

Complexité et intervention sociale : réflexion éthique et processus délibératifs individuel et de groupe dans une situation litigieuse

par

Josée Grenier, T.S., Ph. D.

Professeure

Université du Québec en Outaouais – campus de
Saint-Jérôme

Courriel : josee.grenier@uqo.ca

Josée Chénard, T.S., professeure

Université du Québec en Outaouais – campus de
Saint-Jérôme

Courriel : josee.chenard@uqo.ca

Description de la réflexion éthique et son utilisation pour redonner une place aux valeurs du travail social dans le contexte des changements dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec.

Description of the ethical reflection process, and its use to give back a place for social work values, in the context of changes in the Quebec Health and Social services field.

L'analyse sommaire de l'évolution des différentes mesures adoptées par l'État québécois dans le secteur de la santé et des services sociaux fait état d'une certaine mouvance politique et idéologique qui a peu à peu transformé le portrait des services publics (Bourque, 2009a). Les orientations politiques font valoir une conception managériale de la gouvernance étatique (Bergeron et Gagnon, 2003; Parazelli et Dessurault, 2010) fondée sur des valeurs où prédomine une culture axée sur la performance. Désormais, les établissements doivent répondre à des exigences de pertinence, d'efficacité et d'efficacités. Cette posture adoptée par les institutions publiques a une incidence directe sur le travail social institutionnel (Bourque, 2009b). En effet, les préoccupations

économiques des institutions et leur visée de performance s'arriment difficilement aux valeurs humanistes du travail social. Ce virage idéologique et pratique a produit un malaise important chez plusieurs travailleuses sociales œuvrant au sein même de ces institutions et qui adhèrent à des idéaux d'équité, de justice et de solidarité (Bouquet, 2003; Meagher et Parton, 2004; Vézina et Saint-Arnaud, 2011), des préoccupations plus humaines.

Les travailleuses sociales doivent donc composer avec des logiques antinomiques dans un contexte de rareté des ressources. Elles sont constamment appelées à transiger dans l'action au sein de situations où figurent des enjeux moraux, et malgré leur expérience, la complexité de certaines situations sème le doute quant au choix de la meilleure action. L'éthique est proposée comme un outil d'aide à la réflexion afin de guider les travailleuses sociales dans leur jugement pratique. Il ne s'agit pas ici de présenter un nouveau modèle de délibération, mais bien de suggérer des repères pour guider la réflexion dans l'action.

Par ailleurs, les transformations récentes ont eu un impact direct sur les dimensions interactives et relationnelles du travail social. La travailleuse sociale est appelée à composer avec un nombre infini de situations complexes, avec une multitude d'acteurs. La collaboration entre ces acteurs favorise un partage de responsabilités, permet d'appréhender, avec la richesse des expertises, les situations les plus complexes, et parfois d'apporter des solutions novatrices. Cependant, à certains moments, ces alliances peuvent par la différence de perceptions, de moyens suggérés ou de finalité recherchée être sources de conflits entre acteurs. Le dénouement de ces conflits ou la bonne entente entre ces « partenaires » de forme constituent un enjeu de taille en travail social. En somme, les logiques découlant des différentes transformations ont créé un malaise important chez plusieurs travailleuses sociales : morosité, perte de sens, isolement et épuisement professionnel

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 138 (2013.1) : 56-71.

(Molinier, 2004; Weinberg, 2009). Toutefois, nous croyons qu'une éthique solidaire inscrite dans un mouvement d'alliances professionnelles constitue un moyen de maintenir, de stimuler son engagement et de renouer avec le sens réel du travail social, soit une activité humaine et relationnelle.

Cet article, fruit de savoirs croisés entre réflexions théoriques, travaux de recherche et expérience pratique, fait état, dans la première partie, des éléments de la transformation des services publics, de ses effets et de la complexité qui en découle dans la pratique. Cette complexité des organisations et de leur fonctionnement se juxtapose à une complexité des situations rencontrées sur le terrain. L'article propose un schéma illustrant concrètement les dimensions de cette complexité. Pour une lecture de la complexité, essentielle à l'intervention, il propose également un outil de réflexion éthique individuelle et de groupe. Cette proposition vise à sortir d'une lecture trop souvent individuelle ou biomédicale des problèmes sociaux pour ouvrir vers une coopération et une solidarité au sein des équipes d'intervenants.

Transformation de la pratique du travail social Effets des transformations des services

Les transformations du réseau de la santé et des services sociaux enchâssées par de nouvelles logiques ont modifié et complexifié, à certains égards, le travail social. Entre autres effets à considérer, la modification du cadre de pratique, théorique et méthodologique et enjeux, et l'arrivée d'un nombre de partenaires croissant entraînant du même coup des effets sur les dimensions interactives et relationnelles du travail social. En effet, le transfert de plus en plus important de l'État vers la communauté a conduit à des collaborations étendues avec un grand nombre d'acteurs. Le partenariat entre les secteurs public et privé en constitue un exemple. Ces collaborations complexifient la tâche des travailleuses sociales. Plus que jamais, le travail de collaboration interdisciplinaire, intersectorielle, impliquant les destinataires de l'aide et les proches, s'inscrit à l'avant-plan du travail social. Malgré toutes les retombées positives, ces collaborations requièrent un temps considérable, au moment même où les charges de cas augmentent, avec

des situations de plus en plus complexes, avec de rares ressources et des contraintes administratives de plus en plus précises, définies par les gestionnaires.

La logique de l'intervention sociale s'inscrit avant tout dans une coconstruction tissée de dialogues et d'échanges inscrits dans la réciprocité. Dans cette alliance collaborative avec les aidés se cultive l'autonomie de la personne apte à faire ses propres choix et à conduire ses actions. Comme le souligne Faya (2007), dans cet espace d'échanges, chacun construit à partir du savoir de l'autre. Cette attitude réclame de la part de l'intervenante une reconnaissance de la personne, de son histoire, de ses expériences, de ses représentations du monde et de ses valeurs. La travailleuse sociale navigue dans l'univers des valeurs. Entre l'idéal professé et l'application dans la pratique, il existe un écart. Certaines valeurs sont parfois sacrifiées et l'intervenante a parfois l'impression de se trahir, de perdre une partie de son identité (Hurst, 2001). L'aspect quantitatif du travail est démesurément priorisé et valorisé aux dépens de la qualité de l'intervention. De fait, le nombre de suivis et l'ajout de procédures et de règlementations qui contraignent à l'immédiateté (Diet, 2003) s'opposent à l'écoute active, à la disponibilité, à l'accompagnement dans la continuité des services, à la présence à l'autre, à l'information complète, à la référence personnalisée, au soutien par un accès à des services, à l'empathie, au jugement éclairé. Un paradoxe éthique. Comment conjuguer les exigences institutionnelles, performance et vitesse d'exécution, et le caractère fondamentalement complexe du travail social, construit de relations et de liens? Comment agir dans l'intérêt de la personne? Comme l'affirme Edgar Morin (2005), face à la complexité, il est nécessaire de bien penser pour bien agir.

