a number of art directives that, within the context of individual, couple, and family therapy, can assist clients in engaging with the primary narrative therapy tasks (Carlson, 1997; Riley, 1994). The simple request to "draw the problem" is an act of externalization, whereby the problem is separated from the person or family and related to as an entity in its own right. Once the problem has been separated in this way, the individual or family can visually or verbally consider the influence of the problem on them and their influence on the problem. This is illustrated in the following two examples. A young woman presented for individual consultation to address symptoms of depression and low self-esteem. She said she saw a monster every time she looked in the mirror and was asked to draw the monster she saw. As she looked at the image she made, she began to cry, realizing how terrible her self-concept made her feel. Another young woman with a chronic neuromuscular illness presented for individual consultation to address the intense feelings of anger she experienced in relation to her condition. She was asked to draw her illness in an intervention designed to interrupt the process of identification with the problem that had led her to perceive herself as a "sick cripple." As therapist and clients continue having externalizing conversations over the course of therapy, new drawings are made to illustrate the changing relationship between the problem and the person or family. By sharing the drawings with one another and by reviewing the drawings from beginning to end as a group, family members are given the opportunity to perform and rehearse new stories before an audience, the final task of narrative therapy (Carlson, 1997).

Attachment-based dyadic art therapy

Attachment theory affirms the importance throughout the lifespan of close and secure bonds based on emotional availability and responsiveness (Johnson, 2003). It claims that the infant's first attachment to a primary caregiver may develop as secure or insecure and this attachment style will powerfully influence their lifelong capacity for self-regulation and the cultivation of future emotional bonds.

Attachment security develops through the infant's experience of emotional and physical access to the caregiver (Cohen, Muir & Lojkasek, 2003). It requires an initial highly attuned parental response, which only gradually adapts less and less to the infant's needs and gestures in accordance with the infant's growing ability to deal with frustration (Winnicott, 2002/1971). Since caregivers may not be able to give their infants what they themselves did not receive, patterns of attachment insecurity are transmitted intergenerationally. A growing number of family therapists are focusing their interventions on strengthening the attachment bonds within the parent-child dyad to address and prevent a wide range of developmental and behavioural problems in infants and children (Cohen et al, 2003; Parashak, 2008; Proulx, 2003).

Observing parent-child interactions in the context of a shared task provides important assessment information including verbal and nonverbal communication skills, parent-child negotiation capacities, emotional relatedness, and attachment style (Gil, 1994). It can promote healthy attachments between parents and children as the non-verbal, action-based dimension of art activities provides them a means of shared communication and, when working with older children, evoke early relational states before words are dominant (Malchiodi, 2003). To illustrate, a married couple and their ten-year old daughter presented for consultation to address the child's explosive behaviour at home. The first author suggested that the family engage with one another in an art task of their choice. The daughter chose to use Play-doh and the three family members sat on the ground and made trees. During the ten-minute period allotted for the task, the first author observed that the father demonstrated

attentiveness to his daughter through eye contact, body posture, and supportive comments. The mother, on the other hand, made several comments about how her child's work could be improved and redid a portion of her child's work to make it more realistic without having been asked to. Further information provided by the child in a subsequent session indicated that she turned to her father when emotionally distressed and experienced her mother as intrusive and overpowering. According to Gil (1994), parental failures in making meaningful contact with their children result in numerous parent-child difficulties and may be due to the parents' feelings of inadequacy when playing with their children or their confusion about their children's needs and how to reassure them. Parents may become unresponsive, resentful, avoidant, or, as illustrated in this case, critical and intrusive, and may benefit from therapeutic intervention aimed at developing their capacity and competence in this regard.

The ultimate goal of parent-child dyad art therapy, according to Proulx (2003), is to help the parent acquire the ability to interact with their child in a playful, imaginative, and non-intrusive manner, thereby strengthening the attachment between the two. Art activities serve to assess and to encourage parental attunement to the developmental level of the child. They are designed to incorporate both closeness and separateness in an effort to promote secure attachment. Verbal interpretations are kept to a minimum as the therapist focuses on supporting the parent to sensitively respond to the child's signals. The therapist observes many factors during the art therapy session including the interaction between parent and child, the levels of emotional engagement and communication between them, how the materials are used, the amount of space on the page occupied by each, graphic elements of the pictures such as the amount of colour and movement and whether any family members are included or excluded, how much of the picture becomes the parent's possession and how much the child's, and whether there are any obvious projections by the parent onto the child. The dyadic art therapy session becomes a transitional space for parent and child, in which they learn to play with one

another and through which trust in the relationship is established (Parashak, 2008; Proulx, 2003).

Benefits of using art therapy with couples and families

Art therapists working systemically have identified many benefits to engaging families in art tasks. The first of these is the power of art to elicit the active participation of all family members in treatment, including nonverbal and less articulate family members. It has been noted that young children are often excluded from or ignored during family therapy sessions, despite their being a rich source of information about the family's functioning and underlying concerns (Gil, 1994; Riley, 1994). In addition to eliciting important information of concern to the children, the use of art as a therapeutic tool provides a rare and often novel opportunity for adults and children to communicate with one another on an equal level. This experience serves to destabilize the usual family hierarchy and shift patterns of interacting with one another (Wadeson, 1980). It gives a voice to marginalized and less powerful members, whether they are children or withdrawn, submissive, and avoidant adult family members who may be reluctant to verbally share their opinions and perceptions during family sessions (Riley, 1994; Riley & Malchiodi, 2003; Wadeson, 1980).

Another benefit of the use of art in family therapy is the ability of art tasks to quickly uncover covert family dynamics and make these visible to the therapist and the family so that both can clearly "see" patterns that may have previously been so deeply ingrained as to make them invisible. Family members tend not to be aware that they are exposing their family dynamics through their artwork and are often less defensive than when verbally discussing their problems (Riley, 1994; Riley & Malchiodi, 2003; Rubin, 1978). In addition, by bypassing repetitive and stuck verbal descriptions of the family problem that are often rooted in a linear perspective involving blame, a fresh view into the family system is provided (Riley, 1994; Wadeson, 1980). The family system is revealed through the interplay of three important areas of consideration: the conscious and unconscious symbolic material communicated

intentionally and unintentionally in the art products, the here and now interactive art-making process, which includes both verbal and non-verbal behaviour, and the verbal associations made by family members once the art products have been completed (Riley, 1994; Rubin, 1978). The immediacy of the art-making task provides the family with an opportunity to look at their way of relating to one another in the here and now (Wadeson, 1980), while the art products permit the family to observe themselves and their situation from a once-removed vantage point and take a reflective stance (Riley, 1994). This once-removed position combined with the emergence of unintended and unanticipated material in the art products creates the possibility for family members to challenge their assumptions and gain new perspectives of each other and of the family problem (Riley, 1994; Wadeson, 1980). It also provides the distance required for the family to solve problems creatively (Belnick, 1993; Riley & Malchiodi, 2003).

Another advantage of the use of art in family therapy is the primacy of the image as a communication tool. Images are systemic – they have an inherent capacity to synthesize and express multiple aspects of a subject or theme in a way that words do not (Riley & Malchiodi, 2003; Wadeson, 1980). Hence the expression "a picture speaks a thousand words". Furthermore, an image is concrete and tangible and can be referenced by the therapist and the family over the course of treatment, acting as a rich source for continued exploration and a "permanent record of change" documenting the family's progress (Wadeson, 1980, p. 284). In addition to these benefits is the capacity of art making to enhance relationships by providing the family with a sense of accomplishment and shared pleasure (Wadeson, 1980). It allows the therapist to observe and encourage the family's ability to play together, thereby strengthening attachment bonds.

Limitations and cautions

In addition to the many benefits that the use of art therapy with couples and families can bring, there are also important limitations to this approach that need to be mentioned. It is the authors' belief that some art therapy techniques can be successfully integrated into the

day-to-day practice of a Social Worker or a Marriage and Family Therapist, just as many other models and techniques can be. However, knowledge of art materials, comfort with the personal process of art making, and psychotherapeutic skills are essential in order to apply these techniques. As the intervention techniques are experiential, the clinician may encounter resistance on the part of certain clients who may not be comfortable with expressing themselves through art, fear being judged for their poor art skills, or fail to see the value in engaging in this type of "alternative" approach. The clinician needs to anticipate this possibility and be prepared to respect or work with any type of resistance that may emerge. In addition, just as art therapy may not be appropriate for every couple or family, it may not be appropriate for every situation. The clinician must use his experience and judgment in this respect. The authors wish to stress that graduate level training in the distinct field of art therapy is required in order to exploit the full richness of this approach. Art Therapy training requires a background in psychology and visual arts and integrates knowledge of art materials, creative process, psychological theory, and psychotherapy technique. There are a number of graduate-level art therapy programs currently offered in the United States. There are also two such training programs in the province of Quebec, one at Concordia University and another at Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT).

Conclusion

This paper has provided a comprehensive overview of the potential benefits and limitations of integrating art therapy assessment and intervention strategies when working with couples and families. It has surveyed the existing relevant literature and provided supporting case examples from the first author's clinical work. In addition to summarizing the general benefits of using art therapy with couples and families within the context of assessment or as a primary treatment modality, specific examples of the use of art interventions within three different systemic treatment models have been presented. The longstanding presence of art therapists in child protection agencies such as

Batshaw and in hospitals such as Ste. Justine and the Montreal Children's Hospital is a testament to the relevance of the practice of art therapy to the social services. These art therapists play an important role working with children who have been abused or who have been diagnosed with cancer or an eating disorder. Art therapy could help facilitate multi-generational interventions, given that art for many adds a degree of accessibility and can enable a collaborative process between people of different developmental stages and mental capacities. The authors hope to see further development of art therapy in these areas as well as others that serve families with children. In addition, further investigation of the use of art therapy assessment and intervention strategies with couples and parent-child dyads within the growing field of attachment research would be an important contribution. It is the authors' sincere hope that they have interested the reader in further exploring this topic in order to enrich their practice with clients who present with relationship issues.

Descripteurs :

Art-thérapie // Arts - Emploi en thérapie //

Thérapie familiale // Thérapie conjugale

Art therapy // Arts - Therapeutic use //

Family therapy // Marital therapy

References

- Bar-Sela, G., Atid, L., Danos, S., Gabay, N., & Epelbaum, R. (2007). Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 16, 980-984.
- Beebe, A., Gelfand, E. W., & Bender, B. (2010). A randomized trial to test the effectiveness of art therapy for children with asthma. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, published online 12 May 2010, Corrected Proof.
- Bell, C. E., & Robbins, S. J. (2007). Effect of art production on negative mood: A randomized, controlled trial. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24 (2), 71-75.
- Belnick, J. (1993). A crisis intervention model for family art therapy. In D. Linesch (Ed.), *Art therapy with families in crisis: Overcoming resistance through nonverbal expression* (pp. 23-45). New York: Brunner/Mazel.
- Carlson, T. D. (1997). Using art in narrative therapy: Enhancing therapeutic possibilities. *American Journal of Family Therapy*, 25 (3): 271-283.
- Cohen, N. J., Muir, E., & Lojkasek, M. (2003). The first couple: Using watch, wait, and wonder to change troubled infant-mother relationships. In S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 215-233.) New York: Guilford.
- Elkis-Abuhoff, D. L., Goldblatt, R. B., Gaydos, M., & Corrato, S. (2008). Effects of clay manipulation on somatic dysfunction and emotional distress in patients with Parkinson's disease. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25 (3), 122-128.
- Epp, K. (2008). Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools*, 30 (1), 27-36.
- Gantt, L., & Tinnin, L. W. (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34(1), 68-80.
- Gil, E. (1994). *Play in family therapy*. New York: Guilford.
- Got, I. L. S., & Cheng, S.-T. (2008). The effects of art facilitation on the social functioning of people with developmental disability. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25 (1), 32-37.
- Johnson, S. M. (2003). Introduction to attachment: A therapist's guide to primary relationships and their renewal. In S.M. Johnson & V.E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 3-17). New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Kaiser, D., & Deaver, S. (2009). Assessing attachment with the Bird's Nest Drawing: A review of the research. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 26 (1), 26-33.
- Kwiatkowska, H. Y. (1978). *Family therapy and evaluation through art*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Malchiodi, C. A. (2003). Art therapy and the brain. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 16-24). New York: Guilford.
- Metzl, E. S. (2008). Systematic analysis of art therapy research published in Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association between 1987 and 2004. *The Arts in Psychotherapy*, 35 (1), 60-73.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment and intervention* (3rd ed.). New York: W.W. Norton.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, P., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Nichols, M. (1984). *Family therapy: Concepts and methods*. New York: Grumen Press.
- Parashak, S. T. (2008). Object relations and attachment theory: Creativity of mother and child in the single parent family. In C. Kerr & J. Hoshino (Eds.), *Family art therapy: Foundations of theory and practice* (pp. 65-93). New York: Routledge.
- Pretorius, G., & Pfeifer, N. (2010). Group art therapy with sexually abused girls. *South African Journal of Psychology*, 40(1), 63-73.
- Proulx, L. (2003). Strengthening emotional ties through parent-child dyad art therapy: Interventions with infants and preschoolers. London: Jessica Kingsley.
- Rao, D., Nainis, N., Williams, L., Langner, D., Eisin, A., & Paice, J. (2009). Art therapy for relief of symptoms associated with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 21(1), 64-69.
- Riley, S. (1994). *Integrative approaches to family art therapy*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- Riley, S. (2003). Art therapy with couples. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 387-398). New York: Guilford.
- Riley, S., & Malchiodi, C. A. (2003). Family art therapy. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 362-374). New York: Guilford.
- Rubin, J. A. (1978). *Child art therapy: Understanding and helping children grow through art*. New York: Van Nostrand Reinhold.

- Rubin, J. (2001). *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. NY: Brunner- Routledge.
- Slayton, S. C., D'Archer, J., & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: A review of findings. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27 (3), 108-118.
- Snir, S., & Wiseman, H. (2010). Attachment in romantic couples and perceptions of a joint drawing session. *The Family Journal*, 18 (2): 116-126.
- Vick, R. (2011) A brief history of art therapy. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 5-16). NY: Guilford Press.
- Wadeson, H. (1980). *Art psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W.Norton.
- Winnicott, D.W. (2002). *Playing and reality*. Hove: Brunner-Routledge. (Work originally published 1971).

L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie

par

Sébastien Carrier, Ph. D.

Professeur

École de travail social

Université de Sherbrooke

Courriel : sebastien.carrier@usherbrooke.ca

Paul Morin, Ph. D.

Professeur

École de travail social

Université de Sherbrooke

Suzanne Garon, Ph. D.

Professeure titulaire

École de travail social

Université de Sherbrooke

Analyse des pratiques professionnelles de soutien à domicile et des outils utilisés dans le cadre des RSIPAP (réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie) dans trois CSSS du Québec. Les résultats de l'impact de ces interventions sur les personnes et leurs proches sont peu analysés.

Analysis of the professional practice and tools used in RSIPAPs in three CSSS in Quebec (integrated services for the elderly in loss of autonomy). The results of the impact of these interventions on individuals and those close to them have not been analysed a lot.

1. Introduction

Au Québec, les services sociaux destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie ont été soumis depuis déjà plusieurs années à un virage qualité qui a pris plusieurs formes. Pensons au modèle ambulatoire implanté au milieu des années 1990, qui avait pour objectif de suppléer l'hôpital comme principal lieu de

prestation de services par le lieu de résidence de l'utilisateur. Ce modèle répondait notamment à la prépondérance des maladies chroniques, associées au vieillissement de la population, nécessitant des besoins d'aide accrus et de longue durée (Hébert, 2004). Pensons également à la nouvelle gestion publique amorcée depuis le début des années 1990 (Larivière, 2005). Celle-ci introduisait la notion de performance et d'indicateurs quantitatifs pour la mesurer (Salais, 2010) afin de mieux utiliser et contrôler les ressources dans les services sociaux (Larivière, 2005).

C'est dans cette foulée que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a engagé, en 2004, la réforme des réseaux locaux de services qui allait changer la nature des interventions réalisées par les travailleurs sociaux et des services qu'ils offrent aux usagers. Cette réforme est entrée en vigueur en 2003 avec la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* et a été accompagnée du *projet clinique* (MSSS, 2004). Toujours en cours, elle vise à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services en misant sur une offre de services intégrés (MSSS, 2003). Cette réforme intégratrice adopte l'approche par programme et l'approche populationnelle, qui visent à mieux répondre aux besoins de la population et des clientèles en misant sur une plus grande standardisation des pratiques (MSSS, 2004).

