

2011.28.31.12

Université de Montréal

Les cadres de référence de la pratique psychosociale en CLSC

par

Catherine Barbeau

École de service social

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.) en service social

Novembre 1999

© Catherine Barbeau, 1999



Les cadres de référence de la pratique
psychosociale en CLSC

HV
13
254
2000
N. 009

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise en sciences (M.Sc.) en services sociaux



2000

2000

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les cadres de référence de la pratique psychosociale en CLSC

Présenté par :

Catherine Barbeau

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Claude Larivière directeur de recherche
Danielle Fournierprofesseur Université de Montréal
Joëlle Khalfadirectrice générale du CLSC René-Cassin

Mémoire accepté le :

 2000

Sommaire

Dans ce mémoire, il sera question de cadres de référence s'intéressant à la pratique psychosociale en CLSC. Nous définissons un cadre de référence de cette pratique professionnelle comme étant une définition négociée des pratiques professionnelles psychosociales, encouragées ou acceptées, dans une organisation.

Nous nous intéressons particulièrement à ce nouveau phénomène en explorant, dans un premier temps, les éléments qui peuvent motiver des intervenants psychosociaux, des gestionnaires et un conseil multidisciplinaire, à définir et à baliser la pratique psychosociale.

Il n'existe pratiquement aucune littérature sur des expériences d'élaboration de ce genre d'outil professionnel qui ont commencé à voir le jour il y a approximativement six ans. Toutefois, à l'aide de la littérature qui peut se greffer autour de ce thème, nous constatons que les acteurs impliqués sont souvent aux prises avec des embûches relatives à leurs réalités professionnelle et organisationnelle. De ce fait, des tensions apparaissent autour d'enjeux aussi importants que la reconnaissance des expertises et des compétences, le balisage ou le contrôle de la pratique professionnelle, la distinction du spécifique de chaque profession, l'autonomie professionnelle, l'encadrement, la supervision professionnelle, etc.

Outre le fait d'avoir campé notre sujet dans son contexte particulier (en CLSC), d'avoir exploré les éléments influençant le désir de définir la pratique professionnelle en psychosocial, nous avons fait deux expériences terrain. En effet, deux CLSC ont voulu obtenir du soutien dans leur démarche d'élaboration d'un cadre de référence de cette pratique professionnelle.

Pour ce faire, nous avons procédé par recherche-action afin d'épauler ces gens et de recueillir des informations pertinentes pour affirmer ou infirmer notre hypothèse : un cadre de référence ne peut être adopté que dans la mesure où gestionnaires et intervenants psychosociaux souhaitent mutuellement définir la pratique idéale de l'organisation professionnelle dans un CLSC. Cette volonté ne se réalisera toutefois que si les efforts sont appuyés par des moyens appropriés. Nous nous sommes également efforcés de répondre à la question suivante : quelles sont les conditions essentielles à

réunir pour qu'un CLSC et ses intervenants psychosociaux puissent se donner un cadre de référence structurant la pratique psychosociale.

Afin d'atteindre ces objectifs, nous avons fait des choix méthodologiques conséquents en utilisant une approche de recherche-action et en jouant certains rôles habituellement assumés par un consultant, en utilisant des questionnaires acheminés aux CLSC possédant déjà des cadres de référence déjà existants, par l'analyse de contenu de cadres de référence, employant une démarche de recherche spécifique à chacun des CLSC nous servant de terrain d'expérimentation et, finalement, par des entrevues individuelles d'approfondissement.

De part ces nombreuses sources de renseignement, nous avons été en mesure de vérifier que l'élaboration d'un cadre de référence peut avoir de nombreux impacts tant sur les relations entretenues entre les professionnels du champ psychosocial et leurs collègues d'autres disciplines qu'entre les intervenants psychosociaux et leurs gestionnaires. Des impacts peuvent aussi apparaître en ce qui concerne la crédibilité des praticiens psychosociaux, sur la reconnaissance de leurs compétences, sur leur appartenance professionnelle ainsi que sur la qualité des services rendus à la clientèle. Nous avons noté également, dans certains cas des impacts en ce qui concerne l'organisation du travail et sur l'encadrement professionnel.

Pour qu'une démarche d'élaboration d'un cadre de référence de la pratique psychosociale soit menée à terme et que l'outil soit réellement inséré dans la pratique quotidienne des intervenants et de leur organisation, certains impératifs doivent être maintenus tels, une réelle implication des gestionnaires concernés et d'une majorité des intervenants psychosociaux, le respect du rythme réflexif des intéressés, des moyens de communication appropriés et efficaces, des activités d'appropriation, etc.

Ce mémoire constitue le premier effort d'envergure s'intéressant à ce type d'outil professionnel. Il sera d'autant plus pertinent pour les praticiens sociaux et leurs décideurs qu'il met en lumière les enjeux auxquels ils sont confrontés de par la nature éclatée de cette profession (et donc, de la difficulté de la définir) et du travail de plus en plus pratiqué en multidisciplinarité. Également, la clientèle diversifiée et les multiproblématiques rencontrées, les mandats élargis qui se retrouvent en CLSC ainsi que la méconnaissance des gestionnaires (issus principalement d'une discipline autre que le service social) de la réalité de la pratique psychosociale, constituent aussi des enjeux

importants. Afin d'être au clair avec ces aspects, l'élaboration d'un cadre de référence peut s'avérer un outil fort pertinent autant pour les professionnels que pour les gestionnaires.

Mots clés : cadre de référence, pratique psychosociale, CLSC, recherche-action.

TABLE DES MATIÈRES

Identification du jury :	ii
Sommaire :	iii
Introduction :	1
1. Revue de la littérature	4
1. Les CLSC comme type d'organisation professionnelle	4
2. Les acteurs et leur motivation à se doter d'un cadre de référence de la pratique psychosociale	8
3. Multidisciplinarité et interdisciplinarité	21
4. Autonomie professionnelle	25
5. La notion de compétence professionnelle	26
6. L'encadrement professionnel	27
2. Cadre théorique	31
3. Méthodologie	37
1. Recherche des cadres de référence sur la pratique psychosociale déjà existants	37
2. Rôle de chercheur et rôle de consultant	38
3. Questionnaire d'exploration à des responsables d'élaboration de cadre de référence	40
4. Le CLSC X	41
5. CLSC Saint-Hubert	45
6. Entrevues d'approfondissement	48
4. Présentation et analyse des résultats	52
1. Les cadres de référence existants	52
2. Questionnaire envoyé à huit personnes ayant été impliquées dans l'élaboration de ces cadres de référence	57
3. Démarche entreprise avec le CLSC X	60
4. Démarche entreprise avec le CLSC Saint-Hubert	78
5. Entrevues complémentaires d'approfondissement	91
6. Synthèse des résultats	99

Conclusion	104
Bibliographie	108
Annexes	113
1. Moyens de soutien organisationnel satisfaisants	113
2. Questionnaire d'exploration	115
3. Questionnaire de recherche, CLSC X	118
4. Plan d'entrevue d'approfondissement	132
5. Thèmes retrouvés dans les cadres de référence de la pratique psychosociale en CLSC	135

Introduction

Historiquement, les travailleurs sociaux, reconnus comme professionnels par le législateur québécois en 1960, étaient à l'emploi des agences sociales, transformées en Centres de services sociaux (CSS) par la loi de 1971. Celle-ci créa également les Centres locaux de services communautaires (CLSC) qui développèrent progressivement leurs services en lien avec leur mission de première ligne, qui consiste à offrir des services psychosociaux, de santé et d'action communautaire.

Avec la réforme de 1992 instaurée par le ministre de la santé et des services sociaux, monsieur Côté, qui va démanteler les CSS, d'importants transferts d'intervenants sociaux ont eu lieu dans les CLSC et dans les centres hospitaliers. Cela a eu pour effet de modifier ou de déstabiliser les pratiques psychosociales existantes dans ces établissements car les intervenants psychosociaux transférés ont leur propre culture professionnelle et leur manière de pratiquer. Également, de nouveaux mandats sont désormais confiés aux CLSC.

Parallèlement, à mesure que les CLSC sont plus connus et mieux utilisés, le nombre de clients demandant le soutien de professionnels du psychosocial a augmenté et s'est alourdi (prise en charge de plus en plus de personnes ayant des problèmes de santé mentale, des personnes en perte importante d'autonomie et autres effets du virage ambulatoire) laissant notamment l'impression aux intervenants que leur travail était de plus en plus concentré dans le domaine curatif au détriment du travail préventif qui constituait une des caractéristiques traditionnelles en CLSC.

La mission médicale et sanitaire des CLSC a également pris le pas sur la pratique psychosociale. À cet égard, Larivière (1995 : 41) mentionne qu'en 1992, la mission sociale et communautaire plafonnait autour du tiers des effectifs (33,7 % en incluant les auxiliaires familiales et sociales), la dominante était nettement sanitaire et médicale (40,6 %), le reste du personnel étant affecté aux fonctions de soutien ou d'encadrement (7,7 %). Toutefois, depuis le virage ambulatoire, on peut penser logiquement que l'écart se serait élargi. De l'avis de Gobeil (1996 : 5) « l'action psychosociale et communautaire en CLSC connaît à l'heure actuelle une crise de croissance sans précédent ». De plus, l'auteur poursuit en faisant valoir

« qu'à l'heure actuelle, deux pièges guettent la pratique psychosociale en CLSC. Le premier est la réduction de la pratique psychosociale à une pratique curative en situation de crise auprès d'individus à risque et le second, la médicalisation du champ de la pratique psychosociale » (6).

Aussi, Larivière (1995 : 43) mentionne que :

« aussi étonnant que cela puisse paraître, dès l'implantation des CLSC, la pratique sociale a échappé à un véritable encadrement. Concrètement, cela signifie que dans chaque CLSC les équipes d'intervenants pouvaient s'entendre sur des modes de pratique et, qu'à défaut d'y arriver-- ce qui est souvent le cas - chacune adoptait le modèle de son choix ».

Dans un tel contexte, on ne doit pas se surprendre qu'à une réunion tenue en novembre 1994 par la Corporation de travailleurs sociaux du Québec (*Opération prenons notre place*), les participants manifestaient leur malaise en regard des rôles et tâches des travailleurs sociaux qui ne semblent pas toujours clairement définis. La pratique en équipes multidisciplinaires semblait également susciter certaines interrogations et insatisfactions par rapport aux éléments spécifiques à chaque profession. Ce malaise est également nommé par Julien et Panaccio (1987) ainsi que par Marchand et Perreault (1992) dans leurs articles réciproques portant sur la pratique des psychologues en CLSC.

L' *Association pour le développement des pratiques psychosociales en CLSC* a vu le jour en juin 1995 pour répondre au « besoin, pour un grand nombre d'intervenants sociaux et psychosociaux, de se donner un cadre de référence commun en ce qui concerne l'exercice de leur pratique » (Roy, 1996 : 1). Afin de faire face aux difficultés et insatisfactions mentionnées ultérieurement, les intervenants psychosociaux souhaitent renforcer et affirmer leur identité professionnelle. L'élément aidant serait de se donner une représentation claire de ce qu'ils définissent comme étant une pratique psychosociale dans leur milieu de travail ; ici, les CLSC. « L'élaboration d'un cadre de référence local de la pratique psychosociale permet de donner un sens à la pratique quotidienne tout en précisant les valeurs qui prévalent dans l'orientation des interventions » (Gobeil, 1996 : 9).

Le but de ce mémoire est d'examiner plus attentivement les motivations qui sont à l'origine de la volonté de certains acteurs (professionnels, gestionnaires, membres d'un conseil multidisciplinaire) de se doter d'un tel outil professionnel. Dans un premier temps, nous ferons état de la littérature existante en regard de notre sujet. Nous

procéderons aussi à une analyse des cadres de référence existants. Cela sera suivi de l'examen des processus possibles de développement d'un tel cadre. Ceci sera fait à partir de deux expériences effectuées auprès de CLSC qui ont fait la demande d'être soutenu dans leur démarche de conceptualisation d'un cadre de référence de la pratique psychosociale. Les impacts de tels dispositifs seront ensuite analysés. Nous terminerons évidemment par un tour d'horizon des éléments marquants de ce mémoire de recherche, de leur filiation logique et des conclusions que nous pouvons en tirer.

1. Revue de la littérature

Afin d' avoir une vue d'ensemble des éléments pouvant contribuer à la volonté d'une organisation ou de ses professionnels de se doter d'un cadre de référence de la pratique psychosociale, il faut aborder plusieurs sujets. Ceci est combiné avec le fait qu'il y a très peu d'écrits portant présentement sur cet outil et les motivations le soutenant, outre les contributions de Roy (1996), Gobeil (1996) et Larivière (1997).

Ce présent chapitre nous amène à explorer, dans un premier temps, l'organisation des CLSC et le partage du pouvoir dans ceux-ci. Dans un deuxième temps, seront abordées les catégories acteurs y oeuvrant : gestionnaires, professionnels du psychosocial et conseil multidisciplinaire. Finalement, les éléments clés que constituent la multidisciplinarité, l'autonomie professionnelle, la notion de compétence professionnelle ainsi que l'encadrement professionnel et le soutien organisationnel, seront décrits dans leurs particularités par rapport à la pratique professionnelle en CLSC et des facteurs pouvant conduire à l'élaboration d'un cadre de référence de la pratique psychosociale dans un tel contexte.

1. Les CLSC comme type d'organisation professionnelle

Il importe d'abord de situer le type d'organisation dans lequel ces cadres de référence de la pratique psychosociale voient le jour et trouvent leur raison d'être puisque, comme le mentionne Friedberg, les acteurs et le système sont « co-constitutifs » et doivent absolument être saisis ensemble (1993 : 19) .

Les CLSC sont définis comme étant des organisations professionnelles. Selon Etzioni (1971 : 141), ce type d'organisation se distingue des autres du fait qu'au moins 50 % des effectifs sont des professionnels¹. Dans ces organisations, les décisions concernant

¹ Nous ne faisons pas, comme le propose cet auteur, une distinction entre les professionnels purs que représentent, les médecins, les avocats, les professeurs d'université et les semi-professionnels dont les travailleurs sociaux. Etzioni, A. (1969). *The semi-professions and their organization*. New York : The Free

les services sont surtout déterminées par un savoir de type professionnel. Aussi, nous retrouvons une inversion des responsabilités habituelles : les gestionnaires administrant les moyens mis à la disposition des professionnels qui accomplissent l'activité principale (148). Nous assistons ainsi à la mise en place d'une double structure d'autorité : « l'autorité administrative et l'autorité professionnelle. Seule l'autorité administrative est alors structurée de manière bureaucratique avec une hiérarchie claire et un centre d'autorité » (156). L'autorité professionnelle y est plus diffuse et pas toujours véritablement encadrée.

Pour sa part, Mintzberg (1986) parle de bureaucratie professionnelle et de méritocratie de type fédéré. Il définit ce type d'organisation de la manière suivante :

« Là où leur environnement est stable, et par conséquent prévisible, les experts peuvent appliquer un savoir-faire standardisé, directement aux besoins du client et ainsi travailler de façon relativement autonome dans le centre opérationnel. [...] C'est une forme d'organisation dans laquelle des individus autonomes ou des groupes se rassemblent en vue de poursuivre une mission commune. [...] Chaque unité conserve son autonomie propre sauf dans les domaines concernant des préoccupations communes pour lesquelles ils prennent les décisions conjointement. » (512)

Théoriquement, du fait que les gestionnaires et les praticiens évoluent dans des champs distincts et de manière relativement autonome au sein des bureaucraties professionnelles, les conflits devraient s'en trouver limités. Par contre, il peut survenir des tensions, spécialement dans les domaines où les considérations professionnelles entrent en conflits avec les considérations portant sur la gestion des moyens mis à la disposition des praticiens, bien qu'ils puissent constituer un outil pour clarifier et modifier la pratique. (Etzioni, 1971 : 158).

En ce sens, l'élaboration au sein d'une bureaucratie professionnelle d'un cadre de référence de la pratique professionnelle peut provoquer des tensions, des discussions, des ajustements, voire certains conflits du fait qu'un tel document doit certes refléter la philosophie, les rôles et les fonctions des professionnels mais, tout cela imbriqué dans un contexte organisationnel précis où une mission, des balises et des restrictions sont établis et doivent être respectées. Cela est d'ailleurs reconnu explicitement par un document définissant la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC :

« le travailleur social exerce sa profession dans un CLSC qui a une mission déterminée par l'État et qui dispense une variété de services définis à l'intérieur de programmes, lesquels sont choisis selon les besoins de la population, les priorités du CLSC et les disponibilités budgétaires » (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 1992 : 5).

La répartition du pouvoir dans la méritocratie

Cet enjeu autour des relations entre organisation, gestionnaires et praticiens nous amène à discuter de la distribution du pouvoir dans ce type de bureaucratie que Mintzberg nomme méritocratie car :

« les experts forts de leur savoir-faire et de leurs connaissances gagnent en pouvoir et ils dominent la coalition interne ; leur travail ne peut être ni réglementé par les analystes de la technostructure, ni supervisé par les cadres hiérarchiques de niveau intermédiaire qui dans bien des cas représentent souvent les experts. [...] Les objectifs formels de l'organisation n'étant pas opérationnels (comme par exemple faire progresser les connaissances ou améliorer la santé), ils sont aisément remplacés par les objectifs personnels et les moyens des experts (en particulier l'autonomie professionnelle et l'excellence des compétences spécialisées). » (1986 : 509-510)

Définissons maintenant le pouvoir selon Friedberg :

« Dans tout champ d'action, le pouvoir peut se définir comme l'échange déséquilibré de possibilités d'action, c'est-à-dire de comportements entre un ensemble d'acteurs individuels et/ou collectifs » (1993 : 113).

« Ainsi, le pouvoir est un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre » (1972 : 34).

Dans les méritocraties, le pouvoir n'est pas distribué sur la base du nombre de membres d'un groupe ou de leur statut, mais bien sur la base de compétences spécialisées, d'un savoir-faire précis et de connaissances cruciales. De plus, comme celles-ci se composent de professionnels possédant divers degrés de spécialisation, on trouvera dans ce cas une hiérarchisation entre eux. Une telle structure peut aussi se construire à l'intérieur d'une même profession où des compétences générales seront subordonnées à des compétences spécialisées, comme en médecine.

« En tant que moyen de distribution du pouvoir, le système des compétences spécialisées est souvent peu précis, laissant subsister des ambiguïtés

considérables [...] on joue également à des jeux faisant intervenir les compétences spécialisées; c'est le cas de ceux qui disposent d'un savoir-faire, qui cherchent à le protéger » (Mintzberg, 1986 : 524-525)

Sur ce dernier point, nous pouvons mentionner que la distribution du pouvoir à l'intérieur du champ psychosocial dans les CLSC est assez particulière. Malgré le fait qu'on y retrouve plusieurs titres d'emploi et plusieurs niveaux de scolarité, tous font sensiblement le même travail. Quand il y a différenciation, c'est souvent du fait de l'ancienneté ou de la reconnaissance de champs de compétences précis, ce qui peut par contre, semer de l'insatisfaction parmi certains membres qui aimeraient que les distinctions, les frontières entre les titres professionnels ou entre les niveaux de scolarisation, soient plus évidentes. En ce sens, un cadre de référence peut servir de base pour faire reconnaître ces diverses répartitions des responsabilités professionnelles. Cela semble, par exemple, être le cas des cadres de référence des CLSC St-Michel (1996) et Montcalm (1996). Il semble aussi que les CLSC St-Hubert et Samuel-de-Champlain soient engagés dans l'élaboration et l'expérimentation d'une telle démarche de précision. De plus, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec a produit un document, adopté en mai 1996, s'intitulant *Modèle pour la différenciation des activités propres aux travailleurs sociaux et aux techniciens en assistance sociale*.

Toutefois, nous devons nous attendre à ce qu'un cadre de référence d'une pratique professionnelle n'élimine pas d'emblée tous les conflits d'attribution :

- « Alors que l'on peut aisément définir les savoir-faire que les spécialistes cherchent à appliquer, les situations auxquelles ceux-ci devraient s'appliquer sont rarement identifiables. En d'autres termes, les divers savoir-faire professionnels se chevauchent considérablement, ce qui conduit à d'innombrables conflits d'attribution » (Mintzberg, 1986 : 526).

Les dirigeants de ce type d'organisation ne sont pourtant pas sans pouvoir, comme le souligne Mintzberg (1986). Du fait que la méritocratie réunit différents groupes d'appartenance professionnelle et de statuts différents, ce qui donne souvent lieu à de nombreux conflits à l'intérieur de l'organisation. Normalement, ce sont les gestionnaires qui seraient les plus à même de les résoudre car « le chef est un médiateur, un négociateur, quelqu'un qui manoeuvre entre des blocs de pouvoir tout en essayant d'établir une ligne d'action possible » (Baldrige, Curtis, Ecker, Riley. 1978, cité dans

Mintzberg, 1986, 522). La résolution de conflits est donc une fonction importante dans ce type d'organisation et le gestionnaire capable d'y faire face de manière satisfaisante détiendra un pouvoir considérable.

Conséquemment, l'élaboration d'un outil d'encadrement professionnel apparaît non seulement nécessaire aux yeux de beaucoup de praticiens, mais il constitue également un instrument utile pour l'exercice du pouvoir d'arbitrage des gestionnaires. C'est ce qui explique, à la fois son importance et son intérêt dans les CLSC, comme nous le verrons dans les pages suivantes.

2. Les acteurs et leur motivation à se doter d'un cadre de référence de la pratique psychosociale

Un outil d'encadrement de la pratique psychosociale peut résulter de diverses sources de motivation. Elles varieront selon les différents acteurs du CLSC concerné par cet outil soit, les gestionnaires, les professionnels du psychosocial et, dans certains cas, le conseil multidisciplinaire (qui réunit ces derniers et tous les autres professionnels du CLSC à l'exception des médecins et des infirmières, ces deux groupes professionnels ayant chacun un conseil distinct).

Les gestionnaires

Pour les gestionnaires, l'élaboration d'un cadre de référence portant sur la pratique psychosociale peut être envisagée dans le but d'en faire un instrument de contrôle des professionnels, c'est-à-dire un dispositif qui balise et normalise les orientations, les outils et les pratiques appropriées au travail. Pour illustrer ce point, voici ce que le cadre de référence du regroupement des CLSC de Laval mentionne à propos des motivations ayant entouré son élaboration :

« En octobre 1992, le regroupement des directeurs généraux des CLSC de Laval confiait à un comité formé de coordonnateurs des quatre CLSC de la région de Laval le mandat de dégager un modèle d'intervention professionnelle psychosociale en CLSC.

Cette demande traduisait essentiellement les préoccupations des gestionnaires en regard de la nouvelle mission qui sera dévolue à leurs établissements à compter du 1^{er} avril 1993. Il s'agit en fait d'une nouvelle vocation en vertu de laquelle les CLSC seront appelés à jouer un rôle de porte d'entrée dans l'organisation des services socio-sanitaires. Ces changements s'inscrivent dans le cadre de l'application de la loi 120 du ministère de la Santé et des Services sociaux [...] Un autre facteur n'est pas apparu étranger à la volonté de réaliser cet exercice. Il s'agit de l'arrivée prochaine des intervenants transférés du CSS vers les CLSC [Montréalais et Lavallois] et de l'impact sur les pratiques psychosociales actuelles en CLSC qui en résultera. Car non seulement ces nouveaux arrivants sont-ils nombreux, mais ils surgissent aussi avec leur culture, leurs clientèles et leurs façons de faire » (Langlois 1993 : 3).

Les motivations des gestionnaires de doter leur établissement d'un tel cadre de référence s'inscrivent probablement dans un souci d'amélioration ou de conservation de la qualité des services psychosociaux rendus aux clientèles desservies. Comme le rappelle Larivière ce souci est également soutenu par l'incitation à :

« se soumettre périodiquement à un comité de pairs (experts) chargé de s'assurer de l'application de normes de qualité. Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (1995) et le Conseil d'agrément des établissements de santé et de services sociaux du Québec, exercent ces contrôles sur les organisations » (1997 : 97).

L'auteur poursuit en mentionnant que le Conseil canadien d'agrément des services de santé concluait que la promotion de la qualité dans un milieu institutionnel n'était pas nécessairement garante de l'augmentation réelle de celle-ci (Larivière, 1997 : 98). En ce sens, le Conseil canadien d'agrément (1995 : 155) suggère que « le meilleur moyen pour que les dispensateurs de services s'approprient ce concept [de qualité des services rendus] était de stimuler la reconnaissance formelle des équipes multidisciplinaires existantes et de susciter la création de nouvelles. » Celles-ci pourraient se pencher sur l'organisation du travail et tenter de réduire les problèmes de communication entre les différents professionnels et les différents services. L'élaboration d'un cadre de référence peut contribuer à cet effort organisationnel.

Les intervenants psychosociaux

Du point de vue des praticiens oeuvrant dans le secteur psychosocial des CLSC, un cadre de référence de leur pratique peut répondre à divers besoins. Le premier

concerne l'importance de se doter d'une vision commune de leur travail. Or, dans le contexte organisationnel particulier aux CLSC, nous remarquons que les professionnels exerçant dans le secteur du psychosocial forment souvent un groupe fort hétérogène. Cela peut se traduire de diverses manières. Ainsi, on utilise des titres d'emploi différents : travailleurs sociaux, psychologues, agents de relations humaines, psycho-éducateurs, travailleurs et organisateurs communautaires. On observe aussi l'existence de niveaux de scolarité différents : technique, collégiale, universitaire : certificats, baccalauréats ; études supérieures : DESS, maîtrise et, très rarement, doctorat.

Parallèlement, le choix des orientations d'intervention varie aussi : approche systémique, biopsychosociale, court terme, humaniste, cognitiviste, intervention communautaire, etc. Comparativement au groupe médico-sanitaire que forment, entre autres, les médecins et les infirmières, pour lesquels les orientations d'intervention sont plus claires et homogènes (le rétablissement et la promotion de la santé), le champ de la pratique psychosociale peut paraître à la fois flou et éclaté.

C'est dans une perspective de clarification, de ralliement, de cohérence et de cohésion pour l'ensemble des praticiens psychosociaux d'un CLSC ou du moins d'un programme précis d'un CLSC (par exemple le soutien à domicile), que l'élaboration d'un cadre de référence de la pratique psychosociale trouve sa raison d'être. Un tel document, dûment préparé et validé par le personnel concerné, pourra fournir des balises à une philosophie d'intervention commune et donner une certaine unité à ce groupe de travailleurs, élément essentiel pour interagir plus facilement et efficacement avec le secteur médico-sanitaire.

Cet outil peut notamment clarifier les notions de compétences génériques et spécifiques que se partagent les praticiens. Celles-ci ont d'autant plus d'importance dans le contexte des CLSC où la pratique du travail en équipe multidisciplinaire dans une perspective interdisciplinaire est largement implantée ou, du moins, souhaitée. Il importe ici de clarifier ces notions :

« Les compétences **spécifiques** sont reconnues à un membre de l'équipe en raison de sa formation professionnelle (par exemple; médecins, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, etc.) ou des habiletés qu'il maîtrise particulièrement bien (comme l'animation d'une rencontre

d'information, la négociation de contrat entre un enfant perturbé et son parent, l'intervention auprès de victimes traumatisées, l'utilisation d'outils d'évaluation, la rédaction de rapports, etc.). Les compétences **génériques** sont normalement partagées entre les membres de l'équipe : habileté en relation d'aide, capacité d'agir comme agent de liaison, présentation de cas, préparation de plan d'intervention, etc. » (Larivière, 1995 : 45-46)

Les cadres de référence viennent préciser les compétences spécifiques des intervenants psychosociaux par rapport à celles des autres professionnels, éléments essentiels car « le travail d'équipe ne fait souvent que souligner l'incertitude des compétences spécifiques des divers intervenants » (Ion, Tricart, 1985 : 149) et la nécessité de réunir des expertises complémentaires pour mieux répondre aux besoins des clientèles.

Les rôles professionnels

Les intervenants sociaux de par leurs multiples mandats auprès des clientèles et la diversité des demandes d'aide qu'ils reçoivent, sont amenés à maîtriser des rôles professionnels variés afin d'assister de manière optimale leurs clients. Parsons, Jorgensen et Hernandez (1994 : 132-133) ont défini six rôles professionnels utilisés par les intervenants sociaux utilisés dans leur pratique :

Le premier rôle est le soutien thérapeutique (« *conferce* ») :

« the role of conferce calls for worker/client collaboration to explore and assess the problem, formulate goal and objectives, and plan for mutual work on problem intervention ».

Le deuxième rôle est celui de facilitateur (« *enabler* ») :

« when the practice demand is to structure, arrange, and manipulate vents, interactions, and other environmental factors in order to facilate and enhance system functioning ».

Le troisième rôle est celui de courtier (« *broker* ») :

« when the practice demand is that the social worker links the client (consumer) with existing goods and services and controls the quality of those social goods and services ».

Le quatrième est le rôle de défenseur (« *advocate* ») :

« when the practice demand requires to secure needed services or ressources on behalf of client (consumers) in the face of identified resistance by those who

control the resources, or when resources are unavailable and must be developed ».

Le cinquième rôle de médiateur (« *mediator* ») :

« when the practice demand is for social worker to reconcile opposite or disparate points of view and engage the disputants in unified action ».

Finalement, le rôle de protecteur (« *guardian* ») est décrit comme ceci :

« when the practice demand calls for the social worker to perform in a social control function and act on behalf of client (consumers) when their competency level falls below minimal standards ».

Cette liste de rôles n'est pas exhaustive et il pourrait y avoir des ajouts ou des modifications selon les clientèles desservies par les intervenants psychosociaux. Dans ce contexte, un cadre de référence précise ces rôles et ceux-ci deviennent ainsi explicites pour les professionnels d'autres disciplines. Cet outil servira de véhicule de reconnaissance pour les intervenants psychosociaux car, comme le dit Larivière (1995), « dans l'environnement multidisciplinaire la reconnaissance de sa valeur professionnelle repose sur sa capacité à démontrer l'utilité de son apport ».

Voici quelques rôles qu'assument des intervenants psychosociaux. Ils sont tirés du cadre de référence des CLSC Saint-Michel (9) et Samuel-de-Champlain (8-9) :

- « **Agent d'information** : identifier parmi les ressources et les services ceux qui peuvent venir en aide à l'utilisateur.
- **Interprète et intermédiaire** : rendre les programmes sociaux accessibles aux usagers/citoyens. Actualiser l'efficacité d'un programme au profit de l'utilisateur (individualité et adapté à la situation).
- **Représentant** : l'intervenant représente la profession, l'équipe ou l'établissement auprès d'instances extérieures.
- **Consultant** : l'intervenant évalue une situation et donne une opinion clinique à un autre intervenant de l'équipe ou à une ressource extérieure. »

Le choix des approches utilisées

Dans les CLSC, le champ du psychosocial (si on exclut les auxiliaires familiales qui sont les plus nombreuses mais n'exercent pas de relation proprement thérapeutique) est principalement occupé par les travailleurs sociaux. Cette profession, si on la compare

au modèle professionnel d'Etzioni, est peu standardisée au sens où, une fois intégré un certain nombre de rôles, chaque travailleur social est généralement libre de choisir comment il va travailler avec son client. Cela se traduit par l'adoption et l'utilisation d'approches différentes selon chaque professionnel. Ce phénomène s'explique par plusieurs facteurs (géographique, temporel, personnel, organisationnel).

Le facteur géographique fait référence à la filière de formation de chaque intervenant. Le lieu de formation des professionnels influence grandement les approches d'intervention auxquelles le professionnel aura recours. Lors de ses études, l'intervenant est initié et habilité à se servir de certains modèles d'intervention qui lui sont enseignés et dont il aura plus tendance à avoir recours lors de sa pratique professionnelle. En ce sens, un travailleur social diplômé de l'Université de Montréal peut développer une pratique très différente de celle de son collègue, bachelier de l'Université du Québec à Montréal.

Le facteur temporel fait référence à l'influence du temps, de l'époque. En effet, les courants idéologiques en intervention correspondent à une époque qui leur est propre. Il est alors clair que des intervenants psychosociaux de générations diverses sont influencés différemment par les courants idéologiques d'intervention. Qui plus est, avec les années, les intervenants sont soumis à différentes influences et développent souvent une approche éclectique.