La complexité comme exigence de ce nouveau contexte en travail social

En milieu institutionnel, les travailleuses sociales travaillent au sein d'organisations complexes, régulées par des modalités explicites – règles, modalités de fonctionnement et procédures, etc. – et implicites – valeurs et culture du milieu, manière d'agir, code des bonnes relations, pouvoir de certains acteurs du milieu. La complexité est transversale et

s'exprime à travers le caractère diversifié et la nature des collaborations avec bon nombre d'acteurs : collègues de la même discipline ou d'autres disciplines, partenaires du réseau public ou du secteur privé, destinataires de l'aide et leurs proches. Dans son rôle, la travailleuse sociale doit composer avec ces acteurs, dont les valeurs et les logiques de leur milieu d'appartenance sont parfois éloignées du travail social créant à certains moments des tensions : les valeurs et les cadres de référence entre professionnels constituent parfois des « espaces » de tensions et de confrontations au sein des institutions et entre partenaires (Chénard et Grenier, 2012). Cet aspect lié au contexte et aux acteurs complexifie l'intervention et les relations.

Par ailleurs, cette complexité se révèle par les problématiques vécues toujours de manière unique, par une diversité de personnes qui appartiennent à des réseaux de relations plus ou moins étendus, et dont les soins et les services sont dispensés dans et par une organisation au fonctionnement souvent complexe.

Les travailleuses sociales sont fréquemment amenées à transiger et à résoudre des situations complexes les obligeant à réfléchir à l'action, dans l'action et souvent même à une rétroaction. La complexité de certaines situations peut parfois semer le doute quant au choix de la meilleure action. Cette complexité demande de réfléchir l'intervention en considérant l'ensemble des dimensions d'une situation. Ces dimensions sont interreliées et agissent les unes sur les autres provoquant un « jeu » d'effets et de conséquences sur le contexte et ses acteurs. Ce travail de réflexion et d'analyse est l'occasion d'une mise à distance de la situation problème et du sens des actions (Verrier, 2009). Cette mise à distance facilite la compréhension des enjeux et des dilemmes qui se retrouvent souvent à la base de conflits de valeurs entre les acteurs lors de la prise de décision. Ces tensions et ces conflits reposent la plupart du temps sur des questions d'ordre moral, éthique, se rapportant bien souvent à la meilleure conduite à adopter, à la façon d'agir – quoi faire et comment faire pour faire le bien.

La réflexion éthique

La travailleuse sociale doit, dans la résolution de la situation, considérer une multitude de

facteurs et pour la guider et la soutenir dans son jugement pratique, nous proposons l'éthique. Duhamel et Mouelhi (avec la collaboration de S. Charles, 2001) proposent une définition élargie de l'éthique qui intègre un axe individuel et un second plus collectif.

« L'éthique concerne nos actions, nos façons d'agir et la manière de régler notre vie, tant individuelle que sociale; elle relève donc de la dimension **pratique** de l'existence humaine. Plus précisément, l'éthique concerne l'**évaluation** ou l'**appréciation** de nos actions, de notre conduite et de nos règles de vie, selon le registre du bien ou du mal, du juste ou de l'injuste, etc. [...] L'éthique concerne autant l'agir individuel que celui des institutions publiques. Elle possède donc une dimension sociale et collective que l'on rattache habituellement à la politique » (Duhamel, Mouelhi et al., 2001 : XIX).

L'éthique exige une posture réflexive, critique et continue, d'abord sur soi, ensuite dans le rapport à l'autre, aux autres, à la communauté et aux institutions. L'éthique interroge l'agir individuel et les institutions publiques qui ont également un mandat moral envers la population (Duhamel, Mouelhi et al., 2001). Dans son expression la plus simple, l'éthique représente les valeurs qui guident nos actions et le choix de ces décisions (Weinstock, 2009). Sur le terrain, la travailleuse sociale – ou l'équipe de professionnels – rencontre des situations difficiles qui interpellent son sens moral, ses valeurs. Confrontée à un dilemme éthique, à un cas de conscience, la travailleuse sociale ressent un malaise ou ne sait pas toujours comment agir ni quelle attitude adopter. Le dilemme éthique s'inscrit comme un conflit de valeurs à résoudre. La plupart du temps, il prend la forme d'une situation complexe où des choix d'action possibles reposent sur des valeurs différentes avec des conséquences à la fois positives et négatives, quel que soit le choix. Ce qui complique la tâche de l'intervenante est qu'aucune solution ne s'impose. Chaque possibilité milite en faveur d'arguments avec leurs conséquences. La travailleuse sociale doit alors juger de la meilleure action.

Devant la difficulté à orienter l'intervention, la délibération éthique constitue un outil réflexif pour guider le jugement pratique de l'intervenante. La délibération réalisée seule ou en

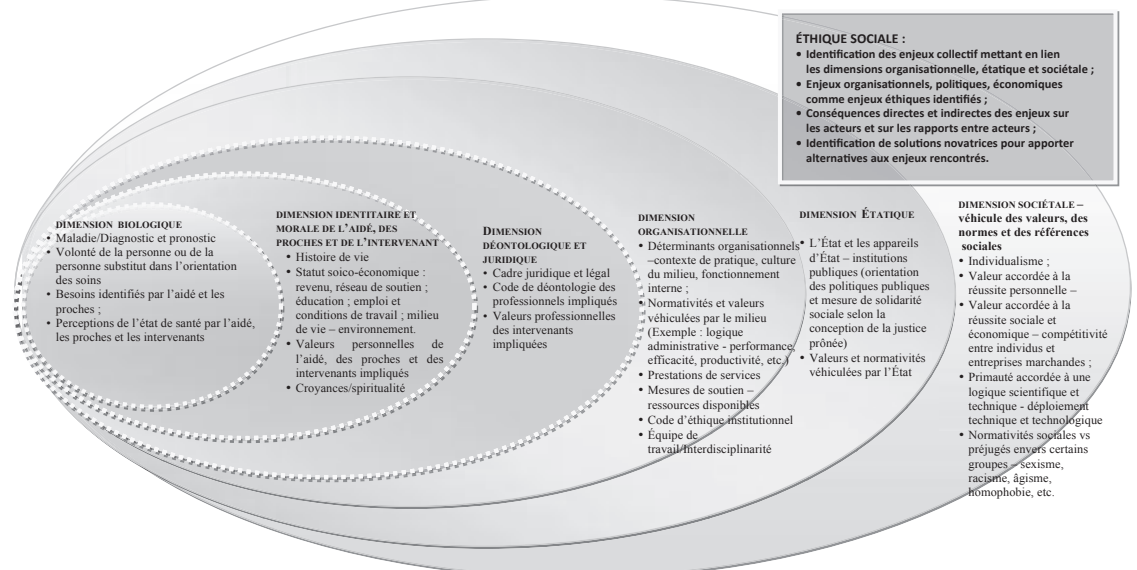
équipe est entendue ici comme un mode de réflexion et de discussion sur le choix et les motifs de ce choix menant à la meilleure décision. Or, pour une logique d'action, la travailleuse sociale happée au centre de situations litigieuses, adopte une posture réflexive. Faisant appel à ses capacités délibératives, cherchant « en [elle] et à l'extérieur [d'elle] des balises claires et précises pour tenter de dénouer ce qui ne va pas, pour connaître ce qu'il convient ou non de faire... » (Richard, 2008 : 202). Dans l'intention d'élargir sa compréhension de la situation, de recueillir un maximum d'éléments, la travailleuse sociale ou l'équipe de professionnels explore les différents aspects de la situation en jeu : (1) quelle est la demande initiale – que souhaitent la personne et sa famille; (2) en quoi la situation vécue m'interpelle-t-elle; (3) de manière intuitive, quelle action devrais-je privilégier – et pour quelles raisons –, quelles valeurs sont privilégiées par cette action; (4) quels sont la mission et le mandat de mon établissement, et par conséquent mon rôle et ses limites à l'intérieur de celui-ci; (5) quelle est la volonté de la personne (de la famille) et quels sont ses droits; (6) que dit la loi; (7) quelles ressources peut-on mobiliser pour aider la personne; (8) quelles seront les conséquences de mes interventions sur chacun des acteurs impliqués? Ces questions s'inscrivent dans une démarche réflexive

élaborée un peu plus loin dans l'étude de cas. Elles témoignent de la complexité des situations. L'éthique permet justement de poser un regard systémique et critique en déterminant clairement les différentes dimensions d'une situation, d'ordonner les éléments de la situation et de favoriser une meilleure compréhension pour agir avec conscience et discernement. L'éthique interroge la conscience de l'individu et sa capacité à délibérer et à choisir (Bourgeault, 2004).