Dans le secteur spécifique du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, cette standardisation se réalise dans le cadre de réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA). Ceux-ci ont pour objectif d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services de soutien à domicile offerts aux personnes âgées par la mise en réseau des intervenants provenant de professions et d'établissements différents. Bien sûr, les RSIPAPA peuvent varier d'une région à l'autre dans la composition et dans la définition de leurs dispositifs professionnels et

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 137 (2012.2) : 47-56.

techniques. Toutefois, dans les trois CSSS à l'étude, nous observons la récurrence de certains dispositifs. Nous en repérons quatre :

1. le guichet unique qui ordonne l'accès aux services du RSIPAPA au moyen de critères standardisés;
2. le plan de services individualisé (PSI) dont l'objectif est de planifier les services impliquant plus d'un établissement;
3. l'évaluation des besoins complexes au moyen d'outils standardisés et systématiques qui sert à déterminer les besoins et les services selon des critères d'évaluation uniformisés;
4. la gestion de cas, qui rend imputable un professionnel en matière de coordination des services pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Très souvent occupé par un travailleur social, le gestionnaire de cas est le professionnel qui procède à l'évaluation des besoins, à la planification et à la coordination des services de soutien à domicile avec l'ensemble des prestataires de services.

Alors que l'intention des réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA) est de centrer les services sur la personne (MSSS, 2004), certains auteurs soutiennent, au contraire, que ce type de dispositif a pour effet de favoriser une forme d'intervention sociale guidée par les services. Cela fait en sorte de mettre l'accent sur l'évaluation du processus d'intervention plutôt que sur les résultats que l'intervention sociale produit dans la vie des personnes (Dickinson, 2008; Miller, 2010; Salais, 2010). En fait, au Québec, les indicateurs actuels ne permettent pas de capter l'atteinte de certains objectifs de l'intervention sociale, comme ceux du rétablissement ou de l'intégration sociale (Institute for Research and Innovation in Social Services ou INSPQ, 2010; Aubé et Saint-Onge, 2007) ou encore de la prévention de l'épuisement des proches aidants, de la maltraitance, etc.

C'est au regard de ces limites que des approches basées sur des indicateurs de résultats¹ dans le domaine de l'intervention sociale auprès des personnes et de leurs proches ont été développées au Royaume-Uni. Étant donné la nature rigide et restreinte de l'offre de services sociaux, la complexification des problèmes sociaux et le resserrement des dépenses publiques exigeant l'élaboration de services plus efficaces, les services sociaux au Royaume-

Uni ont choisi de miser sur la personnalisation des services, à laquelle se rattache l'approche centrée sur les résultats (Ellis, 2009). Au Royaume-Uni, cette approche est soutenue par une volonté politique (Petch, Cook, Miller, 2005) qui s'appuie sur les travaux réalisés par le *Social Policy Research Unit* (SPRU) de l'Université de York (Qureshi et Nicholas, 2004). C'est toutefois en Écosse que cette volonté politique s'est le plus manifestée faisant, depuis 2006, de la mise en œuvre de cette approche l'une des priorités nationales pour les services sociaux (Institute for Research and Innovation in Social Services, 2010).

Cette approche distingue quatre composantes importantes :

1. les intrants, qui sont les ressources pour mener à bien les activités d'un projet;
2. les activités, qui sont les actions, les tâches et les travaux qui permettent de produire les extrants et les résultats pour atteindre les objectifs d'un projet;
3. les extrants, qui sont les produits ou les services qui résultent des activités;
4. les résultats, qui sont les changements, les avantages, les apprentissages ou autres effets qui découlent des activités d'un projet.

Selon cette approche, notre modèle de RSIPAPA serait orienté sur les intrants, les activités et les extrants accordant beaucoup moins d'importance aux résultats.

De plus, l'approche centrée sur les résultats vise à ce que les pratiques d'intervention soient réfléchies et jugées comme un processus coconstruit entre les intervenants, la personne et son réseau afin d'arriver à produire des résultats positifs dans la vie de la personne et de ses proches (Garber, 2011). Selon cette approche, la coconstruction de l'intervention se centre sur la prédétermination des résultats à atteindre et des indicateurs pour en mesurer la progression; cette coconstruction sert donc à planifier et à organiser les ressources (les intrants), les méthodes (le processus) et les activités d'intervention (les extrants) (Ellis, 2009).

Dans cet article, nous proposons d'analyser certains dispositifs professionnels et techniques dans le cadre des RSIPAPA, qui ont pour effet de recentrer le système d'intervention sur les services. Cette analyse est le produit d'un traitement secondaire des données d'une recherche portant sur les pratiques effectives

de coordination des services dans le secteur du soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie (Carrier, 2011)². Nous voulons ainsi amorcer une première réflexion critique appuyée sur des données de recherche qui mettent en lumière l'usage d'une approche d'intervention guidée par les services au Québec. De plus, nous désirons présenter certains effets que produit cette approche dans les pratiques des travailleurs sociaux et proposer, dans la discussion, l'approche centrée sur les résultats pour réfléchir à la transformation possible des services sociaux de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie au Québec.

2. Méthodologie et cadre théorique

Nous avons opté pour une stratégie d'étude de cas unique imbriquée, c'est-à-dire sur l'étude d'un seul cas comprenant des unités d'analyse de niveaux différents (Yin, 2003). Le cas que nous avons étudié pour documenter l'objet « coordination » est celui des pratiques professionnelles de la gestion de cas dans le contexte des réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA) au Québec. Nous avons examiné les activités de coordination menées dans les pratiques professionnelles des gestionnaires de cas dans trois centres de santé et de services sociaux (CSSS), un en région urbaine, un en région semi-rurale et un en région méga-urbaine. Ces derniers constituent nos unités d'analyse.

Trois collectes de données ont été réalisées pour cette étude : 1. une analyse documentaire; 2. des entretiens d'explicitation; 3. de l'observation directe. Premièrement, l'analyse documentaire (Cellard, 1997) a consisté en un travail descriptif visant à relever les éléments prescrivant les activités professionnelles de coordination pour chaque CSSS étudié. À cet effet, nous avons ciblé précisément les documents officiels qui prescrivent le travail de coordination et qui ont été produits ou utilisés par chaque CSSS. Ainsi, nous avons analysé différents types de documents, entre autres les cadres de référence des réseaux locaux de services (RLS), les projets cliniques et les divers documents internes définissant et traitant de la coordination. Nous avons produit un travail de reconstruction analytique qui, d'une part, souligne les caractéristiques spécifiques à chacun des territoires de

CSSS et, d'autre part, met en lumière les attributs transversaux de ces derniers donnant lieu à un portrait des éléments qui prescrivent les pratiques professionnelles de coordination des gestionnaires de cas.

Deuxièmement, les entretiens consistent en une technique qui vise à faire expliciter des savoirs tacites ou difficilement dicibles par la verbalisation de l'action passée (Vermersch, 2000). Les entretiens menés dans le cadre de cette étude portaient sur 18 situations cliniques provenant des trois CSSS participants. Ces situations ont été construites autour d'un épisode de soins récent ayant nécessité la prise en charge en gestion de cas de la personne âgée en perte d'autonomie. Pour que les situations cliniques soient retenues dans l'étude, les personnes devaient être âgées de 75 ans ou plus et être admises en gestion de cas depuis au moins six mois. Les chefs de programme de chacun des CSSS ont sollicité 14 gestionnaires de cas pour qu'ils repèrent dans leur charge de cas des situations cliniques répondant à ces critères. Ainsi, les entretiens ont été réalisés auprès des 14 gestionnaires de cas, qui sont intervenus dans au moins un des 18 cas cliniques. Les gestionnaires de cas ont été sélectionnés par le chef de programme du secteur du soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie de chacun des CSSS à l'étude. Tous les gestionnaires de cas qui ont participé à l'étude possédaient une formation universitaire en travailleur social. Les entretiens effectués auprès des gestionnaires de cas visaient à faire décrire à ces derniers les interventions récentes qui avaient été réalisées dans le dossier, principalement sur le thème de la coordination. Les entretiens ont été retranscrits puis codés par la même personne. À terme, nous avons produit une analyse thématique pour réduire les données et ensuite élaborer une synthèse des thèmes figurant dans le corpus (Paillé et Mucchielli, 2003).

Troisièmement, l'observation directe (Kohn et Nègre, 2003) a consisté à suivre pas à pas, de façon continue, six gestionnaires de cas. Ceux-ci devaient présenter les caractéristiques suivantes : 1. assumer une fonction de gestionnaire de cas reconnue par l'établissement, incluant un mandat interétablissement et interdisciplinaire de coordination; 2. avoir une charge de cas dans le secteur des services à

domicile des personnes âgées en perte d'autonomie; 3. posséder une expérience de trois ans et plus à titre de gestionnaire de cas. Les deux premiers critères ont été retenus pour obtenir une certaine homogénéité dans la définition de la fonction de la gestion de cas entre les CSSS à l'étude. Le troisième critère a été choisi pour s'assurer d'observer des gestionnaires de cas déjà bien établis dans leur fonction. Les gestionnaires de cas ont été sollicités par le chercheur principal parmi les 14 que nous avons interviewés. Onze répondaient aux critères. Nous avons retenu sept gestionnaires de cas qui se sont portés volontaires en nous assurant d'en avoir un minimum de deux par CSSS. Il n'y avait aucun lien entre le chercheur et les gestionnaires de cas avant le début des activités de recherche. Nous avons réalisé, d'octobre 2009 à février 2010, un total de 190 heures d'observation. Pour réaliser ce travail, nous avons élaboré une grille d'observation, qui visait à produire un compte rendu décrivant avec précision les situations de coordination (Laperrière, 2003). Le travail d'analyse des données issues de l'observation a été fait à partir des notes d'observation pour effectuer un exercice de réduction et de reconstruction inductive des normes, des règles, des gestes professionnels et des cultures pour reconstruire le sens de l'action (Laperrière, 2003).

3. Résultats

Au Québec, l'analyse des pratiques professionnelles de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ne peut se faire qu'en les appréhendant dans le cadre des RSIPAPA. Or, si les dispositifs des RSIPAPA varient d'une région à l'autre, nous observons des invariants dans les pratiques professionnelles qui façonnent l'intervention sociale et sur lesquels nous centrerons notre analyse. Dans cet article, nous analysons ces invariants au regard de quatre éléments que Miller (2010) utilise pour définir l'approche guidée par les services : 1. les outils d'évaluation normalisée; 2. la maximisation des difficultés de la personne; 3. les besoins reconnus associés à une gamme limitée de services; 4. l'offre de services comme obstacle à la prévention.

3.1 Les critères standardisés comme déterminants de l'accès aux services

3.1.1 Les outils d'évaluation normalisée

L'accès au RSIPAPA donne droit à une gamme de services de soutien à domicile destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie dont la situation s'avère vulnérable et complexe. Or, l'accès est régi par des critères préétablis par chaque CSSS. La constitution de ces critères varie d'un CSSS à l'autre et détermine les conditions d'accès aux services. C'est notamment le cas des critères utilisant des scores d'évaluation objectifs basés sur des grilles standardisées, grilles qui sont de plus en plus utilisées dans les RSIPAPA. Nous repérons deux types de grilles standardisées. L'un servant au repérage des personnes en perte d'autonomie qui nécessiteraient les services du RSIPAPA, et l'autre servant à l'évaluation des besoins de la personne en perte d'autonomie qui est admise dans le RSIPAPA.

La première grille, qui est utilisée dans le CSSS de la région urbaine, consiste en une grille de repérage conçue pour repérer les personnes âgées souffrant d'une importante perte d'autonomie. Elle mesure 10 éléments : l'âge, les médicaments consommés, l'atteinte des fonctions mentales, le recours aux services hospitaliers, la diminution de l'autonomie, l'incontinence, les troubles de la mobilité, les pertes sensorielles non compensées, l'insuffisance du réseau et la dangerosité du maintien à domicile. Le résultat de la grille de repérage produit un score sur 18. Un score de 8 sur 18 constitue le seuil selon lequel une personne âgée est jugée présenter une perte d'autonomie importante. La personne doit alors être recommandée aux intervenants du RSIPAPA, qui procéderont par la suite à une évaluation en profondeur de la perte d'autonomie pour déterminer ses besoins en matière de services de soutien à domicile. Dans les pratiques usuelles, la procédure de repérage se révèle signifiante pour les gestionnaires de cas. En effet, la grille est utilisée de manière systématique par l'équipe de l'accueil social avant que celle-ci recommande une personne au RSIPAPA. Le résultat sert de critère formel pour vérifier l'admissibilité au RSIPAPA. Le terme « admissible » est important ici puisque la grille ne détermine pas l'accès au RSIPAPA, mais bien la possibilité d'accéder à d'éventuels services, comme l'indique l'extrait qui suit :

« On reçoit une demande, avec un besoin x. Généralement, quand on reçoit la demande, si c'est un dossier RSIPAPA, la grille de repérage a déjà été faite soit par le coordonnateur, soit par l'accueil. Là, on sait d'emblée qu'il y a une possibilité qu'il y ait une inscription au RSIPAPA. » (Gestionnaire de cas 4)

Toutefois, cet outil de repérage est une étape importante pour la prise en charge de la personne par le RSIPAPA puisque ce dispositif technique vient soutenir fortement le jugement clinique, voir le remplacer à certains moments.

La deuxième grille standardisée servant à l'évaluation des besoins de la personne en perte d'autonomie est l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), qui est largement diffusé et utilisé dans les CSSS depuis une directive ministérielle datant de 2003. Cette grille concerne donc les trois CSSS à l'étude. Dans l'OEMC, on retrouve le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), qui correspond à une grille à cocher dont le score permet de mesurer l'importance de la perte d'autonomie. À partir de ce score, il est possible, au moyen du système de classification des besoins Iso-SMAF, de définir 14 profils appelés profils Iso-SMAF. Le profil 1 correspond à une faible perte d'autonomie tandis qu'un profil de 14 équivaut à une forte perte d'autonomie. Chaque profil regroupe des personnes ayant des caractéristiques similaires (dominantes physiques ou cognitives ou mixtes) qui servent à soutenir la prise de décision des gestionnaires de cas concernant le type de services requis devant faire l'objet d'une demande de services pour la personne âgée en perte d'autonomie. Utilisés dans le CSSS semi-rural, nous avons observé que les profils Iso-SMAF contribuent à définir la trajectoire de la demande de service en différenciant les personnes admissibles au RSIPAPA des personnes non admissibles. Ainsi, dans ce CSSS, les personnes affichant un profil Iso-SMAF de 3 ou moins ne sont pas admises au RSIPAPA, tandis que les personnes présentant un profil Iso-SMAF de 4 ou plus le sont. Le profil est considéré comme un critère objectif prépondérant de l'admissibilité, alors qu'il devrait être seulement un outil d'aide à la décision. Dans l'extrait suivant, nous pouvons observer la forte appropriation de ces profils par les intervenants :

« Il y a vraiment un guichet qui, selon des critères, détermine si ça va en liaison ou en gestion. Après la liaison évaluée, SMAF, OEMC, PSI, demande de services au besoin. Si ça « smaffe » 4 et plus, ils nous transfèrent cela en gestion [de cas]. » (GC 8)

Le système de profils Iso-SMAF est dans le discours de tous les gestionnaires de cas un objet mobilisé pour justifier, d'une part, l'accès ou non d'une personne en gestion de cas et, d'autre part, la détermination des services qui seront offerts à la personne. Il contribue à construire une représentation objective des critères d'accès aux services dans le cadre du RSIPAPA.

En raison de l'utilisation de grilles standardisées, on constate un certain renoncement au jugement professionnel au profit de grilles d'évaluation des besoins produisant une mesure standardisée des critères qui déterminent l'accès aux services. Cela a pour effet de centrer la tâche des intervenants sur l'organisation de services et d'orienter l'intervention sur la détermination des services correspondant ainsi à l'approche guidée par les services.

