

# Le point de vue des intervenantes de première ligne sur la pratique surspécialisée en santé mentale : une contribution à la définition de l'identité professionnelle des travailleuses sociales

**Marie-Hélène Morin**, T.S., Ph.D., Professeure, Département de psychologie et de travail social, Université du Québec à Rimouski

marie-helene\_morin@uqar.ca

**Audrey Bernard**, M.S.s. (c.), Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval

audrey.bernard.3@ulaval.ca

**Anne-Catherine Darveau**, T.S., Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale Nationale, site Institut universitaire en santé mentale de Québec

annecatherinedarveau@hotmail.com

**Karine Gaudreault**, T.S., Chargée de projet, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale Nationale

karine.gaudreault@usherbrooke.ca

**Isabelle Fillion**, T.S., Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale Nationale, site Institut universitaire en santé mentale de Québec

isabelle.fillion.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

**Annabelle Leclerc**, T.S., M.S.s., Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale Nationale, site Institut universitaire en santé mentale de Québec

anna.leclerc@hotmail.ca

**Karl Turcotte**, T.S., Professionnel conseil en travail social, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale Nationale, site Institut universitaire en santé mentale de Québec

karl.turcotte.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

**Nadia Veilleux-Dubois**, T.S., Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale Nationale, site Institut universitaire en santé mentale de Québec

nadia.veilleux-dubois.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

29

---

## RÉSUMÉ :

*S'appuyant sur une démarche de recherche collaborative menée conjointement avec un groupe de travailleuses sociales de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), cette étude s'intéresse à la pratique surspécialisée (dite de troisième ligne) du service social en santé mentale, à partir de la perception des intervenants de première ligne. Basés sur des entrevues menées auprès d'intervenantes œuvrant en milieu institutionnel et communautaire dans le champ de la santé mentale, les résultats de recherche permettent de dégager des spécificités propres au contexte d'intervention et aux rôles exercés par les travailleuses sociales dans le cadre d'une pratique surspécialisée en santé mentale. Si les résultats obtenus mettent en évidence l'importance du contexte d'intervention comme élément de définition de l'identité professionnelle, la démarche permet aussi de poser un regard sur la couleur psychosociale de la pratique surspécialisée du service social en contexte hospitalier, ainsi que sur l'apport et le pouvoir d'influence des travailleuses sociales dans un contexte marqué par une culture médicale.*

## MOTS-CLÉS :

*Pratique surspécialisée, service social psychiatrique, santé mentale, identité professionnelle, hiérarchisation des services, recherche collaborative, soins primaires*

---

## INTRODUCTION

Ayant fait l'objet de nombreux débats et remises en question au fil du temps, le service social apparaît comme une discipline difficile à circonscrire (Fortin, 2003; Hotho, 2008). Depuis quelques années, les changements organisationnels contribuent à redéfinir la pratique du service social, alimentant une certaine confusion quant à la spécificité professionnelle des travailleuses sociales, notamment dans le champ de la santé mentale. Parmi ces changements, notons la multiplication des professions en relation d'aide, l'essor de l'interdisciplinarité et la montée d'une culture médicale au sein des institutions de santé et de services sociaux (Bourque, 2009; Fortin, 2003; Gusew et Bertheau, 2011). Parallèlement, la hiérarchisation des services, découlant de la création de réseaux intégrés de services, induit des modifications sur la profession du service social, en structurant en trois niveaux de spécialisation les services offerts dans le réseau, ce qui mène à l'émergence d'une pratique surspécialisée, dite de troisième ligne<sup>1</sup>, en santé mentale (Demers, Depuis et Poirier, 2002). Malgré les tentatives de définir la pratique associée à chacun des niveaux de spécialisation en santé mentale, y compris celle de troisième ligne, il semble qu'une ambiguïté persiste à cet effet (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Un flou entourant la définition de la pratique surspécialisée en santé mentale est également constaté par les travailleuses sociales de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). S'appuyant sur une démarche de recherche collaborative menée conjointement avec des travailleuses sociales de l'IUSMQ<sup>2</sup>, cette étude s'intéresse à la pratique surspécialisée du service social en santé mentale, explorant le point de vue des intervenantes de première ligne à cet égard. Du fait que les différents niveaux de services se définissent en relation les uns avec les autres, le point de vue des intervenantes de première ligne permet de documenter les similarités et divergences entre la première et la troisième ligne, de façon à dégager les spécificités de la pratique surspécialisée. Cet article aborde d'abord la problématique à l'étude, notamment le flou entourant la pratique surspécialisée du service social en santé mentale. Puis, la question de recherche, l'identité professionnelle comme cadre conceptuel et la méthodologie de l'étude sont présentées. Par la suite, l'article rend compte des résultats, présentant le contexte d'intervention et les rôles qui marquent la pratique surspécialisée des travailleuses sociales en santé mentale. Enfin, l'interprétation des résultats est présentée en discussion, dégageant des pistes de réflexion concernant les spécificités de la pratique surspécialisée en santé mentale et leurs implications sur l'identité professionnelle des travailleuses sociales.

---

1. Notons que les termes services de troisième ligne et pratique surspécialisée sont utilisés sans distinction.

2. L'équipe de recherche tient ici à remercier les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude, mais qui n'apparaissent pas comme coauteurs de l'article : Sandra Bellemare, Isabelle Bourdages, Marie-Christine Carmichael, Annie Lévesque et Marie-Noëlle Logier-Paquette.