En présence d'un enjeu éthique, la réflexion s'inscrit comme préalable à l'intervention. La première étape consiste d'abord à définir le problème, afin de bien saisir l'enjeu – le dilemme en cause. La compréhension et l'analyse d'une problématique complexe, telle que conçue par Morin (2005), exigent de « penser complexe », c'est-à-dire de relier les faits, pour « établir un dialogue » entre les différents niveaux de la situation. Ces dimensions sont de plusieurs ordres : biologique, moral, sociopolitique, économique, juridique. La dimension biologique implique une prise en compte de la santé physique de la personne – la maladie, son évolution, le pronostic, les besoins de la personne, ses volontés dans les soins et les arrêts de traitement. La dimension identitaire et morale reprend en quelque sorte la trajectoire identitaire de l'aidé, mettant en perspective ses

Schéma 1

Les sept (7) dimensions de la complexité



Ce schéma s'inspire du texte de Bossé, P.-L., P. Morin et N. Dallaire (2006). « La délibération éthique : de l'étude de cas à la citoyenneté responsable », *Santé mentale au Québec*, vol. 31, n° 1, pp. 47-63.

valeurs, ses croyances, son réseau et sa perception de la situation, et celle de tous les acteurs (proches et intervenants) réunis, des aspects moraux et affectifs en jeu. La dimension déontologique et juridique soulève les enjeux normatifs, déontologiques et juridiques : les devoirs et les responsabilités de l'intervenante – ou des professionnels en cause –, les droits et la volonté de l'aidé. La dimension organisationnelle renvoie plutôt aux normes et aux valeurs privilégiées par l'établissement, aux priorités accordées par l'organisation dans l'orientation des soins et des services au sein des programmes. La dimension étatique réunit l'ensemble des politiques publiques, des lois et des programmes sociaux mis en œuvre comme mesures de solidarité sociale pour la personne aidée et le proche-aidant. La dimension sociétale est représentée par les valeurs, les croyances, les préjugés, les normes sociales et institutionnelles. L'éthique sociale met en lumière les enjeux collectifs du travail social dans le champ visé et ses effets sur les acteurs. Cette réflexion permet de mettre en lumière le mandat des institutions, leurs responsabilités et les écarts entre ce qui est vécu sur le terrain par les acteurs et l'application des politiques et des orientations prises par les organisations et l'État. C'est également l'occasion de relever le défi des limites récurrentes et de proposer, par différentes stratégies et alternatives, des réponses autres, novatrices à ce qui existe déjà.

3.1 La délibération : un dialogue à entretenir

La délibération s'inscrit dans une méthodologie qui vise à organiser l'information, à l'analyser et à l'interpréter. L'objectivation de la réflexion procure un ancrage rationnel à la délibération et favorise un recul nécessaire à la décision en dépassant les impasses affectives qui obscurcissent la raison (Hurst, 2001). En résumé, la délibération éthique comprend les étapes suivantes :

1. Analyse de la situation¹;
2. Choix des interventions possibles en situant les conséquences de chaque action sur l'ensemble des acteurs;
3. Prise de décision.

Plusieurs modèles délibératifs ont déjà été proposés. L'outil présenté comporte des ressemblances avec le modèle de délibération

de Legault (1999) et celui rédigé par l'Ordre (2007)² par la centralité accordée aux valeurs. L'outil présenté mise également sur la responsabilité des acteurs et des actants en faisant un rappel au code de conduite, à la dimension déontologique du travail social. L'outil de réflexion proposé soulève également les dimensions institutionnelle et politique, en somme, les déterminants structurels de la pratique du travail social, à l'instar du modèle de Legault (2003; 1999). Par ailleurs, ce qui particularise l'outil proposé est la dimension sociétale, les valeurs et les normativités sociales ainsi que les différents enjeux de société qui traversent nos institutions et qui, de ce fait, viennent directement atteindre les destinataires de l'aide et le travail des professionnels. Cette dimension est intimement liée à l'expérience quotidienne des personnes, au travers des enjeux moraux vécus par ces dernières, qu'elles reçoivent des soins ou qu'elles fournissent des soins et des services. Les organisations et les professionnels sont liés par une responsabilité commune envers les citoyens. Cette responsabilité dans une perspective plus macro renvoie à la dimension de l'éthique sociale (voir schéma 1), à la conduite des organisations et des institutions politiques en regard de leur mandat, mais plus spécifiquement aux enjeux moraux qui en découlent, aux conséquences sur les acteurs et aux alternatives ou aux solutions novatrices pour offrir des réponses aux limites et aux enjeux des contextes. Cette perspective ouvre à une éthique de l'engagement misant sur le dynamisme des individus et des milieux, à la nécessité du collectif, en faisant appel à leur créativité. L'originalité de la démarche proposée tient aussi à l'analyse systématique et systémique des multiples dimensions de la complexité. La théorie de la complexité est commandée par le souci d'une connaissance ni mutilée ni cloisonnée, apte à saisir le réel, justement complexe, comme nous l'avons démontré plus haut, respectant le singulier tout en l'insérant dans son ensemble (Morin, 2005; Rapin, 1997). La pensée complexe se révèle une approche désignée pour analyser les enjeux qui se dessinent entre les personnes – principalement la personne âgée, son expérience, la perception de sa condition – et les différents systèmes. D'autre part, l'éthique doit prendre acte de la complexité du jeu des

interactions entre les divers systèmes – les organisations et leurs acteurs – dans leurs rapports avec le financement, les nouveaux partenariats, les relations interprofessionnelles (l'interdisciplinarité), le déploiement des biotechnologies, le rôle de la santé publique, les différents enjeux éthiques en santé dans un contexte de vieillissement individuel et populationnel, les représentations dominantes entourant les personnes âgées.