La personnalité et les valeurs de chaque intervenant se manifestent dans le choix des approches avec lesquelles il se sent bien et qui sont en lien avec ses habiletés et ses idéaux. Cela conduira également certains praticiens à s'offrir des formations privées dans le cadre de l'actualisation de ses connaissances qui renforceront aussi ses choix personnels, au détriment d'un cursus de références commun.

Le dernier facteur est d'ordre organisationnel car bien souvent un établissement offrant des services psychosociaux valorise une certaine philosophie d'intervention. Ceci amène les dirigeants à adopter une ou des approches qui doivent servir de base aux intervenants. Par exemple, l'approche communautaire, l'approche systémique et le fait d'avoir une vision biopsychosociale de la personne sont fréquemment encouragés en CLSC. Les intervenants sont alors formés à ces approches au sein de l'organisation et

fortement encouragés à les utiliser comme balises principales de leur pratique professionnelle.

Une intervention éclectique

Certains auteurs (Guédon, Alary, 1982 ; Turner, 1988 ; Brissette, 1994) ont tenté de répertorier les différentes approches utilisées en travail social. En comparant les listes dressées par ces auteurs, on dénombre au moins trente-six approches différentes. Elles tirent leurs sources de nombreuses inspirations. Ainsi, la philosophie a inspiré l'approche existentialiste. La théorie des rôles découle de la sociologie. La psychologie a inspiré plusieurs courants de pensée dont est issue, par exemple, l'approche cognitive. L'influence de la psychiatrie se manifeste au niveau de l'approche primale. La psychanalyse est la base initiale de l'analyse transactionnelle. Le modèle de résolution de problèmes lui, vient du travail social. La religion a inspiré des approches telles que la méditation. Finalement, même la cybernétique et les mathématiques furent porteuses de théories et d'approches, la théorie générale de systèmes et la communication sont des exemples. Il existe également des approches à influences multiples comme l'approche psychosociale ou l'intervention de crise.

Compton et Galaway (1989, cité par McInnis-Dittrich, K. 1994) soulignent d'ailleurs le pluralisme dans le choix des approches dont fait preuve le travail social :

« social work is an excellent example of an eclectic profession, in which knowledge is borrowed from a wide range of disciplines, such as psychology, sociology, anthropology, economics, and political science ». (26)

Cela n'est pas un constat exclusif au service social puisque Marchand et Perreault (1992), dans leur étude portant sur la pratique des psychologues en CLSC, affirment que les orientations théoriques varient selon les psychologues. Il y a même un petit nombre de répondants qui adoptent des approches autres que celles traditionnellement enseignées dans les universités. Nous pouvons supposer qu'il en va de même pour les professionnels d'autres disciplines qui travaillent au sein des équipes psychosociales en CLSC, ce qui vient augmenter sensiblement le bassin des approches potentiellement utilisées.

Également, Fook, Ryan et Hawkins (1996) montrent, dans une étude préliminaire de la pratique des travailleurs sociaux menée auprès d'une trentaine d'entre eux, que la plupart ne se réfèrent pas à une théorie officielle pour soutenir leur pratique. Leur souci de s'appuyer sur des théories repose plutôt sur l'utilisation de certains concepts plus que sur l'utilisation formelle d'un modèle précis :

« overall it seemed that, although many social workers consciously used or articulated particular theoretical concepts and assumptions (for example, the concept of "power" and phrases like "use of self" and following a risk assessment framework"), their use of an overall approach such as "feminist", "ecological", or "structural" was less evident » (15).

Dans un même ordre d'idées, une étude menée en Ontario auprès de 154 infirmières en psychiatrie (travaillant en centres hospitaliers) démontre que moins de 25% d'entre elles utilisent régulièrement un modèle de nursing particulier (Beyon, Laschinger, 1993 : 183).

L'ensemble de ces considérations explique pourquoi de multiples approches sont utilisées par les intervenants psychosociaux en CLSC. Cela se confirme également par les définitions des approches utilisées contenues dans les cadres de référence de la pratique psychosociale déjà existants. Aussi, « à l'intérieur d'un même système de référence, les contours de certaines notions varient fortement d'un interlocuteur à un autre » (Minet, al., 1994 : 15) et :

« Les emprunts à d'autres disciplines au profit de celle du travail social en l'occurrence, permettent cette reproductibilité et cette perfectibilité à condition qu'ils subissent des traitements propres à la discipline du travail social, sans quoi on ne fait que « contre faire » les autres disciplines, mettant ainsi en péril la légitimité et la permanence de cette discipline du travail social et donc son acte clinique en propre ». (Redjeb, 1991 : 108)

Cela viendrait expliquer pourquoi les définitions des approches utilisées que l'on retrouve dans un cadre de référence de la pratique psychosociale, sont souvent modifiées par rapport à leur définition théorique d'origine.

Un cadre de référence dans cette perspective aura aussi pour utilité de rassembler les intervenants d'une même organisation autour d'une définition de leurs approches d'intervention correspondant à leur réalité. Également, cela servira de balises et de points de repères afin que tous puissent avoir un langage similaire.

Le conseil multidisciplinaire

Le point précédent amène à réfléchir sur l'utilité que peut avoir un tel outil de référence pour un conseil multidisciplinaire dans un CLSC. Le conseil multidisciplinaire dans ce type d'organisation représente les divers acteurs travaillant dans le champ psychosocial, tel que nous l'avons déjà mentionné, mais aussi d'autres professionnels disparates, tels que les hygiénistes dentaires, les archivistes médicales, les ergothérapeutes, etc. Bref, ce conseil regroupe tous les professionnels et les techniciens intervenant auprès de la clientèle, sauf les infirmières, les médecins et les pharmaciens qui disposent de leur propres conseils.

Il est important pour une telle instance de pouvoir soutenir adéquatement ses membres. Un cadre de référence de la pratique vient en partie répondre au besoin de représentation commune et de soutien des professionnels du psychosocial qui forment un sous-groupe important au sein du conseil multidisciplinaire.

Le secteur nursing a depuis plusieurs années déjà réfléchi à l'encadrement de sa profession (Catellier, 1988) et s'est doté d'approches communes dont la plus populaire, en CLSC, est le modèle McGill. Il devient donc pressant que les professionnels psychosociaux puissent à leur tour se situer face à d'autres collègues de travail. Et cela, d'autant plus que les infirmières ont senti l'importance d'adopter une approche nursing adaptée à la réalité du travail en CLSC (Dalton, Ranger, 1993), c'est-à-dire une approche qui permet d'être plus près des gens, de les aborder dans leur globalité, une approche qui humanise les soins et élargit leur champs de pratique. Cette pratique nursing encadrée par l'approche McGill mérite d'être analysée pour éclaircir le sens même de la démarche que constitue la mise en place de référence de la pratique psychosociale.

Modèle conceptuel McGill de la pratique nursing

Le modèle McGill de nursing (Gottlieb, Rowat, 1987) a été élaboré à la suite de réflexions et d'expérimentations menées par le docteur Moyra Allen, à partir des années 1975. Les étudiants de l'Université McGill ont pu bénéficier des résultats de ces recherches et les expérimenter à leur tour dans leur pratique. Ce n'est que depuis une dizaine d'année que ce modèle a gagné en popularité auprès des infirmières issues d'autres universités. Ce modèle fut élaboré, comme le souligne son auteur, afin de pallier un manque d'impact positif sur la santé des approches traditionnelles de nursing :

« evidence was mounting that demonstrated that traditional medical approaches to major illness had little effect on morbidity and mortality rates. Many of these health problems, it was noted, were linked to life styles and established health habits learned within a family context. [...] nurses were needed as primary promoters and facilitators of family health. Consumers were also advocating for an increase in family health services and showed signs of readiness to assume greater responsibility for their health and become increasingly involved in healthier life styles. » (Gottlieb, Rowat, 1987 : 52)

Jusqu'aux dernières années, les modèles de Roy, de Henderson et celui de Johnson (Riopelle 1979 ; Riopelle, Leduc-Lalonde, 1982 ; Institut Philippe Pinel de Montréal, 1995) étaient particulièrement privilégiés auprès du corps infirmier. Ces derniers avaient une vision curative de leur rôle, centrée sur la guérison et le retour à la santé. Les clients étaient essentiellement les malades. Nous comprendrons évidemment que, dans un contexte de travail où la prévention, le travail avec les familles et la communauté sont constants, comme c'est le cas dans les CLSC, les infirmières en sont devenues insatisfaites de leurs précédentes approches ne pouvant y puiser une aide théorique satisfaisante. Par conséquent, plusieurs d'entre elles se sont intéressées au modèle conceptuel McGill qui leur permet de spécifier leurs rôles et les services à dispenser. Ce modèle est centré sur la promotion de la santé, la responsabilisation et l'implication des gens en regard de leur santé et de leurs conditions de vie. Cela n'est pas sans évoquer la notion d'empowerment qui vise à aider les gens à avoir une plus grande satisfaction dans leur vie en leur redonnant leur pouvoir de décision sur celle-ci :

« Empowerment [...] means assisting individuals, families, and communities in discovering and using the resources and tools within and around them. [...] Social workers help people become aware of the tensions and conflicts that

oppress and limit them and help them free themselves from these restraints ». (Salleebey. 1996 : 298)

Et :

« L'intervention d'empowerment génère chez les clients un sentiment positif de contrôle sur leur propre vie qui les éloigne progressivement du vécu d'impuissance et de détresse psychologique que leurs conditions de vie entraînent ». (Le Bossé, Lavallée. 1993 : 11)

Cette approche est surtout utilisée, en travail social ou en psychologie, auprès des groupes d'entraide et de soutien ainsi qu'auprès de populations particulièrement vulnérables ou démunies (déficience intellectuelle, problème de santé mentale, femmes victimes de violence conjugale, etc.).

Le modèle McGill est aussi centré essentiellement sur la famille, l'environnement de celle-ci et leurs diverses interactions. Cela rappelle l'approche systémique largement employée en service social et décrite comme suit :

« Cette approche adopte une vision circulaire, donc en mouvement, de la réalité, en mettant l'accent sur les interactions et sur l'étude du fonctionnement des éléments entre eux. Reconnaisant l'interinfluence des éléments entre eux, elle tient compte du contexte dans lequel évolue une personne plutôt que de se centrer sur un comportement, une pensée ou un sentiment de façon isolée. Cette analyse permet de tenir compte de la richesse et de la complexité de la personne en situation donnée, et d'inclure l'intervenant dans sa situation comme système aidant.

C'est donc une approche dynamique et interactive au sens où l'aidé, comme l'aidant, sont parties liées dans la définition du problème comme dans la recherche et l'application des solutions.

Cette approche encourage aussi une attitude où on se préoccupe de ce qui va encore bien pour reconstruire quelque chose plutôt que de se centrer sur ce qui ne fonctionne pas; se fixer sur le problème, c'est, en général, « fixer » le symptôme ». (Moreau. 1996 : 21-22)

Dans le modèle conceptuel McGill, la personne est aussi considérée comme étant un élément de solution à ses problèmes (« *problem solver* »,Gottlieb, Rowat, 1987 : 55) et est amenée par l'infirmière à améliorer ses conditions de vie en ayant une vision réaliste de celles-ci et en résolvant les obstacles pouvant entraver son bon fonctionnement.

Nous pouvons ici faire un parallèle avec l'approche de résolution de problèmes des travailleurs sociaux :

« Cette approche consiste à délaissier les explications, les problèmes et la pathologie pour s'intéresser aux solutions, aux exceptions et aux aptitudes du client.

Les objectifs d'intervention sont définis avec le client. L'intérêt est porté sur ce qui est réalisable et ce qui peut être changé, plutôt que sur ce qui est inaccessible et inéchangeable. On vise des objectifs clairs et minimes. Un petit changement dans une partie du système peut entraîner des changements dans une autre partie de ce système ». (Guédon, Alary, 1982 : 7-8 ; Brissette, 1994 : 10).

Enfin, c'est par l'apprentissage de nouveaux comportements que les patients reprennent leur santé en main, l'infirmière sert de modèle de rôle (*modelling*) (Ouellet, Vandal, 1993 : 7). Dans ce modèle de nursing, il y a également des concepts qui s'apparentent aux théories d'acquisition d'habiletés sociales souvent adoptées par les psychologues et les travailleurs sociaux intervenant auprès de gens démunis, comme c'est souvent le cas en CLSC.

Les tâches ayant trait aux soins curatifs et de santé traditionnellement attribuées aux infirmières sont élargis car ces dernières sont appelées, de par ce modèle particulier, à remplir plusieurs fonctions et rôles auprès des clients (conseillère, agent de changement, soutien thérapeutique, éducatrice, etc.) (Kohler, 1990 : 7). En s'appuyant sur cet élargissement de leur pratique, des infirmières revendiquent alors des postes traditionnellement occupés par des intervenants psychosociaux. À titre d'exemple, au CLSC St-Léonard, une infirmière s'est vu offrir un poste d'intervenant psychosocial scolaire. L'ouverture des frontières traditionnelles des champs professionnels n'est pas sans conséquences. Citons la réflexion de Bradshaw (1995 : 9) sur la pratique actuelle de beaucoup d'infirmières :

« and perhaps, because nursing has been so uncritical, the position has resulted when it needs to be asked whether patients are being treated as whole people if nursing marginalises the practical tasks and techniques of physical care in favor of psychodynamic approaches ? This is not to advocate a blind return to the past, but has the balance swung too far ? Are feelings, preferences and emotions so focused on, that the basic principals and practices of safe physical care are undermined ? Has the medical and physiological been marginalized in

favor of the sociological and psychological and the psychotherapeutic ? [...] nursing needs to recover a theory of nursing care that holds together the personal, the relational, the practical and the scientific and which helps nurses work in partnership all their colleagues to provide quality in care. »

Des intervenants psychosociaux côtoyant et travaillant avec des infirmières qui utilisent le modèle McGill comme base théorique de leur pratique se sentent menacés dans leurs rôles propres, notamment au sein des équipes multidisciplinaires et dans leurs compétences spécifiques. La menace présumée amène les intervenants psychosociaux et leur conseil multidisciplinaire à préciser, nommer et vouloir faire connaître leurs rôles et fonctions découlant de leur formation professionnelle et de ses composantes que l'on peut définir comme suit :

Le **savoir** : repose sur l'ensemble des connaissances théoriques accumulées par les intervenants psychosociaux lors de leur formation professionnelle et de perfectionnements subséquents. Ces connaissances sont actualisées et enrichies par l'expérience de la pratique.

« Connaissance des théories de la personnalité et des systèmes de communication. Connaissance des phénomènes sociologiques et interculturels et des problématiques du milieu où a lieu l'intervention » (CLSC Saint-Michel, 1993 : 6-7)

Le **savoir-faire** : constitue l'ensemble des outils professionnels que maîtrisent les intervenants psychosociaux et qu'ils utilisent pour effectuer leur collecte des données pertinentes, évaluer des besoins ou des risques psychosociaux et développer leurs plans d'intervention. Ces outils les aident également à intervenir auprès des clientèles, des groupes ou de la communauté, à mobiliser des ressources, à soutenir la clientèle dans ses efforts de changement, etc.

« appliquer les techniques d'intervention appropriées. Établir une relation significative. Organisation de la charge de travail et priorisation. Exercice du jugement professionnel, prise de décision ; objectivité. » (CLSC Saint-Michel, 1993 : 6-7)

Le **savoir-être** : c'est l'ensemble des attitudes et habiletés nécessaires pour mettre en valeur les habiletés développées par les intervenants psychosociaux en vue d'établir une bonne relation avec leurs clients, les groupes et la communauté. Celles-ci sont, entre

autres, la capacité de communication, la capacité d'exprimer des sentiments, la capacité d'écoute et d'empathie, la capacité de soutien dans des moments difficiles, la capacité d'observation du langage non verbal et d'aider les personnes à exprimer ce qu'elles vivent, la capacité de mobiliser les ressources et le milieu, etc.

« Connaissance de ses forces et de ses limites, de ses valeurs, de son pouvoir. Valorisation du potentiel des personnes et des groupes. Empathie, maîtrise de ses émotions, communication, Autonomie et responsabilités professionnelles. » (CLSC Saint-Michel, 1993 : 6-7)

3. Multidisciplinarité et interdisciplinarité

Le désir de considérer les clients dans leur globalité a amené à repenser les manières de travailler et ainsi la conception voulant que la combinaison de l'apport de plusieurs disciplines aurait un effet bénéfique accru par rapport au travail unidisciplinaire, s'est imposée. Dès lors, la notion de multidisciplinarité a fait son apparition et l'idée de cette nouvelle façon de travailler s'est peu à peu propagée :

« En choisissant ce mode privilégié d'intervention et d'organisation des services, les CLSC reconnaissent implicitement que, face à la complexité et à la multiplicité des problèmes vécus par une partie significative de leur clientèle, il est devenu impérieux d'utiliser pleinement la force combinée et les expertises complémentaires de plusieurs de leurs intervenants pour apporter une aide efficace, plutôt que d'épuiser leur personnel dans des relations thérapeutiques dont l'efficacité diminue à mesure que l'ampleur des besoins de la clientèle augmente. » (Larivière, Ricard, 1994 : 3-4)

Ces termes sont de plus en plus utilisés et véhiculés dans le secteur de la santé et des services sociaux. Toutefois, comme en témoigne Dusseault (1990 : 3) : « on parle de pluridisciplinarité, de multidisciplinarité, d'interdisciplinarité, de transdisciplinarité, sans toujours définir ce que l'on entend par ces termes. » Clarifions-les afin d'être en mesure de juger de quelle manière un cadre de référence de la pratique peut favoriser ou non ce mode de travail d'équipe.

Pour expliciter ces termes, le continuum de Dusseault (1990 : 3-6) des modèles de collaboration entre professionnels est utile. À un des pôles de ce continuum, il y a ce que Brunet (1978 : 266, cité dans Larivière, Ricard, 1994 : 8) appelle le parallélisme disciplinaire :

« Les disciplines professionnelles ne sont plus placées en subordination les unes par rapport aux autres, mais en parallèle, c'est-à-dire chacune ayant atteint un degré d'expertise qui justifie son autonomie [...] chaque professionnel revendique la possibilité de décider seul, dans son domaine, de ce qui convient à son client. »

À l'autre pôle du continuum de Dusseault il y a le modèle de l'interdisciplinarité :

« On parle alors de véritable travail d'équipe où l'apport de chacun est dicté par les exigences de la situation, où chacun accepte de subordonner son autonomie professionnelle aux besoins du client, où la division du travail ne se fait plus en fonction des frontières disciplinaires mais en fonction de la contribution potentielle de chacun. » (3)

Nous retrouvons entre ces deux pôles, entres, le modèle multidisciplinaire. Selon Dusseault, il y a multidisciplinarité quant « il y a juxtaposition d'expertises différentes. Les bénéfices équivalent à la somme des contributions de chacun des membres » de l'équipe.

Toutefois, ce n'est pas parce qu'il est très valorisé dans le réseau que le travail multidisciplinaire est efficace dans toutes les situations. « Il le sera plus ou moins selon les circonstances, selon les clientèles, selon les exigences des problèmes. Avant de le systématiser, il faudrait donc essayer de mieux identifier les situations dans lesquelles il constitue un mode d'organisation du travail approprié » (Dusseault, 1990 : 4). Pour sa part, Hébert (1997 : 824-830) mentionne qu' « on ne peut tout décider en équipe : certaines décisions sont prises plus facilement par un seul individu, quitte à ce qu'il soit désigné par l'équipe pour ce faire [...] l'équipe ne remplacera jamais la compétence et la responsabilité professionnelle de chacun des membres ».

Il semble que le travail en interdisciplinarité ne soit pas si évident qu'il pourrait y paraître aux premiers abords. En ce sens, Brunet (1978) a suivi l'implantation ainsi que le fonctionnement des quatre équipes multidisciplinaires en CLSC de première génération, et ce durant trois ans. L'auteur note que ce modèle de fonctionnement, le travail en interdisciplinarité; « n'a été observé que dans une seule équipe et uniquement durant les phases de planification et de programmation du développement du centre.

Mais dès que les professionnels de cette équipe ont commencé à donner des services à la population, ils ont fonctionné selon le modèle du parallélisme professionnel ». (266)

Ceci permet de croire qu'il y a certains facteurs qui influencent l'efficacité du travail multidisciplinaire. À ce sujet, Dusseault (1990 : 4-5) et Hébert (1997 : 827) en ont identifié et analysé quelques-uns. Ils regroupent ces facteurs en deux catégories, soit les facteurs exogènes et les facteurs endogènes. Les premiers sont des facteurs liés à l'environnement, comme le cadre réglementaire qui définit les modalités de la division et de l'organisation du travail et les caractéristiques de l'environnement organisationnel (la grandeur de l'organisme, le style de gestion, etc.). Les facteurs endogènes sont liés au fonctionnement des équipes, par exemple, il y a la taille de l'équipe (les difficultés croissent avec la taille de l'équipe), les caractéristiques de la personnalité des membres, les règles de fonctionnement de l'équipe de travail et, enfin, les caractéristiques personnelles et professionnelles : « l'homogénéité est à favoriser car de trop grandes différences peuvent rendre le dialogue difficile, ne serait-ce que du fait que les membres ne partagent pas un même langage ». (Dusseault, 1990 : 5)

Cette dernière caractéristique est particulièrement intéressante car un cadre de référence de la pratique professionnelle peut venir l'influencer positivement. À cet égard, Horwitz (cité dans Larivière, Ricard, 1994 : 15-16) mentionne que :

« le professionnel développe, lors de ses interactions dans l'équipe, quatre types d'images : l'image de sa profession, l'image de la place de cette profession dans l'équipe, l'image de ses collègues et l'image qu'ont ses collègues de la place de sa profession dans l'équipe ».

De plus, une recherche faite par Ducanis et Golin (1979 : cité dans Larivière, Ricard, 1994 : 16) montre que :

« les professionnels ont tendance à juger leurs collègues compétents, et que les désaccords, quand il y en a, se situent généralement au niveau de la spécificité des champs respectifs d'intervention et sur l'opportunité et l'utilisation optimale de leur savoir au bénéfice des usagers ».

Ceci fait référence à des notions discutées antérieurement, soit les notions de compétences génériques et spécifiques qui peuvent être explicitées dans un cadre de

référence de la pratique d'un champ donné. Pour qu'une équipe interdisciplinaire fonctionne bien, il faut que chacun de ses membres se sente reconnu dans ses compétences professionnelles spécifiques et que l'ensemble des membres de l'équipe développe progressivement des habiletés génériques (Larivière, Ricard, 1994 : 16). Hébert (1997 : 824) rappelle que la perception que chaque professionnel a du rôle des autres membres de l'équipe est très importante pour les relations interprofessionnelles. Le cadre de référence aidera à préciser ces rôles et fonctions.

Également, même s'il reste des « zones grises » où le rôle d'un professionnel n'est pas facile à départager de celui d'un autre professionnel, le cadre de référence de la pratique aide à l'identification professionnelle et permettrait d'atténuer ces zones d'incertitude. À ce sujet, Qualls et Czirr (1988 : 374) précisent que :

« in multidisciplinary environments, professionals must also solidify their own identity to deal constructively with territorial overlaps, stereotyping and inappropriate demands. Getting to know the other disciplines, acquiring basic team work skills, and staking out professional identity on the team are task that can be a difficult for a seasoned worker as for a trainer ».

D'un autre côté, les intervenants psychosociaux sont confrontés à un double défi par rapport au travail en multidisciplinarité car, outre les difficultés déjà abordées, ces intervenants se retrouvent eux-mêmes dans un champ professionnel qui est multidisciplinaire à lui seul, car les professionnels psychosociaux peuvent provenir de domaines disciplinaires variés (travail social, psychologie, sexologie, criminologie, etc.). Dans les CLSC où tous ces intervenants sont appelés à avoir le même titre d'emploi et sensiblement les mêmes tâches de travail, il y a danger d'entrer « en compétition les uns avec les autres pour s'approprier davantage de légitimité et de reconnaissance » (Larivière et Ricard, 1994 : 10). La compétition ne risque donc pas seulement de se retrouver entre champs professionnels différents mais aussi au sein du champ psychosocial. Toutefois, en se donnant une vision commune et en se définissant conjointement par le biais d'un cadre de référence, cela peut amener une homogénéité nécessaire au bon fonctionnement interne des équipes de travail.

Ce type de travail d'équipe doit aussi être soutenu et valorisé par les gestionnaires :

« il faut que l'équipe de gestion adhère profondément à cette orientation et en supporte le fonctionnement [...] l'interdisciplinarité repose avant tout sur un style de gestion à caractère démocratique ouvert à la participation où tous les membres de l'équipe ont une contribution à apporter, sans quoi elle ne peut fonctionner ». (Larivière et Ricard, 1994 : 11-12)

4. Autonomie professionnelle

Une caractéristique fondamentale qui distingue les professionnels est leur autonomie professionnelle. Toutefois, il ne faut pas oublier que la philosophie de gestion et de services à la clientèle de l'organisation peut correspondre ou non à celle des praticiens (McInnis-Dittrich, 1994 : 5). Les organisations développent des procédures opérationnelles qui viennent aussi limiter l'autonomie professionnelle. Freidberg (1993 : 15-16) mentionne que :

« La marge de liberté des acteurs, leur capacité à choisir leur conduite en fonction de considérations d'opportunité parmi un éventail plus ou moins large de conduites possibles [...] leur rationalité et leur capacité de choix sont pré-structurées par leur appartenance à des cultures (nationale, professionnelle, organisationnelle). Leur liberté d'action est d'autre part restreinte par les conditions matérielles et sociales qui prévalent [dans leur organisation]. »

Dans une bureaucratie professionnelle, comme le souligne Mintzberg (1986 : 530), les professionnels s'identifient d'abord à leur propre profession, ce qui peut avoir pour conséquence de fragiliser leur rapport à l'organisation. Cependant, cet auteur ajoute :

« Même si les spécialistes ont une liberté d'action assez importante leur permettant de remplacer la mission en tant que but par leurs propres buts personnels, les relations personnelles qu'ils entretiennent souvent avec leurs clients, ainsi que leurs idéologies professionnelles les poussent à mettre les notions de service et de mission tout en haut de leur liste de buts ». (543)

Les buts organisationnels et personnels des professionnels peuvent aussi se rejoindre, devenir similaires ou complémentaires. Un cadre de référence renforcera cette tendance en autant qu'il reflète la philosophie des intervenants, respecte leur contexte de travail et que cette même philosophie soit soutenue par les gestionnaires.

5. La notion de compétence professionnelle

Nous pouvons faire un lien entre la notion précédemment explorée, l'autonomie professionnelle et les compétences, en considérant l'autonomie professionnelle comme une sorte de monnaie d'échange entre les professionnels et les dirigeants des CLSC. L'autonomie professionnelle peut être déterminée comme étant « le processus par lequel s'élaborent et se mettent en oeuvre les compétences ; au centre des transactions autour de l'autonomie, il y a les compétences que chacun tente de tirer à lui soit pour améliorer la réalisation de la production [ou les services], soit pour améliorer ses propres ressources » (De Terssac, 1992 : 152). Ici, un cadre de référence apporte une contribution à la gestion des compétences.

Dans la littérature il n'y a pas de consensus sur une définition de la notion de compétence :

« d'ailleurs, il n'y a pas qu'une seule acceptation du terme. Selon l'interlocuteur, selon le point de vue et selon l'utilisation de la notion de compétence les définitions seront différentes, presque incompatibles parfois. [...] Il n'y a pas une notion de compétence mais plusieurs, concomitantes, voir concurrentes » (Minet, Parlier, de Witte, 1994 : 16).

Pour notre part, nous choisissons d'adopter la définition de Hillau :

« Comme contenu, elle [la compétence] est définie comme l'ensemble des formes d'action (protocoles) investies par le sujet, à un moment donné d'une trajectoire et telles qu'elles peuvent être mises en oeuvre sans apprentissage, sans investissement nouveau. Comme rapport, la compétence est considérée comme une identification sociale du sujet par le truchement des formes socialisées de l'activité, dans lesquelles le sujet se construit ». (1994 : 65-66, cité par Minet, Parlier, De Witte, 1994 : 60)

Aussi, la compétence sert à situer socialement et professionnellement le sujet, l'identifier dans une relation distinctive avec une population et dans une nomenclature d'activités sociales (Minet et col. 1994 : 65). Ici, un cadre de référence vient réaffirmer, décrire et promouvoir les compétences des professionnels dans leur contexte de travail. Cet instrument contribue alors à raffermir l'identité professionnelle.

La participation à une démarche d'élaboration d'un tel outil de référence génère aussi des compétences et des connaissances supplémentaires. Cela rejoint l'affirmation de Friedberg pour qui « la production de la connaissance et sa mise en oeuvre dans l'action sont intimement liées ». (1993 : 23)

Finalement, Mugny et Butera (1997 : 40) mentionnent qu'un effort pour délimiter les champs de compétences des acteurs (intervenants) peut amoindrir les *conflits de compétences* qui peuvent surgir. Un cadre de référence vient alors encadrer les compétences des praticiens et exerce un effet positif en les aidant à mieux se connaître et à se respecter lors du travail multidisciplinaire ou interdisciplinaire.

6. L'encadrement professionnel

Qu'est-ce qui se passe dans les CLSC pour que, à partir de 1993, des intervenants, des gestionnaires et une structure professionnelle consultative, le conseil multidisciplinaire, commencent à se préoccuper de la définition des pratiques professionnelles des intervenants psychosociaux et de leur encadrement professionnel ?

La réponse est simple. Le milieu subit des changements qui questionnent les façons de faire et affaiblissent l'identité professionnelle : nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux (1991), transfert d'effectifs et de mandats en provenance des anciens CSS (en particulier à Montréal et à Laval où le cadre de partage CSS/CLSC de 1986 ne s'appliquait pas), virage ambulatoire, mandats nouveaux (santé mentale, guichet unique et « *case management* » en soutien à domicile, etc.), choix par de nombreux groupes d'infirmières du modèle McGill.

Aborder le sujet de l'autonomie professionnelle ainsi que celui des compétences nous oblige à décrire l'encadrement professionnel que l'on trouve généralement en CLSC. Ce concept d'encadrement professionnel doit lui-même être préalablement défini, ce que s'est proposé de faire l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec :

« **L'encadrement professionnel** : est un ensemble d'activités dont se dote un établissement public afin d'assurer, de maintenir et de développer la qualité des services dispensés par les professionnels à son emploi.

La supervision : est un processus continu d'échange qui permet une analyse réflexive des activités professionnelles visant le développement de la compétence et de l'identité professionnelle dans un contexte organisationnel. » (1992 : 6)

Les intervenants psychosociaux, de par leur désir de professionnalisation et leur revendication à l'autonomie professionnelle, se montrent souvent récalcitrants à un encadrement clinique effectué par des cadres provenant d'autres champs disciplinaires. Inversement, selon Irwin et Conrad (1976, cité par Sarri, Hasenfeld, 1978 : 171), les travailleurs sociaux attachent un grand intérêt aux jugements que superviseurs et gestionnaires portent sur leur performance professionnelle, ceci dans la mesure où ces superviseurs sont du même champ professionnel.

Lors de leur colloque de 1994, des praticiens membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, soulignaient le faible encadrement clinique offert et le fait que celui-ci était rarement donné par une personne ressource de formation psychosociale. Larivière (1995 : 41) écrit même que certains CLSC parviennent à fonctionner sans qu'un seul gestionnaire n'appartienne au secteur clinique psychosocial. De plus, cet auteur mentionne que les « intervenants des CLSC ne bénéficient généralement pas d'une réelle supervision professionnelle ». (43) Ceci peut conduire à un manque de normes de pratique et donner lieu à des situations professionnellement inacceptables.