## 2. Problématique

### 2.1 Le service social : une identité professionnelle en mouvance

Depuis quelques années, les changements organisationnels contribuent à redéfinir la pratique des travailleuses sociales en santé mentale, alimentant une confusion quant à la spécificité professionnelle du service social. Au fil des années, le champ de l'intervention sociale a assisté à une multiplication des types de professions en relation d'aide, de sorte que plusieurs professions se partagent désormais les mêmes populations, participant au processus de redéfinition de l'identité professionnelle des travailleuses sociales (Gusew et Bertheau, 2011). Un sondage mené en 2007 par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) abondait en ce sens, alors que 59 % des répondants faisaient état d'un manque de spécificité propre aux mandats de chaque profession en santé et services sociaux (Larivière, 2008). Il convient également de pointer l'essor de l'interdisciplinarité comme facteur contribuant à redéfinir les balises de l'identité professionnelle des travailleuses sociales, alors que ces dernières sont de plus en plus appelées à intervenir en interdisciplinarité avec leurs collègues médecins, infirmières, etc. (Fortin, 2003). Selon Larivière et Ricard (2003), il arrive fréquemment que le travailleur social soit le seul représentant de sa profession au sein de l'équipe interdisciplinaire, ce qui l'amène à exercer son rôle de manière isolée. Oliver (2013) soulève que les collaborations interprofessionnelles sont susceptibles d'alimenter une ambiguïté associée au rôle de chacun des membres de l'équipe, menant à des frontières professionnelles imprécises. Parallèlement, on assiste à une montée de la logique médicale dans les institutions de santé et de services sociaux (Bourque, 2009). En analysant les données issues du sondage mené par l'OTSTCFQ auprès des travailleuses sociales en 2007, Bourque en déduit que « la création des [Centres de santé et de services sociaux] CSSS provoque un profond choc de culture où le social est relégué au second rang » (2009 : 14). De fait, une solide identité professionnelle est essentielle pour faire valoir l'apport spécifique du service social (Fortin, 2003). Or, tenir compte des groupes sous-jacents à une discipline apparaît nécessaire à la construction d'une identité professionnelle forte (Crête, Pullen Sansfaçon et Marchand, 2015). Considérant que la hiérarchisation des services introduit des sous-groupes au sein de la discipline du service social (première, deuxième et troisième lignes), il apparaît pertinent d'explorer les particularités propres à chacun des niveaux de services afin de mieux définir l'identité professionnelle des travailleuses sociales.

31

### 2.2 L'émergence d'une pratique surspécialisée en santé mentale : quelques éléments de contexte

Depuis quelques années, la création de réseaux intégrés de services apparaît comme un moyen prometteur pour améliorer l'accessibilité, la continuité et l'efficacité des services pour les populations requérant une intervention concertée, telles que les personnes ayant des problèmes de santé mentale graves et complexes (Demers, Dupuis et Poirier, 2002). Au Québec, l'implantation du modèle d'intégration des services s'est traduite par une restructuration majeure du système de santé et de services sociaux, à travers la mise en œuvre des lois 25<sup>3</sup> et 83<sup>4</sup> et par la création des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) en 2003 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004;

3. Loi 25 : *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, sanctionnée en 2003. Cette loi marque le début d'une période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux du Québec en proposant la création d'agences de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, lesquelles succèdent aux régies régionales de la santé et des services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).
4. Loi 83 : *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* adoptée en décembre 2005. Cette loi prévoit l'ajustement des responsabilités entre les différents acteurs impliqués dans la dispensation des services : Centres de santé et de services sociaux (CSSS), établissements, agences de la santé et des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux (Assemblée nationale du Québec, 2005).

Richard, 2005), ainsi que par l'entremise de la loi 10<sup>5</sup>, sanctionnée en 2015 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 s'inscrivait également dans cette logique d'intégration des services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Il va sans dire que ces réformes ont provoqué de profondes transformations du système de santé et services sociaux, alors que la hiérarchisation des services a émergé comme un principe clé pour mieux intégrer les services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Le modèle d'intégration des services a été identifié comme un moyen prometteur afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'efficacité des services. Plus précisément, l'intégration des services renvoie à l'offre d'une gamme complète et accessible de services, ainsi qu'à la coordination de ces services de sorte que soit dispensé « le bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne » (Demers, Dupuis et Poirier, 2002). Or, la hiérarchisation des services induit des modifications particulières sur la discipline du service social, en structurant en trois niveaux de spécialisation les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux, ce qui mène à l'émergence d'une pratique surspécialisée, notamment dans le champ de la santé mentale (Demers, Dupuis et Poirier, 2002). La population ayant des problèmes graves de santé mentale n'étant pas suffisamment prise en charge par les services généraux et de proximité, les réformes ont cherché à contrer ces lacunes (Fleury, Bamvita et Tremblay, 2009). À cet effet, plusieurs auteurs soutiennent que la spécialisation contribue à augmenter les compétences des travailleuses sociales dans un domaine circonscrit de leur expertise, permettant d'offrir une réponse plus complète et efficiente à un problème précis et complexe (Blom, 2004; Ellem, Wilson et Chui, 2012). Afin de présenter les changements induits par la hiérarchisation des services sur la pratique du service social dans le domaine de la santé mentale, il convient ici de présenter chacun des niveaux de spécialisation. Les services de la première ligne sont universellement accessibles, destinés à l'ensemble de la population. Offerts près des milieux de vie des personnes, ces services sont de différents ordres : prévention, promotion de la santé, diagnostic, services curatifs et de réadaptation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Les services de deuxième ligne permettent de traiter des problèmes sociaux complexes, mais répandus, faisant appel à une expertise un peu plus spécialisée (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Offerts par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), par certains organismes communautaires et par tous les centres hospitaliers qui offrent des services psychiatriques, les services de deuxième ligne en santé mentale sont les suivants : l'évaluation et le traitement spécialisés, l'hospitalisation et le suivi intensif (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Enfin, les services de troisième ligne en santé mentale concernent les personnes composant avec des problématiques très complexes, dont la prévalence est faible et nécessite des services surspécialisés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Les services de troisième ligne incluent : les services d'évaluation, de traitement et de suivi surspécialisés, l'hospitalisation de très longue durée, les traitements psychiatriques surspécialisés, la réadaptation surspécialisée ainsi que les programmes surspécialisés pour certaines doubles problématiques (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2013). Ces services sont offerts dans un nombre limité d'établissements, dont la plupart ayant une mission universitaire : centres hospitaliers universitaires, centres affiliés universitaires, centres hospitaliers psychiatriques et instituts universitaires en santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). La description des différents niveaux de services donne un aperçu des caractéristiques de la pratique surspécialisée, permettant de situer la pratique de troisième ligne par rapport à celle de première et de deuxième lignes. Bien que

5. Loi 10 : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*; celle-ci proposait l'intégration des services de santé et des services sociaux sur le plan régional, ainsi que la création d'établissements à mission élargie (Centres intégrés de santé et de services sociaux (CIUSSS)/Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) (Assemblée nationale du Québec, 2014).

la littérature ne soit pas abondante quant à la pratique surspécialisée du service social en santé mentale, quelques autres éléments de définition nous permettent d'en situer les bases. Le cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux circonscrit différentes dimensions de la mission universitaire, dont les pratiques de pointe, qui renvoient aux spécificités suivantes :

1. Elle constitue une expertise spécifique et bien circonscrite.
2. Elle représente une innovation par rapport aux pratiques courantes, soit une amélioration d'une pratique existante, soit le développement d'une nouvelle pratique.
3. Elle fait l'objet d'un processus d'élaboration allant jusqu'à l'implantation et à l'actualisation.
4. Elle est obligatoirement associée à la recherche et à l'évaluation.
5. Elle fait l'objet de transfert et de mobilisation des connaissances au sein de l'établissement.
6. Elle est élaborée dans une perspective de transfert à d'autres organisations.  
(Gouvernement du Québec, 2010 : 19).