La réflexion éthique en groupe est aussi un processus complexe, car elle implique de partager et de comparer sa représentation de la situation, ses motivations d'agir, ses valeurs sous-jacentes à l'action; un ensemble d'étapes qui implique un processus d'interaction qui demande habiletés, respect et confiance (Patenaude, 2002; Beauséjour, 2002). Le groupe, par l'apport d'expertises variées, constitue l'occasion de discuter pleinement de toutes les dimensions d'une même situation. Cette approche constructiviste regroupe, autant que possible, les intervenants impliqués dans l'intervention; elle favorise la cocréation et l'invention des possibles (Patenaude, 2002) pour dénouer les impasses. La réflexion éthique permet une distance réflexive sur des éléments, une juste distance pour éviter l'incursion trop forte des émotions. La réflexion éthique ne résout pas toutes les difficultés. Elle propose néanmoins un cadre méthodologique et d'analyse commun permettant un dialogue de sens, éclairé, réfléchi et partagé. Afin d'illustrer concrètement la délibération individuelle et de groupe, un exemple de cas fictif est proposé, celui de Mme Laferrière, inspiré de la réalité de la pratique en soutien à domicile.

Étude de cas :

Mme Laferrière, âgée de 76 ans, habite seule dans sa maison. Isolée, elle ne sort jamais et n'a que pour seule relation une voisine lui offrant une aide partielle et ponctuelle pour ses achats. Malgré des pertes cognitives légères à modérées, elle s'organise relativement bien, mais l'intervenante remarque des difficultés à réaliser ses activités de la vie quotidienne et ses activités de la vie domestique. Les services à domicile du CLSC étant limités, la dame reçoit l'aide d'une auxiliaire familiale et sociale une fois par semaine pour l'aide au bain, mais sans plus. De plus, la charge de cas de la travailleuse

sociale ne permet pas d'effectuer plus d'une visite à domicile toutes les deux semaines. Une présence plus fréquente constituerait un atout dans la création du lien de confiance. Par ailleurs, méfiante et craintive, cette dame refuse toute aide extérieure à l'exception de l'auxiliaire et de sa voisine qui se dit passablement essoufflée par l'aide qu'elle lui procure. Devant cette situation, la travailleuse sociale a demandé des services supplémentaires, car Mme Laferrière gagnerait à recevoir de l'aide pour l'organisation générale de la maison, dont le nettoyage du réfrigérateur, l'achat d'articles pour la maison, le paiement des factures, etc. Refusant sa demande, le comité d'allocation de services de l'établissement l'a plutôt *référé* aux services d'économie sociale, des services exigeant une contribution financière par l'aidée. Toutefois, Mme Laferrière, par crainte des étrangers à son domicile et son revenu trop maigre, a refusé cette idée.

À ce moment-là, la travailleuse sociale a remarqué une détérioration générale de l'hygiène de l'aidée et un fouillis plus important dans la maison. La vieille dame ne veut « rien entendre » de vivre en résidence privée. Et depuis cette discussion, elle ne souhaite plus revoir l'intervenante. Devant ce refus, la travailleuse sociale se demande comment la soutenir au mieux. L'instabilité du contexte préoccupe la travailleuse sociale. Elle a le souhait de respecter la volonté de madame Laferrière, mais ses difficultés à s'organiser s'inscrivent comme un risque pour elle-même, pour sa propre santé. En somme, l'intervenante vit une tension entre le respect de la volonté de la personne, son choix de vivre à domicile sans recevoir une aide extérieure et sa responsabilité professionnelle que lui rappelle également son code de déontologie, mais également son réel souci pour la vieille dame. Le questionnement relève de la dimension éthique du travail social, soit le souci de l'autre comme sujet unique et singulier, de son intérêt, du respect de ses propres désirs et aspirations. C'est ici toute la question du sens de ses actes dans le lien professionnel qui l'unit à l'autre. L'éthique s'exprime par un triple souci dans cette démarche de quête de sens : le souci de soi, le souci de l'autre et le souci de l'institution (Ricoeur, 1990 cité par Verrier, 2009). Dans cette perspective, l'intervenante s'interroge à

différents niveaux face à son malaise : (1) comment organiser les interventions pour assurer une aide adéquate à la dame; (2) quelles stratégies adopter; (3) doit-elle respecter la demande de la dame sans intervenir ou au contraire faire valoir encore une fois la nécessité de ressources supplémentaires auprès du comité d'allocation par un ajout d'heures de services offerts dans le cadre de la visite de l'auxiliaire; (4) doit-elle solliciter davantage la voisine, même si cette dernière lui a fait part de ses limites?

Nous proposons de réfléchir à la situation, de délibérer à partir des sept dimensions de la complexité présentées au schéma 1, et de conclure en optant pour la meilleure décision à prendre dans les circonstances.

La délibération constitue un moment privilégié pour la mise en commun des informations sur la situation, y compris les différents rapports et examens d'experts. Il y a lieu dans certains cas d'interpeller les différents professionnels impliqués pour un complément d'information ou encore pour délibérer en groupe. La délibération de groupe permet de faire valoir aux membres de l'équipe la pertinence de sa logique d'action par un argumentaire soutenu. Elle démontre également les conséquences de l'inaction ou de l'action sur les personnes concernées.

Le tableau 1 illustre le processus de délibération individuelle. Les réponses aux questions soulevées sont susceptibles d'enrichir la réflexion, afin de constituer la meilleure décision basée sur les aspects objectifs et subjectifs de la situation et dépasser le jugement intuitif. Un peu plus loin, la même situation est reprise, mais sous un mode délibératif interdisciplinaire.

Dans l'exemple retenu, la délibération individuelle a ouvert différentes voies d'action. Parmi celles-ci, la travailleuse sociale a décidé de représenter la situation au comité d'allocation de services en faisant valoir cette fois, après délibération, les faits nouveaux recueillis, en soulignant les valeurs et les responsabilités en jeu, les siennes et ceux de l'institution en relevant les risques et les conséquences pour la qualité de vie, la santé, le soutien à l'autonomie pour favoriser le maintien dans son milieu de vie, avec un argumentaire solide.

Madame Laferrière n'a pas participé pas à ce comité d'allocation de services puisque la

structure du programme implique les intervenantes et ne permet pas la participation des destinataires de l'aide. Soucieuse de l'intérêt et des droits de la dame, la travailleuse sociale a exposé aux membres du comité les limites à *référer* l'aidé à une entreprise d'économie sociale en raison de l'ajout de tiers acteurs et leur manque de connaissances de la problématique constituant ainsi des limites pour assurer le succès de l'intervention. En désaccord avec cette orientation, la travailleuse sociale a décidé d'exposer la situation à son gestionnaire clinico-administratif, mais cette fois en présence de l'aidé. Face à cette proposition, madame Laferrière refuse d'y participer. Dans son plaidoyer auprès dudit gestionnaire, la travailleuse sociale insiste sur les droits sociaux et citoyens de Mme Laferrière quant au choix de son milieu de vie et à l'accès à des services minimaux, et sur la responsabilité du CSSS, en regard de la politique de soutien à domicile, privilégiant le domicile comme premier milieu de vie et d'insertion dans la communauté. Ses efforts sont vains, la travailleuse sociale n'obtient pas gain de cause. On évoque le manque de ressources financières pour allouer ce genre d'aide, soit l'entretien ménager et une aide générale au bon fonctionnement de la maison. On dirige donc l'intervenante vers une entreprise d'économie sociale ou le secteur privé, mais Mme Laferrière refuse que d'autres intervenants viennent à son domicile, autres que le CLSC.