Comme le souligne Gobeil (1996 : 10), les intervenants psychosociaux éprouvent souvent le besoin de briser leur isolement. De plus, leur pratique professionnelle les confronte à des clientèles de plus en plus lourdes, contexte dans lequel ils ressentent davantage le besoin d'avoir un encadrement professionnel. Selon une étude récente, le contexte organisationnel n'est guère favorable à la mise en place d'un tel soutien :

« le développement professionnel passe par un encadrement qui permet une réelle distinction entre la gestion clinique et la gestion administrative. Malheureusement, pour la moitié des intervenants, cet encadrement professionnel peut difficilement être assumé par le supérieur immédiat qui provient d'une profession différente ». (Bernier, Larivière. 1996 : 53)

Dans cette même recherche, les auteurs ont mesuré l'impact des transformations sur les travailleurs sociaux des CLSC, des centres hospitaliers (CH) et des centres jeunesse :

« On peut présumer des difficultés occasionnées par la réforme [la réforme Côté] compte tenu d'études récentes sur les effets du changement organisationnel [...] le changement organisationnel et que la gestion de crise (le changement précipité) est celle qui en soulève le plus, par opposition à un changement planifié à long terme, accompagné d'un engagement vis-à-vis la qualité du travail et l'implication de la main-d'oeuvre. Callan (1993), citant Kanter (1983), Carnall (1986) et Ashford (1988), mentionne l'anxiété et l'incertitude des employés quant aux effets du changement sur la nature de la tâche, le plan de carrière, les relations avec les pairs et les supérieurs immédiats.

Ces modifications amènent également un important questionnement sur l'identité professionnelle (Lévesque, 1994, Gosselin, 1994). Lamont (1994) parle de malaise, de confusion, d'inquiétude et de sentiment de perte chez les travailleurs sociaux. » (Bernier, Larivière, 1996 : 4-6)

L'identité professionnelle est donc très touchée et les moyens perçus comme les plus efficaces, par les praticiens, pour les soutenir sont souvent les moins offerts par leur organisation. À cet égard, Bernier et Larivière (1996 : 50) ont produit un tableau très révélateur issue de leur étude. Les quatre moyens employés pour du soutien organisationnel jugés les plus importants par les répondants, sont relativement peu offerts (entre 69,6 % et 18,2 % d'existence). Il s'agit : de la consultation professionnelle occasionnelle, de l'accès à une expertise, d'un programme structuré de perfectionnement et des regroupements de professionnels par problématiques (Annexe # 1).

Dans ce contexte, plusieurs ont ressenti le besoin de se définir professionnellement en balisant leur pratique à l'intérieur d'un document reconnu officiellement par leur organisation soit, un cadre de référence. Ainsi, au CLSC Du Havre (Lemieux, 1996 : 3) le cadre de référence vise à :

« 1- Développer une philosophie d'intervention commune pour l'ensemble des interventions psychosociales du CLSC.

2- Offrir un moyen pour assurer un encadrement professionnel de qualité répondant aux besoins des intervenants ».

Lorsque la supervision entre pairs se crée de manière formelle (rencontres d'échanges fixes) ou informelle (recours à des collègues en cas de besoin), un cadre de référence facilite également l'unification de la pratique et contribue à l'élaboration d'un langage commun.

La description tracée dans ce chapitre des divers éléments et caractéristiques permettent de mieux comprendre, à partir de la littérature, l'utilité, les limites et les difficultés associées à un cadre de référence de la pratique psychosociale. Cette démarche nous a aussi permis de constater l'importance de l'aspect organisationnel ainsi que le rôle des acteurs y pratiquant. À la lumière de ces recherches et de cette littérature, nous tenterons maintenant de nous donner un cadre théorique.

2. Cadre théorique

Le chapitre précédent a permis de tracer un tableau d'ensemble des éléments qui viennent influencer l'élaboration et le contenu d'un cadre de référence de la pratique psychosociale. Nous présentons maintenant le cadre théorique qui a servi pour cette recherche. Friedberg (1993), Mintzberg (1986) et Raelin (1986) seront en quelque sorte la pierre angulaire de cette partie. De plus, une définition de ce qu'est un cadre de référence d'une pratique professionnelle sera élaborée. Enfin, la recherche repose sur une hypothèse qui sera formulée au terme de ce chapitre.

De par son approche organisationnelle de l'action sociale, Friedberg (1993) définit l'organisation en fonction des rapports humains et des interactions sociales en découlant. Ces éléments sont vus comme instables et conflictuels. En ce sens « le phénomène organisation apparaît alors comme le résultat contingent et toujours provisoire de la construction d'un ordre local dont les caractéristiques relativement autonomes structurent la capacité d'action collective des intéressés ». (p.11)
L'organisation fait donc partie du processus de l'action humaine et de sa résultante :

« Une organisation [...] est irréductible à son ordre formel et ne correspond jamais à l'ordre figé que la lecture de l'organigramme pourrait suggérer. Ses membres sont en concurrence les uns avec les autres autour de la fourniture des solutions aux problèmes que pose son fonctionnement satisfaisant. Ils sont donc liés les uns aux autres par de multiples rapports d'échange et de négociation qui ne sont réglés que partiellement. » (Friedberg, 1993 : 14)

Par cela, il est aisé de comprendre que la coopération sera toujours très importante dans une organisation. Toutefois, ce sera sous la forme d'une **coopération conflictuelle** car chaque acteur possède « sa rationalité et sa capacité de choix qui sont préstructurés par son appartenance à des cultures (nationales, professionnelles, organisationnelles) ». (Friedberg, 1993 : 16) Ceci donne lieu à des rapports de forces qui trouvent leur ajustement dans des marchandages et des négociations où chacun tente de démontrer sa légitimité.

Par rapport à une démarche d'élaboration d'un cadre de référence de la pratique psychosociale en CLSC, les différents acteurs déjà mentionnés, soient les gestionnaires,

les professionnels et le conseil multidisciplinaire, devront arriver à une certaine coopération par rapport à cet objectif. La coopération ne peut être que conflictuelle du fait des adhérences organisationnelles, professionnelles et personnelles des acteurs et aussi, par l'utilisation d'un langage propre à chacun qui peut amener des problèmes d'interprétation du sens. C'est donc, comme l'a mentionné Friedberg, par des négociations et du marchandage que les acteurs concernés arriveront à un consensus négocié.

« La bureaucratie est un « construit humain » c'est-à-dire culturel, qui permet la gestion des problèmes affectifs et émotionnels soulevés par la confrontation, consubstantielle à la coopération humaine, des membres d'une organisation à la dépendance personnalisée, au pouvoir et à l'arbitraire personnels.» (Friedberg, 1993 : 64)

Comme nous l'avons brièvement abordé dans le chapitre portant sur la littérature, les CLSC sont, selon la nomenclature de Mintzberg (1986), des méritocraties de type fédéré. Les jeux de pouvoir se font sur la base des compétences et des expertises et conduisent les praticiens du champ du psychosocial à se livrer à des joutes où ils essaient d'avoir le plus de marge de manoeuvre possible et donc de pouvoir. Ceci conduit à des négociations et, dans certains cas, des consensus. Comme nous avons pu le constater, les objectifs de l'organisation tendent à être facilement remplacés par des objectifs professionnels. Nous parlons ici d'une **double négociation**, c'est-à-dire une négociation à la fois entre les divers professionnels et aussi, entre ces professionnels et les gestionnaires qui véhiculent les objectifs organisationnels.

Cette double négociation ne se fait pas sans certains accrochages et ajustements si l'on tient compte des appartenances propres à chaque profession et de l'idéologie des gestionnaires et celle des professionnels qui sont souvent en conflit les uns envers l'autres, comme le suggère Raelin (1986).

Cet auteur distingue les différences et les oppositions entre les diverses perceptions de ces deux parties et leurs doléances propres. Même si ces observations ne se sont pas faites nécessairement auprès de CLSC ou d'autres organisations employant des intervenants psychosociaux, elles restent fort pertinentes et facilement transposables.

Selon Raelin (1986), il y a six zones d'oppositions majeures entre les professionnels et les gestionnaires. La première touche à la pratique professionnelle. Les professionnels se plaignent des gestionnaires qui veulent compartimenter leur pratique en requérant une performance et en apposant une standardisation qui n'est pas toujours adaptée à leur champ professionnel. De leur côté, les gestionnaires critiquent l'inclinaison des professionnels à se servir de leurs compétences uniquement aux fins de leurs intérêts professionnels, sans considération pour les buts et objectifs de l'organisation.

La deuxième zone d'opposition est reliée à la notion d'autonomie professionnelle. Raelin (1986 : 121) propose cette définition :

« autonomy refers to the direction on the part of professionals to determine the problems which they will examine as well as the means to be used in confronting these problems. What makes autonomy such a difficult issue in salaried as opposed to private practice is that it has to be compromised when the professional can virtually be hired, promoted, and fired at the will of the manager whose job it is to control the resources of the organization ».

Dans ce cas, les professionnels désirent participer à toutes les décisions les concernant. Ils sentent que les gestionnaires veulent contrôler leur pratique, les objectifs et les finalités sans les consulter sur les moyens à prendre. Pour leur part, les gestionnaires ne sont souvent pas habileté et prêts à s'engager dans une gestion réellement participative.

La troisième zone de tension se trouve au niveau de la notion de supervision. Cette tension vient du fait que les professionnels se plaignent du contrôle de type mécaniste des gestionnaires, alors qu'eux voudraient disposer d'une supervision de nature réflexive ; ce qui suppose une supervision adaptée à leur secteur professionnel et assurée par une personne du même champ professionnel.

La quatrième zone de discordance provient d'un problème de formalisation, c'est-à-dire de l'organisation bureaucratique ayant une structure hiérarchique rigide. Les gestionnaires désirent un respect de l'autorité et le pouvoir de formaliser le contrôle de la pratique professionnelle. Pour leur part, les professionnels défient une autorité trop rigide et des procédures organisationnelles oppressantes, ce qui donne souvent lieu à

des pratiques dites silencieuses où ces professionnels tendent à exercer leur profession de la manière qu'il la conçoivent, sans attirer l'attention sur celle-ci (Racine, 1992).

La cinquième zone de turbulence, provient du fait que les gestionnaires agissent souvent en s'appuyant sur des concepts de carrière et du travail d'équipe :

« teamwork suggests a code of conduct in which the individual's interests are subordinated to those of the team, and team members abide by the rules of fair play ». (Raelin, 1986 :132)

Toutefois, les professionnels, dans l'intérêt de leur qualité de vie et de l'initiative individuelle, en viennent à donner peu d'importance à ces intérêts organisationnels et collectifs.

Le sixième élément identifié par l'auteur comme pouvant donner lieu à des doléances entre les deux parties concerne l'éthique. Les tensions peuvent survenir quand l'éthique que recherchent les professionnels dans leur pratique vient contraindre les gestionnaires dans les moyens mis en place pour atteindre les buts organisationnels fixés.

Évidemment, ces éléments doivent être relativisés compte tenu du contexte organisationnel des CLSC, identifiés à celui du modèle des méritocraties. Il est vrai qu'il existe des oppositions idéologiques entre gestionnaires et professionnels dans ce type d'organisation. Cependant, dans la méritocratie, « les décisions qui incombent aux administrateurs ont tendance à être fortement influencées par l'opinion des divers experts avant qu'une décision définitive ne soit prise ». (Mintzberg, 1986 : 519-520)

Freidberg (1993) ajoute que la structure et les règles formelles d'une organisation sont toujours modulées par une pratique qui s'écarte de celle prescrite. Ainsi, tout le processus décisionnel théoriquement schématisé peut être contourné et même court-circuité :

« les filières réelles de solutions de problèmes prennent des configurations inattendues et surprenantes qui ne respectent ni les limites formelles d'une organisation, ni la répartition des prérogatives opérée par l'organigramme et les manuels du bon management ». (1993 : 146)

Il y a donc deux systèmes de pouvoir qui s'opposent ou s'allient autour d'objectifs, d'une part, les professionnels (qui peuvent être représentés par le Conseil multidisciplinaire) et, d'autre part, les gestionnaires. Le pouvoir dans une organisation est multilatéral, comme nous le rappelle Freidberg (1993 : 116). Il est de plus indissociable de tout « processus d'échanges négociés qui se greffent sur la relation et qui font qu'il comporte toujours un élément de réciprocité [...] de plus dans la mesure où il est synonyme d'échanges, il comporte aussi et toujours un embryon de négociation ».

Dans ce processus d'échanges négociés, les partenaires/adversaires doivent avoir minimalement des possibilités d'action pour l'obtention de la solution ou, du moins, le contrôle et la gestion des problèmes sur lesquels bute la réalisation des actions ou des souhaits des autres (Freidberg. 1993 : 118). On comprend l'importance de la définition des problèmes autour desquels il y a tension, malaise et affrontement. « En définissant un problème, on définit aussi la pertinence des expertises, des savoirs-faire et des possibilités d'action dont disposent les divers acteurs intéressés par ce problème. » (Freidberg. 1993 : 119)

Dans un CLSC, la coopération est souvent conflictuelle de par les diverses appartenances et les idéologies qui s'opposent, ce qui donne lieu à des échanges négociés où chacun essaie de faire prévaloir sa part de savoir et de pouvoir afin de combler les besoins de l'organisation. De par son importance, le système d'expertise développé par les professionnels leur procure une importante marge de manoeuvre. Cette négociation se fait d'abord avec les gestionnaires mais également avec les zones d'expertises d'autres types de professionnels.

Dans un tel contexte, et à la lumière de ces éléments théoriques, comment peut-on définir ce qu'est un cadre de référence de la pratique psychosociale ? Voici notre proposition à cet égard :

Un cadre de référence de la pratique psychosociale est une définition négociée des pratiques professionnelles encouragées ou acceptées dans une organisation.

Notre recherche vise plus spécifiquement à découvrir et à expérimenter comment un tel cadre peut s'élaborer, dans quelles conditions et autour de quels enjeux. Nous formulerons l'hypothèse qu'un cadre de référence de la pratique psychosociale ne peut être adopté que dans la mesure où gestionnaires et intervenants psychosociaux souhaitent mutuellement définir la pratique idéale de l'organisation professionnelle dans un CLSC. Cette volonté ne se réalisera toutefois que si les efforts sont appuyés par des moyens appropriés.

Notre question de recherche en découle : *quelles sont les conditions essentielles à réunir pour qu'un CLSC et ses intervenants psychosociaux puissent se donner un cadre de référence de la pratique psychosociale ?*

Dans le chapitre suivant, nous traiterons de la méthodologie qui a été privilégiée afin de recueillir les informations tout au long du processus de recherche.

3. Méthodologie

L'idée même de ce projet de recherche sur l'élaboration de cadres de référence de la pratique psychosociale en CLSC origine du désir de deux CLSC de la région de Montréal soit, le CLSC X (qui désire conserver la confidentialité) et le CLSC St-Hubert. Ces deux établissements souhaitaient se doter d'un tel outil et demander une aide extérieure pour appuyer leur démarche. Les intervenants psychosociaux devaient aussi être des participants actifs à la démarche.

Ces facteurs ont contribué à déterminer l'approche méthodologique choisie. Dans une première étape, il est apparu opportun de faire le recensement des cadres de référence de la pratique psychosociale déjà existants et l'analyse de leur contenu. Ensuite, une approche de recherche-action s'est imposée afin de pouvoir impliquer les intervenants psychosociaux concernés. Pour compléter cette collecte de données, recueillies lors de l'expérimentation sur le terrain, des entrevues d'approfondissement avec les acteurs clés ont servi à corroborer ou à modifier notre analyse initiale.

Ce chapitre rend compte de la méthodologie utilisée pour mener l'intervention dans les deux organismes impliqués, et des différences issues de la relation qui s'est construite entre ces milieux et la démarche de recherche-action elle-même.

1. Recherche des cadres de référence sur la pratique psychosociale déjà existants

Le point de départ de cette démarche fut la collaboration du CLSC Ahuntsic qui avait son propre cadre de référence. La personne cadre impliquée dans la démarche d'élaboration de cet outil nous orienta vers d'autres CLSC susceptibles d'avoir procédé à une telle démarche. Certains de ces établissements nous ont dirigés à leur tour vers d'autres CLSC. Au total, 17 CLSC de la région de Montréal ont été approchés à ce sujet et 8 d'entre eux possédaient effectivement un cadre de référence de la pratique psychosociale en CLSC. Nous avons procédé à l'analyse de leur contenu. Pour ce faire, nous nous sommes référés à la définition fournie par Angers (1996 : 157) :

« une technique indirecte utilisée sur des productions écrites, sonores ou audiovisuelles, provenant d'individus, ou de groupes ou portant sur eux, dont le contenu se présente sous forme non chiffrée [...] C'est la technique tout indiquée pour analyser non seulement des productions actuelles, mais aussi du

passé, car elle permet de mettre en lumière un événement, une action individuelle ou collective pour lesquels des traces écrites existent ».

Cette analyse de contenu portera essentiellement sur la forme que prennent ces divers documents soit, les sujets abordés, la durée de la démarche et l'appui ou non d'un consultant. Il nous est permis de déterminer ce que contient minimalement un tel cadre de référence, ainsi que les différentes formes de développement ou d'approfondissement utilisés par certains CLSC.

Parallèlement à cette démarche et pendant que nous nous intéressions aux cadres de référence, des questionnaires et des intervenants de deux CLSC se sont alors proposés comme terrain pour développer un tel cadre de référence. Au CLSC Saint-Hubert, la sollicitation provenait du soutien à domicile alors qu'au CLSC X, elle était d'abord portée par l'exécutif du conseil multidisciplinaire. Dans les deux cas, la direction du CLSC a soutenu explicitement la démarche en nous assurant le soutien pour que celle-ci se réalise, sous supervision d'un directeur de recherche, M. Claude Larivière.

2. Rôle de chercheur et rôle de consultant

La possibilité de mener une intervention qui allie à la fois une collecte spécifique d'informations avec une pratique de recherche-action nous a permis de concevoir notre démarche à partir d'un double rôle, de consultant et de chercheur. Il importe conséquemment de préciser ces deux rôles :

« Le **consultant** est un professionnel qui gère un processus de changement ; il se distingue de l'expert-conseil qui donne un avis professionnel sur un contenu particulier [...] le consultant s'inscrit dans une perspective de développement de l'autonomie, de manière à ce que les gens deviennent progressivement plus compétents à solutionner leurs problèmes, à travailler eux-mêmes à l'amélioration de la situation ou de leurs compétences [...] Il se définit comme une ressource collaborant avec d'autres ressources. » (Lescarbeau, Payette, St-Arnaud, 1990 : 21-22)

Le consultant est appelé à jouer plusieurs rôles dans ses interventions avec le système client. Lescarbeau, Payette, St-Arnaud (1990 : 23) ont défini ces rôles :

« **Rôle de formateur** : lorsqu'il intervient comme personne-ressource, dans le cadre d'un groupe d'apprentissage, pour planifier et exécuter une activité visant le développement d'habiletés personnelles ou interpersonnelles.

Rôle d'aidant : lorsqu'au cours d'une intervention, il répond aux besoins d'un individu qui désire résoudre un problème personnel, prendre une décision, liquider des tensions accumulées, planifier une action difficile, intégrer un feed-back, accepter un échec, etc.

Rôle d'animateur : lorsqu'au cours d'une intervention, il aide un petit groupe à prendre des décisions, à procéder à une autorégulation, à s'organiser, à accomplir une tâche particulière, etc.

Rôle d'agent de feed-back : lorsqu'au cours d'une intervention, il utilise une méthode éprouvée pour recueillir de l'information dans un système, organiser cette information et la retourner au système concerné en vue d'enrichir et de valider les données ainsi que de s'entendre sur les suites à donner.

Rôle de conseiller : lorsqu'il assiste un client, responsable d'un groupe ou d'un système, dans la recherche de l'élaboration de processus permettant à ce client de mieux remplir sa tâche auprès des personnes ou des groupes.

Rôle d'agent de liaison : lorsqu'il contribue à créer des liens fonctionnels entre le client et d'autres ressources, soit en orientant le client vers ces ressources, soit en établissant lui-même le contact entre le client et les ressources disponibles.

Rôle de théoricien : lorsqu'il fournit au système-client un cadre conceptuel ou une information théorique propre à faire progresser le processus de changement ou à faciliter la compréhension des phénomènes en cours. »

En ce qui concerne la présente recherche, le modèle d'intervention fut choisi en fonction des mandats des deux CLSC demandeurs. Ce modèle « amène l'intervenant à examiner les différents processus d'un système, à intervenir pour les améliorer ». (Gallessich, 1982 ; Capelle, 1979, cités dans Lescarbeau, Payette, St-Arnaud, 1990 : 20)

Dans cette optique, le système client (qui inclut toutes les personnes impliquées dans la démarche) est vu comme un réel acteur et créateur de la méthode plutôt que l'utilisateur d'un produit rendu par le consultant. On comprend aisément dans cette perspective que l'apport de la recherche-action est un complément méthodologique logique.

Il apparaît dans maints écrits dont Groulx (1994), Mayer, Ouellet (1991) et Gauthier (1990), que le terme recherche-action est passablement galvaudé. Certains vont même jusqu'à dire « qu'il est trop tôt pour définir une réalité encore informe et trop mouvante » (Goyette, Lessard-Hébert, 1981, cité dans Mayer, Ouellet, 1991 : 102). Mayer, Ouellet (1991 : 106) mentionnent également que les diverses définitions des pratiques de recherche-action ont très peu de caractéristiques les ralliant entre elles.

Il nous à donc fallu faire un choix. La recherche-action est considérée dans ce mémoire comme « une sorte de dialectique de la connaissance et de l'action dont la finalité est la création de connaissances nouvelles qui deviendront provocatrices de changements ». (Bouvelle, 1984 : 30 cité dans Mayer, Ouellet, 1991 : 107) La recherche-action est aussi un :

« processus au cours duquel les chercheurs-acteurs et les acteurs-chercheurs enquêtent, conjointement et de façon systématique, sur un problème donné et posent des actions à la fois pour résoudre un problème concret d'abord vécu par les acteurs-chercheurs et pour enrichir le savoir-penser-agir-être des chercheurs-acteurs et du public ». (Charbonneau, 1987 : 82 cité dans Mayer, Ouellet, 1991 : 108)

En fonction de cette définition, il importe de circonscrire le rôle du chercheur dans ce processus, Brodeur et Rousseau (1984 : 12-13 cité dans Groulx, 1994 : 43) définissent la tâche du chercheur comme étant constamment préoccupé de « mettre en forme le vécu des différentes expériences de pratique [...] pénétrer comme de l'intérieur notre pratique du social pour en saisir le mouvement propre et les grandes lignes de développement ». Le chercheur se trouve donc engagé dans l'action et préoccupé par un problème (ou un besoin) formulé à partir du vécu dans l'action des acteurs concernés. Dans ce contexte :

« au lieu de diriger le point de vue des participants, le chercheur engagé dans une recherche-action va, au contraire, valoriser le savoir de ce dernier, ses positions et ses analyses. [...] La recherche-action réhabilite la subjectivité dans la démarche scientifique ou peut-être, plus encore, le « savoir pratique » » (Mayer, Ouellet, 1991 : 112)

Un besoin sert souvent de point de départ à une recherche-action et il est défini par les personnes concernées. Dans cette recherche, les deux CLSC souhaitaient encadrer, définir et rallier leur pratique psychosociale à l'intérieur d'un cadre de référence.

3. Questionnaire d'exploration à des responsables d'élaboration de cadre de référence

Avant de décrire les étapes entreprises avec chacun des deux CLSC terrain, mentionnons que nous avons fait parvenir par la poste un questionnaire à huit personnes, chacune identifiée par un des établissements où il y avait déjà un cadre de référence. Ce questionnaire comprenant neuf questions ouvertes se voulait un outil d'approfondissement et d'exploration par rapport aux thèmes suivants ; les buts

poursuivis par leur démarche, le contexte organisationnel vécu, les relations interprofessionnelles, les personnes initiatrices et porteuses de ce projet, les rôles joués par les divers acteurs possibles, le recours à un consultant, le délai, l'utilité présente de ce cadre de référence et les activités d'appropriation qui ont suivi (annexe II).

Cette étape devait nous aider à orienter correctement notre démarche en analysant les facteurs facilitant, les divers enjeux qui peuvent influencer un tel exercice et les embûches possibles.

4. Le CLSC X

Un premier contact téléphonique avec un des membres du comité exécutif (CE) du conseil multidisciplinaire (CM) est effectué. Il nous expose le besoin des intervenants psychosociaux de se définir et de décrire leur pratique. Il expose également les tensions entre les professionnelles du psychosocial et les infirmières ainsi qu'entre les intervenants psychosociaux de formations différentes (travailleurs sociaux, agents de relations humaines, psychologues). Un deuxième contact téléphonique est effectué avec le directeur général de cet établissement pour s'entendre sur l'intervention souhaitée. Ce directeur général se dit d'accord avec la démarche proposée par les professionnels. Un délai de quatre mois est alloué ainsi qu'un soutien matériel minimal (coûts des photocopies et du secrétariat). Le CE du CM est le répondant et il a la responsabilité de faciliter les liens entre nous et les professionnels. Un contrat est signé avec le directeur général. Une première rencontre est ensuite fixée avec le CE du CM.

Une première rencontre a pour objectif de connaître les quatre personnes au CE du CM mandatés par leurs membres afin de réfléchir sur la pratique psychosociale dans ce CLSC.

Le CE avait décidé d'entreprendre une démarche d'élaboration d'un cadre de référence de la pratique psychosociale. La première tâche a été de connaître les attentes et les besoins en ce sens, ce qui a permis de constater les divergences d'opinions et les tensions quant aux besoins et au type de démarche recherché. Il fut adopté par consensus que le cadre de référence soit fait de manière à englober, sans distinction de titre et de champ d'intervention, tous les professionnels du psychosocial de cet établissement. Le cadre de référence devait prendre la forme d'un document de base servant à la réflexion et au renforcement de l'identité de ces professionnels.

La cueillette de documents appartenant à ce CLSC et en lien avec la démarche fut réalisée. On y retrouve un document sur la philosophie d'intervention, sur l'éthique et des procès-verbaux des précédentes rencontres du CE CM relatant certaines réflexions sur la pratique psychosociale.

Une deuxième rencontre se déroula lors d'un dîner-causerie portant sur les pratiques professionnelles, en général. Il y avait des invités et tous les membres du CM y étaient conviés. Une quinzaine de personnes étaient présentes. C'est lors de cette rencontre que le projet d'élaboration du cadre de référence de la pratique psychosociale, ainsi que le rôle du consultant externe ont été brièvement expliqués au personnel concerné. Cette présentation a reçu un accueil mitigé, suscitant peu d'enthousiasme chez les membres présent. Nous avons alors noté le peu d'implication des membres à ce niveau.

Une troisième rencontre se déroula avec le CE du CM avec pour objectif d'exposer l'analyse de contenu faite à partir des cadres de référence de la pratique psychosociale obtenus d'autres CLSC. Le CE a remis en question les objectifs de base de la démarche. Comme consultant notre rôle consistait à préciser les objectifs de la démarche afin de recréer le consensus et de répondre aux besoins.

Nous avons proposé d'élaborer un questionnaire afin d'être en mesure de faire une consultation en profondeur auprès de l'ensemble des professionnels du psychosocial dans le délai restreint alloué à la démarche. Comme le dit Marcotte (1987 : 122, cité dans Mayer, Ouellet. 1991 : 272) « le sondage d'opinion peut s'avérer une alternative intéressante pour connaître le point de vue de tous les membres, et pas seulement de ceux qui sont fidèles aux assemblées générales ». Les membres du CE acceptèrent cette proposition en nous laissant le soin de bâtir cet outil. Ils demandèrent toutefois que ce questionnaire prenne la forme d'un « pré-document de travail » c'est-à-dire qu'il comporte des sujets (thèmes) associés à des définitions laissant au répondant le loisir de choisir la définition qui est la plus appropriée selon lui à sa pratique ou, encore, de modifier, bonifier ou créer une nouvelle définition. Un travail fut effectué avec le CE pour identifier les thèmes pertinents à explorer pour leur cadre de référence de la pratique psychosociale. Ces éléments sont au nombre de 12 thèmes :

- La mission du CLSC ;
- les buts et objectifs de l'intervention ;
- les approches d'intervention utilisées ;
- la vision de l'intervention psychosociale ;
- l'intervention de groupe ;

- la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité ;
- la conception de la personne ;
- la clientèle ;
- les limites à l'intervention ;
- le cheminement de la demande ;
- les rôles et compétences professionnels ;
- les responsabilités et l'éthique professionnelles.

Élaboration d'un questionnaire et cueillette des données

Ce questionnaire fut élaboré à partir du contenu de définitions, pour la majorité retrouvées dans les cadres de référence déjà existants, de l'apport de définitions théoriques puisées dans la littérature et d'éléments déjà en usage au CLSC X (extraits des documents obtenus).

L'outil développé repose à la fois sur des questions à choix multiples et d'autres, permettant un court développement, conçu pour recueillir des données qualitatives, descriptives et quantitatives.

Une version abordant les 12 thèmes convenus fut soumise au CE qui y apporta modifications, corrections et précisions. Cette rencontre a aussi permis de préciser les buts et objectifs de la démarche en cours. Une deuxième version ébauchée à partir de ces modifications fut soumise et acceptée par le CE (annexe III).

Cueillette des données

Une lettre de présentation, écrite par la présidente du CE, fut jointe au questionnaire distribué à tous les intervenants du champ psychosocial, soit 27 personnes dont 5 font parti de la liste de rappel. Un délai de deux semaines leur a été accordé pour compléter et retourner le questionnaire, sous enveloppe cachetée, à un membre du CE identifié. L'objectif fixé était d'atteindre 70 % de l'échantillon (19 répondants) afin d'obtenir une bonne représentativité.

À la fin des deux semaines, seulement 8 questionnaires (30 %) étaient recueillis. Une première relance donnant un délai supplémentaire d'une semaine fut faite par un membre du CE qui a transmis l'information dans la boîte vocale des professionnels. Par la suite, trois autres questionnaires ont été reçus (41 %). Une dernière relance, du

même type, ajoutant une autre semaine de délai a permis d'atteindre un total de 17 questionnaires (61 %). Compte tenu du délai et des deux relances effectuées, nous avons convenu avec le CE que ceux qui le souhaitent s'étaient exprimés.

Analyse des données

Cet exercice visait à constituer un portrait d'ensemble des points de vue des intervenants psychosociaux par rapport aux thèmes suggérés, de faire ressortir les aspects convergents et divergents et les différences entre les positions des intervenants psychosociaux provenant de disciplines professionnelles différentes, et entre eux selon leur affectation aux divers programmes qui existent au CLSC X (petite enfance, enfance/famille, jeunesse, services courants, adulte et maintien à domicile). Cela devait également servir de pistes de réflexion pour le CM.

Le matériel recueilli et analysé était d'abord qualitatif et descriptif mais permettait également une analyse en rapport aux titres professionnels et aux programmes.

Rencontres de transfert de l'information avec le CM et d'appropriation

Compte tenu du fait que le CE du CM était le partenaire à l'origine de la démarche, c'est avec ce dernier que la première rencontre de réappropriation de l'information eut lieu. Les personnes le composant furent informées des résultats et amenées à poser des questions et à formuler des commentaires par rapport aux données recueillies.

Les professionnels furent par la suite conviés à une présentation des résultats de l'analyse des questionnaires recueillis (sur l'heure du midi). Dix intervenants étaient présents sur un total de 26 (38,5 %). Ceux-ci furent invités à poser des questions durant l'exposé et un temps était alloué aux échanges sur les réactions possibles et sur les items nécessitant un plus grand approfondissement. Les commentaires furent notés par le consultant-chercheur dans le but de donner au CE un document qui puisse leur servir de réflexion ultérieure.

Un document de travail fut ensuite élaboré à partir des définitions contenues dans le questionnaire et qui ont obtenu l'approbation de plus de 80 % des répondants, ainsi que des commentaires recueillis.

De plus, un document relatant les commentaires des participants à la séance d'appropriation a été remis afin d'alimenter les réflexions futures. Le tout fut envoyé au CE afin qu'il poursuive la démarche et fasse ultérieurement approuver le document final par le conseil d'administration du CLSC X, pour qu'il y ait une reconnaissance formelle de leur cadre de référence de la pratique psychosociale.

Une relance a été faite auprès d'un répondant du CE pour constater l'évolution du processus et offrir du soutien au besoin.

Contexte particulier de cette démarche

Le projet issu de l'exécutif du CM fut approuvé formellement par le directeur général. Par la suite, toutefois, et tout au long de la démarche de consultation-recherche, les gestionnaires n'ont pas été impliqués. À la rencontre d'appropriation avec les intervenants, une coordonnatrice de programme est venue et s'est ouvertement opposée à la démarche entreprise. Elle n'y voyait aucune utilité dans le sens où son but était que les divers professionnels de ce CLSC puissent, dans un avenir rapproché, travailler en transdisciplinarité. La reconnaissance d'une spécificité à l'intervention psychosociale s'est donc avérée inutile. Le directeur général a démissionné peu de temps après le début de la démarche et la direction fut assurée par une consultante externe à l'organisation.