3.1.2 Maximisation des difficultés de la personne

Bien entendu, ces évaluations standardisées ne font pas complètement abstraction du jugement professionnel. En effet, un lieu est prévu dans l'acte d'évaluation des besoins pour permettre au gestionnaire de cas de faire valoir son jugement professionnel et de justifier la nécessité de certains services que l'évaluation standardisée ne permet pas de légitimer. Le jugement professionnel exige alors la création d'un lieu de négociation administrativo-professionnel, qui permet d'adapter et de modifier certains critères ou certaines règles d'accès en fonction de la situation clinique concrète. Ce lieu peut être à l'intérieur de l'évaluation standardisée : le gestionnaire de cas doit alors mettre des commentaires justifiant la nécessité d'attribuer à la personne âgée des services non pris en compte a priori par l'évaluation standardisée. Mais ce lieu peut aussi être à l'extérieur de l'évaluation standardisée, comme dans le cadre du comité d'allocation des services qui est l'instance d'attribution des services où le gestionnaire de cas peut émettre son opinion professionnelle. Or, dans les deux cas, pour contourner les critères d'accessibilité stricts, les

gestionnaires de cas doivent majorer les difficultés de la personne pour favoriser leur accès aux services. L'extrait qui suit, issu des données d'observation, illustre une telle situation où la tension entre les besoins des personnes âgées et la capacité du système à fournir des services oblige le gestionnaire de cas à amplifier les difficultés de la personne pour justifier l'octroi de services :

« De nouveaux critères d'attribution des services ont été établis dans le CSSS semi-rural. L'offre de services est réduite à cause de raisons financières. Dans ce contexte, le gestionnaire de cas doit annoncer à monsieur que les services d'aide au bain seront réduits de trois à un par semaine. Toutefois, le gestionnaire de cas va négocier avec le chef de programme pour inscrire monsieur au programme de mesures d'exception. Le gestionnaire de cas justifie la demande par les problèmes d'odeur, qui sont causés par le manque d'hygiène. Les résidents de la résidence d'hébergement privée se plaignent de ces odeurs. La réduction des services d'aide à l'hygiène peut donc compromettre le maintien à domicile et nécessiter un transfert en hébergement public. Les mesures d'exception ont été acceptées. » (GC 8)

Le fait que l'OEMC soit fondé sur la compensation des handicaps joue un grand rôle dans la détermination des critères d'accès et d'attribution des services. Cet outil contribue fortement à amplifier les pertes liées à l'autonomie fonctionnelle pour justifier le recours aux services, faisant en sorte de soutenir une approche guidée par les services.

3.2. L'offre de services comme déterminant de la réponse aux besoins

3.2.1 *Besoins reconnus associés à une gamme limitée de services*

Si dans les trois CSSS à l'étude les critères d'accès et d'attribution des services sont formatés en fonction des besoins reconnus au moyen d'une grille d'évaluation fondée sur la compensation du handicap, ces mêmes besoins sont, pour l'essentiel, associés à une gamme limitée de services desservis en lot. C'est-à-dire que l'approche actuelle fait en sorte que c'est le producteur de services qui détermine à la fois les besoins de la personne et la réponse à ces besoins en établissant une offre de services préétablie. Dans les trois CSSS participant à

l'étude, ces services se distribuent autour de quatre grandes catégories : 1. les services d'aide à l'hygiène (aide au bain, toilette partielle, etc.); 2. les services de répit aux proches aidants (gardiennage, hébergement temporaire); 3. les services visant à assurer la protection du majeur notamment dans les cas de maltraitance; 4. les services de transfert des personnes âgées vers des ressources d'hébergement permanent.

Alors que l'un des principes prioritaires de la gestion de cas est de faire en sorte que les services soient adaptés aux besoins de la personne, dans les faits, nous observons plutôt que ce sont les réponses aux besoins de la personne qui sont adaptés aux services existants. Par exemple, les CSSS participants offrent des services d'assistance-surveillance, qui consistent ordinairement à payer une personne au moyen du programme chèque emploi-services pour surveiller la personne âgée en perte d'autonomie pendant une période de trois heures par semaine. Ces services ont pour objectif d'offrir du répit au proche aidant afin de prévenir son épuisement. Or, il n'existe aucun indicateur qui permette d'évaluer si ce service améliore la qualité de vie de la personne et de ses proches. Plusieurs proches aidants reconnaissent que cette aide consiste moins en un moment de répit qu'en un temps pour accomplir des tâches à l'extérieur de la maison.

C'est aussi vrai pour d'autres types de services. Par exemple, nos observations nous permettent de constater que l'aide à l'hygiène représente une grande partie de l'offre de services et se retrouve souvent comme étant le seul service offert à la personne âgée en perte d'autonomie. Or, nous pourrions penser que des personnes inscrites au RSIPAPA exigent un plan de services plus complet compte tenu de la complexité de la situation attendue. L'extrait qui suit montre un exemple d'une situation où l'accent est mis sur ce genre de services :

« Cette fille-là est tombée malade, donc madame s'est retrouvée un peu sans service. On est intervenu et on est entré dans le dossier dans ce contexte. On a installé des services dans un premier temps, on a cerné les besoins. Il y avait des besoins beaucoup au niveau de l'aide à l'hygiène. Donc, ça a été le principal. » (GC 6)

Cela ne signifie pas que les intervenants s'en tiennent exclusivement à l'offre de services de l'établissement. Il y a, dans les faits, une multitude de micro-ajustements en contexte. Toutefois, nous observons une forte propension dans le discours et les actions des gestionnaires de cas à privilégier et même à faire valoir l'offre de services de l'établissement. Or, cet état de fait va à l'encontre d'un plan de services coconstruit avec la personne âgée en perte d'autonomie et ses proches comme le recommande l'approche centrée sur les résultats.

3.2.2 L'offre de services comme obstacle à la prévention

Les travaux de Miller (2010) ont démontré que la réponse aux besoins, lorsqu'elle est associée à une offre de services prédéterminée devant répondre à des critères d'admissibilité stricts, peut constituer un obstacle à la prévention. En ce sens, les personnes ayant des besoins moins importants peuvent se voir exclues des programmes et devront attendre que leur situation se détériore pour recevoir des services. C'est ce que nous observons dans le cadre des pratiques des gestionnaires de cas. En effet, contrairement à ce qui est attendu, nous avons constaté que les activités de coordination réalisées par les gestionnaires de cas s'avèrent souvent peu intenses et complexes. Dans les trois CSSS à l'étude, les activités se limitent souvent aux services d'aide à l'hygiène dispensés par les auxiliaires de services de santé et de services sociaux (ASSSS).

Les gestionnaires de cas adoptent alors un mode passif de veille par l'entremise d'une grande diversité d'acteurs (professionnels, semi-professionnels et non professionnels) et de dispositifs techniques, qui les informent des événements qui sont susceptibles, par exemple, de compromettre le soutien à domicile d'un usager. Cela justifierait alors une coordination présentant une intensité et une complexité accrues. Ce mode passif de veille met en évidence l'existence d'une carence de prévention qui oblige les gestionnaires de cas à se montrer réactifs plutôt que proactifs. Or, ce caractère réactif prédominant n'était pas attendu d'une telle fonction consacrée à la coordination des services aux personnes dont la perte d'autonomie soulève des enjeux de complexité importants. L'extrait qui suit illustre ce mode passif d'intervention des gestionnaires de cas :

« La charge de cas de 68-80 dossiers est trop importante pour permettre l'intensité. On ne brasse pas le pommier par crainte de faire tomber des pommes. » (GC 9)

Plus encore, la détermination de la priorité des besoins de la personne âgée en perte d'autonomie pour l'attribution des services peut être détournée à la faveur des besoins des établissements. C'est notamment le cas avec les hôpitaux. En effet, les activités de coordination des gestionnaires de cas sont fortement déterminées par les besoins de l'hôpital en matière de gestion de lits de courte durée. Dans les faits, la gestion de cas est souvent utilisée comme une ressource servant à libérer des lits à vocation de courte durée en coordonnant le transfert en hébergement permanent, parfois même pour des personnes qui ne sont pas inscrites en gestion de cas. Cela se fait alors au détriment des personnes qui sont à domicile en attente de recevoir des services. La fonction de soutien à domicile se voit détournée vers les besoins de l'hôpital, où la libération rapide des lits de courte durée est encore considérée comme une priorité, ce qui va à l'encontre d'une intervention préventive en matière de soutien à domicile. L'extrait suivant illustre la priorisation des besoins hospitaliers :

« Avant la fusion, on pouvait gérer nos priorités. La madame qui était isolée dans le fond d'un rang était notre priorité. Maintenant, c'est l'hôpital, notre priorité. »

4. Discussion

Le cadre conceptuel de l'approche centrée sur les résultats développé par Miller (2010) nous permet d'analyser, dans le secteur du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, la forte tendance des gestionnaires de cas à agir en fonction des services plutôt qu'à se centrer sur les résultats que leurs interventions produisent dans la vie des personnes et de leurs proches. L'implantation des RSIPAPA y joue un rôle prédominant. Premièrement, par la systématisation du mode d'évaluation des besoins centré sur la compensation des incapacités. Cette systématisation oriente fortement le travail des gestionnaires de cas, en l'occurrence les travailleurs sociaux, vers l'organisation de services au détriment de l'intervention psychosociale. Deuxièmement, par la prédétermination d'une offre limitée de services desservis en

lot, sans tenir compte des besoins spécifiques de la personne et de ses proches. Cela vient du fait que les producteurs de services sont ceux qui déterminent, à la fois, l'offre de services et l'accès à ses services (Carrier, 2011; Garon, Veil, Paris et Bigonnesse, 2012; Godbout et Paradise, 1987).

Malgré l'importance des ressources humaines, techniques et financières investies dans le champ des services sociaux, notamment avec la mise en place des RISPAPA, nous en savons très peu sur les résultats de ces interventions sur les personnes et leurs proches. C'est pour le moins paradoxal. Comment peut-on prétendre améliorer les services si l'on ignore ce qu'ils produisent réellement? Nous considérons donc l'approche centrée sur les résultats comme une solution novatrice, du fait qu'elle permettra de repenser la qualité de l'intervention selon une perspective sociale basée sur l'usage d'indicateurs destinés à cette fin dans l'ensemble des services sociaux.

Comme nous l'avons vu, les RSISPAPA ont misé jusqu'à maintenant sur les trois premières composantes, soit les intrants, les activités et les extrants. Ils se sont donc préoccupés surtout du processus d'intervention plutôt que des résultats produits par l'intervention. Pour nous, l'évaluation de la qualité du processus de l'intervention demeure essentielle. Toutefois, il nous apparaît tout aussi important de poursuivre cette démarche qualité au moyen d'une approche complémentaire qui permette d'évaluer les résultats que produit l'intervention dans la vie des personnes et de leur proche.

Si l'approche centrée sur les résultats a été élaborée et implantée depuis une vingtaine d'années au Royaume-Uni, au Québec, nous la considérons comme une approche novatrice et originale pouvant contribuer à la transformation des services sociaux, tant sur le plan de l'organisation des services, de l'intervention sociale, de la formation que de la recherche. En considérant la personne comme coélaboratrice des résultats et des indicateurs, les services sociaux au Québec devront engager des ressources (professionnelles, matérielles et financières) et appliquer des méthodes (d'intervention, d'évaluation, etc.) plus flexibles et inventives (Miller, 2010). Ce virage nécessite donc un changement important de cultures

organisationnelle et professionnelle pour parvenir à mieux adapter le processus d'intervention au contexte de la personne. En effet, l'approche centrée sur les résultats comporte certains aspects qui sont peu valorisés dans le contexte où les données probantes produites dans la recherche quantitative favorisent essentiellement les valeurs de la nouvelle gestion publique. À notre avis, il faut dans ce contexte préconiser le réajustement de l'évaluation et de la planification sur des modèles favorisant la conversation semi-structurée, pour réinvestir les compétences analytiques professionnelles, qui tendent à être évacuées avec les outils d'évaluation systématique produisant des « scores ». Ce virage sous-entend également de modifier la perception de la personne usagère ou cliente pour celle de citoyen ayant des droits et des responsabilités. Ainsi, l'usage de l'approche par les résultats constituerait un changement majeur des pratiques d'intervention sociale destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie. En fait, cela signifie de porter un regard critique sur le modèle dominant qui vise la compensation des incapacités. L'évaluation experte qui détermine seule ce qui est préférable pour la personne au moyen d'une offre de services limitée, prédéterminée et pas nécessairement adaptée aux besoins de la personne est à remettre en cause.

Il existe un patrimoine important au Royaume-Uni sur les approches centrées sur les résultats dans le domaine des services sociaux concernant plusieurs champs d'activités. Entre autres, nous pensons aux travaux réalisés par le *Joint Improvement Team* (Cook et Miller, 2012) qui mettent de l'avant l'évaluation des résultats selon les aspects de la qualité de vie, du processus d'intervention et du changement réalisé. Ou encore à ceux de l'*Institute for Research and Innovation in Social Services* qui mettent l'accent sur l'élaboration de guides de pratiques s'appuyant sur l'évaluation des résultats. Ce patrimoine doit être compris et bien maîtrisé pour élaborer un tel modèle adapté au Québec. C'est sur quoi nous travaillons dans le cadre des activités du Centre affilié universitaire du Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Descripteurs :

Personnes âgées dépendantes // Gestion de cas //
Personnes âgées - Soins à domicile - Québec
(Province) // Personnes âgées - Politique
gouvernementale - Québec (Province) // Centre
de santé et de services sociaux (CSSS) // Pratique
professionnelle // Services aux personnes âgées
dépendantes

Older people with disabilities //

Case management // Aged - Home care - Quebec
(Province) // Aged - Government policy - Quebec
(Province) // Professional practice // Frail elderly,
Services for

Notes

- 1 Le terme résultat est la traduction du terme anglais « outcome ». Nous convenons que cette traduction sur le plan épistémologique peut porter à confusion. Nous cheminons présentement quant au terme à utiliser dans le cadre de travaux financés par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.
- 2 Cette thèse de doctorat s'est insérée dans le projet de recherche intitulé *Enraciner l'intégration des services aux personnes âgées fragiles dans les pratiques des dirigeants, des gestionnaires, des intervenants, des aînés et de leurs proches aidants*. Ce projet a été dirigé par le professeur Louis Demers de l'École nationale d'administration publique et financé par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Références

- Aubé, D. et Saint-Onge, M. (2007). *Rapport de recherche sur l'étude réalisée au Québec dans le cadre du projet pancanadien. Amélioration continue de la mesure de la qualité dans les soins et les services de première ligne en santé mentale (ACMQ)*. Québec : Institut national de santé publique.
- Carrier, S. (2011). *Coordonner les services autour des personnes âgées en perte d'autonomie, une analyse conventionnaliste*. Thèse de doctorat : Université de Sherbrooke.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire, dans J. Poupard, J.-P., Deslauriers, L.-H., Groulx, A., Laperrière, R., Mayer et A.P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 251-271. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Cook, A., et Miller, E. (2012). *Talking Points: Personal outcomes approach: Practical guide*. Edinburgh: Joint Improvement Team.
- Dickinson, H. (2008). *Evaluating Outcomes in Health and Social Care*. Bristol: The Policy Press.
- Ellis, J. (2009). *The case for an outcomes approach*. London: CES publications. [En ligne]. Consulté le 22 décembre 2011 de <http://www.ces-vol.org.uk/downloads/thecaseforanoutcomesfocus-501-509.pdf>
- Garon, S., Beaulieu, M., Veil, A., Paris, M., et Bigonnesse, C. (2012). L'expérience québécoise du programme « Villes-amies des aînés » de l'Organisation mondiale de la santé : savoirs et pratiques tirés de l'implantation dans sept projets-pilotes, dans J.-P. Viriot-Durandal et P.-M. Chapon. *Viellir dans la cité. Liens sociaux, intensité territoriale et construction de l'espace public* (69-88). Paris : La Documentation française.
- Garber, A.M. (2011). How the patient-centered outcomes research institute can best influence real-world health care decision making, *Health Affairs*, 30 (12), 2243-2251
- Godbout, J., et Paradise, O. (1987). *La gestion néo-capitaliste du social*, RIAC 19/59.
- Hébert, R. (2004). Introduction. Intégrer les services pour maintenir l'autonomie des personnes, dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (Éds). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, 1-7. (s. l.): Edisem.
- Institute for Research and Innovation in Social Services (2010). *Leading for Outcomes a Guide*. Glasgow: IRISS. [En ligne]. Consulté le 22 décembre 2011 de http://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss_leading_for_outcomes_a_guide_final-1.pdf.
- Kohn, R.C., et Nègre, P. (2003). *Les voies de l'observation: repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines*. Paris: L'Harmattan.
- Laperrière, A. (2003). L'observation directe, dans B. Gauthier (Ed.). *Recherche sociale : de la problématique à la recherche des données*, 269-291. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Larivière, C. (2005). Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale. *Interaction communautaire*, 70, 13-16.
- Miller, E. (2010). Can the shift from needs-led to outcomes-focused assessment in health and social care deliver on policy priorities? *Research, Policy and Planning*, 28 (2), 115-127.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Documentation. Publications [En ligne]. Consulté le 22 décembre 2012 de <http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf>.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Petch, A., Cook, A., et Miller, E. (2005). Focusing on outcomes: their role in partnership policy and practice. *Journal of Integrated Care*, 13 (6), 3-12.
- Qureshi, H., et Nicholas, E. (2004). Make Outcomes your Big idea: Using Outcomes to Refocus social Care Practice and Information. *Journal of Integrated Care*, 12, 13-19.
- Salais, R. (2010). La donnée n'est pas un donné pour une analyse critique de l'évaluation chiffrée de la performance. *Revue française d'administration publique*, 135, 497-515.
- Vermersch, P. (2000). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF Éditeur.
- Yin, R.K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Quelques défis pour la pratique du travail social dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés en Wallonie

par

Louise Belzile, M.A. en gérontologie

Doctorante au Centre universitaire de formation en gérontologie, Université de Sherbrooke
Boursière, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées

Assistante de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS

Courriel : louise.belzile@usherbrooke.ca

Marie Beaulieu, Ph. D.