Devant ce refus persiste le malaise de la travailleuse sociale qui vit une tension entre ses valeurs professionnelles, la volonté de la dame, les risques associés à l'aggravation de son état et celles privilégiées par l'institution. Elle se sent prise entre la logique clinique qui l'engage dans un réel souci de l'autre (respect de l'autonomie et l'autodétermination de la dame) et la logique administrative où l'aidée est plutôt perçue comme un objet (Chénard et Grenier, 2012). Lors d'une discussion clinique, réservée aux professionnelles, elle décide alors de présenter cette situation aux membres de son équipe pour réfléchir aux enjeux et aux alternatives possibles en procédant à une réflexion de groupe, où elle espère trouver d'autres pistes de solution. Elle adopte, lors de la délibération de groupe, le même cadre opératoire que celui utilisé pour sa délibération individuelle.

Tableau 1 : Complexité d'une situation – délibération individuelle*

<p>Quelle est la définition du problème? La cliente exprime le désir de vivre à domicile et refuse l'ajout d'une intervenante, alors que la travailleuse sociale craint pour sa sécurité et sa qualité de vie.</p>	
<p>Malaise de l'intervenante : Souci pour Mme Laferrière lié à la détérioration de la situation, soutien limité, et risques associés à cette détérioration qui entraînerait un hébergement prématuré.</p>	
<p>Dilemme éthique ou ce qui pose problème : Le respect de la volonté exprimée de vivre à domicile / la sécurité et la détérioration de l'état de Mme Laferrière. À qui se pose le problème? La travailleuse sociale est soucieuse de protéger la dame tout en ayant le devoir de respecter le choix de celle-ci. Mme Laferrière veut demeurer à domicile et ne désire pas l'intrusion de nouveaux acteurs dans son milieu de vie.</p>	
<p>Valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respect de la liberté – autodétermination • Respect des choix et de la volonté – autonomie • Respect des droits de la personne; reconnaissance des besoins citoyens et sociaux de Mme Laferrière • Respect de la politique de soutien à domicile en regard des personnes vulnérables et plus à risque • Souci pour l'autre • Qualité de vie • Désir de protéger 	<p>Responsabilités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devoir de protection • Protection des conditions favorables au maintien de la personne dans son milieu de vie pour une inclusion sociale • Protection des conditions favorables à la santé de la personne en diminuant les risques et en prévenant la détérioration • Promouvoir l'autonomie et la qualité de vie • Conformité à ses obligations (crainte de ne pas avoir fait le nécessaire si un incident se produisait)
<p>Dimensions</p> <p>Dimension biologique</p>	<p>Délibération éthique individuelle</p> <p>Quel est le diagnostic de Mme Laferrière en lien avec les pertes cognitives (historique de la maladie)? Le médecin traitant est-il au courant des détériorations liées aux pertes cognitives? Que connaît Mme Laferrière de son diagnostic et de son pronostic? Quels sont les impacts et les conséquences du diagnostic et du pronostic dans sa vie quotidienne? Quelles sont les détériorations remarquées ces dernières semaines ? Prend-elle sa médication?</p>

<p>Dimension identitaire et morale des acteurs</p>	<p><u>Aidée</u></p> <p>Qu'est-ce qui est important pour elle dans la vie quotidienne (valeurs, croyances)? Quelles sont ses volontés? Que savons-nous de son histoire de vie? À quoi occupe-t-elle ses journées? Comment définit-elle ses besoins? Comment vit-elle les limites qu'elle rencontre dans son milieu? Est-ce important pour elle? Si oui, dans quelle mesure? Voit-elle des façons lui permettant de mieux répondre à ses besoins?</p> <p><u>Proches :</u></p> <p>Qui sont les proches? Que pensent-ils de la situation? Quels sont leurs besoins?</p> <p><u>La travailleuse sociale :</u></p> <p>Quelles sont les perceptions de l'intervenante? Comment se représente-t-elle la situation? Spontanément, comment agirait-elle? Les demandes des aidées et des proches coïncident-elles avec l'opinion du professionnel? Quelles valeurs sous-tendent les orientations proposées? Quels sont les préjugés entretenus par l'intervenante à l'égard des personnes âgées – et des proches-aidants?</p>
<p>Dimension déontologique et juridique</p>	<p>La personne est-elle en danger? Quels sont les droits de Mme Laferrière? Quelles lois doivent être prises en compte dans la situation actuelle? Est-ce que les ressources mises en place respectent les lois et les droits de Mme Laferrière? De quelle manière l'intervenante se représente-t-elle ses responsabilités et ses devoirs? Comment s'actualisent-ils concrètement au quotidien? Que prescrit le code de déontologie de la travailleuse sociale face à ce type de situation? À quelles obligations le code de déontologie soumet-il l'intervenante – et à quelle valeur réfère le code? Les valeurs entre le code de déontologie et les valeurs personnelles de l'intervenante diffèrent-elles? Viennent-elles limiter les droits des personnes? Si oui, comment et dans quel but?</p>
<p>Dimension organisationnelle</p>	<p>Le comité d'allocation la réfère à une entreprise d'économie sociale; le personnel possède-t-il les compétences requises pour soutenir la dame? Quelles pourraient être</p>

les conséquences si on implante de tels services auprès de la personne compte tenu du caractère de la situation? Dans un monde idéal, dans le cadre des services de soutien à domicile, quelles mesures pourraient aider la dame? Quel est l'écart entre ses besoins réels et les services disponibles dans l'organisation? Quel est l'impact de cette décision? Que pense la travailleuse sociale, l'aidée et les proches de l'orientation prise par l'organisation? Quel est l'écart exprimé, s'il y a lieu, entre les valeurs de l'organisation et ceux des acteurs? Les acteurs expriment-ils un malaise entre les orientations proposées par l'organisation et ce qu'ils souhaiteraient pour elle – comment s'exprime cet écart? Qui décide des services et des mesures de soutien disponibles et sur quels critères sont-ils alloués? Quelle est la structure hiérarchique dans la prise de décision? Comment interpellier le gestionnaire clinique sur la récurrence des situations et le manque de ressources? Que dit le code d'éthique de l'organisation? Au-delà des ressources de l'établissement, existe-t-il d'autres ressources disponibles dans la communauté susceptibles de venir en aide à Mme Laferrière? Quelles actions mettre en place pour répondre à des besoins émergents (réfléchir sur les axes individuel et collectif)? Quelles sont les solutions alternatives pour améliorer ces situations récurrentes et celle de Mme Laferrière? Comment les partenaires pourraient-ils contribuer à la solution de certaines difficultés relatives au manque de ressources?

Dimension étatique

De manière générale, la politique des soins à domicile répond-elle aux besoins des personnes âgées et des proches-aidants? Comment se dessine l'offre de services pour les personnes et les familles au sein des CSSS? Quels écarts perçoit-on entre les objectifs de la politique et son application sur le terrain – difficultés récurrentes? Quelles valeurs les politiques véhiculent-elles envers les personnes âgées? Quelles sont les autres politiques publiques ou mesures de soutien gouvernementales consacrées aux personnes âgées vivant à domicile? Dans quel contexte – situation –

peut-on en faire usage? Quelles limites et contraintes perçoit-on dans ces mesures d'aide? Quels sont les enjeux?

Dimension sociétale

Quelles sont les représentations véhiculées par la société et nos institutions à l'égard des personnes âgées – attitudes et comportements? Quelles valeurs sociales nourrissent ces représentations à l'égard des personnes âgées? Quels sont les problèmes récurrents vécus par les personnes âgées? De manière générale, quels commentaires les personnes âgées et les proches-aidants formulent-ils à l'égard des services du CSSS? Quelles ressources novatrices et prometteuses ont été développées ailleurs au Québec pour les personnes âgées et les proches-aidants?