Beaucoup de tensions organisationnelles et des jeux de pouvoir entre intervenants eux-mêmes et entre intervenants et gestionnaires semblaient présents.

5. CLSC St-Hubert

Cette deuxième possibilité de lieu d'expérimentation a été rendu possible par l'intermédiaire de Mme Sylvie Laganière, coordonnatrice du programme Soutien à domicile (SAD) dans ce CLSC. Celle-ci nous expose le besoin de son équipe d'intervenants psychosociaux de définir le rôle de l'intervenant psychosocial dans l'équipe SAD, les particularités de leur clientèle et leur type d'intervention, de situer les limites de cette intervention, de clarifier le fonctionnement de l'équipe et la place du travail multidisciplinaire, de déterminer une priorité dans les types de dossiers afin de mieux gérer la liste d'attente, d'amener l'équipe d'intervenants psychosociaux à développer un langage commun et d'assurer une équité dans la charge de travail.

Le temps prévu pour cette démarche était de trois journées intensives de travail avec l'équipe, réparties sur deux mois. La démarche se déroula dans un lieu externe au CLSC selon notre demande pour faciliter l'analyse de la pratique quotidienne sans trop d'interférence du travail quotidien :

« parfois on crée, pour les fins de l'intervention, un système relativement indépendant des systèmes naturels qui existaient avant le début de l'intervention. C'est le cas des sessions de formation qui se font en dehors du milieu de travail habituel ou d'un groupe de tâche relié à l'intervention. Le consultant qui utilise une approche systémique est conscient de l'impact de son intervention sur les systèmes naturels où ses clients se retrouveront après son départ ». (Lescarbeau, Payette, St-Arnaud, 1990 : 22)

La coordonnatrice appuie ses intervenants psychosociaux dans cette démarche. Elle n'assistera pas aux sessions de travail désirant leur donner le plus d'autonomie possible dans leur réflexion. L'équipe psychosociale se compose de trois travailleuses sociales, d'un technicien en travail social à temps plein et d'une technicienne en travail social à temps partiel.

Mme Laganière nous a transmis une copie des trois documents ayant fait l'objet de réflexion à cette équipe depuis 1994 : *Réflexion sur les balises de l'intervention*, *Clarification du rôle du psychosocial au SAD*, et *Évaluation psychosociale spécifique au SAD*.

L'apport d'un consultant-chercheur est souhaité car l'équipe éprouve de la difficulté à mener une réflexion constructive. Le consultant-chercheur sera appelé à jouer le rôle d'aidant, d'animateur, de conseiller et d'agent de rétro-action. Les principales préoccupations sont les suivantes :

- définir le rôle du travailleur social dans l'équipe SAD ;
- quelles sont les particularités au SAD en termes de lieux, de clientèles, etc. ;
- définir l'intervention psychosociale au SAD ;
- questionnement concernant la notion de généraliste versus celle de spécialiste (expertise spécifique) ;
- situer les limites de l'intervention (jusqu'où l'on va).

Les problèmes rencontrés par cette équipe de professionnels :

- clarification du fonctionnement de l'équipe ;
- intervenant pivot : qui fait quoi ? ;

- travail multidisciplinaire ;
- comité d'allocation : rôles du travailleur social, fonctionnement du comité ;
- hébergement : attribution des dossiers, nouveaux cas, cas actifs ;
- il règne un climat de méfiance et il y a risque de désengagement de la part de certains membres de l'équipe.

En ce qui concerne la liste d'attente :

- la priorisation en fonction de la clientèle ou des problématiques ;
- le responsable de cette liste ? ;
- l'analyse de cette liste en regard des besoins de la clientèle.

De manière générale, il nous est mentionné que l'équipe d'intervenants psychosociaux souhaite une rigueur, un langage commun et une équité dans leur travail.

La première rencontre visait une prise de contact, une connaissance réciproque des attentes, le choix des moyens de travail et la définition de la tâche elle-même. Celle-ci s'appuya sur une classification des éléments qui pourraient être approfondis et insérés dans un cadre de référence de la pratique psychosociale et faire l'objet de recommandations organisationnelles. Cette démarche reposa à la fois sur la pratique quotidienne des intervenants psychosociaux, sur les documents déjà produits par ces derniers et sur les autres cadres de référence de la pratique psychosociale dont nous avons réalisé l'analyse dans le cadre de notre revue de la littérature.

La prise de notes était effectuée par le consultant-chercheur. Suite à cette rencontre, celui-ci produisit un premier document de travail relatant les thèmes approfondis et choisis par consensus. Un second document mentionnant les thèmes à discuter lors d'une prochaine rencontre fut remis quelques temps avant celle-ci afin d'accélérer le processus.

La deuxième rencontre avait comme objectif de terminer l'ébauche du cadre de référence. Cette session de travail commença par les corrections du texte issues du précédent travail. Ensuite, une clarification de chacun des concepts fut insérée dans le document. Certaines définitions demandaient à être peaufinées et cette tâche fut confiée aux intervenants psychosociaux avant la prochaine et dernière rencontre.

Entre-temps, le consultant-chercheur termina la rédaction du document de travail et prépara un ordre du jour pour la rencontre suivante décrivant les éléments à discuter en

vue d'une recommandation organisationnelle. Ces deux documents furent acheminés aux professionnels avant la session de travail.

À la dernière rencontre, des corrections finales furent apportées au document et on y a ajouté les définitions préparées par les intervenants. S'ensuivit une discussion sur l'organisation du travail distinguant, notamment, ce qui peut être modifié d'emblée par les intervenants eux-mêmes, et ce qui demandera une plus grande élaboration ainsi que l'appui de la coordonnatrice. Ces éléments furent ensuite organisés de telle sorte qu'ils pouvaient guider des réflexions futures. Il y eut également une discussion sur des moyens à employer pour que ces professionnels s'approprient pleinement ce document et en fassent la promotion auprès de leurs collègues d'autres professions du CLSC Saint-Hubert.

Suite à cette rencontre, le travail du consultant-chercheur se résuma à produire le document final ainsi que celui qui pourrait servir pour des discussions futures.

Tout au long de ce processus, le consultant-chercheur fut soucieux de vérifier la satisfaction des intervenants quant à la méthode de travail et au traitement de l'information (appropriation). À la dernière rencontre, ceux-ci nous ont manifesté leur satisfaction à l'égard du travail effectué et leur fierté d'avoir atteint leur objectif en contenu et en temps.

Quelques mois plus tard, une relance fut faite auprès du chef d'équipe des intervenants psychosociaux afin d'évaluer l'impact de la démarche et d'offrir un soutien, si nécessaire.

6. Entrevues d'approfondissement

Compte tenu du fait que la production de cadres de référence sur la pratique psychosociale est un phénomène assez récent, que les écrits sur le sujet sont pratiquement inexistantes et que cette recherche-action ne porte que sur deux établissements, il est apparu que des entrevues d'approfondissement (annexe IV) permettraient de bonifier et d'approfondir notre réflexion sur des aspects explorés dans la revue de la littérature, notamment :

- les initiateurs de la démarche ;
- les buts et les objectifs poursuivis ;
- les divers impacts de cette démarche ;

- les mécanismes d'appropriation utilisés ;
- les aspects positifs d'une telle démarche ;
- les limites perçues ;
- les modifications susceptibles d'être apportées ;
- l'utilité d'un cadre de référence de la pratique psychosociale.

L'entrevue est définie par Pinto et Grawitz (1967, 591, cité dans Mayer, Ouellet, 1991 : 306) comme « un procédé d'investigation scientifique verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé ». Dans une perspective de recherche, faire une entrevue, c'est chercher à obtenir des données utiles à une enquête sociale en suscitant des déclarations des personnes susceptibles de fournir ces données (Mayer, Ouellet, 1991 : 307).

Le choix du type d'entrevue est imposé par le type de données auxquelles le chercheur veut avoir accès. Dans le cas présent, le choix est de mener une entrevue à questions ouvertes qui :

« amène un degré de liberté réduit par la formulation explicite des questions, les réponses demeurant libres. L'entrevue est centrée sur le sujet de l'enquête et sur la perception que le répondant en a. Ce type d'entrevue est utilisé pour les enquêtes à objectifs principalement qualitatifs visant à découvrir des facteurs de comportements, des types d'attitudes. » (Mayer, Ouellet, 1991 : 309-310)

Cette entrevue est aussi nommée semi-structurée et dirigée car le chercheur guide l'entretien à partir d'une série de questions précises qui sont soumises aux répondants. Le chercheur est soucieux d'obtenir les informations pertinentes à sa recherche. Le répondant se met à la disposition de l'interviewer et essaie de répondre au meilleur de sa connaissance.

Lorsqu'une entrevue est menée, Mayer et Ouellet (1991 : 331) nous rappellent qu'il y a certains éléments à respecter :

- « 1. Se présenter et expliquer la cause et le but de l'entrevue sollicitée ;
2. préciser les avantages directs ou indirects que peut retirer l'interlocuteur de l'entrevue ;
3. dans la mesure du possible, rencontrer son interlocuteur au moment et dans un lieu qui lui conviennent ;

4. adopter une attitude de neutralité face aux thèmes abordés afin d'éviter de biaiser l'entrevue ;
5. s'efforcer d'utiliser un langage neutre, ni trop technique, ni faussement adapté au niveau culturel et intellectuel de l'interlocuteur ;
6. vérifier, par des sous-questions et des demandes de précision, les informations reçues ;
7. bien connaître les champs particuliers de connaissance des interlocuteurs afin d'y concentrer l'entrevue et de retirer le maximum d'informations valables ;
8. éviter de se limiter rigidelement au schéma d'entrevue, étant attentif à tout indice permettant de recueillir des informations non prévues mais pertinentes aux thèmes de l'entrevue ;
9. se préoccuper de respecter les contraintes temporelles définies pour l'entrevue en s'assurant que celle-ci permettra de couvrir tous les contenus désirés ;
10. même si cela va de soi, ne pas oublier de remercier son interlocuteur à la fin de l'entrevue, en soulignant la pertinence des informations qu'il a fournies. »

Le plan d'entrevue a été conçu afin d'avoir une idée d'ensemble des éléments précédemment mentionnés.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, trois types d'acteurs sont touchés par un cadre de référence de la pratique psychosociale : les professionnels concernés, les gestionnaires et le conseil multidisciplinaire de l'organisation. Les enjeux et motivations peuvent être différents pour chacun et, pour cette raison, des entrevues furent menées auprès de ces trois niveaux d'acteurs.

Au CLSC St-Hubert, les répondants choisis sont le chef d'équipe des intervenants psychosociaux au SAD, une travailleuse sociale ayant participé à la démarche au SAD et leur coordonnatrice. Au CLSC X, les répondants sont une travailleuse sociale et une psychologue, toutes deux membres du CE du CM (dont la présidente). Compte tenu du fait qu'il y eut très peu d'implication active à la démarche de la part de gestionnaires de ce CLSC, aucune entrevue avec ce type d'acteur ne fut menée. Afin d'élargir cette cueillette de données, une entrevue fut effectuée auprès d'un psychologue pratiquant dans un autre CLSC où une démarche d'élaboration d'un cadre de référence était en cours. De plus, une travailleuse sociale occupant une fonction cadre et ayant piloté une démarche similaire dans un autre CLSC de la région de Montréal deux ans auparavant, compléta cette série d'entrevues.

	CLSC St-Hubert	CLSC X	CLSC témoins
Intervenant psychosocial	2		1
Cadre	1		1
Intervenant psychosocial membre du CM		2	

Afin facilité la compréhension de notre méthodologie, voici un tableau la résumant :

Moyens	Fins
Collecte des cadres de référence existants (8).	Analyser leur contenu et leur forme.
Questionnaire envoyé à la personne qui a piloté le processus dans ces 8 CLSC.	Connaître les motivations, les étapes suivies, les ressources impliquées et les conditions de réussite.
Accompagnement comme consultant-chercheur de deux CLSC.	Expérimenter le processus et valider les conditions de réussite.
Entrevues semi-dirigées avec cinq acteurs-clés des deux CLSC où s'est déroulé l'expérimentation.	Approfondir notre connaissance des impacts qui ont d'écoulés de ces démarches ainsi que des conditions de réussite.
Entrevues semi-dirigée avec deux personnes ayant participé à un processus d'élaboration d'un cadre de référence de la pratique psychosociale en CLSC.	Approfondir notre connaissance des impacts qui peuvent d'écoulés d'une telle démarche ainsi que des conditions de réussite.

Dans ce présent chapitre, il a été question de la méthodologie utilisée soit la recherche et l'analyse de cadres de référence de la pratique psychosociale en fonction dans des CLSC, l'envoi d'un questionnaire d'exploration à certains responsables de ces cadres de référence, les expérimentations par une recherche-action avec les deux milieux volontaires et, finalement, les entrevues d'approfondissement. Grâce à ces choix méthodologiques, nous avons obtenu des informations et qui seront explorées dans le chapitre suivant. La réflexion critique sur ces choix méthodologiques sera élaborée lors de notre conclusion.

4. Présentation et analyse des résultats

Dans ce chapitre, nous traiterons des résultats obtenus lors de la recherche de cadres de référence existants, de la démarche avec le CLSC X et de celle avec le CLSC Saint-Hubert, et également des entrevues semi-structurées effectuées dans le but d'approfondir notre connaissance du processus et de son impact.

Précisons d'abord qu'on ne trouvera pas en annexe les cadres de référence de la pratique psychosociale qui ont découlé de ces deux démarches de recherche. Dans le cas du CLSC X, il s'agit de préserver la confidentialité que nous leur avons assurée. Dans le cas du CLSC Saint-Hubert, le cadre de référence que nous avons produit suite à la démarche a été modifié par les acteurs concernés et entériné par les instances appropriées, il leur appartient donc maintenant en propre. Toutefois, nous avons inclus certaines parties de ces deux documents afin de donner une idée exacte de leur contenu et de faciliter la compréhension des lecteurs.

Pour des raisons évidentes de confidentialité on ne trouvera pas non plus les retranscriptions (*verbatim*) des entrevues d'approfondissement. Par contre, des extraits sont ajoutés au texte (entre guillemets « ... ») afin d'illustrer certains éléments d'analyse.

1. Les cadres de référence existants

Lors de la recherche de ces documents, nous en avons obtenu huit provenant de divers CLSC : Kateri, Samuel-de-Champlain, Montcalm, Saint-Michel, Ahuntsic, Regroupement des CLSC de Laval, De Havre, et la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles. À la lumière de ces documents, nous observons qu'un cadre de référence de la pratique psychosociale peut renfermer plusieurs éléments et certains thèmes clés sont explorés dans la majorité des documents de référence (annexe V).

Un des éléments identifiés et qui se retrouvent dans quatre des huit cadres de référence mentionnés, est la mission des CLSC telle que décrite à l'article 80 de la loi 120, sur les services de santé et les services sociaux (1991), c'est-à-dire :

« La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne à la population du territoire qu'il dessert des services courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

A cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans le milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

La mention de la mission spécifique aux CLSC en début de lecture d'un cadre de référence d'un de ces établissements est logique car la pratique des intervenants s'exerce à l'intérieur d'un contexte organisationnel précis et celui-ci oriente et encadre d'une certaine manière l'application de la pratique et des expertises de ses acteurs.

La description de la clientèle desservie par le CLSC est un élément que l'on retrouve dans les huit cadres de référence. Ceci s'explique par l'évidence que la pratique se module et se voit influencée par la clientèle rencontrée, son milieu et ses besoins. Cet élément prend soit la forme d'une simple liste des clientèles et de leurs problématiques les plus fréquentes ou encore l'identification des clientèles est suivie d'un court descriptif de celles-ci. En voici un exemple :

« L'équipe psychosociale identifie comme suit les usagers en perte d'autonomie qui devraient bénéficier de services psychosociaux spécifiques :

- les personnes qui vivent des difficultés dans leurs relations interpersonnelles : conflits, désorganisation, etc. ;
- les personnes vulnérables qui risquent d'être victimes de négligence ou de violence ;
- les personnes qui présentent des difficultés d'adaptation à une situation nouvelle : deuil pathologique, perte fonctionnelle mal assumée, mort imminente, etc. ;
- les personnes dont les problèmes financiers ou matériels compromettent leur intégrité physique ou sociale ;
- les personnes qui doivent changer de milieu de vie suite à des pertes fonctionnelles ou sociales : demande d'hébergement, etc. ;
- les personnes qui requièrent un régime de protection ;
- les personnes dont les droits ne sont pas respectés ou qui ne reçoivent pas les services auxquels elles ont droit ;
- les aidants naturels qui apportent un soutien régulier à une personne en difficulté.

Par ailleurs, les groupes qui devraient bénéficier de l'intervention spécifique de l'organisatrice communautaire sont les suivants :

- les groupes qui sollicitent de l'aide pour la mise sur pied ou le soutien d'une ressource communautaire.

De plus, l'intervention psychosociale s'adresse :

- aux autres intervenants auprès desquels l'intervenant peut être multiplicateur, consultant ou facilitateur ;
- à la communauté auprès de laquelle l'intervenant peut être organisateur communautaire, enseignant ou consultant ;
- aux stagiaires auprès desquels l'intervenant agit comme facilitateur ou comme enseignant. » (CLSC Samuel-de-Champlain, 1996 : 15-16)

Les buts et objectifs se rattachant à l'intervention sont abordés dans six cadres de référence et cet élément suit logiquement le précédent. En effet, c'est à l'égard de la clientèle visée que les buts et objectifs de l'intervention psychosociale seront élaborés, décrits et travaillés. Voici deux exemples :

« L'intervenant cherche à réduire les problèmes qui compromettent l'équilibre et le fonctionnement des clients. Il crée des conditions favorisant l'utilisation optimale des capacités fonctionnelles de ces personnes. » (CLSC Kateri, 1994 : 11)

« L'intervention cherche à appuyer la démarche [du client] vers l'autonomie, favoriser le processus permettant de tendre vers un mieux-être quelle que soit la situation de départ en ; retrouvant un certain équilibre, en reprenant du pouvoir sur sa vie en fonction de ses propres capacités, en exploitant son potentiel de changement, enfin en augmentant la capacité des personnes à se situer en interdépendance avec leur milieu. » (CLSC Ahuntsic, 1996 : 17)

La définition d'une conception commune de la personne (comme client) a interpellé cinq CLSC initiateurs d'un cadre de référence de la pratique psychosociale. Cet élément rejoint la philosophie d'intervention et donne une ligne directrice aux intervenants d'un même établissement, de la manière d'aborder les clients et de les aider dans leur recherche de mieux-être :

« Dans l'intervention auprès de la personne, nous reconnaissons et respectons le potentiel et les ressources de cette personne, sa dignité, sa capacité d'autodétermination et de responsabilisation, sa capacité de se développer, d'évoluer et d'assumer ses changements, ainsi que sa capacité de reprendre du pouvoir sur sa vie. » (CLSC Du Havre 1996, 5)

« La personne est abordée comme étant un être unique considéré dans sa globalité, avec son identité, son intégrité et sa dignité propre. Elle est

autonome, capable d'auto-développement et évoluant dans différents systèmes. » (CLSC Ahuntsic, 1996, 13)

La définition de la philosophie d'intervention commune aux professionnels en psychosocial d'un CLSC donné, est un élément rencontré dans la grande majorité des cadres de référence, soit dans six sur huit documents. C'est par cette philosophie commune d'intervention que ces professionnels, même s'ils peuvent être d'orientation théorique variée et de formation différente, se rejoignent pour former un groupe d'intervenants ayant une vision commune de l'intervention et utilisant un langage similaire :

« L'intervention psychosociale à domicile vise à restaurer et à maintenir l'équilibre psychosocial des personnes afin de permettre à l'usager et à son réseau naturel de soutien d'améliorer ou de conserver une qualité de vie acceptable dans leur milieu naturel.

Lorsque l'état de santé ou les conditions de vie ne permettent plus d'assurer le maintien à domicile avec une qualité de vie acceptable, l'intervenant psychosocial aide les personnes à cheminer dans l'acceptation de cette réalité, à favoriser et à soutenir un choix approprié quant à un nouveau milieu de vie. » (CLSC Samuel-de-Champlain : 6)

Un autre aspect souvent exploré dans un cadre de référence de la pratique psychosociale est la démarche clinique, c'est-à-dire les étapes de traitement de la demande d'aide et les interventions psychosociales qui y sont rattachées. Dans ce cadre de référence (CLSC Samuel-de-Champlain, 1996 : 20 à 22), sont définis *l'évaluation-orientation, la demande d'opinion, le plan d'intervention multidisciplinaire, le suivi, le congé* ainsi que *la tenue de dossier*.

Tous les cadres de référence analysés renferment des descriptions d'approches d'intervention utilisées dans leur établissement. L'intervention de première ligne, la thérapie brève, l'approche systémique, et l'intervention communautaire sont les plus communes. Par contre, il est aussi fait mention d'autres approches utilisées par les intervenants : l'approche féministe, l'intervention en situation de crise, la thérapie de la réalité, etc. Malgré la diversité des approches identifiées au sein des cadres de référence de la pratique psychosociale, on retrouve toujours une logique interne dans leur adoption et leur utilisation. Par exemple, nous pourrions décrire l'utilisation de multiples approches comme suit :

L'approche communautaire, préconisée en CLSC, procure aux intervenants une lecture globale de l'environnement dynamique de la personne dans son milieu de vie, alors que l'approche systémique identifie des cibles précises d'intervention et suggère les stratégies appropriées. Le mandat même d'un service de première ligne oblige à centrer les orientations prioritaires vers l'intervention en situation de crise et la thérapie brève orientée vers les solutions. Pour y arriver, il est souvent nécessaire de faire appel aux instruments développés par la thérapie de la réalité et de travailler dans une perspective d'empowerment de la clientèle la plus dépendante. Il est important, en fonction des étapes de vie de la clientèle, de connaître l'approche développementale qui nourrit les réflexions et soutient certaines interventions.

Un des éléments abordés dans six des huit cadres de référence se rapporte aux rôles professionnels qu'endossent les intervenants psychosociaux dans leur pratique. Ceci vient affirmer les différentes habiletés que ces intervenants doivent posséder et rappeler les compétences spécifiques de ceux-ci vis-à-vis leurs collègues d'autres champs professionnels. Voici quelques exemples de rôles explorés dans ces documents de référence :

« **Médiateur** : intervient au point de jonction entre la personne et son environnement afin de restaurer, de protéger ou de promouvoir une interaction valable entre les deux.

Advocacy : représente les intérêts et les besoins des usagers auprès des services et ressources. Défend les droits des citoyens à l'accessibilité aux ressources et aide à en développer au besoin. » (CLSC Saint-Michel, 1993 : 8-9)

« **Facilitateur** : l'intervenant informe, oriente et réfère les clients dans l'utilisation des ressources de leur communauté. Il peut également assurer la liaison entre les clients et les ressources. De plus, l'intervenant fournit des outils pour que les usagers puissent poursuivre la démarche entreprise, il encadre cette démarche. » (CLSC Samuel-de-Champlain, 11)

Évidemment, plusieurs autres éléments peuvent s'ajouter à cette liste non exhaustive, tels, l'éthique professionnelle, les limites à l'intervention, la spécificité de l'intervention psychosociale dans un programme précis, les compétences professionnelles, la multidisciplinarité, la supervision et l'encadrement professionnel, etc. Il y aura autant de thèmes abordés que d'identification d'un besoin d'affirmation professionnelle, de clarification ou d'unicité professionnelle.

2. Questionnaire envoyé à huit personnes ayant été impliquées dans l'élaboration de ces cadres de référence

Comme il a été mentionné dans le chapitre sur la méthodologie, un questionnaire comportant dix questions ouvertes a été acheminé à une personne identifiée dans chacun des huit CLSC où un cadre de référence a été produit. Six personnes ont répondu à notre questionnaire (75 %), voici leurs réponses.

En ce qui concerne les préoccupations qui guidèrent la démarche d'élaboration, cinq des six répondants nous ont mentionné l'importance de circonscrire le champ psychosocial en lien avec un contexte d'interdisciplinarité. Également, pour deux personnes, consolider l'identité professionnelle et apporter une plus grande cohésion à la pratique professionnelle constituaient leurs principales préoccupations.

À deux reprises, il a été mentionné que le but du cadre de référence était de créer une base commune en vue d'une supervision clinique.

Le changement survenu chez la clientèle de plus en plus lourde et complexe et l'ampleur des nouveaux mandats, ont également motivé l'érection d'un tel outil pour deux CLSC.

Pour un établissement, briser l'isolement et favoriser la compréhension de chacun des professionnels du secteur psychosocial avait naturellement amené les intervenants à ce type de réflexion. Nous pouvons sous-entendre ici la volonté de donner plus de pouvoir à ce groupe de professionnels et donc, de faire en sorte qu'il soit plus en mesure d'aborder un processus d'échange négocié, tel que mentionné dans le cadre théorique.

Finalement, un des cadres de référence a été produit pour favoriser l'intégration des intervenants en provenance des CSS, en 1993.

Le contexte organisationnel dans lequel se déroule une telle démarche peut l'influencer. En ce sens, deux des six répondants nous ont mentionné qu'à l'origine de leur démarche, il y avait des tensions importantes entre le secteur d'intervention psychosociale et le secteur nursing.

Les autres commentaires sont disparates et démontrent des éléments déclencheurs à la démarche : le besoin de réfléchir sur la pratique actuelle, le besoin de faire la lumière sur

les expertises disponibles dans ce champ, le besoin d'être plus reconnu par les autres professionnels et, enfin, l'hypothèse que le cadre de référence fut fait en réaction aux difficultés de plus en plus importantes rencontrées dans l'intervention.

Cette situation nous rappelle le partage du pouvoir dans les méritocraties explorées par Mintzberg (voir la revue de la littérature). Chacun des professionnels essayant d'accéder à la meilleure position afin de faire valoir leurs revendications et leurs besoins professionnels.

Nous voulions savoir quel modèle théorique de nursing était instauré dans les CLSC et ses influences sur les relations entretenues entre les professionnels psychosociaux et ceux du nursing. Des cinq personnes qui ont répondu à cette question, quatre ont mentionné le modèle conceptuel McGill. De plus, trois de ces quatre répondants ont mentionné que l'utilisation de ce modèle conceptuel crée des tensions entre le secteur d'intervention psychosociale et le secteur nursing.

Nous pouvons supposer que ces tensions s'associent à l'étendue des revendications du secteur nursing que l'adoption de ce modèle peut entraîner, si l'on oublie que le but premier (qui est large, nous en convenons) est de promouvoir la santé physique des gens.

Dans trois des six cas représentés, les initiateurs de la démarche furent les intervenants psychosociaux. La direction générale en a assumé deux et, dans un autre établissement, ce sont à la fois les intervenants et les gestionnaires qui ont pris cette responsabilité.

Nous notons, de manière générale, que la direction de l'organisation et ses gestionnaires ont encouragé la démarche même dans les cas où, à l'origine, elles furent initiées par des intervenants seulement. Dans une seule des six démarches explorées, le conseil multidisciplinaire fut impliqué.

Ceci vient bien illustrer notre hypothèse voulant qu'il est essentiel que la volonté de clarifier la pratique professionnelle soit également soutenue par les gestionnaires. S'ils ne sont pas impliqués dès le départ, les intervenants doivent rechercher leur adhésion en cours de processus.

De plus, deux démarches d'élaboration de cadre de référence de la pratique psychosociale ont été soutenues par un consultant. Celui-ci devait diriger et encadrer la démarche ainsi que rédiger le document.

Les délais d'élaboration d'un cadre de référence sont variables. Trois démarches se sont échelonnées sur deux ans, dont une qui n'a pas donné lieu à un document officiel.

Les trois autres démarches ont été entreprises sur quelques mois (moins de six) avec des périodes intensives de travail et une seule personne assumait la rédaction.

Nous notons donc que ce type de démarche demande d'y allouer un délai raisonnable et de qualité. Si la démarche ne peut s'échelonner sur plusieurs mois (voire une ou deux années), il faut prévoir, avec les professionnels concernés, des plages de travail intensifiées.

L'utilité concrète que les cadres de référence ont dans leur établissement est diverse. Voici les commentaires généraux :

- il est un point de repère et un outil de représentation (ex. : avec les nouveaux intervenants, les stagiaires, etc.). Il est aussi utilisé comme base pour d'autres travaux ;
- il était nécessaire à l'embauche d'un superviseur clinique, et maintenant il sert de balise clinique ;
- il reflète la pratique et il sert à faire connaître aux autres professionnels la pratique psychosociale ;
- certains professionnels ne se sentaient pas concernés et d'autres furent sur la défensive par peur de se faire contrôler (ajoutons que ce cadre de référence a été élaboré uniquement par un consultant mandaté exclusivement par la direction générale donc, aucun intervenant n'y a été associé).

Nous nous sommes également intéressés aux mécanismes mis en place pour l'appropriation du document de référence. Dans trois des six démarches, il y a eu des rencontres de présentation de l'outil, que ce soit avec les équipes concernées, l'ensemble du personnel ou d'autres instances (CM, CA, etc.).

Dans un des cas, la démarche a donné lieu à une formation clinique pour l'ensemble des professionnels psychosociaux.

Il est à remarquer que la majorité des démarches d'élaboration d'un cadre de référence ont été suivies de mécanismes d'appropriation du contenu. Nous pouvons supposer que ceux-ci ont été un facteur nécessaire à la réelle intégration d'un tel outil dans la pratique quotidienne des intervenants et des gestionnaires concernés.

Certains autres commentaires, qui n'étaient pas couverts par les questions, ont été soulevés par les répondants. En ce sens, il nous a été mentionné qu'un des défis d'une telle démarche est d'élaborer un document qui soit clair sans être trop précis et, donc, limitatif.

Il semble aussi important de continuer la réflexion après que le cadre de référence ait comblé les besoins de clarification de base. C'est une démarche de réflexion évolutive.

Finalement, l'importance d'avoir l'approbation et le soutien de la direction et des gestionnaires a été clairement affirmée, ce qui nous ramène encore une fois à notre hypothèse initiale sur la volonté affirmée des intervenants et des gestionnaires de se doter d'un cadre de référence de la pratique psychosociale.

3. Démarches entreprises avec le CLSC X

Les trois rencontres qui ont précédé la passation des questionnaires ont été empreintes de multiples enjeux de clarification. Nous avons dû inviter à chacune de ces rencontres, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire à clarifier ses buts et ses objectifs afin que chacun adhère à une même vision du processus.

Il est important de rappeler que les quatre membres du CE étaient tous issus de disciplines différentes : travail social, psychologie, psychothérapie et archives médicales. De ce fait, nous pouvons expliquer, en partie, les incompréhensions et le manque de consensus entre celles-ci par un cheminement de coopération conflictuelle tel que décrit par Freidberg (1993) et exploré dans le chapitre sur le cadre théorique. Les divers acteurs manifestèrent leur volonté à adhérer à un même objectif et à une même conception de la démarche à entreprendre. Par contre, de part leur formation de base différente, leur conception professionnelle était disparate, certains voulant que le cadre de référence soit fait en distinguant le spécifique de chaque champ professionnel,

d'autres ne désirant aucune distinction de ce genre. Certains étaient également inquiets du fait qu'aucun gestionnaire ne fut associé à la démarche. Aussi, les infirmières et infirmiers de ce CLSC avaient, semble-t-il, fait une démarche similaire quelques mois plutôt et cela a eu un effet de levier pour les membres du CE pour aller de l'avant sur les préoccupations d'ordre professionnel de leurs membres.

C'est au cours de ces trois rencontres avec le comité exécutif qu'est apparu ce que nous aurions pu croire être un consensus négocié, tel que décrit par Freidberg (1993). Toutefois, comme nous le verrons lors de l'analyse des entrevues d'approfondissement, ce « consensus » était loin d'avoir des assises solides et il s'est effrité en cours de processus, ce qui nous laisse penser que les membres du CE ont davantage opté pour un ralliement à la majorité et à l'idée de s'engager dans une démarche préliminaire qui semblait moins porteuse de conflits latents. Il fut donc décidé de bâtir un cadre de référence général pour tous les intervenants du psychosocial peu importe leur provenance professionnelle ou leur champ d'intervention.