Titulaire, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées

Professeure titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke

Chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS

Nicolas Berg, M.D., gériatre

Centre hospitalier la Citadelle, Liège, Belgique

Président, Respect Seniors

Pour Respect Seniors :

Pascale Broché, intervenante psychosociale

Amélie Denis, intervenante psychosociale

Pascale Van Uffel, intervenante psychosociale

Christine Weber, intervenante psychosociale

Marie-Pierre Willame, intervenante psychosociale

Dominique Langhendries, directeur, Respect Seniors

Contexte sociopolitique de la maltraitance à l'égard des personnes âgées en Wallonie (Belgique), dont l'agence Respect Seniors. Analyse de la pratique d'intervenants psychosociaux wallons par une équipe québécoise.

Social and political context of elder abuse in Wallonia (Belgium), including the *Respect Seniors* agency. Analysis of the practice of clinicians from Wallonia by a Quebec research team.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 137 (2012.2) : 57-67.

Le concept de maltraitance envers les personnes aînées a fait l'objet de nombreux exercices de définition. Sans être parfaite, la définition consensuelle proposée par l'Organisation mondiale de la santé est largement admise :

« Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée. Cela peut prendre de multiples formes : physique, psychologique/émotionnel, sexuel, financier ou refléter des formes intentionnelles ou non de négligence. » (Traduction libre tirée de : World Health Organization, *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*, 17 novembre 2002).

En matière de politiques publiques, d'organisation des services et de reconnaissance du problème social de la maltraitance envers les personnes aînées, le Plan d'action international sur le vieillissement – communément appelé le Plan de Madrid – adopté en 2002, a posé des défis importants aux pays signataires en désignant deux objectifs considérables, soit l'élimination de toutes les formes de maltraitance et la « mise en place de services de soutien permettant de faire face aux cas de mauvais traitements des personnes âgées » (sans auteur, 2006 : 714). Dans de nombreux États et pays, ce sont les travailleurs sociaux qui sont sollicités, voire centraux, dans l'atteinte de ces objectifs. C'est notamment le cas au Québec, tout comme en Wallonie (Belgique), où les pratiques existantes depuis moult années furent récemment à la fois enchâssées et transformées par de nouveaux cadres d'orientation, soit par l'adoption d'un Décret en Wallonie en 2008 créant l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et d'un Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015 en juin 2010 au Québec.

La maltraitance envers les aînés, problème social reconnu pour sa complexité (Spencer, 2010) pose des défis psychosociaux, cliniques et éthiques aux intervenants engagés à la prévenir,

la reconnaître (la détecter) et à assurer le suivi de situations avérées. Bien que ces dimensions de l'intervention aient été largement étudiées (Yaffe, Wolson et Lithwick, 2009; Nahmiash et Reis, 2000; Ash, 2010) seuls quelques travaux posent les enjeux spécifiques à l'exercice du travail social et encore plus précisément de la pratique interprofessionnelle engagée par les travailleurs sociaux. De surcroît, le passage d'une politique publique, aussi rigoureuse soit-elle, à une pratique effective soulève de nombreux défis pour les travailleurs sociaux. À cet effet, les travaux d'Ash (2010, 2011) posent clairement les difficiles transformations organisationnelles qui déterminent les pratiques de lutte contre la maltraitance. Souvent, les succès ou les échecs des interventions sont attribués aux seuls professionnels en réduisant, voire en faisant fi, du cadre organisationnel dans lequel ils prennent leurs décisions.

Selon les pays, la lutte contre la maltraitance est influencée par divers cadres juridiques et structurels de pratiques, que ce soit l'obligation de dénoncer les situations de maltraitance, la protection des aînés inaptes, l'organisation des services de santé et sociaux destinés aux personnes âgées vivant ou non de la maltraitance, la formation professionnelle spécifique en matière de lutte contre la maltraitance y compris son instrumentation, la criminalisation ou la pénalisation de certaines formes de maltraitance, l'accessibilité aux services juridiques, la provenance des mandats organisationnels, etc. Il importe donc de révéler les principaux déterminants des pratiques selon le contexte à l'étude de même que de mettre en lumière les négociations permanentes que doivent mener les intervenants pour articuler ces diverses dimensions dans le quotidien des rencontres entre la personne qui a besoin d'aide et le professionnel mandaté pour lui venir en aide (Berg, 1992).

C'est dans le cadre du mouvement international de lutte contre la maltraitance envers les aînés qui convie les pratiques à se renouveler que la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées (Université de Sherbrooke) et l'association sans but lucratif Respect Seniors (Wallonie) ont obtenu une subvention de la VII^e Commission mixte permanente Québec/Wallonie-Bruxelles 2011-2013

afin de développer des outils ou des mécanismes d'intervention auprès des personnes âgées maltraitées et de mettre en œuvre des mécanismes de complémentarité réciproques en gage d'une pérennisation des acquis mutuels.

Tout en considérant les réponses étatiques originales au problème de la maltraitance, la formation des travailleurs sociaux qui diffère selon les pays et le rôle crucial que ces professionnels jouent dans la lutte contre la maltraitance, cet article s'intéresse à la pratique du travail social dans la francophonie¹, plus particulièrement sous les angles de la réponse aux besoins identifiés et des questions que se posent les intervenants face à ce qui est pertinent et essentiel tant pour les personnes auprès de qui ils travaillent que pour eux-mêmes.

Cet article pose d'abord les principaux déterminants juridiques et structurels de la pratique en Wallonie. Suivra un bref exposé méthodologique, puis les résultats et la discussion permettront d'apprécier quelques enjeux de la pratique du travail social dans des situations de maltraitance envers les personnes âgées.

1. Mise en contexte sociopolitique de la Wallonie

La Wallonie est l'une des trois régions de la Belgique avec Bruxelles et la Flandre. Elle compte environ le tiers² de la population du pays répartie dans cinq provinces (Brabant wallon, Hainaut, Liège, Luxembourg, Namur). Les personnes âgées de 65 ans et plus y représentent 16,4 % de la population.

Le système sociopolitique de la Belgique repose sur un modèle bismarckien qui est bâti sur l'accès aux droits plutôt que sur le modèle beveridgien qui promeut l'universalité dans un État providence. La répartition des pouvoirs s'effectue à plusieurs niveaux, fédéral, régional, provincial, communal, sans oublier les services offerts par les secteurs publics, privés et associatifs. Le nombre d'acteurs en présence et leurs collaborations possibles influencent leur manière de travailler avec les usagers-clients, les réponses possibles à donner et, peut-être surtout, la variété d'interlocuteurs possibles à convier et à coordonner.

En Belgique, la maltraitance a fait l'objet de plusieurs mesures et pratiques structurées sur

une base territorialisée depuis 1996. En 2008, le Parlement de la Région wallonne adopte un Décret créant l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, mieux connu de la population sous la dénomination de Respect Seniors³. La création juridique de cette organisation exclusivement dédiée à la lutte contre la maltraitance est venue consacrer et rassembler les efforts et les initiatives passés et présents. Selon l'article 7 du Décret relatif à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées publié dans le *Moniteur belge*⁴ du 16 juillet 2008, l'intervention de l'organisme s'articule autour de quatre missions :

Art. 7. Les missions de l'agence consistent à assurer

- 1^o une assistance au bénéfice des personnes âgées en matière de maltraitance, notamment par la mise sur pied, la gestion et le suivi d'un numéro d'appel téléphonique gratuit;
- 2^o l'organisation d'actions, d'information et de sensibilisation de la maltraitance à destination du public, notamment via la création d'un site Internet;
- 3^o l'organisation de formations au bénéfice de professions susceptibles d'être confrontées à des cas de maltraitance;
- 4^o l'échange d'informations, de statistiques ou de bonnes pratiques avec des associations ou organisations similaires dans les Régions ou Communautés limitrophes ou dans d'autres pays.

L'agence doit veiller à assurer ces quatre missions par une couverture de tout le territoire de la région de langue française avec au moins une antenne par province, selon les modalités que le gouvernement détermine. (p. 37203)

Pour répondre au mandat qui lui a été confié, Respect Seniors compte six antennes, couvrant les cinq provinces de la Wallonie, où opère un tandem de travailleur social et de psychologue ou de travailleurs sociaux. Bien que ce ne soit pas l'objet de notre propos, il est intéressant de constater que la pratique du travail de collaboration interprofessionnelle est à la base même de l'organisation des services à Respect Seniors. À ces intervenants de terrain se joignent un directeur, un juriste, un agent de bureau et un

coordonnateur clinique. L'organisation a aussi mis en place des dispositifs permettant de faire appel à des personnes-ressources pour la soutenir dans les réflexions au cours des situations rencontrées.

L'organisme répond à plusieurs types de demandes en lien avec ses mandats. Cinq modalités d'intervention ont été définies pour baliser le travail des intervenants : l'écoute active, l'information, l'orientation, l'accompagnement et la coordination. En plus des interventions individuelles (par téléphone ou en face à face), les intervenants ont le mandat d'effectuer des activités d'information et de formation auprès de différents publics.

La plus grande partie du travail des intervenants se fait par téléphone dans le cadre de la mission d'assistance. Les contacts, de nature variée (rencontre, appel téléphonique, télécopieur, courriel ou courrier) sont répertoriés selon qu'il s'agit d'une situation de maltraitance suspectée ou d'une demande d'information générale (ex. : demande de séances d'information ou demande de documentations). Ainsi, en 2011, 1 126 dossiers relatifs à une situation de maltraitance suspectée ont été ouverts⁵ et 277 visites à domicile, au bureau ou en institution ont été effectuées. Après une analyse de la demande et des besoins relevés selon la situation et ceux énoncés par l'appelant, la première démarche est de recueillir la perception de l'ainé et d'envisager avec lui les démarches à effectuer. Pour le suivi des dossiers, Respect Seniors compte aussi sur des pratiques de collaboration intersectorielles, notamment avec les policiers et les responsables des différentes mutuelles⁶ qui, par l'entremise de leurs services, sont au cœur des échanges relatifs aux besoins de leurs prestataires.

2. Méthodologie

2.1 Approche et dispositif

Notre étude descriptive et exploratoire a été menée en début d'année 2012 à Respect Seniors en Wallonie après avoir reçu la certification requise par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. La méthode privilégiée fut l'étude de cas sous l'angle de l'analyse de l'activité. Généralement, le cas est un objet,

un évènement, une situation constituant une unité d'analyse. Cette unité est découpée dans la réalité et s'inscrit donc dans un contexte qui doit être considéré. Ce point a été souligné par Hamel (1997) :

« L'étude de cas consiste donc à rapporter un évènement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. En d'autres mots, il s'agit, par son moyen, de saisir comment un contexte donne acte à l'évènement que l'on veut aborder » (p. 10).

C'est en ce sens que l'on peut dire que le cas est un évènement situé. La notion d'activité peut se concevoir comme une spécification de celle de cas (Leplat, 2002). Le cas à l'étude est celui de l'intervention en maltraitance.

L'activité comporte de nombreux aspects, à la fois internalisés, tels la compétence, la motivation, l'âge, le stress, etc., et d'autres externalisés. Nous nous sommes particulièrement intéressés au deuxième pôle, dans lequel on retrouve les conditions physiques, techniques, organisationnelles comme les conditions de travail, l'environnement social, les échanges d'informations, la complexité des tâches, l'autonomie professionnelle, etc. (Leplat, 2008).

2.2 Échantillon

Étant donné la petite taille de l'organisme, l'étude a été menée auprès d'intervenants ayant pu se présenter aux séances de groupes de discussion. Ainsi furent rencontrés, dans un premier temps, deux membres de la direction de l'organisme, puis huit intervenants qui se répartissent également dans les professions du travail social et de la psychologie, à l'image de la politique interne de travail en tandem professionnel (n = 10). Les participants sont majoritairement des femmes (8/10), dont l'âge varie de 26 à 55 ans, pour une moyenne de 39 ans. Le nombre d'années d'expérience de travail auprès des personnes aînées varie de 2 à 32 ans (M = 9,5 ans), tandis que le nombre d'années d'expérience spécifique en maltraitance va de 2 à 14 ans (M = 5 ans).

2.3 Outils et démarche de collectes

Des guides d'entrevues semi-directifs ont été construits en vue de répondre aux objectifs spécifiques de cette mission, à savoir : 1- faire le portrait de l'organisme Respect Seniors et

situer son action dans le contexte wallon; 2- se familiariser avec les orientations de pratique et les outils de travail utilisés par les intervenants de Respect Seniors; 3- caractériser les orientations de pratique et les usages des outils actuels; 4- cerner les attentes vis-à-vis de la conduite du changement pour situer le rôle de la Chaire de recherche. Nous avons effectué deux groupes de discussion que nous avons enregistrés avec le consentement des participants.

2.4 Analyse des données

L'analyse des données recueillies a été menée par l'équipe de recherche du Québec suivant la démarche de thématization ouverte (Paillé, 1996; Paillé et Mucchielli, 2008 : 9), sans recours à un logiciel spécialisé.

3. Résultats

3.1 Quelques ajustements de vocabulaire et de concepts

Cette section met en dialogue l'usage et le sens de certains mots et concepts, du point de vue des Wallons⁷, puis de celui qui a communément cours au Québec et montre comment ces nuances modulent la pratique de chacun.

Pour décrire leurs pratiques, les Wallons font d'abord référence à ce qu'ils désignent comme leur méthodologie, c'est-à-dire leurs valeurs, leurs procédures, leurs manières d'aborder la problématique, la considération qu'ils ont pour la personne, les outils qu'ils développent, etc. Cette méthodologie se caractérise par une intervention de type *accompagnement* plutôt que de type *évaluation* ou encore par la mise en place de mesures de protection. D'ailleurs, les agents n'utilisent jamais le mot évaluation pour décrire leurs tâches. Au Québec, l'intervention des travailleurs sociaux couvre le continuum de services allant de la prévention au dépistage et à l'intervention directe, ce qui engage les travailleurs sociaux à considérer toutes les déclinaisons de l'intervention.