* Nous avons repris ici des éléments du *Guide pour animer une démarche de réflexion éthique en situation clinique*, rédigé par le comité d'éthique clinique de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (2009).

En ligne : <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/soins-et-services/Guide-reflexion-ethique.pdf>.

Délibération éthique de groupe

En groupe, au sein d'une équipe interdisciplinaire, la délibération favorise la mise en relation des connaissances, d'un consensus sur des modalités d'action reposant sur des valeurs consenties et une finalité recherchée. Ce travail « en relation », par la diversité des cadres de référence professionnels, se traduit souvent comme un lieu d'affrontements, de connexions et de liens, de sens (Amiguet et Julier, 1996). Le dialogue entre acteurs – aidés, aidants, professionnels – s'inscrit comme un moyen nécessaire pour délibérer, discuter des choix respectifs, les expliquer et les justifier. La délibération en équipe interdisciplinaire, invite, en plus de l'échange d'informations sur les expertises partagées, à un arrimage et à un consensus entourant la prise de décision et le plan d'action. La collaboration, par un dialogue ouvert et habile, permet de construire une décision d'équipe et d'adopter des positions communes, en cohérence (Boisvert, Jutras, Legault, et Marchildon, 2003). Reprenons notre exemple en développant cette fois la délibération de groupe.

Dans un premier temps, la travailleuse sociale expose à ses collègues la situation et

ses démarches auprès du comité d'allocation de services et du gestionnaire. Après avoir clairement campé le problème, elle énonce son nouveau dilemme, puis clarifie les motifs de son intervention. Elle invite ensuite ses collègues à réfléchir à la situation à partir des sept dimensions de la complexité présentées au schéma 1. Comme la délibération individuelle, la délibération de groupe permet aux intervenantes de trouver plusieurs voies d'action possibles. La délibération a fait ressortir des positions différentes; les sensibilités de chacun et le cadre de référence (valeurs et code de déontologie) y jouant pour beaucoup. La situation préoccupait certains acteurs, tandis que d'autres se reposaient davantage sur le statu quo, moins préoccupés par la nécessité de prévenir une éventuelle détérioration. Toutefois, la délibération de groupe a permis aux intervenants du soutien à domicile de prendre conscience des enjeux communs en soulevant, à partir des dimensions déontologiques et organisationnelles, les conséquences du manque de ressources financières et humaines, sur leur travail et sur les personnes dépendantes. En somme, la discussion a soulevé la dimension éthique du travail, l'éthique sociale, et plus spécifiquement les

Tableau 2 : Complexité d'une situation – délibération individuelle*

Quelle est la définition du problème?

La cliente exprime le désir de vivre à domicile et refuse l'ajout d'une intervenante, alors que la travailleuse sociale craint pour sa sécurité et sa qualité de vie.

Le refus du comité d'allocation d'octroyer une aide. L'aspect singulier de la situation n'a pas été pris en compte : détérioration et déficits cognitifs légers qui viennent peut-être influencer son rapport avec le monde extérieur.

Malaise de l'intervenante :

- souci pour Mme Laferrière lié à la détérioration de la situation, soutien limité, et risques associés à cette détérioration qui entraînerait un hébergement prématuré;
- souci également des ressources insuffisantes et des impacts sur le travail des intervenants, dimension déontologique, mais également éthique (le sens du travail) et organisationnelle, et sur les personnes dépendantes.

Dilemme éthique ou ce qui pose problème : Le respect de la volonté exprimée de vivre à domicile / la sécurité et la détérioration de l'état de Mme Laferrière.

À qui se pose le problème? La travailleuse sociale est soucieuse de protéger la dame tout en ayant le devoir de respecter le choix de celle-ci. Mme Laferrière veut demeurer à domicile et ne désire pas l'intrusion de nouveaux acteurs dans son milieu de vie.

Motifs de l'intervention :

Quelle est la motivation d'agir à ce moment-ci?

Quels sont les facteurs de risque pour Mme Laferrière?

Quels sont les responsabilités des intervenantes et les moyens à leur disposition pour répondre au code de déontologie et à ceux donnés par l'institution?

Différents enjeux moraux découlent dans la pratique?

Comment faire pour adresser ces enjeux – à qui et surtout comment?

* Nous avons repris ici des éléments du *Guide pour animer une démarche de réflexion éthique en situation clinique*, rédigé par le comité d'éthique clinique de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (2009).
En ligne : <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/soins-et-services/Guide-reflexion-ethique.pdf>.

responsabilités institutionnelle et gouvernementale à l'égard des plus démunis et une recherche de solutions pour offrir une réponse complémentaire et alternative. Le sens du travail dans un contexte de pénurie de ressources, l'épuisement professionnel et la solidarité ont été des éléments discutés.

L'équipe du maintien à domicile décide alors d'entreprendre une démarche collective en interpellant l'organisateur communautaire du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Pour faire suite aux réflexions de l'équipe, ce dernier décide de solliciter différents organismes du territoire pour rapporter les besoins multipliés des

personnes âgées dans les différentes sphères de la vie courante, dont l'entretien ménager et la préparation de repas. L'organisateur communautaire insiste sur le profil commun des personnes : précarité financière, solitude et isolement.

Les organismes, après avoir délibéré sur les besoins et les ressources du territoire, concluent à la nécessité de développer certains services spécifiques, eux-mêmes conscients de la précarité et des besoins non satisfaits de la population. Les partenaires ont pris certains engagements. Le centre d'action bénévole, responsable de la Popote roulante, développera un service d'entretien ménager léger et sans

frais, pour des demandes ponctuelles sur références professionnelles. Des repas seront également distribués sans frais, sur références professionnelles. Aussi, les traiteurs proposeront des menus plus variés, moins coûteux, avec livraison à domicile vers certains secteurs plus ou moins bien desservis. Considérant ses difficultés à s'organiser et son choix de vivre à domicile, Mme Laferrière pourra bénéficier de repas variés et économiques sans que d'autres intervenants entrent dans son domicile.

Par ailleurs, au-delà de la problématique initiale, les personnes impliquées dans le processus collectif reconnaissent l'importance de l'échange dans le service rendu. On songe alors à créer un organisme basé sur l'échange de services fondé sur l'inclusion, la mixité sociale et les échanges intergénérationnels, tel l'Accorderie³. La mise sur pied d'un tel type d'organisme constituerait une voie novatrice vers des solutions créatives, solidaires et participatives.

Elles décident également d'interpeller les autres intervenants (infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, auxiliaire familiale et sociale, etc.) du maintien à domicile pour entreprendre une démarche collective, afin de décrier publiquement le peu de services offerts par le CLSC dans le secteur. La discussion soulève la dimension plus collective du problème, soit l'allocation des ressources, qui compromet la mission même du secteur : soutenir l'autonomie des personnes à domicile pour une inclusion sociale. La reconnaissance des besoins sociaux et citoyens est également en jeu par le manque de soutien offert. Est soulevé dans la discussion le déni de reconnaissance des besoins sociaux et citoyens de nombreuses personnes dépendantes (en besoin de soutien) par opposition à la primauté accordée aux préoccupations financières de l'établissement. Comment sortir de cette impasse? D'un commun accord, l'ensemble des membres de l'équipe du maintien à domicile s'entend pour interpeller leur ordre professionnel respectif afin de décrier les effets pervers de l'optimisation des soins et des services compromettant la qualité des interventions auprès des destinataires de l'aide. Une situation qui contrevient au respect des normes professionnelles et au code de déontologie.