Quant au mandat spécifique des travailleuses sociales en Institut universitaire, il est défini comme suit par l'IUSMM :

« La discipline du service social à l'IUSMM a pour objet la restauration, le maintien et l'amélioration du fonctionnement social de l'adulte aux prises avec une maladie mentale [...]. L'intervention a pour but de favoriser et maintenir l'équilibre entre les conditions personnelles, familiales et sociales afin de faciliter le maintien de la santé ou le retour à la santé, de développer les capacités d'adaptation et de réinsertion sociale, d'aider à surmonter les situations de crise et de mobiliser les ressources de l'individu, du milieu et de la communauté. » (Institut universitaire de la santé mentale de Montréal, 2017)

33

Ces éléments permettent d'ajouter aux indications fournies sur les différents niveaux de services. Il va sans dire que la mise en place d'un réseau intégré de services oblige à revoir le partage de tâches entre les organisations qui dispensent les services (Demers, Depuis et Poirier, 2002). Comme le soulignait le Plan d'action en santé mentale (PASM) en 2005, l'une des conditions de succès pour assurer la concrétisation d'un tel modèle d'organisation de services renvoie à la définition claire des rôles, des responsabilités et des liens entre la première, deuxième et troisième ligne. Or, quelques années après cette restructuration, plusieurs indicateurs pointent vers un flou entourant la définition de chacun des niveaux de spécialisation, particulièrement dans le domaine de la santé mentale.

### 2.3 Le flou entourant la pratique surspécialisée du service social en santé mentale

Un sondage en ligne réalisé en 2007 par l'OTSTCFQ faisait un constat à l'effet que la réforme de 2003 avait eu des effets sur l'identité professionnelle des travailleuses sociales. En effet, parmi les 417 répondantes, 68,6 % mentionnaient que la réforme s'accompagnait de difficultés nouvelles, notamment reliées à la définition des tâches et du rôle des travailleuses sociales. En somme, 58 % des répondantes observaient que ces changements affectaient leur identité professionnelle (Larivière, 2008). Dans le même ordre d'idées, le rapport d'évaluation de l'implantation du PASM (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012) soulève l'ambiguïté relative à la définition de chacun des niveaux de spécialisation en santé mentale, rapportant certaines difficultés associées à la fluidité entre les différents niveaux de services. Dans ce contexte, l'importance de développer

une compréhension commune de la hiérarchisation et de distinguer chacun des niveaux de services est réaffirmée (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Le PASM 2015-2020 inclut une recommandation à cet égard, témoignant du chemin qu'il reste à faire pour atteindre une intégration et une fluidité entre les niveaux de services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Au-delà des constats émis par le rapport d'évaluation du PASM, le flou quant à la définition de la pratique surspécialisée en santé mentale est également constaté par les travailleuses sociales œuvrant elles-mêmes en troisième ligne à l'IUSMQ. Ce projet de recherche est donc né de leur initiative et à partir de leurs préoccupations au sujet de la qualité et l'avancement de leurs pratiques et le partage de questionnements communs concernant leur identité professionnelle. Ces intervenantes constataient le besoin de mieux définir la pratique surspécialisée du service social en santé mentale, dans l'optique d'éclairer leur identité professionnelle et de mieux distinguer les niveaux de services, pour améliorer la fluidité des relations de collaboration en ce sens. C'est ainsi qu'une démarche de recherche collaborative a été initiée, à travers laquelle les travailleuses sociales de l'IUSMQ se sont engagées.

### **3. La question de recherche**

La question de recherche retenue pour mener l'étude est la suivante : Qu'est-ce qui caractérise l'identité professionnelle des travailleuses sociales de troisième ligne psychiatrique? Puisque les différents niveaux de services se définissent en relation les uns avec les autres, l'équipe de recherche a décidé d'explorer le point de vue des intervenantes de première ligne, de façon à éclairer les similarités et les divergences entre la troisième et la première ligne, et ainsi permettre de dégager les particularités de la pratique surspécialisée en santé mentale. Cette orientation s'inscrivait en complémentarité avec le projet de maîtrise de l'une des intervenantes de l'équipe de recherche, qui examinait la pratique surspécialisée à partir du point de vue des travailleuses sociales de l'IUSMQ (Leclerc, 2017).

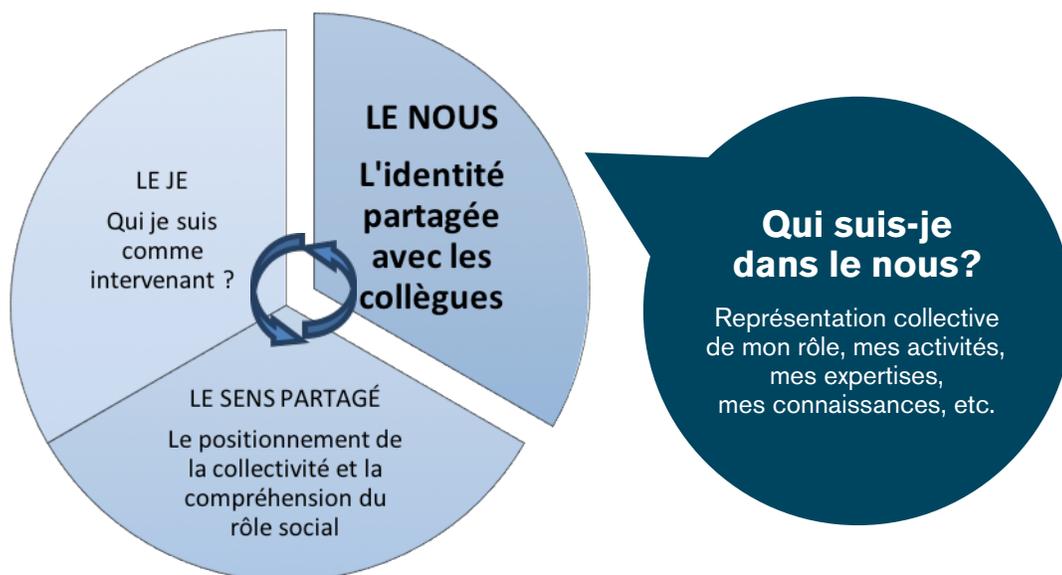
34

### **4. L'identité professionnelle comme cadre conceptuel de l'étude**

L'équipe de recherche a construit un cadre conceptuel à partir des travaux de Legault (2003) et de Dubar (2010), conceptualisant l'identité professionnelle selon l'interaction entre trois pôles distincts, mais interreliés : 1) le « je » représente l'identité individuelle, marquée par l'histoire de la personne et par l'ensemble de valeurs qui la définissent; 2) le « nous » est une identité professionnelle partagée avec d'autres collègues, définie par des valeurs, un cadre législatif et un ordre professionnel; alors que 3) le « sens partagé » représente la compréhension du rôle professionnel au sein de la société. Appliquées à cette étude, les valeurs dont il est question dans ce pôle de l'identité professionnelle renvoient essentiellement aux valeurs professionnelles en travail social, notamment la justice sociale, la promotion de l'autodétermination et l'empowerment individuel et collectif (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes familiaux du Québec, 2012 : 7), partagées ou non avec les autres intervenants en santé mentale.