Une des raisons de vouloir débiter une telle démarche venait, pour certains acteurs, de la zone d'opposition expliquée précédemment par Raelin (1986) sur la pratique professionnelle. Au CLSC X, les professionnels de la pratique psychosociale issus d'une formation de base autre que le travail social, devaient porter le titre d'agents de relations humaines, ce à quoi ils s'opposaient depuis fort longtemps. Aussi, ces gens revendiquaient le droit d'être reconnus selon les spécificités de leur formation. Cela peut aussi être associé à une autre zone de tension élaborée par l'auteur sur l'éthique, si nous pouvons nommer éthique le désir « d'honnêteté » des intervenants envers la clientèle d'utiliser le véritable titre correspondant à leur formation professionnelle (ex. : psychologue). Cela fait ombrage à la volonté d'unification des titres d'emplois que certaines organisations adoptent sans distinction du spécifique des professionnels issus de formations différentes.

D'autres professionnels se plaignaient de ne pas avoir accès à une véritable supervision professionnelle. Ils se disaient plus surveillés dans leur pratique que soutenus dans le développement de leurs compétences. À ce sujet, un des membres du CE nous relatait qu'il était impossible pour les praticiens psychosociaux aux services courants de se rendre à domicile. Ils se plaignaient aussi d'un contrôle excessif et bureaucratique de leur pratique. Ces aspects sont aussi, nous nous en souvenons, décrits dans deux autres

zones de conflits potentiels entre professionnels et gestionnaires qui sont décrites par le même auteur.

3.2 Résultats de l'enquête (les questionnaires)

Nous allons à cette étape regarder les résultats obtenus au niveau du contenu de l'instrument de mesure employé avec les intervenants psychosociaux du CLSC X. Il faut rappeler que les professionnels devaient se prononcer sur leur accord à retrouver les thèmes proposés dans leur cadre de référence et pointer une des définitions du thème proposé qui leur apparaissait la plus appropriée ou, au cas échéant, en proposer une de leur cru. Lors de l'analyse de ces résultats avec le CE, nous avons retenu la définition jugée pertinente par 80 % et plus des répondants, à chacun des thèmes. Lors qu'aucune des définitions proposées n'était retenue, nous avons bonifié ou modifié ces définitions à l'aide des suggestions et commentaires des répondants.

Taux de réponses

L'échantillon initial, constitué de l'ensemble des intervenants psychosociaux incluant les personnes sur la liste de rappel, comptait 26 répondants potentiels. Le taux de réponses après les deux relances effectuées a atteint 59,3 % (16 intervenants). Voici la distribution du taux de réponses par programme et par profession :

Taux de réponses par programme						
Enfance/ Famille	Petite enfance	Adulte	Jeunesse	Services courants	Maintien à domicile	Psychogé- riatrie
100 % (3/3)	100 % (2/2)	100 % (2/2)	100 % (3/3)	50 % (2/4)	33,3 % (3/9)	33,3 % (1/3)

En ce qui concerne cette répartition du taux de réponses, nous notons que les programmes qui ont répondu le plus faiblement sont le maintien à domicile et la psychogériatrie avec une proportion de 33,3 % chacun. Paradoxalement, ils constituent aussi le secteur d'activités où l'on retrouve le plus grand nombre d'intervenants psychosociaux.

Taux de réponses par profession			
Psychologue	Travailleur social	Technicien en travail social	Agent de relations humaines
75 % (3/4)	73,3 % (11/15)	33,3 % (1/3)	25 % (1/4)

Ce tableau nous révèle que ce sont respectivement les agents de relations humaines ainsi que les techniciens en travail social qui ont le moins participé à la démarche. Toutefois, aucune donnée recueillie nous permet de savoir la raison de cette faible participation.

Nous remarquons d'entrée de jeu le faible taux de réponses que nous pouvons expliquer, entre autres, par le manque de préparation préalable à la démarche (réflexion avec les gens concernés), le manque de communication et la non-adhésion de plusieurs intervenants psychosociaux aux buts et objectifs qui ne correspondaient peut-être pas à leurs attentes et préoccupations.

Le secteur du soutien à domicile (associé à la psychogériatrie) est celui qui est le moins représenté dans les résultats. Ce secteur d'activité fait souvent figure de programme presque parallèle en CLSC tant le nombre de professionnels y oeuvrant est grand et leur manière de travailler est spécifique (beaucoup de travail clérical et d'ordre légal, intervention par case management, guichet unique, CTMSP, etc.). On peut supposer que ces intervenants ne se sentaient pas inclus dans les préoccupations associées à la démarche.

Nous remarquons aussi, que toute proportion gardée, les travailleurs sociaux sont les plus représentés. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les autres professionnels issus d'une discipline différente n'étaient pas satisfaits du choix fait de procéder à l'élaboration d'un cadre de référence qui ne tienne pas compte des distinctions entre les professionnels de formations diverses. Ils ne sont toutefois pas entrés dans un processus de coopération conflictuel. Le partage du pouvoir de manière non équitable (beaucoup plus de travailleurs sociaux) les en a peut-être découragés.

Éléments inclus dans le cadre de référence

Voici maintenant les éléments qui ont été inclus dans le document de travail du cadre de référence de la pratique psychosociale du CLSC X suite aux résultats des questionnaires.

Parmi les 14 répondants qui se sont prononcés à la section portant sur la mission des CLSC, 13 (93 %) croient que ce thème doit être inscrit dans leur cadre de référence. À cette partie, une seule définition était proposée, elle est extraite de la loi sur les services de santé et les services sociaux (art. 80). Elle a été jugée pertinente par 15 des 16 répondants (94 %).

L'intervention psychosociale au CLSC X retient l'adhésion de 86 % des répondants (12/14). Une citation a été jugée pertinente et retenue par la totalité des répondants (16). Elle est extraite du cadre de référence du CLSC Ahuntsic rédigé par Moreau et ses collaborateurs (1996 : 18) :

« L'intervention cherche à appuyer la démarche du client vers l'autonomie, favoriser le processus permettant de tendre vers un mieux-être quelle que soit la situation de départ en ; retrouvant un certain équilibre, en reprenant du pouvoir sur sa vie en fonction de ses propres capacités, en exploitant son potentiel de changement, enfin en augmentant la capacité des personnes à se situer en interdépendance avec leur milieu. »

Voici un tableau illustrant les taux d'utilisation de chacune des approches par les intervenants psychosociaux.

Approches utilisées	
Crise	100 %
Intervention de soutien	86,7 % (13/15)
Approche systémique	86,7 % (13/15)
Intervention brève	80 % (12/15)
Intervention communautaire	80 % (12/15)
Résolution de problèmes	73,3 % (11/15)
Intervention féministe	60 % (9/15)
Thérapie de la réalité	46,7 % (7/15)
Analyse transactionnelle	20 % (3/15)
Autres	20 % (3/15)

Les approches les plus utilisées par les intervenants psychosociaux du CLSC X sont l'intervention de crise, l'intervention de soutien et l'approche systémique. Notons que les

trois approches mentionnées par des répondants dans la partie *Autres* sont l'approche cognitive, la psychodynamique, l'approche familiale.

Voici la définition des approches retenues par les intervenants répondants :

La définition de l'intervention de crise a été formulée en s'inspirant des écrits de Brissette (1994 : 14) et de Perras et ses collaborateurs (1994 : 10). Cette définition a retenu l'intérêt de 86 % des répondants.

« La crise est la désorganisation des patterns connus d'adaptation. Elle paralyse le fonctionnement de la personne et peut entraîner l'enracinement d'un mode d'adaptation dysfonctionnel pour elle. Conséquemment, ce mode d'intervention vise à réduire le facteur stressant qui a provoqué la crise. L'intervention permet à la personne qui vit un moment de crise de mobiliser ses capacités personnelles pour résoudre ses problèmes actuels. L'intervention utilise la situation de crise pour aider la personne à trouver des mécanismes plus adaptés afin de maîtriser ses difficultés. »

Une des définitions de l'intervention de soutien fut jugée pertinente par 62 % des 13 répondants (8), elle a donc été modifiée à l'aide des suggestions émises par ces professionnels.

« Ce type d'intervention vise à répondre aux besoins de soutien de personnes vivant une souffrance morale intense. Cette approche, tout en étant généralement faite de manière ponctuelle et temporaire, vise à renforcer les capacités de prise en charge et de prise de pouvoir des personnes. Elle outille également la personne à être plus apte à recourir à d'autres formes d'aide appropriées pour elle. Finalement, l'intervenant peut être appelé à mobiliser ou développer le réseau de soutien naturel de la personne. »

En ce qui concerne l'approche systémique, la définition retenue par 12 des 13 répondants (92 %) provient de Moreau et collaborateurs (1996 : 21-22) :

« Cette approche adopte une vision circulaire de la réalité en mettant l'accent sur les interactions et sur l'étude du fonctionnement des éléments entre eux. Cette analyse permet de tenir compte de la richesse et de la complexité de la personne en situation donnée, et d'inclure l'intervenant dans sa situation comme système aidant. »

Une citation écrite par Gingras (1988 : 26 et 31), définissant l'approche communautaire, fut adoptée comme définition de l'approche communautaire utilisée au CLSC X par 10 des 12 répondants (84 %) :

« Cette stratégie d'intervention mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes, des communautés et des ressources issues d'elles pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé. C'est une stratégie d'intervention qui cherche à procurer du pouvoir, des moyens et du support pour que se réalise ce potentiel. Pour cette approche, le réseau d'aide naturel de la personne est considéré comme étant un élément clé et essentiel.

L'approche communautaire situe l'intervention professionnelle en continuité de la dynamique du milieu d'une personne, intègre un plus grand nombre de facteurs ainsi qu'une dimension de prévention et de collectivisation des situations. »

Un extrait issu du *Guide de référence pour la pratique psychosociale* écrit par Langlois (1993 : 6) à été choisi par 73 % (8/13) pour illustrer l'intervention brève au CLSC X, et a été bonifié par les commentaires des répondants :

« Cette approche tout en étant de courte durée, vise l'amélioration des habiletés de la personne à faire face aux situations problématiques dans sa vie. L'intervention brève a pour objectif de résoudre des problèmes concrets et immédiats plutôt que de rechercher les causes intra-psychiques des comportements. Elle est basée sur le développement de l'estime de soi, les compétences et les capacités du client et des membres de son réseau social. »

Huit des 11 répondants (73 %) ont retenu une définition élaborée par Guédon et Alary (1982 : 7) pour décrire l'intervention par résolution de problèmes. Nous l'avons rendue plus propice à décrire la réalité des intervenants du CLSC X en y intégrant les suggestions des répondants.

« Ce mode d'intervention met l'emphasis sur les problèmes tels que présentés par la personne plutôt que sur le diagnostic. Cette approche part du principe voulant que la vie elle-même soit un processus continu de solution de problèmes dont la réussite dépend de trois catégories de facteurs : les motivations, les capacités et les moyens (ou occasions). À partir de cette hypothèse, le processus d'aide consiste en activités, de la part de l'intervenant psychosocial, calculées pour rehausser ou améliorer ce qui est déficient en terme de motivation, de capacité ou de moyen chez la personne. »

La définition de l'approche féministe proposée par Corbeil, Pâquet-Deehy, Lazure et Legault (1983 : cité dans CLSC Samuel-de-Champlain (1996 : 12)) à été jugée la plus pertinente par la totalité des répondants.

« L'intervention féministe vise à une prise de conscience par les femmes de leur potentiel et de leur pouvoir. Elle vise à éliminer le sentiment de responsabilité exclusive face à la famille, à favoriser l'estime et l'affirmation de soi, à favoriser l'autonomie et le droit au plaisir. Enfin, elle vise à favoriser la collectivité des femmes. »

Étant donné que la définition de la thérapie de la réalité qui était proposée dans le questionnaire n'a retenu l'approbation que de 43 % (3/7) des répondants, nous en avons construit une en fonction des suggestions recueillies :

« L'intervenant identifie avec le client la perception qu'il a de la réalité ainsi que sa capacité à composer avec celle-ci. De plus, en aidant le développement des capacités de satisfaction des besoins essentiels de la personne, cette approche vise la responsabilisation du client par rapport à ses besoins, attentes, objectifs et modes de fonctionnement. »

Une définition de l'analyse transactionnelle, élaborée à partir des œuvres de Brisette (1994 : 11) et de Perras (1994 : 10), a été retenue par la totalité des intervenants (trois) qui se sont prononcés en ce sens :

« Cette approche postule que l'individu possède le contrôle de sa vie mais que ses patterns de fonctionnement sont hérités des expériences de l'enfance. Par l'analyse transactionnelle nous élaborons l'étude de la personnalité autour de trois dimensions observables appelées composantes du moi : les composantes parent, adulte et enfant. »

Cette section sur les approches utilisées illustre bien, tel que vue dans la revue de la littérature, que les intervenants psychosociaux utilisent des approches de manière éclectique et selon des critères précis (géographique, temporel, personnel et organisationnel). Nous remarquons également que les intervenants adoptent certains éléments des définitions théoriques des approches et les transposent en fonction de leur réalité (ceci a également été mentionné dans la revue de la littérature). En ce sens, quatre des définitions initialement proposées ont été modifiées par les commentaires des répondants, quatre autres provenaient déjà d'une combinaison de deux définitions théoriques ; finalement, deux autres furent extraites de cadres de référence dont nous pouvons supposer qu'elles avaient été créées ou, du moins, adaptées aux besoins des intervenants de ces CLSC.

De plus, lors d'une rencontre avec le CE, ses membres nous avaient mentionné que l'approche communautaire était prisée et fortement encouragée par l'organisation, mais que peu de gens l'utilisaient dans leur pratique quotidienne. Avec notre étude, nous remarquons que 80 % des répondants disent utiliser cette approche. Certaines hypothèses peuvent s'échafauder, soit que ce soit réellement le cas et que la perception des membres du CE était fautive, soit que la définition qui était proposée rejoignait la réalité des membres sans que ceux-ci ne l'aient associée antérieurement à l'approche communautaire ou encore, que par peur d'être jaugés et évalués par les gestionnaires, même si le questionnaire n'était pas nominatif, les intervenants ont préféré aller dans le sens de la volonté affirmée par l'organisation.

À la section du questionnaire portant sur la vision de l'intervention psychosociale au CLSC X, les répondants étaient invités à nous soumettre une brève description de ce qu'est leur vision de l'intervention psychosociale par rapport à leur pratique au CLSC. Nous avons intégré tous les commentaires pour en faire un tout cohérent :

« L'intervention psychosociale est un processus, une démarche qui découle des objectifs de changement identifiés avec le client. L'intervenant tient compte de la perception que le client a de sa situation, il l'aide à identifier clairement ses problèmes et à les mettre en relation dans sa vie quotidienne et avec son environnement.

L'intervention cherche à appuyer la démarche du client vers l'autonomie, favoriser le processus permettant de tendre vers un mieux-être quelle que soit la situation de départ en retrouvant un certain équilibre, en reprenant du pouvoir sur sa vie en fonction de ses propres capacités, en exploitant son potentiel de changement, en s'appuyant sur ses forces, enfin en augmentant la capacité du client de se situer en interdépendances avec son milieu.

L'intervention vise également à aider le client à prendre conscience de ses patterns et de la répétition de réponses inadéquates. L'intervenant tient compte des interactions qu'entretient le client avec son environnement et, si nécessaire, il l'aide à les modifier. De plus, si besoin est, ce processus peut se faire à la fois avec le client et son entourage. »

Il était aussi demandé au répondant à l'aide d'une question ouverte, d'indiquer les approches de groupe privilégiées au CLSC, les rôles des animateurs-intervenants et la pertinence de ce mode d'intervention.

Voici la définition du mode d'intervention de groupe et des rôles que jouent les intervenants, tirée des commentaires recueillis :

« L'intervention de groupe recherche, favorise, supporte et coordonne l'expertise de l'aide et de l'entraide autour de caractéristiques communes liées à certaines problématiques. Cette mise en commun du vécu individuel permet de susciter des alliances et de redonner du pouvoir concret aux personnes sur leur quotidien. Cela vise aussi à renforcer le réseau d'aide informel des personnes et ainsi briser leur isolement. L'intervention de groupe peut amener la personne à l'acquisition ou l'amélioration de ses habiletés sociales.

L'intervenant est un facilitateur, un éducateur et un animateur. Il aide le groupe dans la transmission de l'information, il facilite les échanges et anime les discussions. Il aide les participants à prendre conscience de leur forces et de leur limites, et les amène à faire des choix et à prendre des décisions adéquates pour eux. »

Les répondants ont soulevé le fait que cette pratique n'était pas courante au CLSC, qu'ils manquaient de soutien pour la développer de manière optimale, mais qu'ils y voyaient une grande pertinence tant pour la clientèle que pour l'organisation. Cela aurait pu donner lieu à une réflexion ultérieure et certaines revendications, mais comme nous le verrons, aucune véritable suite n'a été donnée.

Les membres du CE avaient émis des réserves en ce qui concerne les concepts de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité car leur hypothèse était que la majorité des intervenants n'étaient pas en mesure de les départager l'un de l'autre. De plus, il nous avait été dit que même si l'interdisciplinarité était prônée au CLSC X, la réalité en était d'un tout autre ordre.

Par le biais du questionnaire, les intervenants devaient d'une part, mentionner s'ils connaissaient la différence entre ces deux concepts. Pour les aider, des définitions étaient données pour qu'ils puissent eux-mêmes confronter leur connaissance ; 75 % (9/12) disent en être bien informés. 92 % des répondants (12/13) désirent retrouver ce thème dans leur cadre de référence.

D'autre part, ils devaient indiquer la réalité vécue au sein de leur organisation et les améliorations souhaitées, s'il y avait lieu.

Ce mode de travail d'équipe, même s'il est souhaité par l'organisation, semble poser de nombreux problèmes. En ce sens, les répondants ont clairement mentionné que cette pratique n'avait pas cours dans leur CLSC et qu'une des principales difficultés était le manque de frontières claires entre les diverses professions (surtout avec le secteur nursing). Ils se sentent envahis par le secteur médical et très peu soutenus par leurs gestionnaires (qui sont principalement issus du nursing en CLSC).

Toutefois, l'ouverture à ce mode de travail est présente et manifestée par le désir des répondants de clarifier ces concepts afin d'obtenir une vision partagée par tous, dans le respect du spécifique associé à chacun des groupes de professionnels.

La conception de la personne au CLSC X devait faire partie du cadre de référence de l'avis de 90 % (9/10) des répondants. Trois définitions furent retenues par plus de 93 % (15/16) des répondants. Elles sont issues des écrits de Lemieux (1996 : 5) et d'un document interne. Les trois définitions se complètent :

« Dans l'intervention la personne est considérée comme étant un être unique considéré dans sa globalité, avec son identité, son intégrité et sa dignité propre. Nous reconnaissons et respectons le potentiel, les ressources et les limites de cette personne, sa capacité d'autodétermination et de responsabilisation, sa capacité à se développer, évoluer et assumer ses changements, ainsi que celle à reprendre du pouvoir sur sa vie.

De plus, la personne fait partie d'une famille, d'une communauté, d'un réseau de personnes significatives et d'un environnement avec lesquels elle entretient des relations d'interdépendance qui influencent sa qualité de vie (santé et bien être).

Finalement, nous croyons que la personne a des compétences et possède des ressources actuelles et potentielles qui l'habilitent à agir comme principal acteur et premier décideur de l'amélioration ou du maintien de son bien-être global. »

Les professionnels devaient également nous énumérer la clientèle qu'ils desservent ainsi que leurs principales problématiques. Vingt-huit problématiques différentes ont été énumérées. La grande majorité d'entre elles se retrouve dans plus d'un programme sauf, certaines exceptions telles que des problématiques se référant au maintien à domicile.

À la section concernant les limites de l'intervention, huit intervenants se sont prononcés sur l'importance d'intégrer ce thème à leur cadre de référence. 75 % de ceux-ci (6) y

sont en faveur. Les sept limites qui étaient proposées aux intervenants ont été jugées pertinentes par rapport à leur pratique quotidienne dans une proportion variant de 60 % à 90 %. Toutefois, 11 répondants ont ajouté des limites additionnelles et celles-ci se sont révélées être d'ordre organisationnel.

Notamment, ils ont nommé l'absence d'appui de la part de la coordination, le fait de travailler dans une organisation bureaucratique, le manque d'autonomie professionnelle, l'absence de vision d'ensemble et de ligne directrice et les difficultés de partenariat avec les divers partenaires.

Nous remarquons que ce thème s'est rapidement transformé en une nomenclature de limites d'ordre organisationnel vécues difficilement par les répondants. Cela aurait dû servir de levier à des réflexions, des discussions et des ajustements mais rien n'a été fait en ce sens.

Le thème du cheminement de la demande est considéré pertinent par 91 % des répondants (10/11). Trois des quatre définitions proposées dans le questionnaire et qui sont extraites d'un document émis en 1994 par l'Association des CLSC et des CHSLD *Les CLSC, la première ligne publique au Québec* (31-32 et 88), ont été acceptées par 93 % (13/14) des professionnels. Il s'agit des définitions concernant l'accueil de la demande et la prise de contact, l'évaluation psychosociale de la demande ainsi que l'actualisation du plan d'intervention. Toutefois, la définition portant sur l'évaluation de l'intervention a dû être modifiée car elle n'obtenait l'approbation que de 64 % des répondants. Voici cette définition :

« **Évaluation de l'intervention** : ce plan d'intervention fait l'objet d'évaluation fréquentes tout au long du processus. Cela aide l'intervenant et son client à faire le point sur la démarche en cours, à y apporter des modifications si nécessaire et à décider des suites possibles à donner. »

Une très forte majorité des répondants, 92 % (11/12), désirent retrouver les rôles de l'intervenants psychosocial dans leur cadre de référence. Les rôles et les descriptions qui en étaient proposés ont été jugés pertinents à la pratique de ces professionnels par plus de 80 % d'entre eux. Toutefois, comme les commentaires inscrits par ces répondants amenèrent à les bonifier sans changer le sens proposé, nous les avons légèrement modifiés. Certains répondants nous ont également demandé d'ajouter deux

rôles, soit celui d'animateur et celui de défenseur des droits («advocacy»), ce que nous avons fait.

« **Animateur** : L'intervenant psychosocial aide les personnes et les groupes à se prendre en main dans la solution de leurs problèmes et dans l'organisation de leur mode de vie communautaire. Au besoin, il suscite la mise en place de groupe d'entraides ou de services adaptés aux besoins non desservis des clients.

Défenseur de droits («advocacy») : L'intervenant psychosocial informe les personnes, les groupes et leur réseau de leurs droits. Au besoin, il les mobilise et les soutient dans la défense de ces derniers. Si la personne ne peut le faire elle-même, il agit comme porte-parole ou comme négociateur. »

Cette section s'inscrit dans la lignée de ce qui a été extrait de la littérature, soit que plusieurs rôles sont endossés par ce type de professionnel en égard aux diverses clientèles vivant des problèmes variés. Le domaine psychosocial est un champ professionnel éclaté qui suggère une méthode de travail peu compartimentée et, donc, l'adoption de plusieurs rôles.

De plus, les Responsabilités professionnelles et éthique professionnelle est un thème qui a fait l'unanimité parmi l'ensemble des 16 répondants. Les trois citations tirées d'un document interne sont pertinentes pour 81 à 100 % de ces intervenants. Ici, il est rappelé la responsabilité des intervenants de suivre les conduites balisées par le code d'éthique de leur ordre professionnel respectif, ainsi que par celui du CLSC qui comprend les droits et devoirs des usagers, les pratiques et conduites attendues des personnes œuvrant au CLSC. L'intervenant a également une responsabilité, qu'il partage avec son employeur, d'actualiser ses connaissances professionnelles.

Finalement, les intervenants pouvaient nous faire part de tous les autres thèmes qu'ils aimeraient aborder dans leur démarche d'élaboration d'un cadre de référence de la pratique psychosociale.

Ces suggestions peuvent être regroupés sous trois thèmes distincts :

- Encadrement et la supervision professionnels.
- Baliser les différents champs de pratiques professionnelles des uns des autres, en continuant de préciser plus concrètement le domaine psychosocial.
- Avoir le soutien des cadres dans la démarche entreprise.

Cette section résume bien les insatisfactions vécues par les répondants, ils désirent une plus grande implication des gestionnaires, une reconnaissance accrue de leur pratique et de leurs expertises ce qui passerait par un réel encadrement professionnel axé sur l'évolution et le développement des pratiques et des compétences professionnelles. Ces professionnels désirent plus de clarté des zones chevauchées par plusieurs professionnels et, donc, encore une demande de reconnaissance du spécifique rattaché à leur pratique professionnelle.

Relance auprès d'un membre de l'exécutif du CM

Six mois après la fin de notre démarche de recherche-action faite auprès du CLSC X, nous avons rencontré un des membres de l'exécutif du conseil multidisciplinaire afin de savoir quelles avaient été les suites de la démarche à l'interne.

Cette personne nous a tout d'abord mentionné que le document que nous avons produit n'avait pas été homologué par le conseil d'administration car il avait été fortement contesté, d'une part, par des intervenants psychosociaux disant ne pas se reconnaître dans cela et, d'autre part, par une coordonnatrice de programme qui n'y voyait aucune utilité.

De plus, peu de temps après notre retrait, le CM a été dissous car personne ne s'y est présenté. Donc, il n'y avait plus de porteur pour ce dossier. De ce fait, il n'y a eu aucune suite ou réflexion formelle d'amorcée afin de finaliser et d'adapter une version finale du cadre de référence.

Au moment de cet entretien, ce répondant était très pessimiste quant au suivi de cet exercice de balisage et de clarification de la pratique psychosociale au sein du CLSC X.

Entrevues d'approfondissement

Dans le cadre de cette démarche d'approfondissement de notre réflexion, nous avons interviewé individuellement deux des initiateurs de la démarche soit, deux membres du CE du CM. Ces deux personnes ont des formations de base différentes, l'une en travail social et l'autre en psychologie. Voici les résultats :

Les répondants nous ont confirmé que les initiateurs de la démarche d'élaboration du cadre de référence était le CE du CM car par cela il s'appropriait un mandat précis entourant la situation des professionnels psychosociaux au sein du CLSC. Le CE a choisi de débiter l'exploration de ces questions avec le groupe des professionnels du champ psychosocial car, toutes proportions gardées, c'est le corpus de professionnels membres du CM le plus important.

Toutefois, le déroulement de la démarche et les suites inexistantes nous laissent croire que ces professionnels n'étaient pas encore prêts, que leur réflexion préalable n'était pas assez avancée pour mener à bien ce type de démarche de clarification. Un des répondants note à cet égard « qu'il faut une démarche de réflexion plus poussée avant de se lancer dans ce genre d'aventure ».

Concernant les buts et objectifs de cette démarche, nous notons ici que les deux répondants n'ont pas mentionné les mêmes buts et objectifs initiaux, ce qui vient, en partie du moins, expliquer la confusion qui a subsisté malgré nos efforts de clarification. Cette confusion avait cours au sein du CE et, probablement, à l'ensemble des intervenants concernés.

Ces deux personnes se sont montrées mitigées face à l'atteinte des buts et objectifs visés. D'une part, il n'y a pas eu de création concrète d'un cadre de référence ; toutefois, il semble que la démarche fut génératrice d'une ouverture au dialogue entre les différents professionnels de ce domaine au sujet de leur pratique. D'autre part, un des répondants nous mentionne que la démarche n'a pas suscité beaucoup d'intérêt au sein des professionnels concernés car « c'était peut-être trop des intérêts du CE et de seulement quelques membres ». Donc, cette démarche ne venait pas répondre à un besoin manifesté par la majorité des membres représentés.

Nous avons questionné les répondants sur l'impact que la démarche a eu sur les relations entre les différents professionnels. Il nous a été mentionné que, du fait que le document n'avait pas été terminé et homologué, il n'y avait pas eu d'impact à ce niveau. Aussi, il est souligné que les autres corps professionnels de l'organisation n'avaient pas été informés de la démarche, qu'il n'y avait pas eu de circulation de l'information.

Nous pouvons supposer que s'il y avait eu un véritable échange d'informations, cela aurait pu susciter une réflexion d'une toute autre dimension en forçant les professionnels

psychosociaux à se positionner quant à l'importance de leur démarche. Cela aurait pu aussi atténuer les tensions entre les différents professionnels.

Un autre impact possible sur l'identité professionnelle a été exploré. À cet égard, un des répondants suggère qu'il n'y a eu aucun impact de ce type car le document et la démarche n'amenaient pas à éclaircir les rôles et fonctions des intervenants psychosociaux par rapport à leur formation (travailleur social, psychologue, etc.).

Par contre, l'autre répondant qui n'avait pas les mêmes soucis de départ, mentionne que les impacts ont été minimes. Il semble commencer à avoir un certain effet car des rencontres informelles entre pairs (travailleuses sociales ensemble et psychologues de leur côté) sont mises sur pied et ces groupes de professionnels discutent de questions qui touchent des orientations de leur pratique dans cette organisation. Nous pouvons supposer que certaines prises de position en découleront.

Toutefois, aucune information nous a été transmise en ce qui concerne les agents de relations humaines.

À la question portant sur l'impact de la démarche sur l'organisation, les interviewés ont été unanimes pour dire qu'il n'y avait eu aucun impact de cet ordre. Rappelons que cette question n'a été nullement abordée tout au long de la démarche et qu'aucune suite et, donc, aucune réflexion, n'a suivi.

De plus, comme nous avons pu le constater, les répondants ont rapporté que les gestionnaires n'avaient pas été informés de la démarche et, donc, qu'ils n'y avaient pas été impliqués. De cela, ils ont manifesté leur mécontentement et, pour certains, leur non-adhésion à ce genre d'initiative. Par contre, pour un des répondants, la démarche d'élaboration a permis d'ouvrir le dialogue entre lui et son supérieur immédiat, ce qui a amené ce dernier à mieux comprendre la réalité de la pratique de son intervenant et à clarifier certains aspects de sa pratique quotidienne. L'impact de la démarche n'est donc pas très grand sur les relations entre les professionnels concernés et leurs gestionnaires, mais, pour au moins une personne, cela a su créer une certaine ouverture au dialogue et à une meilleure connaissance de la réalité des professionnels psychosociaux.

Les répondants nous ont aussi mentionné que l'impact sur les relations entre les professionnels du champ du psychosocial n'a été ressenti qu'un an après la fin de la démarche. Les professionnels se sont montrés plus mûrs à aborder ce type de réflexion

et c'est ainsi que des groupes de discussion entre pairs ont vu le jour. Les deux répondants issus de formation différente nous ont manifesté leur intérêt, et il semblerait que leurs collègues soient de leur avis à partager les réflexions abordées en groupes de pairs avec l'ensemble des professionnels du psychosocial.

Il n'y a eu aucun impact sur l'encadrement professionnel. Ceci est logique au sens où les professionnels n'ont pu adhérer à une définition commune de leur pratique et de ses enjeux par la démarche d'élaboration de cadre de référence, qu'il n'y a eu aucune réflexion subséquente par rapport à leurs besoins en tant que professionnels oeuvrant dans ce milieu et, donc, aucune prise de position ou de revendication en ce sens.

Nous notons de plus que pratiquement aucun mécanisme d'appropriation du document n'a été initié car, outre la dernière rencontre que nous avons animée, il n'y a eu aucune autre activité.

Malgré le fait qu'il n'y a pas eu de cadre de référence, adopté par toutes les instances, qui ait résulté de la démarche, les répondants se disent satisfaits de celle-ci car elle leur a permis « d'ouvrir le dialogue et de réaliser ce qui doit être fait avant d'entreprendre ce type de démarche ».

Toutefois, une telle démarche renferme des limites : « il faut l'appui des cadres, car seuls les intervenants n'ont pas tout le pouvoir. » D'après les répondants, nous aurions dû travailler à mobiliser la majorité des personnes concernées autour de cet objectif de clarification de la pratique psychosociale. Donc, il faut s'assurer de répondre vraiment au besoin exprimé et avoir dès le départ une cohésion et une cohérence par rapport aux buts poursuivis.

Ceci va dans le sens de notre hypothèse de recherche sur l'importance de partager cet enjeu autant par les intervenants que par les gestionnaires.