3.2 Enjeux et renouvellement des pratiques par une éthique solidaire

L'éthique, par son questionnement critique, son caractère réflexif sur les valeurs en jeu, celles des acteurs, des organisations et des politiques publiques, favorise un éclairage sur les logiques en présence et les incohérences, portées et vécues, par les professionnels. Le but est de ne pas porter seul le fardeau des contraintes et de ne pas se laisser enfermer dans cette vision marchande. Il s'agit alors, comme le mentionne Duhme (2005) de nommer les rapports de force, de travailler ensemble et de faire ensemble. Cette posture à double sens favorise une vision élargie et non réductrice des problèmes sociaux, structurels, soutenue par l'éthique qui encourage la démocratie par l'intégration de tous les points de vue (Weinstock, 2009). Ce positionnement exige, lors de la délibération éthique, une reconnaissance mutuelle des rôles et de la contribution de chacun – y compris l'aidé, en lui accordant la légitimité d'être entendu, de l'inclure dans les décisions qui le concerne, souvent exclu des lieux de discussions, de décisions, de planification, voire de l'intervention (Bourgeault, 2003). Cette manière de faire est encouragée, sans vouloir faire une généralité de cette règle. Certaines situations, telles que celle présentée dans l'article, plus ou moins propices à solliciter la présence de l'aidé, demandent l'intervention d'un tiers acteur. Il arrive fréquemment qu'un proche ou qu'une travailleuse sociale soit appelée à représenter les intérêts de la personne, plus ou moins apte à revendiquer ses droits. La présence de l'aidé, que l'on voit souvent accompagné d'un proche, redonne une dimension humaine à l'intervention, en plus de favoriser une cohérence de l'action entre les acteurs. La collaboration, comme l'exigent parfois certaines problématiques complexes, multiplie les possibilités d'actions et d'innovations pour répondre à de nouveaux contextes et prendre à revers les limites imposées par les contraintes budgétaires.

La collaboration interprofessionnelle est porteuse de sens et favorise le renouvellement de la pratique et du politique. Par exemple, le travail social individuel/familial et l'organisation communautaire apparaissent indissociables par

leurs rôles et leurs activités complémentaires en collectivisant les problèmes individuels et en proposant des projets collectifs, novateurs et alternatifs à ceux existants. Les résultats probables : participation, regroupement, conscientisation, implication et solidarité entre citoyens qui deviennent acteurs dans leur milieu respectif. En somme, les échanges favorisent des collaborations, inspirées d'une logique réseau et d'une logique de coopération (Dhume, 2005). La responsabilité partagée et la coopération entre acteurs ouvrent à une pluralité d'interventions, de solutions créatives et variées. Une pratique solidaire constitue une arme offensive contre l'aliénation, le désengagement professionnel et la souffrance éthique⁴. Elle donne sens à la pratique par une cohérence entre les valeurs, le travail réalisé et la finalité recherchée du travail social.

Toutefois, malgré ce désir de collaborations et d'innovations, les valeurs institutionnelles et parfois même professionnelles quant au rôle perçu constituent des contraintes au renouvellement des pratiques et des partenariats. L'univers réglementé et la dynamique au sein des institutions peuvent favoriser le cloisonnement institutionnel et professionnel. Afin d'instaurer une dynamique participative de l'intérieur, un réel travail interdisciplinaire, et de créer de nouvelles alliances de solidarité entre les acteurs, il faut nécessairement promouvoir un dialogue entre ces derniers, y compris les citoyens.

Actuellement, avec les exigences et les orientations données au travail social, certaines valeurs qui constituent les fondements et les horizons de sens de la profession doivent être revisités et réinterprétés dans une lecture contemporaine, suivant les inégalités sociales et économiques persistantes qui s'aggravent. Donnons-nous les moyens de la solidarité, de la justice, d'une vie bonne pour tous, d'une réelle insertion sociale et d'une véritable démocratie. La travailleuse sociale doit, pour occuper et défendre un tel positionnement, posséder une solide identité professionnelle, un engagement social, une rigueur intellectuelle et méthodologique. Elle doit s'inscrire comme un acteur avec sa propre logique d'action faisant valoir son identité, ses valeurs et son autonomie professionnelle. La guerre contre les chiffres ne

peut se faire qu'en possédant une forte expertise pour asseoir la crédibilité professionnelle.

Conclusion

La transformation des contextes de pratique pose un défi considérable au travail social. Les contraintes reliées au nouveau management public rendent difficile le projet du travail social. Ces exigences s'ajoutent à une pratique déjà fort complexe provoquée par une société en mouvance, des programmes sociaux de plus en plus restrictifs et une privatisation accrue des services. Les contextes dans lesquels se déroule la pratique limitent les échanges et les longues délibérations. Toutefois, dans le feu de l'action, sur le terrain, pour saisir les dynamiques et les enjeux qui en découlent, le développement d'un habitus réflexif apparaît une condition essentielle. D'autant plus que la pratique clinique est souvent spontanée, d'où l'importance d'un habitus réflexif : « il s'agit de mener une **approche critique de la pratique**, mais encore de laisser ce travail de la critique, en retour, **interroger l'action et de proposer de nouvelles orientations pour l'action**. L'enjeu est que ce retour interagisse avec la pratique de manière suffisamment "intime" pour que les pratiques spontanées en soient transformées » (Cadoré, 2003 : 2).

Actuellement, les valeurs véhiculées par les logiques en place, tant par l'État que par les organisations du réseau public, qui conditionnent et encadrent en quelque sorte la pratique du travail social, ébranlent les logiques mêmes de la profession. Or, l'éthique, dans cette ère de quantification et de données probantes, peut apporter cet éclairage supplémentaire et nécessaire, et servir de repères au concept de qualité qui entoure la pratique du travail social et la conduite professionnelle. L'éthique doit être conçue dans l'idée et la perspective « d'un instrument démocratique de production de connaissances sur l'action, comme un espace démocratique de débat sur les valeurs, comme un instrument de légitimation de l'intervention... » (Janvier, 2007 : 152).

Face à la transformation de la pratique et à la crise des valeurs qu'elle engendre chez les intervenants sociaux, à cette recherche de sens, à ces logiques contradictoires, l'éthique permet de redonner une place aux valeurs et au sens

dans le travail social, de pouvoir mettre à contribution ses connaissances et ses habiletés. Les défis du travail social sont grands. La profession demeure pertinente et actuelle pour débattre des enjeux sociaux. Il faut toutefois qu'elle se donne les moyens de se renouveler sur les plans intellectuel, pratique et politique. Les travailleuses sociales sont appelées à se mobiliser, à investir des lieux de solidarité qui leur permettront de se solidariser à d'autres et de sortir de certaines impasses vécues individuellement, mais qui sont en fait des enjeux collectifs. Une pratique de résistance nécessaire? Comme le propose Giroux (2006 : 8 cité par Singh et Cowden, 2009 : 492), « dans un contexte "néo-libéral mondialisé" », nous aurons à nous réunir pour créer des mouvements de résistance, de nouvelles cultures publiques pour le développement collectif »⁵. Déjà, certains groupes⁶⁻⁷ et chercheurs⁸ dénoncent, revendiquent et proposent des alternatives. On voit émerger différentes formes de solidarité à travers le monde, et le travail social fait partie de ce maillon par les valeurs et les contributions apportées jusqu'à ce jour. L'éthique, la délibération individuelle et de groupe, permet d'affronter les grands défis du travail social contemporain. La réflexivité qu'impose l'éthique incite les travailleuses sociales à cerner les véritables enjeux sociaux et à en débattre. Elle ouvre la voie à une solidarité, à une communauté de pratique, à l'entraide.