La figure 1 permet de saisir de quelle façon ces trois pôles sont interreliés.

**Figure 1 :** Représentation des trois pôles de la construction de l'identité professionnelle, adaptée de Dubar (1997) et Legault (2003)



Dans le cadre de cette étude, l'équipe de recherche s'est intéressée au pôle du « nous », explorant la perception des intervenantes de première ligne à l'égard de la pratique surspécialisée en santé mentale. Il s'agissait plus spécifiquement de dégager les aspects de la pratique qui sont partagés ou non par les intervenants de première ligne et les travailleuses sociales de l'IUSMQ, de façon à mettre en lumière les particularités se rapportant spécifiquement à la troisième ligne.

35

## 5. Méthodologie

### 5.1 Le type d'étude

Cette recherche s'inscrit dans une perspective collaborative en ce sens : 1) qu'elle implique une démarche de co-construction de l'objet d'étude par les chercheurs et les praticiens; 2) qu'elle allie activités de production de connaissances et développement professionnel; et 3) qu'elle vise un dialogue entre la théorie et la pratique (Desgagné, Bednarz, Lebus et al., 2001). Le devis qualitatif est retenu parce qu'il : « met l'accent sur la compréhension et repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants » (Fortin et Gagnon, 2010 : 10). En cohérence avec le niveau de connaissances disponibles, l'étude est exploratoire (Yegidis et Weinbach, 2006) et elle comporte également une dimension descriptive, cherchant à décrire les pratiques des travailleuses sociales de l'IUSMQ (Trudel, Simard et Vonarx, 2007).

### 5.2 L'échantillon à l'étude

L'échantillon regroupe des intervenantes qui œuvrent en première ligne en santé mentale sur le territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS de la Capitale-Nationale), incluant 11 répondantes du milieu institutionnel et 5 du milieu communautaire.

**Tableau 1 :** Profil des participants à l'étude (n : 16)

<b>Genre</b>	Féminin : 13 Masculin : 3
<b>Âge</b>	Moyenne : 42 ans Étendue : 25 à 56 ans
<b>Niveau de scolarité</b>	Collégial technique : 3 Baccalauréat : 10 Maîtrise : 3
<b>Années d'expérience en santé mentale</b>	Moyenne : 13 ans d'expérience Étendue : 2 à 32 ans d'expérience

Le type de formation n'était pas un critère de recrutement, mais la nature des contacts avec les travailleuses sociales de l'IUSMQ a été vérifiée par un court questionnaire, afin de s'assurer que les répondantes aient un minimum de connaissances pertinentes. Les répondantes occupent différentes fonctions dans leur milieu de pratique : travailleuse sociale (n : 9), accompagnatrice (n : 1), agente d'intégration (n : 1), conseillère en orientation (n : 1), coordonnatrice (n : 1), coordonnatrice clinique (n : 1), éducatrice spécialisée (n : 1) et infirmière (n : 1).

### 5.3 La collecte et l'analyse des données

36

Des entrevues semi-dirigées d'une durée approximative de 45 minutes ont été réalisées auprès des répondantes, abordant les perceptions et les attentes à l'égard des pratiques des travailleuses sociales de l'IUSMQ (rôles, tâches, connaissances, compétences), ainsi que les spécificités propres à la pratique de troisième ligne. Un court questionnaire a permis de recueillir des données pour dégager le profil des répondantes. Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu à partir des étapes de Mayer et Deslauriers (2000), et l'analyse thématique proposée par Paillé et Mucchielli (2008) a guidé l'interprétation des résultats. Le projet a fait l'objet d'une approbation éthique auprès du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

### 5.4 Limites de cette étude

Ce projet de recherche comporte certaines limites qu'il importe de mentionner pour situer la portée des résultats. D'abord, cette étude s'intéresse au point de vue des intervenantes de première ligne, n'offrant qu'un éclairage partiel à l'égard de la pratique surspécialisée en santé mentale, puisqu'il manque la perspective des principales concernées. De plus, l'échantillon inclut davantage de répondantes du milieu institutionnel, de sorte que les résultats sont possiblement plus représentatifs de la perception du milieu institutionnel. Enfin, considérant que la collecte de données s'est déroulée dans la foulée de la création de la Loi 10, sanctionnée en 2015, (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014), les résultats rapportés ici sont susceptibles d'être modifiés dans les suites de la réforme en cours.

## 6. La pratique des travailleuses sociales de troisième ligne en santé mentale

Les résultats obtenus dans cette étude apportent un éclairage sur les spécificités propres au contexte d'intervention et aux rôles des travailleuses sociales œuvrant dans une pratique surspécialisée en santé mentale.

### 6.1 Le contexte d'intervention des travailleuses sociales de troisième ligne

Les répondantes distinguent diverses particularités se rapportant au contexte d'intervention de troisième ligne. D'emblée, les répondantes soulignent la culture médicale inhérente au milieu hospitalier, qui influence l'identité professionnelle des travailleuses sociales, du fait qu'elles œuvrent dans un contexte d'intervention où le social peut se voir relégué au second plan :

*Les travailleuses sociales ont une couleur plus médicale. C'est sûr que c'est des intervenants psychosociaux, mais le fait d'être entouré de professionnels plus proches de la santé, plus proches du bio, des fois elles perdent... Elles écoutent trop le médecin. Il y a peut-être une petite perte d'identité. [...] Ce n'est pas facile d'être travailleur social en milieu hospitalier. Tu es tout seul avec la couleur psychosociale... [Répondante 5]*

Le contexte hospitalier peut également soumettre les travailleuses sociales de l'IUSMQ à certaines décisions ou pressions médicales, affectant leur indépendance professionnelle :

*Elles n'ont pas juste à aider la personne à fonctionner, il faut que la personne fonctionne pour que l'hôpital fonctionne. [...] J'ai l'impression qu'il y a peut-être cette pression-là à laquelle elles sont soumises. Ça ne les aide peut-être pas à conserver une indépendance et à penser uniquement dans l'intérêt de la personne. [Répondante 11]*