Un autre élément qui a dû être considéré pour l'interprétation des résultats concerne l'usage et le sens des mots. Attardons-nous plus spécifiquement au sens des mots outils d'intervention, autonomie et aptitude.

a) Outils d'intervention

Il est clairement apparu que la signification et la valeur de l'expression *outil d'intervention* ne sont pas la même dans les contextes wallons et québécois. En préparant la collecte de données, nous entendions par outils les instruments techniques comme les formulaires, les grilles d'évaluations, etc.; les intervenants wallons y ont donné une résonance plus large, incluant les dispositifs sociotechnologiques (Couturier, Gagnon, Salles et Belzile, 2011) comme les approches (orientation systémique, thérapie brève), les techniques (écoute active, écoute téléphonique), voire les appareils (le téléphone), puis les formulaires (comme les outils qui ont été spécifiquement conçus pour la collecte et l'analyse des données cliniques et administratives). D'ailleurs, ils ne désignent jamais leurs outils cliniques comme des outils d'évaluation. Les professionnels wallons se considèrent personnellement comme un outil important « On est nous-mêmes un outil que les personnes âgées utilisent » (Intervenant). Ainsi, si les deux contextes valorisent une intervention instrumentée en contexte de lutte contre la maltraitance, l'étendue semble plus large en Wallonie et, par conséquent, peut-être un peu moins focalisée sur la seule dimension clinique.

b) Autonomie

L'évocation de l'autonomie, au sein de Respect Seniors, renvoie le plus souvent à la capacité de décider pour soi-même; on parle plus précisément d'autonomie décisionnelle. On peut y voir un lien explicite avec l'un des principes de l'approche principiste⁸ (Beauchamp et Childress, 1999) soit le respect de l'autonomie dans le sens de la valorisation de l'autodétermination. Au Québec, le mot autonomie a deux sens. L'autonomie s'entend d'abord comme autonomie fonctionnelle qui, bien qu'elle n'exclut pas l'autonomie décisionnelle, recouvre des dimensions plus larges, a priori cliniques, qui découlent vraisemblablement de l'utilisation obligatoire du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), intégrée dans l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC). Mais, parmi les praticiens de l'intervention psychosociale, elle s'entend aussi dans le même sens que les Wallons, soit une valeur qui est souvent mise en équilibre avec la

nécessité de protéger les personnes maltraitées (Giasson et Beaulieu, 2004; Beaulieu et Leclerc, 2006).

c) Aptitude

Enfin, au Québec, la notion d'aptitude est liée à une procédure juridique, soit la déclaration de l'inaptitude, à laquelle participent les travailleurs sociaux. Ceux-ci ont donc une aisance avec les tenants et les aboutissants de ce concept. En Wallonie, cette notion existe, sans être inscrite dans l'intervention quotidienne de l'agent de Respect Seniors, montrant ainsi une dissociation relative de la problématique de l'inaptitude avec celle de la maltraitance. Au Québec, la question de la capacité de la personne constitue la première investigation clinique orientant l'intervention, sans compter qu'une action de protection par le cadre juridique de la détermination de l'inaptitude peut se révéler un moyen d'intervention en contexte de lutte contre la maltraitance. En Wallonie, l'intervention se focalise sur l'expérience vécue de la personne maltraitée, nonobstant le fait qu'elle soit inapte ou pas, sur le plan juridique. Le contexte wallon insiste donc sur une intervention d'écoute et d'accompagnement fondée sur la valeur centrale de l'autonomie plutôt que sur celle de la protection.

Cette centration sur l'autonomie sur une posture d'accompagnement opérationnalisée par la ligne téléphonique pose la parole de la personne âgée comme incontournable. Même s'il n'y a pas d'appel formel à l'aide, « permettre à la parole de se déposer à l'oreille d'un écoutant bienveillant » constitue une intervention tout aussi importante que l'action à plus grand déploiement, tant du point de vue des gestionnaires que des intervenants de l'organisation. Donner de la valeur à la parole de la personne âgée, lui permettre d'exprimer ses volontés, malgré ses incapacités, par exemple celles liées à la perte de l'intégrité des cognitions, demeure néanmoins toujours un défi⁹.

1.1 Des défis au cœur de la pratique

Nous présentons ici quatre défis identifiés par les participants (principalement les intervenants) qui traduisent les questionnements et les objets de questionnement qui influencent les prises de décision des professionnels.

L'imputabilité

« Avons-nous un devoir, une obligation d'intervenir dans les situations de maltraitance potentielle mais non avérée? Devrions-nous appliquer le principe d'assistance à personne en danger contre son propre gré? L'intervention affaiblira-t-elle le réseau social de la personne vivant la maltraitance? »
(Intervenant)

Les intervenants se sentent responsables du choix d'intervenir ou non. Cela a pour conséquence qu'ils doivent prendre et gérer une part de risque liée au fait que les situations de maltraitance sont très complexes et que les personnes qui la vivent ont des rapports parfois ambigus à l'égard de la nécessité d'intervenir. La tolérance que peuvent avoir les professionnels et les organisations vis-à-vis des situations irrégulières, délicates ou limites constitue une marge décisionnelle souvent mince et pas nécessairement facile à défendre ou à fonder. Puisque toutes les situations de maltraitance existaient avant qu'elles ne soient portées à l'attention des décideurs et des intervenants, leur passage dans l'ordre du connu fait émerger la responsabilité, voire le devoir, d'intervenir. La posture tend à changer, passant d'un embarras général à un problème concret, qui concerne ici le professionnel relevant d'une organisation. Se pose alors la question de la nature de l'intervention, de ses conditions de déploiement, des moyens et des possibles existants. La complexité des situations amène donc son lot de zones d'ambiguïté et d'insécurité que peut aider à clarifier un processus de délibération autour du cas qui occupe et qui préoccupe.

Les participants croient à la valeur de ces échanges qui permettent de porter ensemble, collectivement, ces dilemmes moraux, légaux, professionnels, etc., de façon à formuler une réponse adaptée à l'infinité des possibilités cliniques. C'est grâce à une responsabilité partagée, solidaire et collective que les décisions se prennent et se gèrent plus aisément et peut-être aussi plus efficacement. Des rencontres statutaires soutiennent ces exercices délibératifs inscrits dans les façons de faire de l'organisation.

La légitimité

« Au nom de quoi, de qui intervient-on (ou n'intervenons-nous pas)? » (Intervenant)

La légitimité de l'intervention est une préoccupation importante pour tous les intervenants. Cette préoccupation est liée à d'autres considérants, notamment les compétences et les outils permettant de reconnaître une situation de maltraitance, de déterminer la mission et les valeurs de l'organisation, etc. Les intervenants se sentent légitimés d'intervenir dans les situations de maltraitance puisque tel est leur mandat légalement reconnu. Mais cette forme de légitimité de l'intervention ne semble pas suffire. Alors, comment légitimer le choix qui s'impose parfois de ne pas intervenir? Quel principe peut être invoqué? Les intervenants rapportent d'ailleurs se faire interpeler par d'autres services ou par la population par des questions telles que « Vous êtes payés pour faire quelque chose, alors pourquoi, n'intervenez-vous pas dans cette situation? »
(Intervenant)

« Comment s'assurer qu'on est face à une situation de maltraitance? » (Intervenant) La définition théorique de la maltraitance peut paraître comme un concept éloigné de la pratique mais, pourtant, elle apparaît pour les participants comme un fondement, un préalable à la légitimité de leur action. Elle permet d'identifier les formes de maltraitance en présence (physique, psychologique/émotionnel, sexuel, financier) ou de négligence; de rappeler que l'intentionnalité et la répétition du geste ne sont pas des critères de discernement; que la maltraitance implique une dimension relationnelle basée sur la confiance et que les conséquences sont importantes, pouvant causer du tort ou de la détresse chez une personne âgée. Ce sont là des indicateurs qui, bien que généraux, permettent une certaine évaluation de la situation, sans toutefois résoudre tous les dilemmes. Si l'objectivation de l'évaluation des besoins se révèle néanmoins importante, la dimension subjective vient elle aussi questionner la légitimation de l'intervention : « Si la personne ne ressent pas la situation comme étant une situation inacceptable, est-ce de la maltraitance? » (Intervenant) ou encore « Si la personne ne formule pas une plainte, est-ce de la maltraitance? » (Intervenant) La complexité des réponses à ces questions appelle également la création d'espace délibératif entre les intervenants.

La compétence à intervenir pose d'autres enjeux de légitimité : « Jusqu'où est-on compétent pour intervenir? Qui suis-je pour décider de ce qui est bon, de ce qui est juste? Le bien, c'est quoi? C'est bien pour qui? » (Intervenant) On voit ici que la compétence ne s'entend pas uniquement en terme de formation, elle évoque aussi la capacité à exercer un jugement clinique qui peut reposer sur des bases éthiques ou sur l'inter-influence qu'exercent d'autres acteurs comme les proches ou d'autres professionnels qui peuvent contribuer à la délibération, « Qu'est le fils, le docteur pour décider à la place de? Quelles sont les valeurs en jeu? » (Intervenant), mais sans se substituer à la décision de la personne âgée. Le nombre de protagonistes gravitant autour de la personne âgée rend difficile la convergence des opinions et des choix à faire. Les intervenants sont ici souvent aux prises avec des tensions éthiques et pragmatiques; ils se demandent si, au bout du compte, ils font toujours « le meilleur » (éthique) ou s'ils font « au mieux » (pragmatisme)?

La confidentialité

« Même avec des professionnels tenus par le secret professionnel, nous ne sommes pas autorisés à partager les informations. » (Gestionnaire)

Le secret professionnel et le partage de l'information s'avèrent des principes nécessaires aux bonnes pratiques, mais parfois contre-productifs. Cette question au cœur de la professionnalité s'affine au fur et à mesure que l'intervention se fait multiple : avec d'autres intervenants, avec d'autres organisations, avec d'autres cadres professionnels ou juridiques, etc. Tous reconnaissent l'importance d'avoir des lignes directrices pour départager ce qui peut être fait de ce qui ne peut l'être, ce qui peut être partagé de ce qui ne peut pas l'être et avec qui. Il est attendu ici que le secret professionnel fasse l'objet d'une régulation afin de restreindre l'écart d'incertitude qui se crée face aux motifs qui pourraient moduler son exercice.

D'autres situations viennent aussi remettre en question la confidentialité. Par exemple, dans les cas où c'est une tierce personne (autre intervenant, proche, voisin, etc.) qui fait une demande. Comment gérer la demande de

l'appelant? Quel est le souhait de la personne âgée? Comment entrer en contact avec cette dernière?

Les tensions entre l'unification des pratiques et la singularité des cas

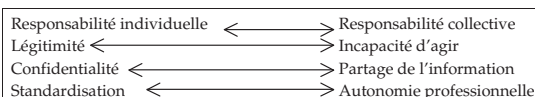
« Chaque usager devrait trouver une réponse similaire lorsqu'il place une demande à l'Agence, non pas en fonction des valeurs personnelles du répondant. » (Intervenant)

Comme souligné plus haut, c'est grâce au collectif que l'intervenant se sent soutenu dans sa prise de décision, et lors de l'ajustement de cette décision à la complexité de la situation de maltraitance¹⁰. La reconnaissance de valeurs communes, de valeurs organisationnelles partagées, auxquelles adhèrent les intervenants individuellement et collectivement est considérée comme une importante condition de cohérence des actions. En outre du caractère délibératif du collectif, ce dernier permet d'induire de l'équité dans la réponse donnée : certains intervenants considèrent d'ailleurs que la standardisation de la pratique peut garantir cette valeur dans l'action.

L'ambition d'équité ne doit cependant pas produire une réponse unique, mais plutôt une réponse intégrée, en raison du caractère multi-dimensionnel et délicat de la maltraitance, aussi bien dans ses causes, dans ses manifestations, que dans ses solutions. Cela fait en sorte qu'on ne peut prescrire mécaniquement des directives (*guidelines*), une recette à appliquer dans toutes les situations. Les intervenants en maltraitance doivent par conséquent être des multi-experts (comme autant de dimensions de la problématique), mais aussi des éthiciens appliqués, capables de réfléchir ensemble, avec d'autres (ce qui inclut l'usager-client) et de trouver les solutions les plus convenables selon la situation.

2. Discussion générale

Les résultats mettent en évidence une intervention qui contient plusieurs pôles en tension. Le rôle attendu des professionnels semble se définir comme celui de dégager une zone d'intervention dépolarisée qui fait glisser le curseur selon les situations.



L'imputabilité s'exprime en termes de responsabilité individuelle et de responsabilité collective ou collectivisée par les exercices délibératifs.

Qui est responsable d'agir ou de l'agir? C'est une question que Lithwick a débattue (2003). Intervenir peut-il produire des dommages? On retrouve ici les fondements des principes éthiques de la non-malfaisance qui tend à ne pas exposer les autres au risque de souffrir ou de subir des dommages ou des préjudices et cet autre principe de la bienfaisance qui concerne l'obligation morale d'agir au bénéfice d'autrui.

L'intervention se déroule dans un cadre aux contours parfois flous entre une légitimité claire et reconnue appuyée ou conférée par une organisation et l'impossibilité d'agir.

Selon Rabardel (2005 : 260) :

« La capacité de faire n'est pas une capacité en général mais une capacité de faire quelque chose, de faire advenir quelque chose dans l'espace des situations [...] La capacité de faire peut être caractérisée fonctionnellement par les résultats qu'elle permet de produire, les transformations du monde, les événements que le sujet est capable de faire advenir. Elle peut aussi être caractérisée par ce dont elle est constituée : les instruments, les compétences, les capacités fonctionnelles du corps propre, c'est-à-dire l'ensemble des ressources du sujet. Elle s'inscrit dans un rapport générique au réel. »

C'est ici que s'intercale le concept de *compétence*, soulevé par les participants, que l'on pourrait définir comme étant cette capacité à arbitrer les circonstances et à adapter son agir, au-delà de la tâche prescrite ou prévue, ou encore du mode opératoire connu, se rendant ainsi bien au-delà de la répétition machinale du geste ou de la consigne, conférant à l'activité du sujet sa dimension profondément humaine, réfléchie et adaptative.

Quant au thème de la **confidentialité**, il a fait ressortir, en filigrane, cette tension présente au quotidien, entre le devoir du secret professionnel qui fonde la confiance relationnelle et la nécessité normative et pragmatique de partager l'information en vue d'assurer la continuité et le continuum des services. Ces deux nécessités en apparence contradictoires sont, dans les faits, intrinsèquement liées l'une à l'autre; celle de poser des règles qui visent la protection et la défense du bien commun et celle de la marge

d'exercice du jugement professionnel au regard d'une situation singulière vécue par un usager porteur de droits (Beaulieu et Giasson, 2005).

C'est à ce moment que les intervenants peuvent procéder à un processus d'équilibration éthique qui va les mener non pas à rejeter un pan au profit de l'autre, mais bien à mettre un aspect plus en valeur tout en conservant l'autre au second plan.

Le dernier thème inscrivait déjà la tension entre l'**unification des pratiques** (standardisation) et la **singularité des cas** qui appelle à une pratique prudentielle, c'est-à-dire qui tient compte de la complexité et des particularités de la situation. Ce thème a ainsi fait émerger une croyance bien répandue dans les métiers relationnels quant à l'impossibilité de cadrer les interventions, de les objectiver (dans le sens de comprendre et de traduire les savoirs et les compétences implicites) en raison de leur caractère foncièrement subjectif, mi-relationnel, mi-communicationnel (Soulet, 2003). Les attentes et les appréhensions s'entremêlent dans l'intimité de l'intervenant convoquant en duel l'espoir d'un balisage de la légitimité et un sentiment de méfiance et de rejet à l'égard d'un mouvement de standardisation (Couturier, Gagnon, Belzile et Salles, 2011).

Les quatre thèmes transversaux qui ont été dégagés sont inspirants et trouvent assurément écho dans la pratique des professionnels du Québec qui interviennent dans des situations d'ainés aux prises avec la maltraitance. Ces résultats mériteront d'être analysés avec encore plus de finesse tant ils sont riches ou, tout au moins, ils indiquent que par-delà et au travers des contextes dans lesquels s'organisent les pratiques des intervenants dans la lutte contre la maltraitance, tous sont habités par un désir d'apporter une réponse appropriée, c'est-à-dire cohérente, équitable, accessible, bienfaisante et non maltraitante aux personnes en souffrance. Intervention rendue possible à condition de demeurer centrée sur la personne, sur sa parole et sur ses besoins, même si cela peut s'exprimer de manière un peu différente selon les contextes de pratique.