« Être plus collé à la réalité », « faire une meilleure distribution de l'information », « obtenir l'appui réel et affirmé du directeur général et des cadres concernés », « avoir l'approbation de la majorité des membres du CM concernés et pas seulement du CE », sont les améliorations que proposent les personnes rencontrées.

En ce qui concerne l'utilité d'un cadre de référence de la pratique psychosociale pour les intervenants psychosociaux et pour leur organisation, un des répondants mentionne qu'un tel outil peut servir à distribuer plus équitablement le pouvoir dans l'organisation. Toutefois, un autre répondant nous dit : « les gestionnaires peuvent se sentir menacés, car les gens [intervenants psychosociaux] ne feront plus ce qu'ils [gestionnaires] veulent. » Un cadre de référence peut servir notamment à délimiter les rôles de chaque professionnel de formation différente, à amener plus de clarté en balisant la pratique et, peut-être aussi, à être un outil d'identification professionnelle.

Un des répondants nous fait part de son avis : « l'établissement peut être gagnant car cela peut amener une amélioration des services, plus de dynamisme, plus de rapidité dans la dispensation des services à la population car tout serait plus clair ».

Ce qui ressort clairement de ces entretiens concerne les besoins des professionnels du psychosocial qui n'ont pas été bien ciblés dès le début de la démarche. Si cet exercice avait réellement eu lieu, il est fort probable que la démarche aurait été autre. Il y aurait eu de séances d'exploration des besoins et un consensus négocié sur les buts et les objectifs poursuivis ainsi que le corps même du cadre de référence recherché.

Aussi, plusieurs zones de tension entre les gestionnaires et les intervenants viennent expliquer certaines des difficultés rencontrées. Le peu de soutien professionnel, des modifications organisationnelles sans consultation, un contrôle de type bureaucratique, la non-reconnaissance de la pratique psychosociale et de son spécifique, sont autant d'éléments vécus comme étant des freins à une démarche de ce type. Dans un tel contexte de travail, le manque de confiance est flagrant, c'est la loi du « chacun pour soi », l'apparition de pratiques silencieuses et donc, la dislocation d'un pouvoir centralisé autour des professionnels forts ensemble. Les gestionnaires peuvent donc en tirer parti et être moins contestés. Ces professionnels éclatés les uns des autres, sans cohésion comme groupe, ne se sentaient sans doute pas, comme l'a mentionné Freidberg (1993), avoir un minimum de possibilités afin d'obtenir la solution à leurs problèmes vécus.

En ce sens, l'impact qu'a eu le cadre de référence est mince mais il semble que la démarche ait toutefois amené l'ouverture au dialogue entre les professionnels ciblés et même avec certains gestionnaires. Nous pouvons supposer que les intervenants psychosociaux arriveront par coopération conflictuelle, à un certain consensus et pourront de ce fait regagner le pouvoir qui leur revient. Ils seront aussi plus en position de négocier avec les gestionnaires afin de faire reconnaître leurs besoins professionnels.

4. Démarche entreprise avec le CLSC Saint-Hubert

La première rencontre, tel que mentionné dans le chapitre sur la méthodologie, a permis aux trois travailleuses sociales et aux deux techniciens en travail social de s'exprimer sur leurs attentes et sur leurs préoccupations.

Le besoin de gagner de la crédibilité aux yeux des autres professionnels de l'équipe SAD et de l'ensemble des intervenants du CLSC, le besoin de cibler leurs pratiques au SAD et de créer une cohésion d'équipe, constituaient leurs objectifs. Aussi, ces professionnels étaient insatisfaits de la prise de contact auprès de la clientèle, qui était effectuée par une infirmière, car certains besoins de la clientèle n'étaient pas explorés. Également, les demandes de soutien psychosocial faites à l'équipe d'intervention sociale provenaient de diverses sources et étaient effectuées de manière anarchique. Les intervenants sociaux ressentaient de plus le besoin d'avoir des rencontres cliniques et de clarifier le rôle alloué à leur chef d'équipe.

Nous avons décidé, suite à cette première étape, de départager les aspects ou les thèmes qui seraient explorés et décrits dans le cadre de référence de la pratique psychosociale. Pour ce faire, le cadre de référence du CLSC Samuel-de-Champlain, dont tous avaient copie, fut la source d'inspiration première. Cela associé aux documents internes déjà mentionnés. Nous avons donc ciblé les thèmes suivants :

- les rôles professionnels ;
- l'intervention au SAD ;
- le rôle de spécialiste versus le rôle de généraliste ;
- la spécificité du travail au SAD ;
- la clientèle desservie.

Nous avons travaillé ces aspects avec les membres de l'équipe rencontrée durant deux rencontres totalisant une dizaine d'heures de travail. Voici les principaux thèmes définis et une partie de leur contenu :

Champs d'intervention de l'intervenant social au soutien à domicile

L'intervention sociale au programme de soutien à domicile vise à restaurer et à maintenir l'équilibre psychosocial des personnes afin de permettre à l'utilisateur et à son réseau naturel de soutien d'améliorer ou de conserver une qualité de vie acceptable dans leur milieu naturel de vie.

Lorsque l'état de santé ou les conditions de vie ne permettent plus d'assurer le maintien à domicile avec une qualité de vie acceptable, l'intervenant social aide les personnes à cheminer dans l'acceptation de cette réalité et les soutient dans le choix approprié d'un nouveau milieu de vie.

Le travail de l'intervenant social a pour objectif de favoriser l'établissement de l'équilibre entre les conditions personnelles, familiales et sociales des personnes en perte d'autonomie, et de renforcer leurs capacités d'adaptation et d'intégration sociale. L'intervention vise également à faciliter le maintien dans le milieu de vie naturel ou à orienter vers un milieu de vie institutionnel si nécessaire.

Ce travail se situe dans une approche globale de la personne. L'intervenant agit en complémentarité avec les autres professionnels concernés par la situation en cause.

La philosophie d'intervention

Elle a été définie selon cinq aspects :

- le respect de la personne ;
- l'autodétermination de la personne ;
- l'importance du réseau naturel et du réseau social ;
- la personne comme psychodynamique ;
- la responsabilité professionnelle.

À titre d'exemple, voici la définition de l'autodétermination de la personne :

La personne a le potentiel et la capacité de déterminer, par elle-même, le cours de son existence en fonction de buts fixés par elle. Elle a le droit de faire ses choix dans la résolution de ses problèmes.

La personne est responsable de ses choix, sauf quand elle est atteinte de troubles cognitifs sévères ou de limitations physiques qui l'empêchent de les exprimer. L'intervenant social doit s'assurer du respect des droits de la personne. L'intervenant a le devoir de lui fournir l'information nécessaire pour qu'elle puisse prendre une décision libre et éclairée.

Fonctions et tâches de l'intervenant social au SAD

Ici nous retrouvons quatre sous-catégories :

- l'évaluation psychosociale ;
- le traitement psychosocial ;
- la liaison ;
- la prévention.

Pour illustrer ces rôles et fonctions, voici la définition de la fonction de liaison :

Suite à une évaluation psychosociale ou en cours de traitement, l'intervenant social procède à l'orientation, à la référence vers les ressources appropriées ou à leur mobilisation et établit les liens avec les autres organismes du réseau voués à la dispensation de services complémentaires.

Les rôles professionnels de l'intervenant social au SAD

Neuf rôles professionnels ont été explicités par les intervenants :

- évaluateur ;
- agent de soutien thérapeutique (counselling) ;
- consultant/expert ;
- agent de soutien et de mobilisation ;
- agent de protection ;
- défenseur des droits ;
- médiateur ;
- enseignant/éducateur ;
- animateur social.

Voici les définitions associées aux rôles d'agent de soutien thérapeutique (counselling) et de consultant/expert :

Agent de soutien thérapeutique (counselling) : l'intervenant social assiste la personne et/ou son réseau dans une démarche de changement. Il soutient les personnes dans leurs difficultés, leur explique son analyse de leur situation, leur expose les possibilités de changement, leur propose des exercices ou un contrat et mobilise ses ressources.

Consultant/expert : l'intervenant social évalue une situation problématique et donne une opinion clinique ou professionnelle à un autre intervenant de l'équipe ou à une ressource extérieure.

Le spécifique de l'intervention sociale au SAD

L'intervenant social au SAD s'inscrit naturellement dans le cadre de la mission d'un service de soutien à domicile offert à des personnes vivant une perte d'autonomie temporaire ou permanente. Il travaille dans une perspective à la fois complémentaire et interdisciplinaire avec ses collègues d'autres professions.

En conséquence, la tâche spécifique des intervenants sociaux est d'identifier et d'évaluer les besoins psychosociaux de la clientèle qui sont fréquemment la cause (ou la résultante) de leur perte d'autonomie, d'intervenir en vue de mobiliser le potentiel de ces personnes, de leur réseau ou de ressources

susceptibles de leur venir en aide, d'agir pour améliorer leur fonctionnement social, de supporter le réseau d'aide en donnant accès à des formes de répit ou à un milieu de vie substitut.

Les approches qui encadrent l'intervention sociale au SAD

Notons, encore une fois, que les définitions inspirées de la littérature furent modifiées par les intervenants sociaux concernés afin de les rapprocher de leur réalité propre.

Sept approches principales ont été explorées, il s'agit de :

- l'approche communautaire ;
- l'approche systémique ;
- la thérapie brève orientée vers les solutions ;
- l'intervention en situation de crise ;
- la thérapie de la réalité ;
- la perspective d'empowerment ;
- l'approche développementale.

Voici les définitions associées à la thérapie de la réalité et à la perspective d'empowerment :

Thérapie brève orientée vers les solutions : Il s'agit d'un mode de pensée qui s'intéresse en premier lieu non pas aux problèmes mais à la recherche de solutions et aux moyens de les atteindre. Cette tendance consiste à délaisser les explications, les problèmes et la pathologie pour s'intéresser aux solutions, aux exceptions et aux aptitudes du client.

Les objectifs d'intervention sont définis avec le client, L'intérêt est porté sur ce qui est réalisable et ce qui peut être changé, plutôt que sur ce qui est inaccessible et inéchangeable. On vise des objectifs clairs et minimes. Un petit changement dans une partie du système peut entraîner des changements dans une autre partie de ce système.

La perspective d'empowerment : Ce type d'intervention vise à assister les personnes, familles, communauté dans la découverte et l'utilisation des ressources et des outils qu'elles possèdent, que l'on met à leur disposition ou qu'elles peuvent se donner en se prenant en charge. L'intervenant social aide les clients à être conscients des tensions et des conflits qui les oppressent et les limitent, et les amène ainsi à se libérer de ces restrictions.

L'intervention d'empowerment génère chez les clients un sentiment positif de contrôle sur leur propre vie qui les éloigne progressivement du vécu d'impuissance et de détresse psychologique que leurs conditions de vie entraînent.

Les clientèles aux SAD

Toute personne, peu importe son âge, qui présente une ou des incapacité(s) temporaire(s) ou permanente(s) dont la cause peut être physique, sociale ou psychique, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou l'ensemble des services requis, a accès au programme de soutien à domicile du CLSC Saint-Hubert.

Ces clientèles présentent des caractéristiques très diversifiées. Pour fins de compréhension, elles se regroupent dans les catégories suivantes :

- les personnes aidantes ;
- les personnes en phase préterminale ou terminale ;
- les personnes ayant des troubles cognitifs ;
- les personnes avec une déficience intellectuelle ;
- les personnes âgées et/ou malades chroniques avec perte d'autonomie modérée ;
- les personnes handicapées physiques ;
- les personnes avec une problématique double ou multiple.

Voici les définitions de deux de ces clientèles, les personnes aidantes et les personnes avec une problématique double ou multiple :

Les personnes aidantes : les personnes en perte d'autonomie qui constituent la plus grande partie de la clientèle du programme de soutien à domicile, peuvent la plupart du temps compter sur un réseau naturel de soutien (parents, amis(es), membres de la communauté). La contribution de ces personnes, aussi motivées soient-elles, n'est pas sans limite ni sans conséquence (épuisement, isolement, surtâche). Les intervenants sociaux s'efforcent de les guider, de les soutenir et de leur offrir des ressources complémentaires de répit ou de substitution selon l'état de leurs forces et les besoins de la personne aidée.

Les personnes avec une problématique double ou multiple : les personnes avec une problématique double ou multiple (par exemple, des troubles associés incluant des problèmes de santé mentale en lien avec une perte d'autonomie) peuvent bénéficier d'un plan d'intervention en vue de faciliter leur maintien à domicile, le soutien de leur proches et, si possible, leur réadaptation fonctionnelle et sociale.

Les principales problématiques retrouvées chez les clientèles au SAD

Les clientèles mentionnées ci-dessus doivent, pour être suivies par un intervenant psychosocial du SAD, présenter une problématique sociale en plus d'une perte d'autonomie ou d'une évidence de besoin d'aide au soutien à domicile. Voici les principales problématiques sociales rencontrées chez ces clientèles :

- Difficultés dans les relations conjugales, familiales et interpersonnelles : conflits, désorganisation, etc.

- Victimes de violence, d'abus ou de négligence.
- Difficultés d'adaptation à une nouvelle situation : perte (deuil, limites à l'autonomie, etc.), maladie, etc.
- Conditions de vie difficiles compromettant l'intégrité physique ou sociale de la personne.
- Besoin de changement de milieu de vie (demande d'hébergement, etc.).
- Besoin d'un régime de protection.
- Les personnes dont les droits ne sont pas respectés ou qui ne reçoivent pas les services auxquels elles ont droit.
- Difficultés d'intégration, isolement social et vulnérabilité.
- Difficultés liées à l'état affectif ou psychique de la personne.
- Accompagnement des personnes en phase terminale.
- Désengagement, insuffisance ou absence de soutien de la part du réseau naturel.
- Difficultés liées à l'accomplissement du rôle d'aidant (épuisement, mécontentement, incompétence, surprotection, culpabilité, etc.).

L'intervenant social au SAD en tant que généraliste et spécialiste

L'intervenant social au programme de soutien à domicile doit jouer autant des rôles de généraliste que de spécialiste. Dans cette obligation, nous voyons des avantages se situant tant au niveau de l'intervenant, du fonctionnement de l'équipe sociale que de la clientèle desservie.

Le rôle de généraliste amène à l'intervenant social une polyvalence qui est importante et avantageuse afin de répondre aisément à des demandes d'aide psychosociale provenant d'une clientèle très diversifiée.

Également, la possibilité de jouer des rôles plus spécialisés est d'autant importante qu'elle amène les intervenants sociaux à être stimulés dans leur travail auprès de clientèles dont ils ont une expertise spécifique. Cela contribue notamment à une meilleure utilisation des forces et des connaissances des membres de l'équipe sociale et à une plus grande efficacité et efficience dans leur intervention auprès de la clientèle rencontrée.

Les instruments utilisés

À cette partie, il n'y a que la nomenclature des divers outils cliniques utilisés par les intervenants sociaux.

Au cours de la deuxième partie de la démarche nous avons exploré certains autres thèmes dont deux qui font présentement partie, du cadre de référence de la pratique sociale de ce CLSC. Toutefois, ils ont été ajoutés postérieurement à la démarche, une fois validés par la coordonatrice du programme SAD. Il s'agit de la priorisation des clientèles et des problématiques, ainsi que les critères de classement des demandes de services psychosociaux.

Nous avons également exploré les diverses modalités de références des demandes de soutien psychosocial afin de soumettre à la coordonnatrice du programme des alternatives qui étaient jugées plus pertinentes et efficaces par les intervenants sociaux.

Les attentes en égard à la prise de contact nursing furent aussi explicitées. Par conséquent, il fut suggéré d'inclure sur le formulaire de prise de contact les aspects suivants : type de demande (avec plusieurs choix, tels que hébergement, soutien psychosocial, accompagnement de personnes en phase terminale, problème d'accessibilité aux ressources, etc.), facteurs déclencheurs de la demande d'aide et pré-évaluation des facteurs de risques pouvant survenir à court terme.

L'aménagement du temps de travail quotidien pour établir la priorité et distribuer les cas fut aussi travailler en une proposition :

Aménager une plage horaire quotidienne d'une heure où la personne en charge de la prise de contact, le chef de l'équipe sociale ainsi qu'un (e) représentant(e) des T.T.S pourront se rencontrer afin d'établir la priorité et la distribution des demandes de services psychosociaux de la journée.

Ce temps de travail et d'échanges doit s'insérer stratégiquement dans l'horaire des intervenants afin de pouvoir répondre le plus adéquatement possible aux demandes dites de crise ou urgentes.

Nous croyons que ce mécanisme simple permettra à la fois de faciliter la tâche de la personne à la prise de contact et de permettre aux intervenants sociaux, par le chef d'équipe et le (la) représentant (e) des T.T.S. d'avoir une vue d'ensemble des demandes, de mieux gérer en conséquence la liste d'attente et de favoriser plus de cohérence et d'équité au niveau de la charge de travail.

Finalement, cette plage horaire ne signifierait en aucun cas une perte de temps puisqu'il s'agit d'un temps fixe où il peut y avoir consultation entre les divers intervenants mentionnés, mais s'il n'y a pas de nouvelles demandes pour les intervenants sociaux, chacun des intervenants concernés utilise ce temps à d'autres tâches (rédaction de dossier, contact avec la clientèle ou avec des ressources, etc.).

Il a également été proposé d'augmenter la fréquence des rencontres cliniques (presque inexistantes alors) entre les membres de l'équipe sociale du SAD :

Il serait essentiel en tant qu'équipe de se réunir à raison d'une heure par quinzaine de jours afin de distribuer les dossiers de demandes non urgentes.

Cela permettrait aussi à chacun d'avoir une vue d'ensemble du travail des autres intervenants sociaux, d'avoir des discussions de cas, l'opportunité d'échanger des points de vue professionnels, de discuter de projets collectifs, etc. Ce mécanisme de travail permettrait aussi aux intervenants sociaux d'avoir une plus grande cohérence et cohésion, ce qui favoriserait un meilleur fonctionnement d'équipe.

Finalement, nous pensons que cela dirigerait l'équipe vers une forme d'auto-supervision entre pairs, ce qui permettrait d'amorcer une actualisation de nos connaissances et de nos compétences d'intervenants sociaux. Nous en serions plus stimulés, ayant le sentiment d'être soutenus par nos collègues et, donc, sans aucun doute plus efficace dans nos interventions auprès de la clientèle.

Cinq autres propositions furent abordées :

- se doter d'outils afin de mieux gérer la liste d'attente ;
- déterminer une période d'expérimentation afin de cerner si les demandes sont bien acheminées aux bons intervenants. Ajuster la modalité par la suite ;
- élaborer un outil uniformément appliqué pour déterminer la priorité des cas ;
- déterminer une formule de distribution des cas entre les intervenants sociaux ;
- s'entendre en tant qu'équipe sociale sur les besoins d'encadrement et de supervision à combler.

Les trois séances de travail avec cette équipe d'intervenants sociaux furent fructueuses en contenu et elles se déroulèrent en toute collégialité. Au fur et à mesure que la démarche progressait, nous remarquons, de la part de ces personnes, une plus grande ouverture aux collègues et des échanges de plus en plus personnalisés.

Relance faite auprès du chef d'équipe

Nous avons contacté cette personne six mois après la fin de notre intervention. Elle nous mentionna qu'ils avaient peaufiné le document et qu'il fut homologué par le conseil d'administration. Elle nous confie alors que leur coordonnatrice a eu une réaction positive en regard au produit fini et sur l'ensemble de la démarche complétée.

Toutefois, les deux techniciens en travail social de leur équipe, et qui étaient impliqués dans la démarche ont manifesté, quelque temps après, leur insatisfaction. Ils mentionnaient ne pas se reconnaître dans le document qui était, selon eux, construit à

partir de la réalité des travailleurs sociaux.. Aussi, il y eut quelques frictions en ce qui concerne la suggestion retenue lors de la démarche, de poursuivre une réflexion avec la coordonnatrice sur une distinction des tâches entre les deux niveaux de professionnels. Les travailleurs sociaux, ainsi que les techniciens en travail social ont échangé longuement sur ces aspects et il semblerait que tous y trouvent maintenant leur compte. Il nous a été mentionné cette volonté, de certains travailleurs sociaux, de départage leurs tâches et celles des techniciens en service social, ce qui était depuis quelque temps un conflit latent, et l'aboutissement de la démarche a permis de bien le gérer avant qu'il ne dégénère.

Le chef d'équipe nous mentionna brièvement que le document produit faisant état de pistes de réflexions a eu d'énormes impacts sur l'organisation du travail, tant au niveau du partage plus équitable des cas que du soutien clinique.

Le cadre de référence a été présenté à l'ensemble de l'équipe du soutien à domicile et le sera également lors de forums interdisciplinaires (où chaque programme vient présenter ce qu'il fait à l'ensemble du CLSC). Une des travailleuses sociales s'en est également servi lors de l'inspection faite par l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec.

Finalement, notre interlocutrice nous transmet la satisfaction vécue par les intervenants sociaux face à cette démarche et des bénéficiaires qui en ont décollés. L'équipe d'intervention aurait une plus grande cohésion et plus de crédibilité aux yeux de leurs collègues d'autres professions.

Entrevues d'approfondissement

Lors de nos entrevues d'approfondissement dans ce CLSC, nous avons interviewé individuellement trois personnes de l'équipe soutien à domicile soit, le chef d'équipe, une travailleuse sociale et la coordonnatrice du programme (qui est infirmière). Voici les résultats :

Les deux intervenantes sociales rencontrées s'entendent pour dire que cette démarche s'est échelonnée sur une période de trois ans, ponctuée de réflexion sur la pratique psychosociale et de tentatives pour éclairer cette pratique. Selon ces deux professionnelles, la volonté initiale d'initier une démarche d'élaboration d'un cadre de référence de la pratique sociale provient de certains intervenants psychosociaux.

Lors de notre entretien avec la coordonatrice, celle-ci maintient avoir été un levier dans la réalisation de cette démarche. En se disant également initiatrice de celle-ci, cette gestionnaire vient appuyer l'importance que revêtait pour elle l'élaboration, dans son CLSC, d'un cadre de référence de la pratique sociale et, en conséquence, démontrer son appui aux intervenants concernés.

Nous remarquons que les buts et objectifs de la démarche évoqués par les trois répondantes sont complémentaires au sens où la volonté était de baliser la pratique et de l'encadrer, et de renforcer l'identité professionnelle. Elles voulaient aussi « se départager des autres professionnels en se donnant une crédibilité ». Pour une des répondantes, il était très important de pouvoir structurer la réflexion et de la traduire par un écrit, ce qui vient faire une brèche dans la tradition orale pernicieuse.

Pour la gestionnaire, cette démarche servait à mobiliser les intervenants psychosociaux autour d'un objectif commun tout en consolidant cette équipe. Cela permettait également de cibler et de circonscrire la clientèle à desservir.

Les trois répondantes affirment que les buts et les objectifs initiaux ont été atteints : la démarche a servi à consolider l'équipe psychosociale, à lui donner une plus grande crédibilité face aux collègues, à créer un certain consensus et plus de cohérence en regard à la pratique psychosociale au SAD.

Toutefois, ces personnes nous ont également mentionné qu'un effort supplémentaire devait être fourni pour que le cadre de référence soit encore plus « collé à la pratique quotidienne ».

La démarche de l'impact sur les relations entre les différents professionnels : « nous avons gagné en crédibilité et nous sommes plus compris par les autres » de dirent les intervenantes interviewées. De plus, « ils sont plus forts professionnellement et donc plus à même de se positionner », selon la coordonatrice.

Ils sont donc plus outillés à entreprendre un processus de négociation ou de joutes de pouvoir entre professionnels de disciplines diverses afin de faire valoir leurs expertises, leur importance et leurs compétences.

Par contre, pour une des intervenantes, l'impact au quotidien est plus limité car les deux présentations de leur cadre de référence n'ont pas été assez approfondies. Elles combleront cette lacune lors des forums interdisciplinaires précédemment mentionnés.

Il semblerait que la démarche a eu un impact sur l'identité professionnelle car « il [le cadre de référence] permet de définir, de camper les intervenants psychosociaux ». Cela a aussi permis de renforcer leur sentiment d'être compétents professionnellement entre autres, en ce qui concerne leur rôle par rapport au travail d'intervention thérapeutique.

Il y a également eu l'élaboration d'une base de distinction entre les fonctions et rôles des travailleurs sociaux versus ceux des techniciens en travail social.

Pour le chef d'équipe, l'impact majeur se situe au niveau de l'organisation du travail car les intervenants sociaux ont le sentiment d'avoir plus de contrôle sur leur pratique et il y a beaucoup plus de place pour les échanges cliniques.

La coordonnatrice est en accord avec cela car il y a eu, suite à la démarche, une réorganisation du travail et des modifications par rapport au rôle de chef d'équipe ; « cela a été l'élément déclencheur de plusieurs modifications qui sont survenues depuis un an et demi ».

Donc, la zone de conflit décrite par Raelin (1986) sur l'autonomie professionnelle s'est atténuée au profit d'un pouvoir accru des praticiens en ce qui concerne leur pratique professionnelle et l'organisation de leur travail. Ceci enchaîne également sur une préoccupation, issue de la démarche portant sur le soutien clinique. De ce fait, les praticiens revendiquent, à tout le moins, des moments d'échanges entre pairs.

La coordonnatrice semble encourager ce mouvement ne se sentant pas menacée dans son pouvoir par cette marge de manoeuvre élargie pour les intervenants sociaux. Cela à cause du style de gestion de cette gestionnaire et du front commun constitué par les intervenants sociaux.

En ce qui concerne les intervenantes rencontrées, elles mentionnent qu'il y a eu un impact sur les relations entretenues avec les gestionnaires car il y a plus d'ouverture à la discussion et qu'elles sont plus consultées sur les aspects entourant l'organisation du

travail. Elles ont aussi le sentiment que leur supérieure, qui ne provient pas du champ de l'intervention psychosociale, a une meilleure compréhension de leur réalité et de leur expertise ; ce qui leur donne une crédibilité et un soutien accrus.

Une des intervenantes déplore toutefois le manque de suivi après la démarche entre autres, de la part de la direction des services professionnels.

Pour sa part, la coordonnatrice mentionne que suite à la démarche, un climat de confiance s'est installé entre elle et les intervenants psychosociaux. Elle dit mieux les comprendre, que « les intervenants sont moins sur la défensive et le document sert à alimenter les discussions ».

Nous notons donc à l'égard de la zone sur les structures hiérarchiques (des organisations bureaucratiques) décrite par Raelin (1986) que la démarche d'élaboration de ce cadre de référence a permis d'instaurer plus d'ouverture entre les intervenants et la gestionnaire, de créer un climat de confiance où règne la transparence, ce qui a contribué à une plus grande satisfaction au travail chez les professionnels concernés.

L'impact que cette démarche a eu sur les relations entre les professionnels du champ du psychosocial est qu'il y a eu des ajustements à faire en ce qui a trait aux rôles et fonctions des travailleurs sociaux versus ceux des techniciens en travail social. Cela a donné lieu à des échanges négociés et à une certaine forme de consensus.

Maintenant, il semblerait y avoir une meilleure cohésion d'équipe et un meilleur climat de travail.

Il n'y a pas eu d'impact sur l'encadrement professionnel aux dires des interviewés. Toutefois, une des intervenantes rencontrées se sert du cadre de référence pour alimenter et orienter ses périodes de supervision clinique.

Aussi, ajoutons que, suite à la démarche, les intervenants sociaux se rencontrent pour des discussions d'ordre clinique, ce qui est une forme de supervision (entre pairs).

En ce qui concerne les mécanismes d'appropriation qui ont été utilisés suite à la démarche, il y a eu, tout d'abord, la bonification du document et sa présentation à l'ensemble de l'équipe SAD. Il a également été affiché et tous ont pu le consulter. Ce document a été présenté lors de la vérification professionnelle faite par l'Ordre des

travailleurs sociaux du Québec qui a été, semble-t-il, impressionné. Le cadre de référence est aussi utilisé lors de discussions cliniques. Il sera présenté lors des forums interdisciplinaires dans quelques mois. La coordonnatrice songe à faire un résumé des points saillants du document et à créer un dépliant facilement accessible par tous « un genre d'aide-mémoire ».

Voici les commentaires des répondants :

- « plus de crédibilité et de reconnaissance ;
- prendre le temps de réfléchir sans précipitation mais de manière structurée ;
- avoir contribué à créer un climat de travail intéressant ;
- c'est un précieux outil pour un gestionnaire ;
- amène une plus grande maturité professionnelle ;
- vient clarifier et baliser la pratique psychosociale ;
- crée une plus grande ouverture au changement. »

Les principales limites d'une telle démarche qui nous ont été mentionnées sont, tout d'abord, qu'un cadre de référence ne répond pas à tout et que le leur pourrait être encore plus près de la réalité quotidienne. Aussi, le réflexe de le consulter fréquemment est long à acquérir et il faut y travailler.

Pour qu'un tel document reste vivant et d'actualité, il doit être évolutif et, donc, mis à jour fréquemment (ex. annuellement), ce qui constitue une charge de travail additionnelle et demande de la rigueur.

Il y a aussi un danger à un tel document car il « pourrait servir à s'abriter, à se protéger et, de ce fait, rester statique ». Ces propos ne sont pas sans nous rappeler la mise en garde faite par une des personnes ayant répondu au questionnaire lors de notre démarche d'exploration sur les cadres de référence existants : à trop délimiter la pratique, l'effet pervers de la limiter peut survenir.

Nous avons aussi demandé aux intervenantes et à la coordonnatrice ce qui pourrait être amélioré. Les intervenantes sociales ont mentionné qu'il serait intéressant de procéder à une deuxième démarche afin de travailler concrètement sur les clientèles desservies pour cibler les interventions les plus efficaces. Ceci va dans le sens de garder le document de référence vivant, actuel et de servir de source d'inspiration à d'autres travaux de réflexion.

Les intervenantes auraient aussi souhaité plus de suivi après l'élaboration de leur document et avoir pu bénéficier d'aide de consultants plus tôt dans leur démarche de réflexion. Cela aurait permis, selon elles, de l'encadrer dès le départ et d'éviter la démobilitation et le stress encourus. Pour sa part, la coordonnatrice referait tout de la même manière avec les moyens à sa disposition (libération de temps, soutien, consultant, rencontres dans un lieu externe, etc.).

En ce qui concerne l'utilité d'un cadre de référence de la pratique psychosociale pour les intervenants psychosociaux et pour leur organisation, les répondantes nous disent qu'un cadre de référence est autant profitable pour les intervenants que pour l'organisation dans le sens où il vient baliser la pratique. Il est donc rassurant, tout en valorisant la pratique et en augmentant la crédibilité des professionnels. Il devient un outil très précieux pour se positionner en ce qui concerne les nouvelles problématiques rencontrées et les nouveaux mandats alloués aux CLSC. Un cadre de référence aide aussi à l'intégration de nouveaux employés et des stagiaires. Il est également un atout non négligeable en ce qui concerne l'obtention de l'agrément ou lors d'inspections professionnelles.

5. Entrevues complémentaires d'approfondissement

Lors de ces entrevues individuelles d'approfondissement, nous avons rencontré deux personnes : un gestionnaire qui a piloté une démarche similaire dans son CLSC et un intervenant social qui est membre d'un comité qui fait présentement une démarche d'élaboration d'un cadre de référence dans son CLSC. Les questions sont identiques à celles posées aux intervenants et gestionnaires rencontrés au CLSC X et au CLSC Saint-Hubert. Par cette démarche complémentaire, nous voulions valider les résultats déjà obtenus par nos deux démarches terrain et ainsi être en mesure de faire ressortir des éléments qui pourraient être généralisés.

Première entrevue complémentaire

L'entrevue effectuée auprès d'un gestionnaire qui a assuré la démarche d'élaboration du cadre de référence de la pratique psychosociale et communautaire dans son CLSC il y a quelques années.

Notre répondant précise que l'élaboration d'un cadre de référence de la pratique sociale et communautaire était un des objectifs prioritaires de l'organisation. Il se situait dans un continuum de réflexion après l'élaboration des orientations stratégiques et l'identification d'une philosophie d'intervention au sein de ce CLSC.

Cette démarche est donc initiée par la direction mais elle a su constituer un comité ad hoc composé d'intervenants des divers programmes et représentatifs de l'ensemble des professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, intervenants communautaires, etc.).

Ce CLSC a donc créé un dispositif pouvant servir à rallier les deux parties (intervenants et gestionnaires) autour de la zone de conflits potentiels qu'est la notion de la pratique professionnelle élaborée par Raelin (1986).