37

De plus, les répondantes font état des collaborations interprofessionnelles qui caractérisent les pratiques des travailleuses sociales, ces dernières bénéficiant d'un accès privilégié à l'équipe traitante :

*Le fait aussi d'être en collaboration avec une équipe médicale, qui est beaucoup un travail de proximité. Alors que nous, souvent, l'équipe médicale, on a de la misère à la joindre, ou on ne sait pas comment en avoir une. [Répondante 3]*

Les répondantes abordent les dynamiques de négociations découlant des collaborations interprofessionnelles, qui affectent le pouvoir décisionnel de chaque professionnel de l'équipe :

*À l'IUSMQ, ils sont huit personnes autour d'un client, à prendre des décisions avec sa médication, gérer son dîner, gérer ses sorties... Il y doit y avoir quelque chose dans la dynamique de l'équipe de travail qui est différente aussi. C'est des décisions qui se prennent plus au commun que moi, seule avec ma participante. [Répondante 8]*

Comme le rapportent les répondantes, la nature des interventions diffère également dans le cadre d'une pratique surspécialisée, puisque les travailleuses sociales travaillent dans des programmes où l'intensité de suivi est plus élevée, dans un contexte où leur implication est circonscrite dans le temps :

*C'est temporaire, hein! Eux autres, leur rôle, ce n'est pas d'être dans la vie des gens pendant deux ans comme nous autres. C'est de faciliter les contacts et de placer dans le réseau. [Répondante 2]*

De même, l'intervention des travailleuses sociales se déploie principalement à l'intérieur de l'IUSMQ, alors que la première ligne œuvre plutôt en communauté :

*En première ligne, on est plus sur le terrain. Dans le milieu de vie du client. On va à domicile. On se déplace dans les ressources. Tandis que les travailleuses sociales de l'IUSMQ, ils sont plus dans l'hôpital. Ils ne se déplacent pas nécessairement dans les ressources d'hébergement. [Répondante 15]*

Le contexte d'intervention de troisième ligne se distingue également par l'état des personnes suivies à l'IUSMQ, qui sont en situation de crise aiguë ou dans un état de désorganisation :

*La spécificité [...], c'est à mon sens la situation de crise. Dans le sens où quand tu es à l'IUSMQ, c'est parce que ça ne va pas. [...] On a vraiment une psychose ou quelque chose d'intense, ou un ajustement de médication, et on doit être hospitalisé... On voit la personne dans un contexte qu'elle n'est pas habituellement. [Répondante 8]*

Le profil des personnes rejointes par l'IUSMQ se traduit également par la sévérité et la complexité des problématiques vécues, qui nécessitent un suivi en troisième ligne :

*De troisième ligne, c'est parce que justement, il y a une nécessité plus grande, qui est demandée, et qui ne peut pas être travaillée nécessairement en première ligne pour x raisons. À cause que la problématique est plus grave, un petit peu. Plus grande. Plus complexe. [Répondante 7]*

Enfin, les répondantes de l'étude soulèvent l'expertise et la pratique de pointe requise en troisième ligne, alors que les travailleuses sociales œuvrent auprès de personnes ayant une problématique très spécifique :

*Je pense que c'est des travailleuses sociales qui sont spécialisées pour une clientèle vraiment plus limitée, si on veut. C'est moins large. Supposons que c'est une travailleuse sociale, justement, qui est dans le médico-légal. Une travailleuse sociale qui va être en dépendance au Centre de réadaptation en dépendance de Québec juste à côté. Ou une qui va être au Faubourg, juste à côté, et qui va être spécialisée vraiment au niveau des troubles de personnalité limite. [Répondante 14]*

La pratique surspécialisée se traduit également par une spécialisation sur le plan des connaissances, des outils d'intervention, des approches d'intervention et des enjeux éthiques :

*À l'IUSMQ, ils ont l'opportunité de développer une pratique qui est un peu plus de pointe au niveau du travail social. [...] Tu es dans quelque chose de spécialisé, alors tu peux vraiment te développer au niveau des approches cliniques, au niveau des outils d'intervention, au niveau des enjeux éthiques. [Répondante 3]*

Somme toute, les travailleuses sociales de l'IUSMQ sont amenées à réaliser des interventions solides, ancrées dans une offre de services et des approches cliniques développées :

*Leurs interventions vont être davantage documentées. [...] Leurs pratiques, j'ai l'impression qu'elles sont plus inscrites dans quelque chose de solide, tant au niveau de l'organisation des services qu'au niveau des approches cliniques. [Répondante 3]*

Ces résultats nous renseignent sur le fait que les travailleuses sociales de troisième ligne œuvrent dans un environnement qui a ses propres spécificités, distinct du contexte de pratique en première ligne.

## 6.2 Les rôles exercés par les travailleuses sociales de troisième ligne

Les répondantes nous éclairent sur les rôles exercés par les travailleuses sociales de l'IUSMQ, décrivant les particularités propres à la troisième ligne. D'abord, ces intervenantes exercent un rôle de liaison, faisant le pont entre l'ensemble des acteurs dans un dossier. Elles agissent à titre de

courroie de transmission, recueillant les informations nécessaires pour les transmettre aux acteurs concernés. En troisième ligne, les travailleuses sociales jouent un rôle actif de liaison entre l'équipe traitante et les autres acteurs concernés :

*C'était [la travailleuse sociale de l'IUSMQ] qui m'appelait pour me donner les résultats. [...] Et elle m'appelait aussi pour me donner de l'information soit de l'ergothérapeute, de la physiothérapeute. [...] Elle me transférait vraiment de l'information, pas juste de son côté, mais vraiment de toute l'équipe. [Répondante 14]*

Considérant que l'hospitalisation est un moment clé pour rencontrer la famille des personnes suivies à l'IUSMQ, les travailleuses sociales exercent également un rôle de liaison important avec les proches :

*Elle avait eu accès, par exemple, aux proches de Madame. Moi, elle refusait que je les contacte. Alors que là, les filles étaient venues la visiter, donc par le biais, ça s'était comme fait naturellement. Elle avait pu les rencontrer, elle avait pu établir un peu une alliance. [Répondante 15]*

Selon les répondantes, le rôle d'évaluation est également bien présent dans la pratique surspécialisée. L'une des particularités propres à la troisième ligne renvoie au fait de réaliser l'évaluation de façon systématique :

*Moi, ce qui me vient en tête spontanément, c'est le rapport d'évaluation du fonctionnement social qu'elles ont l'air de faire de manière systématique. Dans tous les dossiers. [Répondant 11]*

De même, le fait de réaliser l'évaluation en milieu hospitalier peut influencer le portrait de la situation auquel ont accès les travailleuses sociales. Si l'hospitalisation permet d'avoir un portrait très complet du fonctionnement social, la troisième ligne est caractérisée par un environnement plus contrôlé et un encadrement plus serré, ce qui peut influencer le regard posé sur la situation des personnes :