Cette volonté ferme de donner des services de qualité et sa condition associée, la centration sur la personne, trouvent écho dans tous les cadres conceptuels récents de la qualité des

services qui posent la centration sur la personne comme une dimension essentielle (Koren, 2010; Kröger et al., 2007; OMS, 2000; AMA, 1986). Travailler en plaçant la personne au centre de l'intervention (logique *client centered*) plutôt qu'à partir des services qui existent (logique *service driven*) apparaît comme un impératif qui relève du défi lorsqu'il passe du discours à la pratique. Car la pratique n'est pas que le fait d'individus « bienveillants ». Elle est en bonne partie déterminée par des lois qui viennent encadrer la légitimité et les possibilités organisationnelles et instrumentales de l'agir professionnel tendu vers la « bienfaisance » (Belzile, Etheridge, Couturier, Beaulieu, Aubry et Boudjémaa, 2011).

Conclusion

Actuellement, la maltraitance se présente comme un terrain fertile pour jeter des ponts entre des mondes (pratique, recherche, formation, etc.) et actualiser ainsi ce que Payne (2002) appelle une approche intégrée qui cherche à mettre de la cohérence et de la continuité dans les actions, et qui se décline en six composantes : 1) une définition intégrée de la maltraitance, 2) une approche intégrée pour déterminer l'ampleur de la maltraitance, 3) une approche intégrée permettant d'expliquer à la fois la maltraitance mais aussi les autres formes de victimisation des aînés, 4) une ample connaissance des conséquences de la maltraitance; 5) une réponse interprofessionnelle coordonnée aux situations de maltraitance; et 6) une vaste programme de prévention qui passe par la réappropriation du pouvoir (*empowerment*) des aînés.

Nos travaux nous ont permis de décrire des enjeux présents dans la quotidienneté de la pratique d'intervenants psychosociaux à partir de ce qu'ils nous ont dit sur ce qu'ils font. Nous avons analysé leurs discours pour découvrir leurs préoccupations et nous approcher de leur situation de travail. D'autres travaux se poursuivent afin de voir et de comprendre ce qu'ils font, mais aussi comment ils le font, afin de déterminer les besoins et les adaptations requises pour soutenir leur pratique auprès des personnes âgées qui vivent de la maltraitance. Cette démarche s'inscrit directement dans les cibles du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*

2010-2015, signé par 13 ministères et organismes gouvernementaux et rendu public en juin 2010. Ce premier plan d'action vise à « Affiner nos connaissances sur la maltraitance, joindre les aînés pour les informer, assurer la complémentarité et la cohérence des services pour mieux agir » (2010), et ce, même si contrairement à la Wallonie (en Belgique), le Québec n'instaure pas d'organisme entièrement consacré à l'intervention en maltraitance. Le plan d'action insiste sur la nécessité de renforcer et d'étendre les actions déjà existantes, d'intensifier la concertation interprofessionnelle et intersectorielle et d'améliorer l'offre de formation, incluant de meilleurs outils d'intervention pour les intervenants. C'est en analysant les pratiques effectives que pourront être dégagés des savoirs à réinvestir dans des formations, des outils, des dispositifs d'accompagnement des intervenants en maltraitance, en Wallonie, mais aussi au Québec et ailleurs.

Force est de constater qu'en Wallonie tout comme au Québec la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées est un projet ambitieux et bien engagé, riche en défis politiques, éthiques, cliniques et professionnels. Ce faisant, il importe à la fois de poursuivre l'analyse des pratiques pour soutenir les professionnels dans le déploiement de leurs actions et pour raffiner leurs pratiques qui, ne l'oublions pas, étaient quasiment occultées ou non spécifiques il y a quelques années à peine.

Descripteurs :

Violence envers les personnes âgées // Personnes âgées - Politique gouvernementale - Wallonie (Belgique) // Respect Seniors (Organisme) (Wallonie, Belgique)

Aged - Abuse of // Aged - Government policy - Wallonia (Belgium)

Notes

- 1 Notre propos s'appuie spécifiquement sur les résultats obtenus lors de la première mission québécoise en Wallonie (Belgique) que nous avons mis en parallèle avec le contexte québécois pour favoriser une meilleure compréhension de l'objet d'étude.
- 2 Au 1^{er} janvier 2010, la Wallonie comptait 3 498 384 habitants (Dossier du CESW. Les ménages. Mai 2011. [En ligne])
- 3 Pour l'histoire de Respect Seniors : <http://www.respectseniors.be/historique.html>.
- 4 Équivalent de la *Gazette officielle*.
- 5 On peut consulter le rapport statistique de l'organisme à <http://www.respectseniors.be/images/stat2011>.
- 6 En Belgique, comme en France, plusieurs services à domicile complémentaires sont offerts par différentes mutuelles qui offrent des services de santé selon les cotisations de leurs membres, en complément des programmes de sécurité sociale. Ainsi, dans ces sociétés bismarckiennes, la tâche principale des travailleurs sociaux en est une de véritable courtage de services qui se fonde sur l'accès aux droits en matière de services dispensés par les mutuelles et autres.
- 7 Les psychologues et les intervenants sociaux n'ont pas été identifiés selon leur groupe professionnel, compte tenu du petit nombre de participants et aussi parce que notre étude ne visait pas à comparer les deux professions. Ils sont simplement désignés par le terme « intervenants ».
- 8 Il s'agit ici d'une approche éthique normative basée sur une liste de principes (bienveillance, non-malfaisance, autonomie et justice) plutôt qu'une approche centrée sur des valeurs, par exemple.
- 9 On pourrait ici faire un lien plus spécifique avec la Ligne Aide Abus Aînés, qui a commencé ses opérations en octobre 2010, où les travailleurs sociaux agissent aussi d'abord en écoute des appelants (Bertrand, Bouchard, Chrysostome, Noubicier, Montminy, Thomas et al., 2012).
- 10 Cet ajustement, aussi appelée « pratique prudentielle », est au cœur de toute bonne pratique professionnelle (Champy, 2009).

Références

- American Medical Association (1986). Quality of care. Council on Medical Service. *JAMA*, 256, 1032-1034.
- Ash, A. (2010). Ethics and the street-level bureaucrat: Implementing policy to protect elders from abuse, *Ethics and Social Welfare*, 4, 201-209.
- Ash, A. (2011). A cognitive mask? Camouflaging dilemmas in street-level policy implementation to safeguard old people from abuse, *British Journal of Social Work*, 1-17.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1999). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press.
- Beaulieu, M., & Giasson, M. (2005). L'éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 18 (1), 131-147.
- Beaulieu, M., & Leclerc, N. (2006). Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults, *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3/4), 161-186.
- Belzile, L., Etheridge, F., Couturier, Y., Beaulieu, M., Aubry, F., et Boudjémaa, M. (2011). Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bienveillance institutionnelle, *Forum*, 134, 32-39.
- Berg, M. (1992). The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. *Sociology of Health and Illness*, 14 (2), 151-180.
- Bertrand, M., Bouchard, S., Chrysostome, C.-J., Noubicier, A.-F., Montminy, L. et Thomas, D. sous la direction de Charpentier, M. et Soulières, M. (2012). *Ligne téléphonique provinciale Aide Abus Aînés : analyse de l'implantation et de la pertinence clinique*. Rapport de recherche soumis au ministère de la Famille et des Aînés et au ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : PUF.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., et Salles, M. (sous presse-parution 2013). *La coordination des services, concepts et méthodes pour le travail social gériatrique*. Montréal : Presse de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Salles, M., et Belzile, L. (2011). Une nouvelle forme de catégorisation, l'évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie des personnes âgées, dans M. Jaeger (Ed.). *Usager ou citoyen? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale* : 209-224. Paris : Dunod.

- Giasson, M., et Beaulieu, M. (2004). Le respect de l'autonomie un enjeu éthique dans l'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités, *Intervention*, 120, 98-109.
- Hamel, J. (1997). *Précis d'épistémologie de la sociologie*. Paris : L'Harmattan.
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture change movement, *Health Affairs*, 29 (2), 312-317.
- Kröger, E., Tourigny, A., Morin, D., Côté, L., Kergoat, M.-J., Lebel, P., Robichaud, L., Imbeault, S. Proulx, S., & Benounissa, Z. (2007). Selecting process quality indicators for integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia, *BMC Health Services Research*, 7, 195.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4 (2), 1-31. Téléaccessible : <http://www.pistes.uqam.ca/v4n2/pdf/v4n2a8.pdf>
- Leplat, J. (2008). *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*. PUF.
- Lithwick (Cohen), M. (2003). Elder abuse: whose problem is it? *Intervention*, 119, 24-34.
- Nahmiash, D., & Reis, M. (2000). Most successful intervention strategies for abused older adults, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12 (3/4), 53-70.
- Organisation mondiale de la santé (2000). *Rapport de la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*. 15, 179-194.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Payne, B. K. (2002) An integrated understanding of abuse & neglect, *Journal of Criminal Justice*, 30, 535-547.
- Rabardel P. (2005). Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. Dans P. Lorino et R. Teulier, *Entre connaissance et organisation: l'activité collective* : 251-265. La Découverte « Recherches ». Téléaccessible : <http://www.cairn.info/entre-connaissance-et-organisation-l-activite-coll---page-251.htm>
- Sans auteur (2006). « Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002 », *Revue internationale des sciences sociales*, 4 (190), 683-719. DOI : 10.3917/riss.190.0683
- Soulet, M.-H. (2003). Penser l'action en contexte d'incertitude : une alternative à la théorisation des pratiques professionnelles ? *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 125-141. Téléaccessible à <http://id.erudit.org/iderudit/009847ar>.
- Spencer, C. (2010). *Environmental Scan and Critical Analysis of Elder Abuse Screening, Assessment and Intervention Tools for Canadian Health-Care Providers*. Rapport préparé pour Division of Aging and Seniors, Public. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Yaffe, M. J., Wolfson, C., & Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: implications for training and interprofessional care, *Journal of Interprofessional Care*, 23 (6), 646-654.

Sortir la violence de sa vie. Itinéraires d'hommes en changement

Piste de lecture

par **Pierre Turcotte, T.S.,**
Collection Travail social,
Les Presses de l'Université Laval,
2012, 142 pages.

Résumé et commenté par
Émilie Rousseau-Tremblay, T.S.

Beaucoup d'encre a coulé en ce qui concerne les rapports sociaux de genre et l'égalité des sexes. Une part importante des écrits a surtout porté sur la condition des femmes et sur des problématiques particulièrement saillantes, telle la violence conjugale. Comme le mentionne Pierre Turcotte dans son ouvrage, la problématique de la violence conjugale, d'abord confinée à la sphère privée et au domaine domestique, a été propulsée dans la sphère publique comme un problème de société avant d'être criminalisée. Et lorsque la violence conjugale est abordée, la définition que l'on en donne est le plus souvent genrée (hommes agresseurs et femmes victimes). Il en découle que les services pour les femmes victimes de violence conjugale sont accessibles et bien connus et, à l'inverse, ceux destinés aux hommes qui présentent un problème de violence sont souvent plus rares et méconnus.

Cet ouvrage partage les points de vue de 40 hommes investis dans un processus de changement face à la violence conjugale, à quatre moments forts de cet itinéraire : l'accueil dans l'organisme, l'entrée dans le groupe de thérapie, l'intégration au groupe, le travail sur soi durant la thérapie.

En introduction, l'auteur définit dans quel contexte temporel, culturel et sociopolitique s'inscrit sa démarche de recherche. Il laisse entendre que l'intégration rigide des normes

de la masculinité (ex. : pourvoyeur, protecteur, maître de ses émotions et premier responsable pour résoudre seul ses problèmes) n'est pas étrangère à la violence, ici conjugale, et qu'elle a un rôle à jouer dans les coûts humains pour ces hommes, ainsi que pour ceux qui les entourent.

L'ouvrage comprend six chapitres, le premier décrit l'évolution de l'intervention auprès des hommes en contexte de violence conjugale et présente les principaux concepts utilisés ainsi que quelques éléments méthodologiques. L'expérience thérapeutique est divisée en trois temps qui seront utilisés tout au long du texte à des fins d'analyse soit : le début du programme, le milieu, la fin, et le post-programme.

Par la suite, au chapitre 2, l'auteur aborde la perception que les participants ont de leur motif de consultation, selon le moment de l'expérience thérapeutique où ils se trouvent. Il constate qu'en début de parcours, les participants nient leur responsabilité dans l'acte, y attribuant des causes extérieures à eux-mêmes (ex. : stress, provocation, climat familial). En fin de parcours, les participants sont plus conscients de leur responsabilité au sujet de leur comportement. L'importance du rôle du réseau naturel dans l'amorce de la démarche y est traitée ici, tout comme les coûts affectifs liés à la prise de conscience de la violence.

Au chapitre 3, la qualité de l'accueil reçu dans l'organisme est désignée comme un facteur déterminant de reconnaissance du problème par les hommes concernés. Un accueil chaleureux, structuré, empreint de compréhension, de non-jugement, de respect et d'ouverture se présente comme un gage de réussite et facilite la réappropriation de la demande par le client, objectif principal de cette phase d'accueil.

Le chapitre suivant revient plus spécifiquement sur l'entrée dans le groupe. À ce moment, Pierre Turcotte constate que les participants, toujours dans le déni de leur comportement, vivent de l'anxiété et ont l'impression d'entrer dans un groupe de « vrais violents ». Ce chapitre dresse

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 137 (2012.2) : 68-69.

également le portrait des changements qui s'opèrent à différents niveaux : cognitif (reconnaissance du problème), comportemental (arrêt d'agir ou éviter la récidive) et relationnel (se responsabiliser). Il nous informe également des stratégies proactives et introspectives utilisées par les participants pour éviter la récidive. L'auteur constate des changements plus profonds et plus durables chez les participants qui apprennent à se responsabiliser. Fait intéressant à noter, les programmes de thérapie prennent la plupart du temps fin avant que des changements relationnels ne se produisent.

Au chapitre 5, l'auteur fait un retour sur les trois étapes de l'itinéraire du changement de ces hommes face à la violence conjugale. Il soulève également l'idée que les programmes devraient se prolonger au-delà du simple objectif de l'arrêt d'agir. Selon l'auteur, les organismes œuvrant auprès de cette clientèle pourraient utiliser les résultats de recherches pour obtenir des subventions supplémentaires en ce sens ou devraient s'allier à d'autres organisations pour un suivi post-thérapeutique.

Le dernier chapitre présente 11 perspectives d'intervention sociale. Par exemple, il est important, dès l'accueil, de clarifier et d'expliquer la différence entre la colère/frustration (niveau émotionnel) et la violence (niveau comportemental).

En somme, l'intervention auprès des hommes en contexte de violence conjugale comporte des similitudes avec l'intervention auprès d'autres clientèles. Notamment, la phase d'accueil, l'écoute, le non-jugement, le respect, l'alliance thérapeutique sont la base d'une intervention réussie. Elle présente également certaines particularités. Tout au long de l'ouvrage, l'auteur nous rappelle que la demande d'aide et le processus de thérapie heurtent les hommes dans leurs fondements. En effet, il semble qu'ils soient constamment en rupture avec ce qu'ils ont appris et intégré en matière de normes de masculinité. Notamment, la demande d'aide, l'image sociale de « batteur de femmes », le partage avec d'autres hommes transgressent les normes rigides de la société en matière de masculinité selon lesquelles un homme doit régler ses problèmes seul, protéger les plus faibles (femmes et enfants) et cacher son émotionnalité.

Cet ouvrage permet de mieux comprendre ce que vivent les hommes qui ont un problème de violence conjugale, sans pour autant excuser leurs gestes. Très riche en verbatim, il nous donne accès au monde intérieur d'hommes en changement.

Nous croyons que cet ouvrage est pertinent pour les intervenants des organismes consacrés à une clientèle masculine, mais aussi pour les services d'accueil, notamment en CLSC, où les problématiques rencontrées sont diversifiées. Il permet de sensibiliser les intervenants de manière générale à la question masculine et leur donne des pistes de réflexion plus spécifiques pour adapter leurs interventions à cette clientèle dont les problèmes sont souvent mal compris. Il permet aussi de penser une intervention pour des groupes particulièrement contraints par leur système normatif, pensons à certains corps de métiers, tels que les policiers ou les militaires. Il ouvre enfin la porte sur d'autres pistes d'intervention, notamment : prévenir la violence et favoriser des rapports de genre plus égalitaires par l'enseignement de normes sociales plus ouvertes, moins stéréotypées, dès les premières années de scolarisation.