Les buts et objectifs de cette démarche étaient de « spécifier la pratique psychosociale et communautaire en balisant des points de repers commun ».

Ils désiraient également se doter d'un manière et d'un langage communs d'analyser et de répondre aux problèmes vécus par la clientèle en supposant que cela aurait un effet bénéfique sur la qualité de la pratique psychosociale et communautaire et, par conséquent, sur les services rendus à la population desservie.

Le gestionnaire mentionne que ces buts et ces objectifs ont été atteints, toutefois « les objectifs sont vraiment atteints dans la mesure où le document reste vivant, que d'autres travaux viennent y contribuer et que d'autres encore en découlent. Que le cadre soit vraiment un référent ».

En ce qui concerne les impacts sur les relations entre les différents professionnels, la personne rencontrée mentionne que les intervenants psychosociaux et communautaires se sont davantage définis, chacun étant ainsi plus en mesure de savoir de manière cohérente et concrète quelles sont leurs contributions dans l'intervention auprès de la clientèle de ce CLSC.

Ils sont donc plus unis et les risques de conflits s'atténuent autour des revendications des compétences d'ordre professionnel et des expertises entre ces intervenants du domaine psychosocial. Nous faisons ici référence à Mintzberg (1986), tel que mentionné dans notre cadre théorique et dans la revue de la littérature.

Notre répondant précise que l'élaboration d'un cadre de référence de la pratique sociale et communautaire était un des objectifs prioritaires de l'organisation. Il se situait dans un continuum de réflexion après l'élaboration des orientations stratégiques et l'identification d'une philosophie d'intervention au sein de ce CLSC.

Cette démarche est donc initiée par la direction mais elle a su constituer un comité ad hoc composé d'intervenants des divers programmes et représentatifs de l'ensemble des professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, intervenants communautaires, etc.).

Ce CLSC a donc créé un dispositif pouvant servir à rallier les deux parties (intervenants et gestionnaires) autour de la zone de conflits potentiels qu'est la notion de la pratique professionnelle élaborée par Raelin (1986).

Les buts et objectifs de cette démarche étaient de « spécifier la pratique psychosociale et communautaire en balisant des points de repères commun ».

Ils désiraient également se doter d'une manière et d'un langage communs d'analyser et de répondre aux problèmes vécus par la clientèle en supposant que cela aurait un effet bénéfique sur la qualité de la pratique psychosociale et communautaire et, par conséquent, sur les services rendus à la population desservie.

Le gestionnaire mentionne que ces buts et ces objectifs ont été atteints, toutefois « les objectifs sont vraiment atteints dans la mesure où le document reste vivant, que d'autres travaux viennent y contribuer et que d'autres encore en découlent. Que le cadre soit vraiment un référent ».

En ce qui concerne les impacts sur les relations entre les différents professionnels, la personne rencontrée mentionne que les intervenants psychosociaux et communautaires se sont davantage définis, chacun étant ainsi plus en mesure de savoir de manière cohérente et concrète quelles sont leurs contributions dans l'intervention auprès de la clientèle de ce CLSC.

Ils sont donc plus unis et les risques de conflits s'atténuent autour des revendications des compétences d'ordre professionnel et des expertises entre ces intervenants du domaine psychosocial. Nous faisons ici référence à Mintzberg (1986), tel que mentionné dans notre cadre théorique et dans la revue de la littérature.

Le répondant mentionne aussi que la démarche même, qui s'est déroulée sur de nombreux mois, et les agents multiplicateurs (les membres du comité ad hoc) ont été les éléments de renforcement de l'identité professionnelle des champs psychosocial et communautaire.

Concernant un impact possible sur l'organisation du travail, le gestionnaire nous dit simplement sans élaborer en profondeur, que « cela colore vraiment certaines décisions, entre autres, sur la programmation et l'embauche. »

La démarche a eu un impact sur les relations entre les professionnels et les gestionnaires, car le répondant nous dit que l'ensemble des gestionnaires du CLSC, incluant ceux qui ne sont pas issus d'une formation du domaine psychosocial, reconnaissent d'avantage cette pratique. Il ajoute aussi que « c'est rassurant qu'il y ait quelque chose qui vienne baliser la pratique psychosociale et communautaire, autant pour les gestionnaires que pour les professionnels ».

De plus, « on sent que c'est un groupe de professionnels plus unifié, qui sont plus forts et cohérents entre eux ».

En ce qui a trait à l'impact de la démarche sur l'encadrement professionnel, l'interviewée nous mentionne qu'étant donné que des cadres et des conseillers cliniques ont siégé au comité d'élaboration, le document en devient donc un de réelle référence. La répondante illustre ses propos à l'aide d'un exemple où il y a eu inspection du coroner dans un cas de suicide d'un client du CLSC ; « on retourne à nos balises pour analyser les faits et poursuivre d'autres travaux le cas échéant », par exemple, un protocole d'intervention auprès de personnes suicidaires.

Ceci suggère un encadrement professionnel qui est évolutif et de soutien à l'égard des besoins rencontrés afin de susciter la réflexion sur les aspects de la pratique professionnelle. Ceci concorde avec la revendication des professionnels expliquée dans la troisième zone de Raelin (1986) sur la notion de supervision.

Le cadre de référence de ce CLSC est également employé lors de l'accueil de nouveaux professionnels et de stagiaires.

Par rapport à cette démarche précise d'élaboration d'un cadre de référence, il semble que le processus d'appropriation ait commencé dès la mise sur pied du comité. Chacun des membres était un agent de diffusion de l'information auprès de leurs collègues de travail et ils recueillaient leurs commentaires afin que tous soient représentés.

Ensuite, des présentations à diverses instances ont eu lieu :

- au Conseil professionnel ;
- au Conseil multidisciplinaire (sous forme d'ateliers lors de l'assemblée générale) ;
- au Comité de régie où siègent le directeur général et les divers directeurs de programmes.

Le gestionnaire pense que la forte adhésion au document de l'ensemble des professionnels vient, en partie du moins, du fait que les intervenants qui siégeaient au comité avaient une très grande crédibilité auprès de leurs pairs.

Les éléments positifs de cette démarche sont, selon le répondant, tout d'abord de « s'être donné un moment, un lieu pour réfléchir, se questionner, pour reprendre du pouvoir sur la pratique. Le cadre de référence se révèle avoir été un levier important, il doit tout de même maintenant rester vivant. »

Le comité ad hoc s'est officialisé et est maintenant rattaché au conseil multidisciplinaire. Il porte le titre de comité de la pratique.

Le gestionnaire nous mentionne aussi que la démarche a eu un effet de multiplication car d'autres groupes professionnels (ex., la réadaptation) ont entrepris une démarche similaire.

Le répondant voit tout de même une limite majeure à ce type de démarche : « cela demande beaucoup d'énergie et de temps, de se recentrer continuellement sur les objectifs. La démarche que nous avons privilégiée n'est peut-être pas transposable comme telle dans tous les milieux de travail. » Rappelons que leur démarche englobait l'ensemble des professionnels de l'intervention psychosociale et communautaire et qu'elle s'est échelonnée sur près de deux ans, avec un comité où siégeaient plusieurs membres libérés.

Par contre, le répondant ne voit pas ce qui pourrait être amélioré car, à son avis, le type de démarche entreprise dans son organisation correspondait parfaitement aux besoins et ils se sont donné de plus les moyens nécessaires pour y arriver.

Les utilités d'un cadre de référence de la pratique psychosociale pour les intervenants psychosociaux et pour l'organisation sont multiples, selon le gestionnaire. En ce qui concerne les intervenants, un cadre de référence de leur pratique vient revaloriser celle-ci, amène une identification professionnelle accrue et est un moyen de s'approprier du pouvoir sur la pratique.

Les avantages associés à l'organisation permettent, d'une part, de cibler la spécificité de ces secteurs d'activités. Pour ce faire, l'outil vient encadrer la pratique en assurant une qualité de services rendus. D'autre part, cet outil peut être fort utile pour développer des programmes et des postes.

C'est donc « un outil de soutien et de suivi de la qualité ».

Deuxième entrevue complémentaire

Voici les résultats d'une deuxième et dernière entrevue d'approfondissement menée auprès d'un intervenant psychosocial exerçant dans un CLSC où il y a présentement création d'un cadre de référence de la pratique psychosociale.

Tout d'abord, il semblerait que le seul initiateur de cette démarche soit le directeur général. Celui-ci avait déjà fait une première tentative « d'en imposer un » il y a quelques années, mais les intervenants concernés s'y étaient fortement opposés.

Cette année, le directeur s'est montré encore plus déterminé à créer cet outil. Quatre intervenants ont donc mis sur pied un comité d'élaboration pour s'assurer que le cadre de référence leur correspondrait vraiment. Une personne-ressource (un cadre intérimaire) les a assistés, mais il semble que celui-ci ait été « imposé par le directeur général ».

D'emblée, nous percevons la résistance des intervenants qui fait référence à la zone de conflit portant sur l'autonomie que les professionnels revendiquent, ainsi que celle portant sur la rigidité des organisations où les gestionnaires désirent faire respecter

l'autorité, contrôler et formaliser la pratique professionnelle, ce à quoi les intervenants s'opposent. Ces deux zones sont décrites par Raelin (1986) et mentionnées dans le cadre théorique.

En ce qui concerne le but poursuivi par le directeur, l'intervenant rencontré nous mentionne que les professionnels « ont l'impression que l'on veut [les] contrôler en déterminant des normes ». Ce qui fait également référence aux explications données suite à la précédente question.

Les membres du comité désirent dresser un portrait de leur pratique actuelle. Mais notre répondant ajoute, de manière pessimiste, que le cadre de référence sera « sans doute tabletté rapidement ». Les membres ne veulent pas créer de normes craignant les contrecoups que cela suscitera auprès des professionnels.

Cet exemple illustre exactement les doléances des professionnels, comme le mentionne Raelin (1986) au sujet de la supervision de type mécaniste et du manque d'implication des professionnels par les gestionnaires en ce qui concerne la pratique professionnelle.

Concernant l'impact possible de cette démarche sur les relations entre les différents professionnels, l'intervenant rencontré mentionne : « nous espérons pour le moins créer une cohésion à l'intérieur des professionnels psychosociaux ». Mais il ajoute qu'il n'y aura fort probablement que peu d'impacts car le document ne sera sans doute pas adopté par les intervenants dans leur pratique quotidienne.

Aussi, le répondant, tout en se disant idéaliste, croit que l'identité professionnelle pourrait être renforcée si le document est bien argumenté, ce qui viendrait créer un équilibre entre les professionnels psychosociaux et le secteur nursing qui « élargit de plus en plus leurs zones de revendications ».

Si, effectivement, ces deux groupes de professionnels en arrivent à retrouver une homéostasie (l'équilibre d'un système tel que décrit dans l'approche systémique) entre eux, les intervenants psychosociaux seront plus à même d'entamer, avec un pouvoir similaire, des coopérations conflictuelles pouvant découler sur des consensus négociés en ce qui concerne les champs de pratiques et les compétences associées.

Notre interlocuteur s'est montré plutôt négatif quant à un éventuel impact sur l'organisation du travail dans son CLSC car ; « nous sommes dans une organisation très bureaucratique, donc il y a très peu de chance pour qu'il y ait un impact quelconque ». Ceci illustre bien la double négociation que peuvent rencontrer les praticiens en psychosocial, non seulement entre eux et un autre champ de spécialisation (ex. : nursing), mais également entre eux et d'autres professionnels issus de formations de base différentes. Ce groupe de travail a choisi de passer outre ces différences porteuses de frictions et de tensions importantes au sein de leur CLSC en ne faisant pas de distinction entre les travailleurs sociaux, les psychologues, les psycho-éducateurs, etc. La résultante étant, dans ce cas, une forte probabilité de non-adhésion de plusieurs professionnels à l'outil de référence et de ralliement donc, à créer une moins grande cohérence entre eux et à diminuer leur pouvoir de négociation avec les autres secteurs de professionnels.

Également, le comité espère que cette démarche et le cadre de référence servent à améliorer l'image, négative selon lui, qu'ont les gestionnaires de la pratique psychosociale. Cela constituerait, selon le répondant, un impact positif sur les relations entretenues entre les intervenants psychosociaux et les gestionnaires.

L'intervenant mentionne aussi que certains membres du comité désiraient être reconnus en fonction de leur expertise (ex. : psychologues versus travailleurs sociaux) mais leur démarche ne les amènera pas à clarifier le spécifique de chacun des types de professionnels, car « nous avons 20 ans d'histoire et tous les champs professionnels du psychosocial sont confondus, même si cela convient mal aux psychologues et aux psycho-éducateurs qui sont noyés parmi 80 % de travailleurs sociaux ».

Par rapport à l'éventualité d'un impact sur l'encadrement professionnel dans ce CLSC, le répondant nous explique que dans l'organisation, les professionnels sont très réfractaires à toute forme de contrôle. S'il y avait un impact sur l'encadrement professionnel, il faudrait qu'il soit réellement démontré que c'est pour accéder à une supervision clinique, selon des critères de soutien et d'amélioration des compétences.

Nous avons demandé à l'intervenant psychosocial rencontré, quels seraient les mécanismes d'appropriation du cadre de référence que le comité mettrait en place suite à la démarche, il a mentionné « mes collègues croient que nous livrerons la marchandise

et c'est tout ». Toutefois, il ajoute que l'obtention de réelle supervision clinique pourrait créer une cohésion et une hausse de la confiance chez les professionnels concernés.

Si nous ajoutons à ces propos ceux émis à la question précédente, cela illustre de manière éloquente les revendications des professionnels à l'égard de la supervision, soit une supervision de nature réflexive axée sur les améliorations des compétences professionnelles. Ces propos ont été explorés par Raelin (1986) et rapportés dans le cadre théorique.

L'élément positif de cette démarche, selon le répondant, est qu'« il est positif de s'arrêter, de prendre le temps de se questionner sur nos pratiques et d'illustrer notre réalité. »

La limite d'une telle démarche est « ce que les intervenants et les gestionnaires en feront. Soit le cadre de référence sera tabletté ou soit il deviendra une véritable référence à la pratique ».

Cette réflexion nous ramène à notre hypothèse qu'il est essentiel qu'un cadre de référence reçoive l'approbation des intervenants et des gestionnaires pour l'inclure dans leur pratique professionnelle.

Notre répondant ajoute que les membres du comité craignent que leur cadre de référence demeure trop abstrait, sans réelle lien avec la réalité rencontrée et, de ce fait, non adopté par les professionnels.

L'interviewé mentionne également que la démarche entreprise est très difficile car il n'y a pas de cohésion au sein des professionnels concernés. Les membres du comité se montrent pessimistes quant à la faisabilité de rallier, dans un même document, toutes les pratiques qui sont « très éclatées au CLSC ».

Concernant l'utilité d'un cadre de référence de la pratique psychosociale pour les intervenants psychosociaux et pour leur organisation, l'intervenant interrogé mentionne qu'à son point de vue l'intérêt des professionnels se situe dans le fait de créer une vision commune, un langage semblable pour ces intervenants de formations différentes. Cela peut également amener à standardiser la pratique à l'aide de balises intéressantes. En

plus de donner du pouvoir à ce groupe, le document pourrait servir de base à un plan de formation et de perfectionnement continu.

En ce qui concerne l'organisation les avantages identifiés sont d'aider à la programmation et de servir d'outil de contrôle professionnel.

6. Synthèse des résultats

Afin de résumer ce substantiel chapitre, nous présenterons une synthèse de chacun des points saillants. Nous traiterons de façon particulière l'expérimentation du processus mené au CLSC X et au CLSC Saint-Hubert en raison de leur caractère révélateur sur de nombreux aspects.

Nous avons fait ressortir que le contenu d'un cadre de référence de la pratique psychosociale peut s'avérer différent d'un CLSC à l'autre. Par contre, il semble que certains thèmes soient pratiquement incontournables car ils sont en fait le cœur de cette pratique professionnelle. Une conception commune des clients, la philosophie d'intervention, les buts et objectifs de l'intervention psychosociale, les étapes cliniques, les approches d'intervention utilisées, les rôles professionnels, la clientèle desservie et les problématiques que celle-ci rencontre constituent les éléments communs à plusieurs cadres de référence de la pratique psychosociale en CLSC. Aussi, l'élément charnière dans un tel outil est l'insertion de la mission propre aux CLSC. Évidemment, la constitution du contenu d'un cadre de référence d'une pratique professionnelle sera modulée logiquement en fonction des buts initiaux recherchés et des besoins des acteurs impliqués dans la démarche d'élaboration.

La différence d'un cadre de référence par rapport à un autre peut également être remarquée par la forme que prend cet outil, succinct ou très élaboré, fait en fonction des programmes, des titres d'emplois ou, générale, pour englober de manière quasi homogène tous les intervenants psychosociaux.

L'analyse des six questionnaires que nous avons reçus de personnes ayant participé à l'élaboration des cadres de référence existants révèle que les buts et objectifs initiaux sont souvent de baliser la pratique, de gagner en crédibilité professionnelle et de créer une cohésion chez ce groupe de professionnels. Aussi, le besoin de s'affirmer en égard

du secteur nursing et de prendre de l'importance dans des organisations de plus en plus axées sur l'aspect médical soutient bien souvent une démarche de clarification du secteur psychosocial. Le modèle conceptuel de nursing McGill, utilisé de plus en plus fréquemment par les infirmières et les infirmiers en CLSC, est souvent source de friction et d'une joute de pouvoir entre ces professionnels et ceux du champ d'intervention psychosociale et ce, pour les raisons évoquées dans le chapitre sur la revue de la littérature.

Même si les intervenants sont souvent les initiateurs de ce type de démarche parce qu'ils sont insatisfaits de l'un de leur secteurs d'activités, les gestionnaires y adhèrent dans la majorité des cas. Une seule de ces démarches fut initiée uniquement par la direction générale de CLSC et conçue par un consultant. Il en résulte que le cadre de référence produit n'a jamais été entériné par les intervenants et, par conséquent, jamais intégré à leur pratique. Ce constat confirme bien notre hypothèse à l'effet qu'un cadre de référence d'une pratique professionnelle ne peut être adopté que dans la mesure où gestionnaires et intervenants souhaitent mutuellement se doter de cet instrument pour soutenir la pratique professionnelle.

Il semble qu'un autre élément primordial concerne le temps alloué à ce type de réflexion. Cette notion dépendra notamment de la nature de la démarche réflexive préalable. Dans certains cas, quelques séances de travail intensives seraient suffisantes, avec ou sans consultant mais, dans d'autres cas, un tel exercice pourrait prendre des mois afin d'être en mesure de rallier tous les gens concernés. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord, certains intervenants psychosociaux voient dans le flou qui entoure leur pratique une autonomie professionnelle qui leur est intéressante. Aussi, le domaine psychosocial étant constitué de professionnels issus de formations diverses, ils ne conçoivent pas nécessairement leur pratique de la même manière. Finalement, l'arrimage des objectifs et des buts poursuivis, par les gestionnaires et par les intervenants, dans une telle démarche peut être difficile voire inconciliable. Par contre, le respect du rythme et de l'évolution des professionnels et de l'organisation dans une démarche d'élaboration d'un cadre de référence est l'une des conditions essentielles (ce qui se rapporte à notre question de recherche) pour l'intégration de l'outil dans le quotidien des praticiens et de leurs gestionnaires.

Par la suite, un cadre de référence servira d'outil de représentation de cette pratique à l'ensemble de l'organisation et d'intégration pour les nouveaux professionnels et les

stagiaires. Ce cadre de référence est en lien direct avec la pratique psychosociale qui est évolutive par rapport aux clientèles et aux mandats en CLSC. En conséquence, il pourra aussi servir de base à la supervision clinique tout en favorisant une meilleure cohésion et une cohérence entre les divers professionnels de ce champ de pratique.

Une autre condition essentielle à l'appropriation réelle de cet outil de référence est de le rendre accessible à tous. Pour ce faire, la majorité des répondants ont mentionné avoir organisé des activités d'information et d'appropriation de leur cadre de référence et ce, à plusieurs niveaux : les intervenants psychosociaux, les gestionnaires, le conseil multidisciplinaire, le conseil d'administration, etc.

Les apprentissages particuliers au CLSC X

En ce qui concerne la démarche de recherche-action entreprise avec le CE du CLSC X, il ressort clairement que ces quatre personnes se sont alloué un mandat qu'elles croyaient correspondre aux besoins de l'ensemble de intervenants sociaux dont elles sont les représentants. Toutefois, le peu d'adhésion de ces intervenants à l'ensemble de la démarche démontre que leurs besoins et objectifs n'ont pas été atteints avec l'exercice entrepris. Sans doute cela vient-il du fait que la décision d'élaborer un cadre de référence de la pratique psychosociale n'a pas été suffisamment précédée de discussion et de réflexion appropriées à une telle prise de décision et ce, principalement sur la forme et la manière de bâtir cet outil : globalement, versus par profession ou par programme, à quelle fin, etc.

Dans le contexte du CLSC X, il est également ressorti que le fait qu'aucun gestionnaire n'ait été impliqué dans ce processus a nui à l'aboutissement de l'outil. Cela vient confirmer notre hypothèse voulant que les gestionnaires doivent être des acteurs importants dans ces démarches d'élaboration d'outil de référence de pratiques professionnelles. Nous avons aussi remarqué que plusieurs tensions et conflits avaient cours entre intervenants psychosociaux et gestionnaires au sein du CLSC X. Nous pensons évidemment aux six zones de tension décrites par Raelin (1986) et que nous avons illustrées précédemment, telle que la résistance des intervenants à un contrôle mécanique de leur pratique. Il aurait sans doute mieux valu entreprendre une démarche de clarification de ces questions et aider ces acteurs à cheminer dans une coopération conflictuelle pour arriver à un consensus négocié, d'où la nécessité de faire un cadre de référence qui aurait pu ensuite émerger. Après cette étape importante, les gestionnaires auraient pu aider les intervenants psychosociaux à s'identifier professionnellement et à

négocier avec le secteur professionnel du nursing avec lequel les professionnels du psychosocial sont en opposition dans ce CLSC.

À cet égard, la section du questionnaire, distribué aux intervenants psychosociaux du CLSC X, leur permettant de s'exprimer sur d'autres thèmes les préoccupant, démontre bien les préoccupations (principalement d'ordre organisationnel et de soutien professionnel de leur pratique) qui auraient dû être préliminaires à l'exercice d'élaboration d'un cadre de référence. Ces gens auraient pu se donner par la suite le temps nécessaire au travail réflexif de leur pratique.

Toutefois, même si la démarche ne fut pas porteuse d'un document entériné par tous, elle a eu par contre le mérite de conduire les intervenants psychosociaux à un autre mode de dialogue et de faire en sorte qu'ils se sentent plus préoccupés par ces questions et qu'ils aient l'envie de se regrouper pour échanger sur leur réalité professionnelle. Cette démarche les mènera peut-être à ce qu'aurait dû être la nôtre avec eux.

Nous constatons également, sans grand étonnement que le contenu jugé pertinent par les répondants au questionnaire du CLSC X correspond aux contenus retrouvés dans les cadres de référence existants.

Les apprentissages particuliers au CLSC Saint-Hubert

Il est évident que la démarche de recherche menée au CLSC Saint-Hubert s'inscrit dans un tout autre registre. Les démarches de réflexion antérieures à notre venue ont indéniablement facilité notre intervention. Les professionnels étaient prêts à conclure, par le biais d'un outil de référence, leur réflexion. Ils poursuivaient individuellement et collectivement les mêmes buts et objectifs de se définir, d'avoir un langage commun, de baliser leur pratique et d'augmenter leur crédibilité professionnelle dans l'organisation. Un fait non négligeable à considérer est l'appui important que leur a témoigné leur coordonnatrice. Même si, initialement, il pouvait y avoir de la méfiance de part et d'autre, ils l'ont ignorée pour accomplir un travail d'équipe et reprendre du pouvoir sur leur pratique et sur toutes autres questions s'y rattachant. Ici, encore, notre hypothèse se confirme par l'appui de la coordonnatrice et les moyens qu'elle a su prendre afin de faciliter la tâche aux intervenants impliqués.

Le fait que la démarche fut entreprise avec seulement une équipe d'intervenants sociaux dans un programme a sans doute rendu la tâche d'élaboration plus aisée : moins d'interlocuteurs possibles travaillant dans un même contexte, rapports qui peuvent plus aisément dépasser le stade de la politesse et de l'apprivoisement dans la maturation d'un groupe de travail. Nous remarquons aussi que le cadre de référence a eu beaucoup d'impact sur l'organisation du travail, ceci est dû au fait que les intervenants sociaux ont su faire consensus sur les problèmes vécus et être capables de suggérer des solutions constructives. La gestionnaire, pour sa part, n'a pas craint de perdre du pouvoir en expérimentant certaines de leurs suggestions sachant bien qu'il est beaucoup plus stimulant, professionnellement, d'être partie prenante à part entière dans l'organisation de son travail.

Encore une fois, nous notons que le contenu de leur cadre théorique reprend exactement celui des cadres de référence existants. C'est dans la façon d'aborder les thèmes et de les définir qui les distingue les uns des autres.

Les deux entrevues d'approfondissement supplémentaires vont également dans le sens de notre hypothèse. Elles contribuent à illustrer notre cadre théorique, en particulier en ce qui concerne les zones de tension décrites par Raelin (1986). Nous en tirons également des éléments qui sont essentiels à l'aboutissement d'une bonne démarche d'élaboration d'un cadre de référence. Ces conditions essentielles seront regroupées dans la conclusion finale, ainsi que le fils conducteur de tout ce mémoire.

Conclusion

Les CLSC sont des organisations où les professionnels peuvent détenir beaucoup de pouvoir sur la base de leurs expertises et de leurs compétences. Les intervenants psychosociaux (principalement des travailleurs sociaux), sont appelés, dans leur pratique quotidienne auprès de la clientèle, à assumer plusieurs rôles professionnels tels que : agent de soutien thérapeutique, médiateur, défenseur de droit, consultant, etc. Ils appuient leur pratique sur des approches qu'ils ont adopté en raison de certains facteurs qui guident leur préférence (personnel, géographique, temporel, professionnel). Cela les conduit à utiliser une approche que nous pouvons qualifier d'éclectique. Dans les faits, même si nous parlons d'intervenants psychosociaux, il s'agit d'une réalité éclatée si l'on tient compte de l'hétérogénéité de ce groupe de professionnels : travailleur social, psychologue, technicien en travail social, psycho-éducateur, criminologue, sexologue, etc. Chacun d'entre eux ayant vécu une trajectoire professionnelle différente (influence de la formation, expérience d'intervention auprès de clientèles particulières, etc.)

Ces professionnels du champ psychosocial revendiquent à la fois leur autonomie professionnelle et un mode de gestion participatif leur permettant d'être véritablement impliqués dans les décisions les concernant. Ils veulent être reconnus pour leurs compétences professionnelles et par conséquent avoir accès à un encadrement professionnel et une supervision clinique qui renforcent et augmentent leurs compétences et la qualité des services offerts à la clientèle desservie.

Les principaux acteurs pouvant avoir des motifs d'élaborer un cadre de référence de la pratique psychosociale sont les intervenants concernés, les gestionnaires qui les encadrent et, dans une moindre mesure, conseil multidisciplinaire. Ces acteurs s'opposent fréquemment lors de joutes de pouvoir d'où des consensus négociés peuvent émerger. C'est par la coopération conflictuelle qu'ils pourront atteindre ce but et se donner un cadre de référence de la pratique psychosociale.

À la lumière de l'analyse des résultats obtenus tout au long de notre démarche de recherche, nous voyons clairement ce que Freidberg (1993) nous apporte en définissant l'organisation comme faisant partie d'un processus de l'action humaine. Les membres se

retrouvent en concurrence les uns par rapport aux autres pour la reconnaissance du pouvoir, des compétences et de l'expertise (Mintzberg, 1986).

Notre analyse fut influencée par les six zones (Raelin, 1986) de tension pouvant exister entre les gestionnaires et les professionnels dans les organisations : standardisation des pratiques professionnelles, mode de gestion participatif, notion de supervision réflexive, structures hiérarchiques et bureaucratie, concept de travail d'équipe, ainsi que l'éthique professionnelle et organisationnelle.

À des degrés divers, ces zones ont été illustrées par l'analyse de nos résultats. Les tensions opposant les acteurs peuvent être porteuses du désir initial d'élaborer un cadre de référence de la pratique professionnelle ou encore, abordées formellement suite à une démarche de balisage de la pratique psychosociale. Les acteurs en cause arriveront à un terrain d'entente s'ils peuvent s'engager dans un processus d'échanges négociés qui implique que chacune des deux parties détienne un pouvoir suffisant de négociation et qu'il y ait des éléments de réciprocité. Ceci donne également lieu à des coopérations conflictuelles entre personnes d'appartenance différentes (professionnelle, organisationnelle, personnelle). En dernier lieu, un consensus négocié pourrait en découler.

Tel que mentionné précédemment, les intervenants psychosociaux évoluent dans un champ professionnel éclaté comprenant des professionnels de formations différentes. La première difficulté que rencontrent ces intervenants, lorsqu'ils veulent définir leur pratique, vient souvent de l'hétérogénéité de ce secteur professionnel. Ils doivent donc négocier entre eux, ainsi qu'avec les professionnels d'autres disciplines et leurs gestionnaires.

Un cadre de référence de la pratique psychosociale ne peut être adopté que dans la mesure où gestionnaires et intervenants psychosociaux souhaitent mutuellement définir la pratique idéale de l'organisation professionnelle dans leur CLSC. Cette volonté ne se réalisera toutefois que si les efforts sont appuyés par des moyens appropriés. C'est dans ce sens que nous avons constitué notre hypothèse de départ. Elle est confirmée par toutes nos sources de données. De plus, les moyens appropriés dont nous avons fait largement référence tendent à varier selon les besoins des intervenants concernés et de leur organisation. Cela peut prendre la forme de l'aide d'un consultant, de séances de travail effectuées à l'extérieur des lieux habituels de travail, de groupes de travail, de

consultations larges ou restreintes du personnel concerné, de travail intensif ou d'une démarche échelonnée sur plusieurs mois. À partir de ces moyens nous posons notre question de recherche : quelles sont les conditions essentielles à réunir pour qu'un CLSC et ses intervenants psychosociaux puissent se donner un cadre de référence encadrant la pratique psychosociale ? Nous avons pu relever, à partir de nos sources d'information, une série de conditions incontournables :

- Avoir l'adhésion de la grande majorité des intervenants et des gestionnaires concernés ;
- officialiser la démarche ;
- poursuivre des buts et des objectifs élaborés par consensus négociés ;
- respecter le rythme réflexif des acteurs en y consacrant le temps nécessaire ;
- avoir des mécanismes efficaces de diffusion de l'information tout au long de la démarche ;
- exiger, si la démarche est menée par un groupe de travail, que celui-ci soit composé d'intervenants qui sont volontaires et qui ont une bonne crédibilité auprès de leurs pairs ;
- terminer la démarche par des activités d'appropriation : information, formation, réflexion, etc. ;
- prendre garde de ne pas rendre le cadre de référence limitatif, garder une certaine flexibilité ;
- intégrer ce cadre de référence dans les activités d'équipe : discussions de cas, supervision, analyse de nouveaux mandats, etc. ;
- garder l'outil évolutif en le modifiant de manière régulière en fonction des changements survenus dans la pratique des professionnels concernés.

Grâce à nos choix méthodologiques, nous avons pu identifier certains impacts que la création d'un cadre de référence de la pratique psychosociale et son élaboration peuvent amener :

- Impact au niveau des relations intraprofessionnelles du domaine psychosocial ; ouverture entre ces intervenants, renforcement de l'appartenance professionnelle, réappropriation de leur pouvoir dans l'organisation.
- Impact au niveau des relations avec les autres groupes de professionnels ; plus de crédibilité, plus d'ouverture au dialogue, meilleur départage des zones d'activités.

- Impact sur les relations entretenues avec les gestionnaires ; plus d'ouverture, meilleure compréhension de la réalité et de la pratique psychosociale, plus de valorisation de ce groupe.
- Impact sur l'organisation du travail ; plus d'implication des praticiens psychosociaux.
- impact sur l'encadrement et la supervision professionnelle qui répondaient davantage aux besoins exprimés par ce groupe d'intervenants.