*Ils voient la personne fonctionner 24 heures sur 24. Souvent, ils vont nous apprendre des choses sur le fonctionnement de notre personne. Nous, on voit les gens deux à huit fois par mois. Ça veut dire au maximum deux fois par semaine. [Répondante 11]*

*Eux ont leur vision, aussi, à l'IUSMQ, qui n'est pas pareille. Déjà, les lieux physiques, c'est différent. La surveillance est beaucoup plus forte. Les services ne sont pas pareils. Souvent, il y a des comportements que les gens ont en externe qu'ils n'ont pas à l'IUSMQ. [Répondante 14]*

Les travailleuses sociales exercent également un important rôle d'intervention qui peut être combiné à celui de l'accompagnement dans les services. C'est à travers ces rôles qu'elles établissent notamment un plan d'intervention et en soutiennent la mise en œuvre. Cela peut également prendre différentes formes, notamment la psychoéducation (enseignement en lien avec la médication et les problèmes de santé mentale), l'organisation de services (mise en place de services d'entretien ménager), la référence à d'autres organismes ou ressources externes (référence à un centre de jour) ou des interventions psychosociales dans différentes sphères de la vie (accompagnement pour la gestion des dépenses).

Le caractère distinctif de ce rôle d'intervention en troisième ligne est qu'il s'exerce de façon intensive et brève, axé sur la gestion de la crise, la sortie de l'hôpital et le retour en communauté :

*Leur travail est probablement plus axé sur : comment ça se passait avant l'hospitalisation? Qu'est-ce qu'on met en place pendant pour favoriser un retour à domicile et que la personne ne revienne pas à l'hôpital éventuellement? C'est une préparation de sortie plus qu'autre chose. Rétablir un fonctionnement individuel satisfaisant. [Répondante 11]*

Selon les répondantes, les objectifs d'intervention peuvent différer en troisième ligne, visant à rétablir le fonctionnement des personnes, plutôt qu'à favoriser le développement de leur pouvoir d'agir et de leur autonomie à long terme :

*Ils n'ont pas le temps de penser à ce que la personne pense à se lever par elle-même, qu'elle soit autonome d'aller prendre sa douche. [...] Dans un contexte hospitalier, il faut que ça roule, il faut que l'horaire soit suivi. [...] Alors c'est sûr qu'eux n'ont pas le temps de travailler l'autonomie, je pense. Ils sont plus dans : « On rétablit la personne le plus vite possible dans sa santé mentale ». [Répondante 16]*

Les travailleuses sociales exercent également un rôle de facilitateur. De par la connaissance fine que détiennent ces intervenantes des ressources de troisième ligne, elles sont amenées à fournir des informations sur ces programmes, ainsi que sur la façon d'y avoir accès ou d'y référer les personnes :

*Nous, dans la communauté, on ne connaît pas si bien que ça les services de la troisième. Et les travailleuses sociales jouent bien ce rôle-là, à mon avis, d'être le lien. Tu sais, elles ont une connaissance de comment ça se passe à l'interne. Elles ont une connaissance des programmes, et elles ont un accès facile aux personnes qui travaillent dans ces programmes-là. [Répondante 11]*

Les travailleuses sociales jouent également un rôle de facilitateur en coordonnant les suivis d'un dossier ou en organisant des rencontres de concertation, pour faciliter la prise de décision. Le contexte de troisième ligne semble opportun pour réunir divers acteurs, notamment lors d'une hospitalisation :

*La travailleuse sociale à l'hôpital, c'est un facilitateur. Et je pense qu'elle joue un rôle aussi de réunir les familles avec le personnel soignant et nous autres en première ligne. Moi, je m'attends à ce qu'elle prenne cette initiative-là, de convoquer ces rencontres-là. [...] Pendant l'hospitalisation, c'est un bon timing pour discuter ensemble et se réunir, tous les acteurs autour de la personne. [Répondante 2]*

40

L'une des particularités de la pratique surspécialisée renvoie au rôle de défense et de représentation des aspects sociaux et environnementaux exercé par les travailleuses sociales. Le fait de porter une couleur sociale semble créer un terreau fertile pour les collaborations avec les intervenantes de première ligne :

*On a le même langage. On a les mêmes préoccupations. Toute la dimension psychosociale... C'est plus facile de jaser avec un travailleur social qui peut plus défendre la situation à domicile, qu'à ses coéquipiers. On a plus d'écoute aussi. [...] On peut prendre plus notre temps et débattre plus des enjeux, s'il y a des difficultés pour le retour à domicile. [Répondante 5]*

De même, les travailleuses sociales de troisième ligne sont amenées à analyser l'impact des facteurs sociaux et environnementaux sur l'état de santé mentale et à influencer l'équipe traitante à en tenir compte dans l'évaluation et dans la mise en œuvre des interventions :

*Les travailleurs sociaux doivent avoir le souci de ça. Qu'on ne ressorte pas la cliente, la personne, si on pense que dans trois semaines/un mois, ou dans deux mois, le milieu de vie ne sera pas satisfaisant, ou il ne sera pas capable de répondre à la personne. [...] De ne pas travailler sous pression et sortir l'individu, et qu'après ça, l'individu est à nouveau hospitalisé. [Répondante 4]*

À travers ce rôle, les travailleuses sociales doivent demeurer indépendantes face aux pressions qui leur sont adressées, défendant les droits et intérêts des personnes, et ce, en dépit des enjeux administratifs :

*Une travailleuse sociale en troisième ligne doit aussi savoir conserver son indépendance face aux pressions qui viennent du monde médical et du milieu hospitalier. On est là pour travailler dans l'intérêt de la personne, dans l'intérêt de notre client, comme travailleur social, et il faut savoir faire fi des enjeux administratifs ou organisationnels. Être capable de signaler à l'institution pour laquelle on travaille que leurs décisions vont avoir un impact sur la vie de la personne. [Répondante 11]*

Enfin, les travailleuses sociales de l'IUSMQ exercent un rôle conseil, en offrant leur expertise clinique sur une problématique ou une situation qui s'inscrit dans leur champ de spécialisation :

*J'ai une de mes collègues. [...] Elle a bien des questions au niveau de la probation, sur les bris de probation, comment elle devrait gérer ça. Et moi, je l'avais référée peut-être à parler à l'équipe médico-légale à l'IUSMQ, parce qu'ils ont cette expertise-là qui est super intéressante. Et nous, on a très peu de clients criminalisés, alors on n'a pas du tout cette expertise-là. On ne connaît pas les règles vraiment. [Répondante 14]*