Descripteurs :

Violence entre conjoints // Domestic violence

La construction de l'invisibilité. Suppression de l'aide sociale dans le domaine de l'asile

Piste de lecture

par **Margarita Sanchez-Mazas,**
IES éditions, Genève, 2011,
303 pages.

Résumé et commenté par
Stéphanie Arsenault
Professeure, École de service social,
Université Laval

Dans la plupart des pays occidentaux, nous assistons depuis plusieurs années à un durcissement du discours à l'endroit des personnes réfugiées et de celles en quête de protection internationale. Les médias de communication et les dirigeants politiques se font trop souvent les porteurs d'une rhétorique associant d'emblée ces dernières à de faux réfugiés, à des profiteurs ou à des terroristes. Ce discours s'accompagne, comme nous le voyons au Canada avec le projet de loi C-31 entré en vigueur le 28 juin 2012 (*Loi visant à protéger le système d'immigration du Canada*), de politiques et de programmes de plus en plus restrictifs et contraignants à l'égard des demandeurs d'asile et des réfugiés. *La construction de l'invisibilité*, à partir de l'exemple suisse, montre comment une politique dissuasive ancrée sur un durcissement du droit d'asile – ayant pour objectifs la réduction du nombre de demandeurs d'asile, le départ rapide de ceux jugés non admissibles et la réduction subséquente des budgets alloués à l'asile – en arrive à la création de conditions de vie accablantes aux conséquences dévastatrices pour les personnes touchées, sans pour autant en arriver aux résultats escomptés. L'ouvrage recensé est le fruit d'une recherche d'équipe menée dans quatre cantons suisses (Berne, Genève, Vaud et Zurich) et financée principalement par le Centre d'études de la diversité culturelle et de la citoyenneté dans le domaine

de la santé et du social (CEDIC). Il analyse et présente les impacts de la suppression de l'accès à l'aide sociale pour les personnes frappées de la clause de *non entrée en matière* (NEM) et conclut à la création d'une imposante population rendue invisible à l'égard de laquelle l'État se décharge de toute responsabilité et de tout engagement.

Le chapitre 1 brosse un portrait étoffé du contexte suisse en regard des politiques migratoires et plus particulièrement de l'évolution de la clause de NEM qui se trouve au cœur de l'étude et qui « renvoie à un traitement expéditif de la demande d'asile consistant à bloquer l'accès à la procédure ordinaire » (p. 13), donc à nier au demandeur le droit d'être entendu plus en profondeur pour une demande de refuge. Apparue en 1990, cette clause, visant d'abord à refouler rapidement les demandeurs d'asile dont l'identité est mal établie ou dont la collaboration semble non convaincante, évolue au fil des ans quant aux motifs y menant et aux conséquences entraînées par son application. Parmi les motifs supplémentaires menant aujourd'hui à l'attribution de cette clause lors d'une demande d'asile se trouvent le fait d'avoir déjà été l'objet d'une décision négative lors d'une demande antérieure en Suisse ou dans l'Union européenne ainsi que l'absence, réelle ou estimée, de motifs de persécution à l'étranger.

Les chiffres démontrent que l'absence de papiers d'identité jugés fiables demeure le motif le plus fréquemment évoqué pour attribuer cette clause, ce qui pose notamment problème au moment de vouloir exécuter les renvois. Cette donnée est également préoccupante en raison du fait que les demandeurs d'asile persécutés dans leur pays d'origine font souvent face à l'impossibilité d'obtenir des documents d'identité ou de voyage en règle ou encore doivent avoir recours à des documents falsifiés afin de quitter leur pays. À cet égard, l'article 31 de la Convention de Genève relative au statut des réfugiés prévient les pays signataires de l'interdiction d'appliquer des sanctions pénales aux requérants

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs
sociaux et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec.**
Numéro 137 (2012.2) : 70-72.

entrés ou séjournant irrégulièrement sur leur territoire dès lors que ces réfugiés se présentent aux autorités pour évoquer les motifs de leur entrée ou leur présence irrégulière.

Quant à l'évolution des conséquences, c'est en 2004 que l'accès à l'aide sociale est retiré aux personnes déclarées NEM et en 2008 que ce retrait est également appliqué aux demandeurs déboutés. Les personnes frappées de NEM sont donc aujourd'hui déclarées *ipso facto* en état de séjour illégal en Suisse, privées du recours à l'aide sociale et sommées de quitter le pays. Des chiffres sont également apportés en ce domaine démontrant qu'une minorité seulement (environ le tiers) des personnes frappées de NEM s'assujettissent au programme d'aide d'urgence leur étant destiné, lequel se trouve couplé implicitement d'une pression vers le retour au pays.

Ce programme d'aide d'urgence fait l'objet du chapitre 2 et son existence est d'emblée associée à l'article 12 de la constitution helvétique qui stipule que « quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine » (p. 57). On y décrit les variations cantonales entre Berne, Genève, Vaud et Zurich dans l'application de cette aide d'urgence, variations importantes, mais inscrites toujours dans la logique étatique voulant que les services doivent être le moins attractifs possible avec comme intention de pousser les personnes concernées à retourner dans leur pays d'origine. Les personnes inscrites à l'aide d'urgence se trouvent donc face à des contraintes comme l'obligation de changer de lieu d'hébergement toutes les semaines, l'impossibilité de choisir leurs lieux d'hébergement, leurs activités ou leurs aliments, l'obligation de se rapporter aux autorités à des fréquences très rapprochées pour l'obtention des bons d'achat ou encore l'impossibilité de sortir des lieux d'hébergement. Le lecteur comprend que les programmes mis en place ont pour effets d'éroder l'individualité, d'empêcher tout contrôle des NEM sur leur vie et de les rendre éminemment assujetties aux autorités qui les encadrent.

Le chapitre 3 présente les dilemmes de professionnels interrogés dans les milieux de pratique.

Il met particulièrement en évidence le dilemme éthique et professionnel auquel font face les intervenants, celui de tenter de faire respecter le droit fondamental à une vie décente sur le territoire helvétique tout en devant dissuader les personnes d'y demeurer. Les actions attendues des intervenants seraient désormais essentiellement gestionnaires et administratives.

À partir des témoignages recueillis auprès de personnes frappées de NEM et des intervenants du domaine, les chapitres 4, 5 et 6 étayent la réalité des personnes sollicitant l'aide d'urgence et celles se tournant plutôt vers la clandestinité, et donc l'invisibilité. On y expose d'abord les motifs menant certaines personnes à recourir à l'aide d'urgence, notamment l'absence de toute solution alternative leur permettant de survivre et l'espoir d'un accès à une forme de légalité, bien qu'illusoire (les personnes inscrites à l'aide d'urgence, bien que non clandestines, demeurent illégales), leur permettant ainsi de rompre le déni d'existence par lequel ils se sentent affligés. On y expose également les défis rencontrés par les personnes inscrites à l'aide d'urgence, en commençant par la pression incessante des autorités au sujet de leur condition de personne *non grata* en Suisse et de leur départ rapide souhaité (même lorsqu'ils se trouvent dans l'impossibilité de s'en aller). Les conditions matérielles de vie sont également déplorées et détaillées, notamment la pauvreté de l'alimentation, l'absence d'accès à de l'argent, l'absence de mobilité, la promiscuité, le manque d'hygiène et le froid en hiver. Mais de façon générale, le déni de liberté semble l'aspect le plus dur à supporter pour les personnes inscrites à l'aide d'urgence. On conclut sur ce point que le dispositif, à l'origine conçu dans une perspective d'accueil temporaire de courte durée, entraîne de nombreux problèmes sociaux et de santé aux personnes qui s'y trouvent souvent pendant de nombreux mois, voire des années, et qui vivent cette expérience comme « une privation de leur autonomie fondamentale » (p. 145).

Un peu plus loin, on aborde la réalité des personnes NEM n'ayant pas recours à l'aide d'urgence (environ les deux tiers des personnes) et se trouvant par conséquent dans

la clandestinité. Ces personnes veulent généralement éviter coûte que coûte le renvoi dans leur pays d'origine, même au prix de tout droit, et comptent parfois sur un réseau social suffisamment étoffé leur permettant de survivre hors des institutions de l'État. Elles logent parfois chez un parent ou une connaissance. Elles travaillent souvent au noir, occupant des emplois sous-payés dans un marché qui semble avoir besoin d'eux. Certaines ont recours à la petite criminalité ou au trafic de drogue, mais cette réalité serait moins répandue que l'opinion publique ne voudrait le croire, puisque des comportements illégaux ou criminels exposent de façon trop importante, selon leurs dires, les clandestins à des interpellations policières et donc au renvoi. La place occupée par les organisations communautaires et religieuses est également décrite en regard de l'accompagnement des personnes clandestines, une place qui varie grandement selon les cantons.

Le chapitre 7 analyse les motifs de refus ou d'impossibilité de retour des migrants vers leur pays d'origine. On y constate que la politique dissuasive échafaudée, plutôt que de provoquer le retour souhaité dans le pays d'origine des personnes désignées par la *clause de non-entrée en matière*, contribue à la création d'une catégorie de personnes « officiellement illégales » à long terme sur le territoire, par la voie de l'aide d'urgence, et d'une autre, plus nombreuse, de personnes invisibles vivant en marge du droit.

À travers les récits recueillis, des obstacles au retour ont été relevés, dont certains sont inhérents aux contextes d'origine, comme l'existence de menaces réelles à la vie ou la peur de « perdre la face » devant les parents et les amis, et leurs attentes déçues quant au projet migratoire. D'autres obstacles sont plutôt inhérents à la politique dissuasive comme la réactance psychologique et l'impuissance acquise. Les chercheurs affirment « qu'il arrive que les pressions subies par les personnes aient pour (contre) effet de les amener à tout mettre en œuvre pour « résister » [au départ] ou que la durée des conditions de vie et de santé les empêche de formuler un projet et les bloque sur place » (p. 214).

La production sociale et politique de l'invisibilité est le problème social d'envergure que posent

les conclusions de cette étude. Il y aurait donc, en Suisse, l'apparition d'une zone d'exclusion de droits, d'illégalité tolérée, d'inexistence ou de mort sociale tolérée par l'État dans un contexte où la population concernée trouve dans les faits une place à un marché du travail illégal ouvert et bien vivant. Les chercheurs contextualisent enfin la réalité étudiée à celle plus globale du démantèlement de l'aide sociale et de « la mise en cause des mécanismes de solidarité sociale, à partir de la notion « d'abus », apparaiss[ant] se réaliser par extensions successives vers diverses catégories de bénéficiaires, en partant des plus démunis » (p. 276).

Descripteurs :

Réfugiés - Politique gouvernementale - Suisse //
Refugees - Government policy - Switzerland

Social Work and Global Health Inequalities. Practice and policy developments

Piste de lecture

by Paul Bywaters, Eileen McLeod and Lyndsey Napier, The Policy Press, Bristol (UK), 2009, 304 pages.

Résumé et commenté par
Patrick Villeneuve, T.S.

Dans le chapitre servant d'introduction, les éditeurs de l'ouvrage soulignent tout d'abord les liens étroits existant entre les inégalités en santé et les inégalités sociales et autres déterminants sociaux. Ils affirment de plus que « tenter de réduire les inégalités en santé [...] doit devenir un objectif central du travail social et ce, à travers le monde et dans tous les types de milieu » (p. 3). En effet, la santé, définie de façon très large, constitue selon eux, un droit humain fondamental, et les inégalités en santé sont le résultat, notamment, de conditions sociales que nous pourrions choisir, comme société, de modifier.

Ces différents principes constitueront la toile de fond de l'ensemble de cet ouvrage très bien fait et intéressant. Les neuf premiers et les trois derniers chapitres explorent ces questions sous un angle plus conceptuel alors que les cinq autres chapitres relatent de façon beaucoup plus courte et descriptive un total de quatorze programmes mis en œuvre afin de réduire les disparités en santé.

On retrouve au second chapitre une réflexion concernant la santé en tant que droit humain fondamental. Les rôles joués par plusieurs instances internationales faisant la promotion de ce principe, telles l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS), sont examinés. La Politique sur la santé de cette dernière recoupe d'ailleurs parfaitement les principes qui sous-tendent ce livre.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 137 (2012.2): 73-74.

Le troisième chapitre aborde la santé comme un enjeu de justice sociale. L'auteur effectue ici un plaidoyer sur l'intervention directe soulignant, par exemple, l'importance du rôle des travailleurs sociaux au sein des équipes interdisciplinaires en santé. Il aborde également certaines dimensions macrosystémiques telles la nécessité de réduire la pauvreté ou celle de stopper la privatisation des systèmes de soins et de services. Selon lui : « La santé concerne à la fois les populations et les individus ainsi que leurs conditions de vie » (p. 43) et une analyse à la fois « micro/macro » constitue l'une des forces du travail social.

Trois types de situations exacerbées par la mondialisation font l'objet des trois chapitres suivants. Il s'agit de l'impact des changements climatiques (chapitre 4), des conflits politiques (chapitre 5) et de la marchandisation de la reproduction (chapitre 6) sur la santé des populations et des individus. On y souligne l'importance de maintenir la composante curative ou humanitaire du travail social, mais aussi l'importance d'intervenir, de façon plus proactive, plus collective et à plus grande échelle, à l'aide d'instances internationales notamment, afin de réduire l'incidence de ces problèmes.

Les trois chapitres suivants traitent de trois thèmes se trouvant au cœur des préoccupations traditionnelles en travail social soit la situation des enfants, celle des femmes victimes de violence et celle des personnes ayant une incapacité. Tout comme dans les chapitres précédents, les dimensions internationales sont explorées ainsi que l'interaction entre les pratiques et les politiques.

Comme mentionné plus haut, cinq autres chapitres traitent de façon succincte de quatorze exemples de programmes considérés prometteurs afin de réduire les disparités en santé. Ceux-ci ont misé, notamment, sur l'*empowerment*, la mobilisation, l'éducation ou la production de nouvelles connaissances à l'aide d'analyses secondaires de données. Ils se sont déroulés dans plusieurs pays et sur plusieurs continents.

Dans les trois derniers chapitres, on examine tout d'abord comment certaines alliances pourraient être forgées avec des experts et des regroupements d'usagers afin de faciliter les changements souhaités. Un ancien président de la Fédération internationale des travailleurs sociaux examine ensuite la contribution actuelle et potentielle des travailleurs sociaux sur la scène internationale. Dans le chapitre servant de conclusion, les éditeurs de l'ouvrage passent en revue les principaux constats et pistes de solution relevés par eux-mêmes et leurs collègues dans les chapitres précédents.

Ce livre constituera sans nul doute un ouvrage de référence important pour quiconque s'intéresse au rôle que joue et que pourrait jouer le travail social dans la réduction des disparités en santé. En effet, le sujet est d'une grande pertinence sociale et scientifique. La dimension internationale de l'ouvrage permet de bien comprendre le contexte de cette problématique qui est traitée de façon fort rigoureuse.

Descripteurs :

Santé - Aspect social // Health - Social aspects

La personne ayant une déficience intellectuelle. Découvrir, comprendre, intervenir

Piste de lecture

par Jean-Charles Juhel, Les Presses de l'Université Laval et Chronique sociale, Québec et Lyon, 2012, 450 pages.

Résumé et commenté par
Jean Ruest, T.S.

Seconde édition d'un manuel publié en 1997 aux Presses de l'Université Laval, *La personne ayant une déficience intellectuelle. Découvrir, comprendre, intervenir* est destiné à tous les intervenants qui accompagnent des personnes vivant avec une déficience intellectuelle, que ce soit en milieu familial, scolaire ou social. Dans ce volume, Jean-Charles Juhel nous plonge dans l'univers des personnes ayant une déficience intellectuelle, nous fait découvrir leur réalité, leur développement, ainsi que le vécu de leur entourage : le milieu social de ces personnes est pleinement intégré dans la perspective de cet ouvrage.