Même si nous croyions que nos choix méthodologiques répondaient également aux besoins exprimés par les deux CLSC terrain, certaines lacunes s'y sont glissées en ce qui concerne le CLSC X.

En effet, nous aurions dû consacrer plus de temps à clarifier les besoins des intervenants représentés par le CE et à rechercher l'adhésion des gestionnaires. Ce qui aurait sans doute passablement changé la forme de la démarche, voire même ne pas entreprendre tout de suite l'élaboration d'un cadre de référence car il semble que les intervenants psychosociaux n'étaient pas encore prêts à aborder ce type de réflexion alors que les gestionnaires étaient divisés et peu motivés par cet enjeu.

Le faible taux de participation que nous avons obtenu de la part des intervenants dans ce CLSC aurait pu être corrigé à la hausse si nous avions procédé par des séances de passation des questionnaires. Lors de ces séances (où plus d'un intervenant peut être présents en même temps), le chercheur est présent afin de répondre aux questions et interrogations des intervenants. Ce contact interpersonnel permet de prendre le pouls du milieu et renforce l'intérêt des intervenants à l'égard de la démarche.

Il a également été démontré par les entrevues d'approfondissement que l'utilité d'un cadre de référence est aussi importante pour les intervenants concernés que pour les gestionnaires et l'organisation. Il peut notamment servir d'outil de gestion, de guide pour l'insertion des nouveaux praticiens et des stagiaires, de base à la supervision et à l'encadrement professionnel. Il assure également une certaine qualité de services et encadre la pratique éclatée du domaine psychosocial.

Quoiqu'il en soit, ces deux démarches furent porteuses, à des degrés divers, d'un avancement des connaissances entourant une démarche d'élaboration d'un cadre de référence s'intéressant à la pratique psychosociale. Nous sommes maintenant plus en mesure d'en connaître les enjeux, motivations et impacts.

Bibliographie

- Angers, M. (1996). *Introduction pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Montréal, Les éditions CEC inc.
- Bernier, D., Larivière, C. (1996). *Soutien organisationnel aux pratiques d'intervention en contexte de changement*, École de service social, Université de Montréal.
- Beyon, C., Laschinger, H. K. (1993). Theory-based practice : attitudes of nursing managers before and after educational sessions, *Public Health Nursing*, vol. 10, no 3 : 183-188.
- Bradshaw, A. (1995). What are nurses doing to patients ? A review of theories of nursing past and present, *Journal of Clinical Nursing*, no 4 : 81-92.
- Brissette, L. (1994). *Modèles d'intervention et service social auprès des personnes âgées*, École de service social, Université Laval.
- Brunet, M. (1978). Le professionnalisme, obstacle au changement social; un cas type : l'équipe multidisciplinaire en santé, *Recherches sociographiques*, vol.19, no 2 : 261-269.
- Catellier, R. (1988). *La notion de culture dans le discours professionnel des infirmières au Québec*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Département de sociologie.
- Clinique communautaire de Point-Saint-Charles (1997). *Cadre de référence des interventions en enfance-famille*, Montréal.
- CLSC Montcalm (1996). *Les services sociaux au CLSC Montcalm tel que définis et offerts par l'équipe psychosociale*, Saint-Jacques.
- CLSC Saint-Michel (1996). *Portrait de l'intervention psychosociale au CLSC Saint-Michel*, Montréal.
- CLSC Samuel-de-Champlain (1996). *Cadre de référence services psychosociaux en soutien à domicile*, Brossard.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé. (1995). *Normes à l'intention des établissements de soins de courte durée. Une approche centrée sur le client*, Ottawa : 155.
- Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec (1994). *Grille d'évaluation de la compétence des travailleurs sociaux*, Montréal.
- Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec (1994). *Opération prenons notre place*, Compte rendus de réunion, Montréal.

- Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec (1992). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC*, Montréal.
- Dalton, C., Ranger, C. (1993). Intégration d'un modèle infirmier en CLSC, *L'infirmière canadienne*, vol. 89, no 3 : 37-40.
- De Terssac, G. (1992). *Autonomie dans le travail*, Paris, Presses universitaires de France (PUF).
- Dusseault, G. (1990). Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité, *Le Gêrontophile*, vol. 12, no 2 : 3-6.
- Epstein, I., Conrad, K. (1978). The empirical limits of social work professionalization, dans Sarri, R., Hasenfeld, Y. (1978) : *The Management of Human Services*, New York, Columbia University Press : 163-183.
- Esland, G., Salaman, G. (1980). *The politics of work and occupations*. Toronto, University of Toronto Press.
- Etzioni, A. (1971). *Les organisations modernes*, Paris, Duculot.
- Etzioni, A. (1969). *The semi-professions and their organization*, New York, The Free Press.
- Fitzpatrick, J. J., Whall, A. L. (1987). *Conceptual models of nursing : analysis and applications (2^e éd.)*, United States, Appleton and Lange.
- Fook, J., Ryan, M., Hawkins, L. (1996). Expertise in social work practice, *Revue canadienne de service social*, vol. 13, no 1 : 7-22.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*, Paris, Éditions du Seuil.
- Friedberg, E. (1972). L'analyse sociologique des organisations, *POUR*, no 28 : 12-99.
- Gauthier, B. (1990). *Recherche social de la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Gingras, P. (1988). *L'approche communautaire : essai de conceptualisation*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- Gobeil, A. (1996). Contexte et perspectives de la pratique psychosociale et communautaire en CLSC à l'heure de la réforme, *Actes de la journée d'échanges professionnels*, Association pour le développement des pratiques psychosociales en CLSC du Montréal Métropolitain.
- Gottlieb, L., Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing : a practice-derived model, *Advances in Nursing Science*, vol. 9, no 4 : 51-61.

Groulx, L.-H. (1994). Liens recherche et pratique : les thèses en présence, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, no 2 : 36-49.

Guédon, M.-C., Alary, J. (1982). *Les modèles d'intervention en service social*, École de service social, Université de Montréal.

Hébert, R. (1997). *Précis de pratique en gériatrie*, Québec, Québec Édition.

Institut Philippe Pinel de Montréal (1995). *Le modèle d'adaptation de Callista Roy*, Montréal.

Ion, J., Tricart, J.-P. (1985). Une entité professionnelle problématique : les travailleurs sociaux. *Sociologie du travail*, vol. 27, no 2 : 137-153.

Julien, D., Panaccio, M. (1987). De clinique communautaire en CLSC : la parole désintégrée, *Santé mentale au Québec*, XII, 2 : 40-46.

Kohler, P.A. (1990). Nursing model of care promotes elderly independence, *Nursing Forum*, vol. 25, no 4 : 5-9.

Langlois, R. (1993). *Guide de référence pour la pratique psychosociale, document de travail*, Regroupement des CLSC de Laval, Laval.

Larivière, C. (1997). La gestion des compétences dans les CLSC québécois : les cadres de référence de la pratique psychosociale. Actes du colloque *Compétences et contextes professionnels : perspectives psychosociales*, Metz, France : 94-98.

Larivière, C. (1995). Service social et identité professionnelle en CLSC, *Intervention*, no 100 : 41-47.

Larivière, C., Ricard, C. (1994). *Formation au travail interdisciplinaire; cahier du participant*. Le Réseau conseil interdisciplinaire du Québec, Montréal.

Le Bossé, Y. P., Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire, aperçu historique et perspectives d'avenir, *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, no 180 : 7-20.

Lemieux, M. (1996). *Cadre de référence pour le secteur psychosocial*, CLSC Du Havre, Sorel.

Lescarbeau, R., Payette, M., St-Arnaud, Y. (1990). *Profession : consultant*, Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.

Marchand, D., Perreault, N. (1992). La psychologie en CLSC au-delà des mythes, *Psychologie Québec*, vol. 9, no 5 : 1-4.

Mayer, R., Ouellet, F. (1991) *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Montréal, Gaétan Morin éditeur.

- McInnis-Dittrich, K. (1994). *Integrating social welfare policy and social work practice*, New York : Brooks/Cole Publishing.
- Minet, F., Parlier, M., de Witte, S. (1994). *La compétence : mythe, construction ou réalité ?* Paris, L'Harmattan.
- Mintzberg, H. (1986). *Le pouvoir dans les organisations*, Paris, Les éditions d'organisation.
- Moreau, M. et col. (1996). *Cadre de référence de la pratique psychosociale et communautaire*, CLSC Ahuntsic, Montréal.
- Mugny, G., Butera, F. (1997). Comparaisons sociales des compétences et influence sociale. Actes du colloque *Compétences et contexte professionnels : perspectives psychosociales*, Metz, France : 39-45.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1996). *Modèle pour la différenciation des activités propres aux travailleurs sociaux et aux techniciens en assistance sociale*, Montréal.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1992). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC*, Montréal.
- Ouellet, S., Vandal, S. (1993). *Bases conceptuelles et méthodes en nursing communautaire : notes de cours*. Faculté de l'éducation permanente. Université de Montréal.
- Paradeise, C. (1985). Rhétorique professionnelle et expertise. *Sociologie du travail*, vol. 27, no 1 : 17-31.
- Perras, M., et col. (1994). *Cadre de référence services sociaux courants*, CLSC Kateri, Candiac.
- Parsons, R. J., Jorgensen, J. D., Hernandez, S. H. (1994). *The integration of social work practice*, New York : Brooks/Cole Publishing.
- Petit, S. (1997). La compétence collective : une compétence attachée à une situation de travail ? Actes du colloque *Compétences et contextes professionnels : perspectives psychosociales*, Metz, France : 114-117.
- Qualls, S. H., Czirr, R. (1988). Geriatric health teams : classifying models of professional and team functioning, *The Gerontologist*, vol. 28, no 3 : 372-376.
- Racine, P. (1984). Gestion professionnelle et gestion technocratique des services sociaux, *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 19, no 59 : 127-135.

Raelin, J. A. (1986). *The Clash of Cultures. Managing Professionals*, Boston, Harvard Business School Press.

Riopelle, L. (1979). *Éléments majeurs de différentes conceptions en soins infirmiers*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal.

Riopelle, L., Leduc-Lalonde, L. (1982). *Individualisation des soins infirmiers modèle conceptuel*, Montréal, Mc Graw-Hill.

Roy, G. (1996). *Mot de l'exécutif, Actes de la journée d'échanges professionnels : enjeux et défis des pratiques psychosociales et communautaires en CLSC*, dans Association pour le développement des pratiques psychosociales en CLSC du Montréal Métropolitain (1996).

Salleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice : extensions and cautions, *Social Work*, vol. 41, no 3 : 296-305.

Sarri, R., Hasenfeld, Y. (1978). *The management of human services*, New York, Columbia University Press.

Turner, F. J. (1988). *Social work practice theories : a comparison of selected attributes*, Affiche.

Zuniga, R. (1996). *Méthodologie de la recherche en service social : syllabus*. École de service social, Université de Montréal.

Annexe 1

Moyens de soutien organisationnel satisfaisants

Soutien organisationnel formel		
Nature	Importance	Existence
De la consultation professionnelle occasionnelle	92,4 %	69,6 %
Accès à une expertise	89,0 %	38,1 %
Programme structuré de perfectionnement	85,1 %	18,2 %
Regroupement de professionnels par problématique	76,5 %	38,6 %
Supervision professionnelle régulière	71,2 %	20,3 %
pairage avec collègue expérimenté(e)	62,4 %	26,6 %
Supervision privée sur temps de travail	62,1 %	9,7 %
Évaluation annuelle	58,7 %	35,0 %

Annexe 2

Questionnaire d'exploration acheminé à huit initiateurs de cadre de référence de la pratique psychosociale en CLSC

Questions portant sur la création du cadre de référence sur la pratique psychosociale du CLSC: (noms du répondant et du CLSC)

1. Quelles étaient les préoccupations (organisationnelles, professionnelles, ou autres) liées à l'origine de votre démarche ?

2. Dans quel contexte l'idée du projet a-t-elle émergé (tensions entre professionnels, questionnements sur les tâches, concurrence entre les infirmières (modèle de pratique?)), etc. ?

3. Quel modèle de nursing est employé dans votre CLSC ? Y associez-vous des impacts sur la tension entre les professionnels ?

4. Quelles sont les personnes à l'origine du projet ?

5. Quel a été le rôle joué par la direction VS celui joué par les employés (instances CM, DG) ?

6. Avez-vous eu recours à un consultant externe ? Quel fut son rôle ?

7. Quel a été le délai de la démarche ?

8. Ce cadre de référence est-il vraiment un outil dont vous vous servez fréquemment ? Est-il intégré à votre pratique, de quelle manière ?

9. Est-ce qu'il y a eu des suites (activités, discussions, conférences, etc.) portant sur le produit fini qui ont favorisé l'appropriation de cet outil par les professionnels concernés ?

10. Autres commentaires ?

Annexe 3

Questionnaire de recherche, CLSC X



Questionnaire portant sur la pratique psychosociale au CLSC X

Comme vous le savez, votre conseil multidisciplinaire a amorcé, avec l'aide d'un consultant et chercheur, une démarche d'élaboration d'un cadre de référence de la pratique psychosociale dans votre CLSC.

Ce document a pour but de consulter tous les membres de l'équipe psychosociale du CLSC afin de recueillir une vision globale sur ce futur cadre de référence.

Vous y trouverez divers thèmes suivis de citations ou de définitions les décrivant. Dans un premier temps, il vous est demandé de noter, sur une échelle variant de 1 à 3, votre volonté de retrouver ce **thème** dans votre cadre de référence.

- **1 = Entièrement en accord**
- **2 = Plus ou moins en accord**
- **3 = En désaccord**

Dans un deuxième temps, indiquez la pertinence que revêt pour vous la citation ou la définition par rapport à votre pratique au sein du CLSC X.

- **P = Pertinent**
- **+/- = Plus ou moins pertinent**
- **NP = Non pertinent**

Enfin, un espace est prévu à chaque fin de thème où vous aurez l'opportunité de faire des commentaires et des suggestions afin d'apporter votre point de vue personnel. Soyez le plus clair possible. Votre opinion est essentiel pour le bon fonctionnement de la démarche.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Ce document doit être complété et remis au plus tard le 14 mars 1997. Il doit être remis à [...]

Titre d'emploi : _____

Programme/affectation actuelle : _____

1. Le CLSC

1.1 La mission du CLSC : 1 2 3

La mission d'un CLSC est d'offrir en première ligne à la population du territoire qu'il dessert des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive et/ou curative, psychosociale ou de réinsertion.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions:

2. Vers une vision commune de la pratique psychosociale au CLSC X

2.1 Buts et objectifs de l'intervention : 1 2 3

L'intervenant cherche à réduire les problèmes qui compromettent l'équilibre et le fonctionnement des clients. Il crée des conditions favorisant l'utilisation optimale des capacités fonctionnelles de ces personnes.

P **+/-** **NP**

L'intervention vise le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

P **+/-** **NP**

L'intervention cherche à appuyer la démarche du client vers l'autonomie, favoriser le processus permettant de tendre vers un mieux-être quelle que soit la situation de départ en; retrouvant

un certain équilibre, en reprenant du pouvoir sur sa vie en fonction de ses propres capacités, en exploitant son potentiel de changement, enfin en augmentant la capacité des personnes à se situer en interdépendance avec leur milieu.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions/autres buts et objectifs:

2.2 Indiquez si vous utilisez, dans votre pratique en CLSC, les approches mentionnées et indiquez la pertinence de l'énoncé par rapport à VOTRE pratique au CLSC :

Approche féministe : Oui **Non**

L'intervention féministe vise à une prise de conscience par les femmes de leur potentiel et de leur pouvoir. Elle vise à éliminer le sentiment de responsabilité exclusive face à la famille, à favoriser l'estime et l'affirmation de soi, à favoriser l'autonomie et le droit au plaisir. Enfin, elle vise à favoriser la collectivité des femmes.

P **+/-** **NP**

L'intervention féministe s'exerce en considérant les femmes à partir d'elles-mêmes comme sujet. C'est un ensemble de concepts psychosociaux partant de l'expérience vécue de la femme pour expliquer son développement, ses caractéristiques et ses difficultés.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions :

Approche systémique : Oui **Non**

Cette approche adopte une vision circulaire de la réalité en mettant l'accent sur les interactions et sur l'étude du fonctionnement des éléments entre eux. Cette analyse permet de tenir compte de la richesse et de la complexité de la personne en situation donnée, et d'inclure l'intervenant dans sa situation comme système aidant.

P **+/-** **NP**

Cette approche se base sur la connaissance et la compréhension de la famille comme système social. Il s'agit d'observer, de comprendre et de modifier les modes relationnels entre les membres d'une même famille.

P **+/-** **NP**

Elle vise à reconnaître le symptôme, à en rechercher la fonction avec la famille et enfin, à engager la famille vers un équilibre plus approprié pour chacun des membres.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions :

Intervention brève: Oui **Non**

Ce mode d'intervention centre son attention sur un problème spécifique et les comportements qui en découlent. L'intervention est centrée sur des objectifs de résultats limités, précis, concrets et partagés explicitement avec le client. Elle est menée dans un cadre temporel planifié et limité.

P **+/-** **NP**

Cette approche a pour objectif de résoudre des problèmes concrets et immédiats plutôt que de rechercher les causes intra-psychiques des comportements. Elle est basée sur le développement de l'estime de soi, les compétences et les capacités du client et des membres de son réseau social.

P **+/-** **NP**

Ce mode d'intervention thérapeutique vise à prévenir une plus grande détérioration ou désorganisation de la situation personnelle ou familiale, ou à arrêter le processus de détérioration.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions :

Analyse transactionnelle: Oui **Non**

Elle élabore l'étude de la personnalité autour de trois dimensions observables appelées composantes du moi: les composantes parent, adulte et enfant.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions :

Intervention en situation de crise: Oui **Non**

Ce mode d'intervention vise à réduire le stress qui a provoqué la crise. L'intervention permet à la personne qui vit un moment de crise de mobiliser ses capacités personnelles pour résoudre les problèmes actuels. L'intervention utilise la situation de crise pour aider la personne à trouver des mécanismes plus adaptés afin de maîtriser ses difficultés.

P **+/-** **NP**

Ce mode d'intervention vise à mobiliser les capacités de la personne à faire face à l'état de crise, à augmenter la compréhension des événements qui ont provoqué cet état de crise et enfin, à restaurer l'état d'équilibre.

P **+/-** **NP**

L'intervention en situation de crise est caractérisée par une évaluation du risque suicidaire et une aide thérapeutique de forte intensité (2 ou 3 entrevues par semaine sur une courte période de temps).

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions :

Thérapie de la réalité: Oui **Non**

Ce mode d'intervention vise à augmenter les capacités de la personne à faire face à la réalité, à développer les capacités de satisfaire ses besoins essentiels et enfin à aider le client à devenir plus responsable de ses besoins et de son fonctionnement.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions :

Modèle de résolution de problèmes: Oui Non

Ce mode d'intervention vise l'amélioration des compétences de la personne à résoudre ses problèmes.

P +/- NP

Commentaires/suggestions :

L'intervention de soutien: Oui Non

Ce type d'intervention vise à répondre au besoin de support et de soutien pour les personnes qui vivent une souffrance morale intense mais qui sont peu aptes à entreprendre un processus thérapeutique en raison d'une faible motivation, d'une négation du problème, de valeurs culturelles différentes, etc. Il consiste à motiver la personne à recourir à d'autres formes d'aide qui seraient plus appropriées.

P +/- NP

Commentaires/suggestions :

Approche communautaire: Oui Non

Cette stratégie d'intervention mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes, des communautés et des ressources issues d'elles pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé. C'est une stratégie d'intervention qui cherche à procurer du pouvoir, des moyens et du support pour que se réalise ce potentiel.

P +/- NP

Il s'agit d'aider à ce que les usagers soient plus compétents pour comprendre leurs problèmes, plus habiles et mieux équipés pour les résoudre et améliorer ainsi leur condition et leur qualité de vie.

P +/- NP

L'intervenant doit trouver des caractéristiques communes entre les situations qui lui sont présentées et voir ce qui peut être fait en plus de la réponse individuelle. L'approche communautaire situe l'intervention professionnelle en continuité de la dynamique du milieu d'une personne, intègre un plus grand nombre de facteurs ainsi qu'une dimension de

prévention et de collectivisation des situations qui permettent une continuité entre les niveaux d'intervention en CLSC.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions :

Autres approches: indiquez le nom de cette (ces) approche(s) ainsi qu'une brève description :

2.3 Indiquez l'ordre d'utilisation de vos approches par priorité, le chiffre 1 étant l'approche que vous utilisez le plus

Approches	Priorité
Approche féministe	
Approche systémique	
Intervention brève	
Analyse transactionnelle	
Intervention en situation de crise	
Thérapie de la réalité	
Modèle de résolution de problème	
Intervention de soutien	
Approche communautaire	
Autres	
Autres	
Autres	

2.4 Expliquer brièvement votre vision de l'intervention psychosociale :

3. **Intervention de groupe:** Indiquez, selon votre pratique au CLSC, les approches privilégiées, le rôle de l'intervenant et la pertinence de l'intervention de groupe : 1 2 3

4. **Multidisciplinarité-interdisciplinarité:** 1 2 3

Connaissez-vous la différence entre la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité ?

Oui Non

Multidisciplinarité :

Il s'agit de mettre en relation de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente. Toutefois, la multidisciplinarité n'implique pas nécessairement une interrelation professionnelle.

Dans l'équipe multidisciplinaire il y a juxtaposition d'expertises différentes. Les bénéfices équivalent à la somme des contributions de chacun des membres.

Il y a collaboration occasionnelle entre les disciplines, mais il n'y a pas d'interaction et d'échange dynamique prévu dans l'organisation et le fonctionnement de l'équipe.

Interdisciplinarité :

Il s'agit de mettre en relation d'échanges et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir une clientèle à problèmes multiples. Sans perdre l'identité qui lui est propre, chaque discipline s'influence mutuellement et se transforme réciproquement.

L'apport de chacun est dicté par les exigences de la situation, où chacun accepte de subordonner son autonomie professionnelle aux besoins du client et où la division du travail ne se fait plus en fonction des frontières disciplinaires mais en fonction de la contribution potentielle de chacun.

Il y a intégration des divers services offerts pour les diverses professions afin d'arriver à une action commune et coordonnée et non plus à une juxtaposition d'actions hétérogènes et parcellaires.

Plusieurs bénéfices sont associés à l'interdisciplinarité et les plus importants sont; l'habilité de poser un regard global sur la personne, une meilleure communication et relation entre les divers intervenants et l'augmentation de l'efficacité et du rendement des services offerts.

Quelle est la réalité dans votre CLSC concernant ces modes de travail :

Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez :

5. Votre conception de la personne (du client): 1 2 3

La personne est considérée comme étant un être global (bio-psycho-social) en recherche d'équilibre et d'adaptation avec son environnement.

P **+/-** **NP**

La personne a des compétences et possède des ressources actuelles et potentielles qui l'habilitent à agir comme principal acteur et premier décideur de l'amélioration ou du maintien de sa santé et de son bien-être.

P **+/-** **NP**

De plus, la personne fait partie d'une famille, d'une communauté, d'un réseau de personnes significatives et d'un environnement avec lesquels elle entretient des relations d'interdépendance qui influencent sa qualité de vie (santé et bien-être).

P **+/-** **NP**

Dans l'intervention auprès de la personne nous reconnaissons et respectons le potentiel et les ressources de cette personne, sa dignité et son intégrité, sa capacité d'autodétermination et de responsabilisation, sa capacité de se développer, d'évoluer et d'assumer ses changements, ainsi que sa capacité de reprendre du pouvoir sur sa vie.

P **+/-** **NP**

La personne est abordée comme étant un être unique considéré dans sa globalité, avec son identité, son intégrité et sa dignité propre. Elle est autonome, capable d'autodéveloppement et évoluant dans différents systèmes.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions/autres conceptions:

6. La clientèle: 1 2 3

Quelle est la ou les clientèles que vous desservez et leurs principales problématiques ?

7. Les principales limites de votre intervention en CLSC: 1 2 3

• Le volontariat du client : **P** **+/-** **NP**

- La motivation : **P** **+/ -** **NP**
- Les limites du client : **P** **+/ -** **NP**
- La disponibilité des ressources du réseau et du milieu : **P** **+/ -** **NP**
- L'étendue de la complémentarité entre les établissements de votre sous-région et leurs contraintes administratives : **P** **+/ -** **NP**
- Les limites tant personnelles que professionnelles de l'intervenant :
P **+/ -** **NP**
- L'alourdissement constant des problématiques retrouvées chez votre clientèle :
P **+/ -** **NP**

Commentaires/suggestions/autres limites:

8. Cheminement de la demande d'aide: 1 2 3

Accueil de la demande et prise de contact: Ce service a pour but d'accueillir les personnes qui demandent de l'aide, de l'information ou des conseils. Il vise à préciser avec elles leurs attentes, à cerner le ou les problèmes, à répondre à leur questions, et à les orienter rapidement vers un professionnel du CLSC ou vers un autre établissement ou organisme.

P **+/ -** **NP**

Évaluation psychosociale de la demande: Elle a pour but de cerner les besoins exprimés et latents. Elle consiste à clarifier la demande, à identifier les personnes touchées par le problème présenté, ainsi qu'à analyser la situation dans ses dimensions personnelles, relationnelles ou sociales ainsi que les solutions déjà en cours.

P **+/ -** **NP**

Actualisation du plan d'intervention: L'intervenant partage les résultats de son analyse avec l'utilisateur et ses proches (s'il y a lieu) et s'entend avec eux sur l'identification des problèmes et sur les priorités d'intervention.

P **+/ -** **NP**

Actualisation, évaluation et planification de la fin de l'intervention: Ce plan doit au terme de l'intervention être réévalué ou révisé de manière à ce que le professionnel et le client fassent le point sur le "succès" ou "l'échec" de la démarche et déterminent les suites à donner.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions/autres étapes: _____

9. Rôles et compétences professionnelles

9.1 Vos rôles en tant qu'intervenant psychosocial au CLSC : 1 2 3

L'obligation de jouer des rôles polyvalents amène chez l'intervenant psychosocial en CLSC une forme de décloisonnement professionnel.

P **+/-** **NP**

Observateur-évaluateur: l'intervenant recueille des informations pertinentes et nécessaires à la compréhension psychosociale de la situation et à la poursuite de l'intervention.

P **+/-** **NP**

Analyste: l'intervenant analyse les données recueillies et les interprète à la lumière d'un cadre de référence propre à sa profession.

P **+/-** **NP**

Thérapeute: l'intervenant, en appliquant son plan d'intervention, assiste, guide, conseille, soutient et mobilise le client dans sa démarche vers le changement.

P **+/-** **NP**

Enseignant-éducateur: l'intervenant transmet certaines informations et attitudes qui permettent aux clients de développer diverses habiletés sociales.

P **+/-** **NP**

Facilitateur: l'intervenant informe, oriente et réfère les clients dans l'utilisation des ressources de leur communauté. Il peut également assurer la liaison entre les clients et les ressources. De plus, l'intervenant fournit des outils pour que les usagers puissent poursuivre la démarche entreprise, il encadre cette démarche.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions/autres rôles : _____

9.2 Votre responsabilité professionnelle et votre éthique professionnelle:

1 2 3

L'intervenant connaît et assume ses responsabilités en tant que membre d'une profession dont il respecte le code d'éthique et le guide de pratique.

P **+/-** **NP**

L'intervenant respecte également le code d'éthique en vigueur au CLSC (des éléments de votre code d'éthique seraient mis en annexe). Ce document comprend; les droits et devoirs des usagers, les pratiques et conduites attendues des personnes oeuvrant au CLSC envers les usagers et envers les autres membres du personnel.

P **+/-** **NP**

L'intervenant est responsable de l'actualisation de ses connaissances professionnelles.

P **+/-** **NP**

Commentaires/suggestions : _____

10. Auriez-vous d'autres thèmes que vous aimeriez aborder ? Si oui, de quelle manière voudriez-vous le faire ?

Annexe 4

Plan d'entrevue d'approfondissement

Autorisation d'enregistrement

Tel que convenu, je vous fais parvenir les questions de l'entrevue prévue le 22 mai 1998. Cette entrevue aura une durée maximale d'une heure et elle sera enregistrée sur bande audio. La confidentialité sera tout de même obtenue en enlevant systématiquement toute allusion à votre nom et à celui de votre CLSC si vous me le mentionnez) lors de la retranscription du *verbatim*, par la suite l'enregistrement sera détruit. Le but de cette démarche étant de recueillir de plus amples commentaires afin de compléter mon analyse sur les cadres de référence de la pratique psychosociale pour mon mémoire de maîtrise en service social.

Je vous remercie grandement de votre collaboration. Si vous avez besoin de me joindre vous pouvez le faire en appelant au [...].

Je désire que mon nom ainsi que celui de mon CLSC n'apparaissent pas dans l'analyse des résultats.

(signature)

Plan d'entrevue sur le processus d'élaboration et les impacts d'un cadre de référence de la pratique psychosociale

- 1. Quels ont été les initiateurs du projet d'élaboration du cadre de référence ?**
- 2. Quels étaient les buts et objectifs (idéaux) initialement visés par la démarche ?**
- 3. Ces buts et objectifs furent-ils de votre point de vue atteints ?**
- 4. Quel impact le cadre de référence a eu sur la relation entre les intervenants psychosociaux et les autres professionnels ?**
- 5. Quel impact le cadre de référence a eu sur l'identité professionnelle : compétences, rôles ?**
- 6. Quel impact le cadre de référence a eu sur l'organisation du travail ?**
- 7. Quel impact le cadre de référence a eu sur la relation avec les gestionnaires ?**
- 8. Quel impact le cadre de référence a eu sur la relation entre les divers professionnels du champ psychosocial ?**
- 9. Quel impact le cadre de référence a eu sur l'encadrement professionnel ?**
- 10. Quels mécanismes avez-vous employés pour vous approprier la démarche ?**
- 11. Que retirez-vous de positif de cette démarche ?**
- 12. Quelles en sont les limites d'après vous ?**
- 13. Si vous deviez recommencer, qu'est-ce que vous amélioreriez ?**
- 14. En définitive, selon vous, qu'est-ce qu'un cadre de référence de la pratique psychosociale peut apporter à un organisme et ses intervenants ?**

Annexe 5

**Thèmes retrouvés dans les cadres de référence de la pratique psychosociale
en CLSC**

Thèmes présentés dans les cadres de référence de la pratique psychosociale

Thèmes/CLSC	Laval (1993)	Kateri (1994)	Ahuntsic (1996)	Du Havre (1996)	Montcalm (1996)	St-Michel (1996)	Samuel-de- Champlain (1996)	Clinique communau- taire de Pointe St-Charles (1997)
Définition d'une intervention commune	♦		♦	♦	♦	♦	♦	♦
La clientèle		♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Mission du CLSC		♦	♦	♦			♦	
Services offerts		♦		♦	♦	♦	♦	♦
Buts et objectifs de l'intervention		♦	♦	♦		♦	♦	♦
Conception commune du client			♦	♦		♦	♦	
Cheminement des demandes		♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Approche féministe		♦					♦	
Intervention de crise		♦					♦	♦
Intervention brève	♦	♦		♦			♦	
Intervention communau- taire			♦	♦			♦	♦
Résolution de problèmes							♦	

Thèmes présentés dans les cadres de référence de la pratique psychosociale (suite)

Thèmes/CLSC	Laval (1993)	Kateri (1994)	Ahuntsic (1996)	Du Havre (1996)	Montcalm (1996)	St-Michel (1996)	Samuel-de- Champlain (1996)	Clinique communau- taire de Pointe St-Charles (1997)
Intervention systémique		♦	♦	♦			♦	
Thérapie de la réalité							♦	
L'intervention de première ligne	♦	♦	♦	♦			♦	
Intervention de groupe			♦				♦	♦
Limites dans l'intervention				♦				
Rôles professionnels	♦		♦			♦	♦	♦
Compétences profession- nelles			♦	♦		♦	♦	
Multidisciplina- rité	♦		♦				♦	♦
Supervision et encadrement professionnels			♦	♦			♦	
Éthique			♦	♦			♦	
Division des tâches par profession					♦	♦	♦	♦
Division des tâches par programme					♦	♦	♦	
Problématis- ques rencon- trées					♦	♦		♦