## **7. Discussion**

### **7.1 Les spécificités de la pratique surspécialisée du service social en santé mentale**

En continuité avec la littérature, les résultats identifient diverses particularités propres à la pratique surspécialisée du service social en santé mentale. D'abord, les résultats rejoignent la définition du PASM voulant que les services de troisième ligne s'adressent à des problématiques sévères et complexes, requérant une expertise qui ne peut être offerte en deuxième ligne (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Les résultats concordent également avec le cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux (Gouvernement du Québec, 2010), rapportant que la pratique surspécialisée renvoie à un créneau d'intervention très spécifique. De même, les résultats indiquent que la pratique surspécialisée s'appuie sur des connaissances et des approches développées, réitérant l'idée selon laquelle la pratique de pointe est associée à la recherche et à l'évaluation (Gouvernement du Québec, 2010). Le rôle conseil évoqué par les répondantes dénote par ailleurs du transfert de connaissances visé par la mise en œuvre d'une pratique de pointe (Gouvernement du Québec, 2010). Enfin, les résultats soulèvent l'état de crise qui marque la population suivie en troisième ligne, de sorte que l'intervention est brève et axée sur la gestion de crise, comme l'indique l'IUSMM (2017) en définissant le service social en institut universitaire.

Les résultats apportent toutefois un nouvel éclairage en précisant certaines caractéristiques du contexte d'intervention dans lequel s'inscrit la pratique surspécialisée du service social en santé mentale. Les répondantes font état de la culture médicale inhérente au contexte hospitalier, ainsi que des collaborations interdisciplinaires qui caractérisent la pratique surspécialisée, alors que la complexité des problématiques rencontrées nécessite l'apport de plusieurs professionnels. Les répondantes évoquent également la nature intensive des interventions en troisième ligne, observant qu'elles sont majoritairement réalisées en contexte intra-hospitalier. En outre, les résultats soulèvent l'expertise développée par les travailleuses sociales de l'IUSMQ quant à l'évaluation et à la liaison auprès des proches. Enfin, les résultats indiquent que les interventions en troisième ligne sont moins axées vers le développement de l'autonomie à long terme, visant plutôt à restaurer le fonctionnement, à préparer la sortie de l'hôpital ou à favoriser un retour à domicile.

## 7.2 Le contexte d'intervention comme élément de définition de l'identité professionnelle des travailleuses sociales

Plusieurs particularités soulevées dans cette étude quant à la pratique surspécialisée se rapportent au contexte d'intervention dans lequel s'inscrit la pratique, plutôt qu'au degré de spécialisation qui y est propre. Comme le soulignent les répondantes, les travailleuses sociales de troisième ligne n'ont pas seulement des tâches différentes des intervenantes de première ligne, elles œuvrent également dans un environnement distinct. Les résultats pointent donc vers un constat à l'effet que la définition de la pratique surspécialisée en santé mentale est intrinsèquement liée au contexte d'intervention dans lequel elle s'inscrit. De fait, nos résultats semblent confirmer que le contexte organisationnel joue un rôle important, voire même central, dans la construction de l'identité professionnelle des travailleuses sociales, comme le soulignent plusieurs auteurs (Blewett, Lewis et Tunstill, 2007; Chouinard et Couturier, 2006). Selon Pullen Sansfaçon et Crête (2016), atteindre un sentiment de cohérence entre les identités personnelle, professionnelle et organisationnelle apparaît essentiel à la construction identitaire. Par conséquent, l'importance d'ancrer la définition de la pratique du service social dans le contexte auquel elle se rattache se voit comme une piste pour mieux distinguer l'identité professionnelle des travailleuses sociales. Ces observations nous éclairent d'ailleurs sur la pertinence d'inclure une dimension institutionnelle dans la représentation des pôles de construction de l'identité professionnelle conceptualisée dans cette étude.

## 7.3 Similarités et divergences des pratiques : quelles implications pour l'identité professionnelle des travailleuses sociales?

Dans cette étude, c'est en évoquant les similarités et les divergences entre leur pratique en première ligne et celle de troisième ligne que les répondantes en viennent à définir la pratique surspécialisée en santé mentale. Ce faisant, les répondantes, dont la majorité œuvre à titre de travailleuses sociales, contribuent à délimiter le pôle du « nous » propre à l'identité professionnelle des travailleuses sociales, identifiant des fondements communs à la pratique du service social en première et en troisième ligne. Bien qu'œuvrant dans un contexte distinct, marqué par une culture médicale, les travailleuses sociales de l'IUSMQ partagent avec les intervenantes de première ligne des préoccupations à l'égard des aspects sociaux et environnementaux, exerçant un rôle d'influence en amenant l'équipe médicale à tenir compte de l'impact de l'environnement sur l'état de santé des personnes. Tel que souligné par les répondantes, les travailleuses sociales de l'IUSMQ défendent les droits et les intérêts des personnes, signalant à l'institution lorsque les décisions organisationnelles ont un impact négatif. Ces résultats mettent en évidence la couleur psychosociale qui traduit la pratique surspécialisée en santé mentale, bien qu'elle s'inscrive en contexte hospitalier. Ces résultats s'inscrivent en cohérence avec le propos de certains auteurs qui relèvent le caractère social de la pratique du service social en contexte médical. La littérature met en évidence la compréhension approfondie qu'ont les travailleuses sociales des barrières et des ressources sociales et environnementales en lien avec la santé, soulignant leur apport essentiel pour contribuer à développer les capacités du milieu médical à dispenser des soins plus holistiques (Allen, 2012; Bransford, 2005). Les travailleuses sociales en contexte hospitalier défendent les intérêts des personnes et des familles, même si cela implique de militer pour des changements du système de soins et de services sociaux (Bransford, 2005; Grant et Toh, 2017). Selon Bransford (2005), ces intervenantes peuvent même contribuer à teinter les pratiques des organisations de soins de santé d'une perspective de justice sociale. Somme toute, les travailleuses sociales de l'IUSMQ, bien qu'imprégnées d'une culture médicale, conservent une couleur propre au service social et jouent un rôle actif en ce sens.

## CONCLUSION

Les résultats de cette recherche apportent un éclairage sur la pratique surspécialisée du service social en santé mentale, mettant en évidence l'importance du contexte d'intervention comme élément de définition de l'identité professionnelle. De même, les résultats nous éclairent sur la couleur psychosociale de la pratique surspécialisée du service social en contexte hospitalier, ainsi que sur l'apport et le pouvoir d'influence des travailleuses sociales dans un milieu marqué par une culture médicale. L'une des étapes subséquentes à cette étude pourrait consister à explorer la perspective des travailleuses sociales de l'IUSMQ quant aux constats émis par les intervenantes de première ligne, afin de poser un regard sur les similarités et les divergences dans les perceptions sur la pratique surspécialisée en santé mentale. Enfin, il serait également pertinent de documenter l'expérience des travailleuses sociales qui ont pris part à la démarche collaborative, afin d'explorer si leur participation a contribué au développement d'une pratique réflexive, voire même à la construction de leur identité professionnelle.