En ouverture, l'auteur invite ses lecteurs à réfléchir aux défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec une déficience intellectuelle qui fréquentent « nos garderies, nos écoles, nos loisirs et notre communauté » (p. XXI). En sept chapitres, il tente ensuite de dresser le tableau le plus complet possible de la personne ayant une déficience intellectuelle et d'offrir aux intervenants un répertoire de gestes et de ressources dans lequel puiser pour orienter leurs interventions.

Le chapitre premier est consacré à l'histoire de la déficience intellectuelle. L'évolution de la situation des personnes ayant une déficience intellectuelle, tant en France qu'au Québec, de même que les tendances actuelles sont présentées. M. Juhel souligne bien les modifications

d'attitudes et de façons de faire des intervenants survenus ces dernières années : d'une perception négative de ces personnes et d'une prise en charge par les intervenants, on est graduellement passés à une intégration à la société, en mettant en place les modalités nécessaires pour les aider à vivre et à travailler dans la communauté. Il souligne l'attention portée aux rôles sociaux assumés par la personne vivant avec une déficience intellectuelle, à l'amélioration de leur image sociale, à la prise en compte de leurs besoins et à leur reconnaissance comme citoyennes à part entière. Il aborde également dans ce chapitre les types de services offerts à ces personnes ainsi que les droits qui leur sont reconnus. Les associations de parents et leur rôle sont aussi évoqués. Pour illustrer la compréhension actuelle de la déficience intellectuelle, l'auteur fait appel au modèle de « processus de production du handicap » qui stipule que le handicap surgit lorsque la personne rencontre, dans son environnement, des obstacles physiques et sociaux. L'auteur insiste sur l'importance du modèle écosystémique dans le rôle de l'intervenant, qui doit travailler à maintenir l'équilibre du réseau social de la personne. Différents principes devant guider l'action sont exposés, dont le respect, la justice, l'autodétermination et la contribution de la communauté; ces principes sont proches des valeurs des travailleuses sociales et travailleurs sociaux.

Plus long, le second chapitre donne une définition de la déficience intellectuelle, présente les connaissances actuelles en ce domaine ainsi que les statistiques et la fréquence des diagnostics. L'auteur nous rappelle que la déficience intellectuelle est un état et non une maladie. Une composante sociale est considérée dans la définition qui nous est offerte : dans le diagnostic et l'évaluation d'une déficience intellectuelle, on se base toujours sur ce que l'on juge comme étant la norme pour une société donnée. Puisqu'on ne peut parler de déficience intellectuelle sans parler d'intelligence,

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 137 (2012.2) : 75-77.

L'auteur présente quelques théories et concepts sur cette notion. L'accent est mis en particulier sur les stades de développement cognitif de l'enfant théorisés par Jean Piaget. Il traite également de l'évaluation et du diagnostic de la déficience intellectuelle, tout en rappelant que le test évaluant le quotient intellectuel pour établir les catégories de déficience intellectuelle ne dresse pas, à lui seul, un tableau complet de la personne, puisqu'il n'offre aucune information sur ses forces et ses caractéristiques personnelles, telles que la maturité affective et les acquis issus des expériences de vie. Puis les causes possibles de la déficience intellectuelle sont présentées, classées selon différentes catégories : aberrations chromosomiques, aberrations des chromosomes sexuels, erreurs métaboliques, aberrations biologiques. Les facteurs périnataux et les conditions psychosocioéconomiques (dont le syndrome du bébé secoué) sont également mentionnés. Le caractère plutôt médical des informations contenues dans ce chapitre peut rendre sa lecture ardue; le lecteur cherchera probablement à concentrer sa lecture sur les quelques diagnostics qui le concernent dans le cadre de sa pratique.

Un portrait de la personne vivant avec une trisomie 21 est dressé au troisième chapitre. On y décrit ses caractéristiques physiques, son mode d'apprentissage et de raisonnement, son développement langagier et psychomoteur à travers les grandes étapes de la vie: enfance, adolescence, âge adulte et avancé. L'auteur y aborde également des réflexions éthiques sur le droit à la vie, notamment en regard du dépistage prénatal systématique de la trisomie 21. Cette pratique soulève de nombreux enjeux sociaux et éthiques liés aux valeurs fondamentales de notre société: l'équité, la solidarité, la justice sociale et le respect des différences. L'auteur présente des avis issus de différentes sources sur la question. Encore une fois, dans la présentation de ces réflexions, il tient compte du vécu des parents et des futurs parents. Il souligne l'importance de leur offrir les informations appropriées et un soutien dans leur prise de décision.

Le quatrième chapitre présente l'univers des personnes ayant une déficience intellectuelle. L'auteur y aborde les aspects sociaux de la vie

de ces personnes et leur participation à la vie de la communauté. Différentes sphères de leur vie sont couvertes, notamment l'intégration à l'école, au travail et dans la collectivité, la sexualité, la vie à deux et la parentalité, la violence conjugale et la vie dans une ressource résidentielle. Quelques organismes communautaires intervenant auprès de cette clientèle sont également présentés. L'auteur aborde ces questions de front, sans aucun tabou, et n'a pas peur d'ébranler les certitudes et les préjugés du lecteur. Il insiste pour que nous reconnaissons d'abord et avant tout l'humain en la personne vivant avec une déficience. Dans ce chapitre, il est aussi question de l'annonce du diagnostic de la déficience intellectuelle aux parents et de leur processus d'adaptation à cette situation nouvelle, de même que de l'impact de l'arrivée d'une personne ayant une déficience intellectuelle sur la dynamique familiale.

Différentes interventions éducatives pouvant être offertes aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle sont regroupées au chapitre cinq. L'auteur offre aux intervenants des pistes facilitant l'élaboration des objectifs lors du plan d'intervention. On y retrouve le processus d'apprentissage de la personne ayant une déficience intellectuelle et les difficultés d'apprentissage qu'elle peut présenter. Diverses stratégies, techniques et approches d'intervention sont présentées (dont les techniques de Redel et Wineman, la méthode Bliss et la zoothérapie). Ce chapitre est abondamment illustré et fournit des exemples concrets des approches décrites. Les qualités de l'intervenant œuvrant auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle sont aussi explicitées.

Le développement de l'affectivité chez la personne ayant une déficience intellectuelle est abordé au sixième chapitre. On y trouve des informations au sujet de l'encadrement familial, des relations affectives entre la personne et son intervenant, des comportements agressifs (incluant des stratégies pour les gérer efficacement) et de la compréhension de la mort. Enfin, le septième et dernier chapitre traite des personnes vivant avec des déficiences multiples : les causes de ces dernières, les problèmes de santé associés (notamment l'épilepsie) sont décrits. Encore ici des approches et des

techniques d'intervention dont le programme *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEEACH)* auprès de l'enfant aux déficiences multiples sont énoncées brièvement. En dernier lieu, des annexes présentent le développement de l'enfant de 0 à 6 ans et l'élaboration d'un plan de services individualisé. Un lexique et un répertoire de sigles et d'acronymes utilisés en France et au Québec complète le tout.

Tout au long de son ouvrage, M. Juhel remet en question les préjugés du lecteur en s'adressant directement à lui, l'invitant à prendre le temps qu'il faut pour découvrir et apprivoiser la personne qui vit avec une déficience intellectuelle. Il met l'accent sur la nécessaire authenticité dans nos rapports avec cette personne, sur l'importance de soigner la relation et le climat dans lequel se déroulent les interventions. Le volume est ponctué de témoignages de personnes vivant avec une déficience intellectuelle, de leurs proches, de leurs enseignants.

J'émettrais cependant une réserve quant aux références répétées à la normalité dans le texte. Bien que l'auteur souligne que la définition de la déficience intellectuelle implique une divergence face à une certaine norme sociale et qu'il utilise à l'occasion les guillemets lorsqu'il emploie le mot « normal », une phrase telle que « Pour que l'adulte trisomique mène une vie normale, il faut qu'il ait vécu une enfance et une adolescence normales » (p. 155) peut laisser songeur et renvoyer à un préjugé potentiel. De même, les propos de l'auteur sur l'égoïsme des personnes vivant avec une déficience intellectuelle (au chapitre 4) et sur le rôle de la mère en tant que « ménagère » qui doit faciliter la reconnaissance de l'habitat (au chapitre 6) peuvent heurter les valeurs des travailleuses sociales et travailleurs sociaux et sembler en décalage avec l'évolution de la société québécoise.

Malgré ces quelques réserves, le livre de M. Juhel demeure un ouvrage de référence qui pourra être fort utile aux intervenants qui désirent connaître le monde des personnes vivant avec une déficience intellectuelle et découvrir les pistes d'intervention à privilégier auprès de celles-ci.

Politique éditoriale

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

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

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

Contenu :

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

Forme :

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

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

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

(20 pages) **pour un article de fond** ou **au maximum 26 000 caractères** (15 pages) **pour un autre type d'article**, en incluant les notes et les références. L'auteur fera parvenir son texte par courriel à <revue.intervention@otstcfq.org>.

Ce courriel devra contenir deux fichiers distincts.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contents:

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

Style:

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

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

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

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

This email must contain two separate files.

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

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

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

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

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

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

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

PROCESSUS TRANSITOIRES ET PHÉNOMÈNE DU PASSAGE DANS LA VIE PROFESSIONNELLE

Les moments de transition jalonnant l'expérience humaine ont ceci de particulier qu'ils sont vécus singulièrement suivant les contextes dans lequel ils s'inscrivent tout en revêtant un caractère universel, ce qui permet de les penser globalement comme des phénomènes humains. Les processus de transition se caractérisent par un déséquilibre momentané que celui-ci soit à petite, moyenne ou grande échelle. Alors que, pour certains, cette perte de repères peut être vivifiante et susciter un bienfaisant renouveau, pour d'autres, elle est source d'une angoisse paralysante. Cela est d'autant plus vrai lors de situations où les vulnérabilités se cumulent, par exemple, lors de l'insertion professionnelle de nouveaux arrivants, celle de jeunes décrocheurs ou encore lors de l'entrée dans l'âge adulte de jeunes ayant transités par les centres jeunesse, pendant leur adolescence.

Le comité de la revue *Intervention* souhaite explorer, dans le prochain numéro, les différents processus transitoires pouvant avoir lieu dans la vie professionnelle. Plusieurs faits sociaux affectent les travailleurs et la mobilité de ces derniers. Nous n'avons qu'à penser à l'État qui cherche, depuis plusieurs années, à réduire sa taille et à modifier ses structures de façon significative, aux nombreux défis devant être relevés pour concilier le travail et la famille ou encore au fait que chaque année des milliers d'immigrants doivent s'intégrer au marché de l'emploi au Québec. Ces réalités ont des conséquences sur les travailleurs sociaux, car elles détermineront les problèmes sociaux et les besoins des usagers et modulent ainsi les interventions à réaliser auprès d'eux. Elles ont aussi un impact direct sur la situation professionnelle des travailleurs sociaux car eux aussi peuvent être employés de l'État, parents ou immigrants.

Concernant plus spécifiquement le domaine du service social, plusieurs changements structurels ont modulé et encadré les pratiques des intervenants ces dernières décennies, le dernier en lice étant l'adoption du projet de loi 21¹. Dans la même lignée, l'Ordre, porté par la volonté de mieux définir la pratique de ses membres, mène depuis plusieurs années des travaux à propos de la profession de travailleur social et des exigences liées à son exercice. Ces travaux ont abouti à la production de plusieurs documents de référence, notamment le nouveau *Référentiel d'activités professionnelles lié à l'exercice de la profession de travailleur social* disponible depuis décembre sur le site de l'OTSTCFQ. Il est évident que ces « encadrements » ont un impact sur les pratiques quotidiennes des membres de l'Ordre, sur les milieux de formation des futurs travailleurs sociaux et, conséquemment, sur ceux et celles qui se joindront à la profession sous peu. Nous pouvons par exemple, penser, qu'en raison de l'adoption de la loi 21, de nombreux intervenants psychosociaux, actuellement non éligibles à un ordre professionnel, feront le choix, au cours des années à venir, de retourner sur les bancs d'école afin d'avoir accès à un titre professionnel reconnu.

Dans le même ordre d'idées, le processus d'insertion socioprofessionnelle des nouveaux travailleurs sociaux est une thématique peu abordée dans les écrits scientifiques produits au Québec. Or, le passage progressif du rôle d'apprenant à celui de pratiquant comporte des défis de taille. Plusieurs questions portant sur ce sujet pourraient être abordées. Par exemple, considérant que l'expérience est une variable jouant un rôle important dans la relation d'aide, quels dispositifs sont mis en place par les milieux de travail pour favoriser l'intégration, le développement et le soutien des travailleurs sociaux inexpérimentés? Comment la représentation du travail social des étudiants et des nouveaux professionnels du service social évolue-t-elle au fur et à mesure qu'ils avancent dans leur formation et entrent sur le marché du travail? Comment cela joue-t-il sur leurs pratiques? Qu'en est-il des nombreuses personnes qui choisissent le service social comme deuxième carrière? Comment leurs expériences de vie influencent-elles leur intégration en tant qu'intervenant inexpérimenté?

Nous invitons donc les membres de l'Ordre et les auteurs ayant de travaux portant sur ces questions ou sur d'autres qui pourraient apporter un éclairage à ce sujet à soumettre des textes.

Célyne Lalonde, T.S.

Pour le comité de la revue *Intervention*

Note

1 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

DATE LIMITE POUR SOUMETTRE LES ARTICLES : LE 15 JUIN 2013

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@otstcfq.org

TRANSITIONAL PROCESSES AND THE PHENOMENON OF ENTERING PROFESSIONAL LIFE

What is particular to transitional moments that mark the human experience is that, while they are unique in terms of their specific context, they do have a universal character, which allows us to think globally in terms of human phenomena. Transitional processes are characterized by a momentary imbalance on a small, medium or grand scale. While for some, this loss of bearings can be energizing and give rise to positive renewal, for others it can be a source of paralyzing anxiety. This is especially true in situations where vulnerabilities are compounded, during the professional integration of newcomers or young dropouts for example, or the coming of age of youths having spent their teen years in group homes.

In its next issue, the *Intervention Journal* wishes to explore the various transitional processes that can mark one's professional life. A number of social facts have an impact on workers and their mobility. One need only think of the State, which for several years has sought to significantly reduce its size and modify its structures, the many challenges facing those who seek to combine work and family, or the fact that every year, thousands of immigrants must integrate into Québec's employment structure. These realities affect social workers in that they determine users' social problems and needs, requiring workers to adjust their interventions accordingly. They also have a direct impact on the professional situation of these social workers, who can also be employees of the State, parents or immigrants.

Concerning the field of social work more specifically, several structural changes have affected and framed professional practices in recent decades, the most recent of which is the adoption of Bill 21¹. Further to this, for several years, the Order, which is intent on better defining the practice of some of its members, has focused on the social work profession and requirements relating to its practice. This work has led to the production of a number of reference documents, including the new *Référentiel d'activités professionnelles lié à l'exercice de la profession de travailleur social* (Framework of professional activities related to the practice of social work) available since December on the OTSTCFQ's website. It goes without saying that these "frameworks" have an impact on the daily practice of the Order's members, environments for the training of future social workers and, consequently, on those who will soon be entering the profession. For example, it is plausible that, given the adoption of Bill 21, many psychosocial professionals who are not currently eligible to join a professional order will, over the coming years, go back to school to earn access to a recognized professional title.

In this same line of thought, the process for the socio-professional integration of new social workers is a theme that has not often been addressed in scientific documents produced in Québec. Yet, the progressive passage from the role of learner to that of practitioner holds its share of significant challenges. Several issues dealing with this subject could be addressed. For example, given that experience is a variable that plays an important role in the helping relationship, what measures could be implemented by work environments to favour the integration, development and support of inexperienced social workers? How does the representation of the work of social work students and new professionals evolve as their training progresses and they enter the labour force? How does this impact on their practice? What about the many persons choosing social work as a second career? How does their life experience influence their integration as an inexperienced professional?

We therefore invite members of the Order and authors of works dealing with the aforementioned issues or others, which we have failed to mention, to submit articles on these themes.

Célyne Lalonde, S.W.

For the *Intervention Journal* committee

Note

1 Bill modifying the Professional Code and other legislative measures in the field of mental health and human relations.

DEADLINE FOR SUBMITTING ARTICLES: JUNE 15, 2013

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@otstcfq.org