Descripteurs :

Travailleurs sociaux - Déontologie // Services sociaux - Québec (Province) // Service social - Aspect moral

Social workers - Professional ethics // Human services - Quebec (Province) // Social services - Moral and ethical aspects

Notes

- 1 Nous proposons, comme cadre théorique discursif, de référer aux sept dimensions proposées au schéma 1.
- 2 Le modèle de l'OPTSQ est une adaptation concrète du modèle de Legault (1999) à la pratique professionnelle des travailleurs sociaux.
- 3 L'Accorderie est un système d'échange de services entre individus. Ce système permet aux membres (les AccordeurEs) de s'échanger des services de toutes sortes, sous le signe de l'entraide et de la coopération. Voir le lien suivant : http://www.dailymotion.com/video/x9hr4f_l-accorderie_lifestyle.
- 4 La souffrance éthique est définie comme une « souffrance éprouvée par une personne lorsque son travail lui impose de commettre des actes qu'elle réprouve moralement » (Dejours, 2006 : 132-133).
- 5 Notre traduction.
- 6 Le Récif : Regroupement, Échanges, Concertation des Intervenantes et des Formatrices en Social. <http://labossedusocial.wordpress.com/2011/05/31/manifeste-du-recifs-regroupement-echanges-concertation-des-intervenantes-et-des-formatrices-en-social/>.
- 7 Solidarité-Santé, section services sociaux.
- 8 La récente recherche de Soares, « La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN, et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord. La santé malade de la gestion » dénonce les conditions de travail actuel dans le réseau de la santé et des services sociaux et les conséquences pour les travailleurs.

Références

- Amiguet, O., et Julier, C. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social : Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Lausanne : Éditions EESP.
- Beauséjour, D. (2002). L'éthique relationnelle professionnelle : une lecture systémique, *Intervention*, 117, 35-43.
- Bergeron, P., et Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations, dans Lemieux et al. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* : 7-33. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Boisvert, Y., Jutras, M., Legault, G. A., et Marchildon, A. (avec la collaboration de Louis Côté) (2003). *Petit manuel d'éthique appliquée*. Liber.
- Bossé, P.-L., Morin, P., et Dallaire, N. (2006). La délibération éthique : de l'étude de cas à la citoyen-neté responsable, *Santé mentale au Québec*, 31 (1), 47-63.

- Bouquet, B. (2003). *Éthique et travail social. Une recherche de sens*. Paris : Dunod.
- Bourque, D. (2009a). Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux du Québec, dans *Colloque européen (CEFUTS). Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires*. Université Toulouse 2, 2009, Cahiers de recherche 0907, Chaire de recherche du Canada. Consulté en ligne le 30 octobre 2010 : <http://www4.uqo.ca/croc/Fichiers/Cahier0907Final.pdf>.
- Bourque, D. (2009b). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales, *Intervention*, 131, 161-171.
- Bourgeault, G. (2003). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement? À quelles conditions?, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16, (2), 92-105.
- Cadoré, B. (2003). *Correspondance 1*. Document inédit.
- Chénard, J., et Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité, *Intervention*, 136, 18-29.
- Comité d'éthique clinique de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (2009). *Guide pour animer une démarche de réflexion éthique en situation clinique*. Consulté en ligne le 4 février 2012 : <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/soins-et-services/Guide-reflexion-ethique.pdf>.
- Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail, *Actuel Marx*, 1 (39), 3-144.
- Diet, E. (2003). L'homme procédural. De la perversion sociale à la désobjectivation aliénante, *Connexions*, 79, 11 à 28.
- Duhamel, A., et Mouelhi, N. (avec la collaboration de S. Charles). (2001). *Éthique, Histoire, Politique*. Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dhume, F. (2005). *Le travail social en réseau : de l'injonction gestionnaire vers une pratique intermédiaire*. Consulté en ligne le 22 octobre 2012 : http://innovationinsertion.hautefort.com/list/ils_echivent_sur_les_ml_1_insertion_et_les_les_jeunes/FDreseau.pdf.
- Faya, J. (2007). La prise en charge sanitaire des populations défavorisées : croiser les représentations entre soignants et soignés, *dossiers de la MIRE*, 7-22. Consulté en ligne le 11 janvier 2011 : http://www.mrie.org/docs_transfert/publications/DossierSant%C3%A9Insertion2007.pdf.
- Hurst (2001). Quand la médecine se pratique « la mort dans l'âme ». La souffrance des soignants face au dilemme moral, *INFOKara*, 64, 27-31.
- Janvier, R. (2007). L'évaluation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans Bouquet, B., M. Jaeger et I. Sainsaulieu (dir), *Les défis de l'évaluation* : 133-152. Paris : Dunod.
- Legault, G. (1999). *Enjeux de l'éthique et pratique professionnelle*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, coll. Éthique.
- Meagher, G., et Parton, N. (2004). Modernising Social Work and the Ethics of Care, *Social Work & Society*, 2 (1), 10-27.
- Molinier, P. (2004). Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe, *Travail et Emploi*, 97, 79-91.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (2007). *Guide de délibération éthique*. Montréal : OPTSQ.
- Parazelli, M., et Dessurault, S. (2010). Prévention précoce, nouvelle gestion publique et figures d'autorité, *Les politiques sociales*, 1 et 2, 13-26.
- Patenaude, J. (2002). Pour une compétence dialogique, *Intervention*, 117, 66-76.
- Rapin, A. (1997). Entretien avec Edgar Morin. *Label France*, no 28. Consulté en ligne le http://www.diplomatie.gouv.fr/label_france/FRANCE/IDEES/MORIN/morin.html.
- Richard, S. (2008). La délibération éthique chez les travailleuses et travailleurs sociaux en contexte d'intervention difficile : quand le recours au "gros bon sens" et au raisonnement normatif est insuffisant pour interpréter la règle ou remettre en question la décision envisagée et l'action qui en découle, *Revue d'intervention sociale et communautaire*, 14 (1), 200-217.
- Singh, G., & Cowden, S. (2009). The social worker as intellectual, *European Journal of Social Work*, 12 (4), 479-493.
- Verrier, E. (2009). *La réflexivité au service d'une éthique professionnelle dans les formations en travail social*. Consulté en ligne le 4 février 2013 : www.aifris.org/IMG/pdf/VERRIER-Evelyne-1.4.pdf.
- Vézina, M., et Saint-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant, *Travailler*, 1 (25), 119-128.
- Weinstock, D. (2009). Peut-on se passer de l'éthique?, *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 4 (3), 5-6.
- Weinberg, M. (2009). Moral Distress: A Missing but Relevant Concept for Ethics in Social Work, *Revue canadienne de service social*, 26 (2), 139-151.