---

## ABSTRACT:

*This article reports a collaborative research project on specialised social services in mental health care system, conducted with social workers of the Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). Based on interviews with institutional and community front-line stakeholders, findings provide greater specificity about the context and the role of specialized social work in the field of mental health care. As results obtained identify the context as an essential element of the professional identity, they also enable us to consider the psychosocial dimension of specialized social services in hospital settings, highlighting the contribution of social workers in an environment characterised by medical culture.*

43

## KEYWORDS:

*Specialised social services, psychiatric social work, mental health, professional identity, service hierarchy, collaborative research, primary care*

---

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (2013). « Plan d'organisation : programme de santé mentale. Se développer ensemble », Québec : Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 64 p.
- Assemblée nationale du Québec (2005). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (loi 83), Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 134 p.
- Assemblée nationale du Québec (2014). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (loi 10), Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 96 p.
- Association canadienne des travailleurs sociaux : « Le rôle du service social dans le champ de la santé mentale », <https://casw-acts.ca/fr/le-r%C3%B4le-du-service-social-dans-le-champ-de-la-sant%C3%A9-mentale>. Consulté le 27 juillet 2017.
- Allen, H. (2012). « Is there a social worker in the house? Health care reform and the future of medical social work », *Health & social work*, vol. 37, n° 3, 183-186.
- Blewett, J., Lewis, J. et J. Tunstall (2007). *The changing role and tasks of social work. A literature informed discussion paper*, London : GSCC.
- Blom, B. (2004). « Specialization in social work practice: Effects on interventions in the personal social services », *Journal of Social Work*, vol. 4, n° 1, 25-46.

- Bransford, C. L. (2005). « Conceptions of Authority Within Contemporary Social Work Practice in Managed Mental Health Care Organizations », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 75, n° 3, 409-420.
- Bourque, F. (2009). « Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec », Communication dans le cadre du colloque européen (CEFUTS), *Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires*, Université Toulouse (2 et 3 juillet 2009).
- Chouinard, I. et Y. Couturier (2006). « Identité professionnelle et souci de soi en travail social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 1, 176-182.
- Demers, L., Dupuis, A. et M. Poirier (2002). « L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 74-92.
- Crête, J., Pullen Sansfaçon, A. et I. Marchand (2015). « L'identité professionnelle de travailleurs sociaux en devenir : de la formation à la pratique », *Service social*, vol. 61, n° 1, 43-55.
- Desgagné, S., Bednarz, N., Lebus, P., Poirier, L. et C. Couture (2001). « L'approche collaborative de recherche en éducation : un rapport nouveau à établir entre recherche et formation », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 27, n° 1, 33-64.
- Dubar, C. (2010). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Colin.
- Ellem, K., Wilson, J. et W. H. Chui. (2012). « Effective responses to offenders with intellectual disabilities : Generalist and specialist services working together », *Australian Social Work*, vol. 65, n° 3, 398-412.
- Fleury, M. J., Bamvita, J. M. et J. Tremblay (2009). « Variables associated with general practitioners taking on serious mental disorder patients », *BMC Family Practice*, vol. 10, n° 41, 1-8.
- Fortin, P. (2003). « L'identité professionnelle des travailleurs sociaux » : 85-104, dans G.-A. Legault (sous la dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Fortin, M.-F. et J. Gagnon (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*, Montréal : Chenelière Éducation.
- Gouvernement du Québec (2010). *Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux. Mission, principes et critères*, Québec : Gouvernement du Québec, 38 p.
- Grant, D. M. et J. S. Toh (2017). « Medical social work positions : BSW or MSW? », *Social Work in Health Care*, vol. 56, n° 4, 215-226.
- Gusew, A. et G. Berteau (2011). *Le développement professionnel d'intervenants sociaux assignés à services d'accueil ou de court terme en contexte d'urgence ou de crise*, Rapport de recherche, École de travail social, Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Hotho, S. (2008). « Professional identity – product of structure, product of choice : linking changing professional identity and changing professions », *Journal of Organizational Change Management*, vol. 21, n° 6, 721-742.
- IUSMM. « Travail social », dans *Professionnels*, <http://www.iusmm.ca/hopital/professionnels-et-partenaires/services-specialises/travail-social.html>. Consulté le 27 juillet 2017.
- Larivière, C. et C. Ricard (2003). « Les relations interprofessionnelles et le service social », *Intervention*, n° 118, 117-120.
- Larivière, C. (2008). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Sondage en ligne 2007, Québec : OTSTCFQ.
- Larivière, C. (2010). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Rapport du comité de la pratique en Centre de santé et de services sociaux de l'OTSTCFQ, Québec : OTSTCFQ.
- Leclerc, A. (2017). *Le travail social en troisième ligne psychiatrique : la perception des travailleurs sociaux*, Mémoire de maîtrise, Université Laval.
- Legault, G. A. (sous la dir.) (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mayer, R. et J. P. Deslauriers (2000). « Quelques éléments d'analyse qualitative » : 159-188, dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques et D. Turcotte (sous la dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal : Gaëtan Morin.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 96 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Évaluation de l'implantation. Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 83 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2010 : faire ensemble et autrement*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 92 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (s.d.). « Portrait organisationnel », dans Réorganisation du réseau, <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>. Consulté le 13 juin 2017.
- Oliver, C. (2013). « Social Workers as Boundary Spanners: Reframing our Professional Identity for Interprofessional Practice », *Social Work Education*, vol. 32, n° 6, 773-784.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2012). *Référentiel de compétence des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, Montréal : OPTSQ, 34 p.
- Paillé, P. et A. Mucchielli (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.), Paris : Armand Colin.
- Pullen Sansfaçon, A. et J. Crête (2016). « Identity development among social workers, from training to practice: results from a three-year qualitative longitudinal study », *Social Work Education*, vol. 35, n° 7, 767-779.
- Richard, M.-C. (2005). *Enjeux de la configuration des centres de santé et de services sociaux. Recension des écrits*, Gatineau : Centre d'étude et de recherche en intervention sociale.
- Trudel, L., Simard, C. et N. Vonarx (2007). « La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? », *Recherches qualitatives*, hors série, n° 5, 38-45.
- Yegidis, B. L. et R. W. Weinbach (2006). *Research Methods for Social Workers*, Boston: Allyn & Bacon.