

CADRE DE RÉFÉRENCE TRAVAIL SOCIAL

.....

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA CAPITALE-NATIONALE

DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES –
VOLET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Édition

La Direction des services multidisciplinaires (DSM) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Ce document peut être consulté sur la Zone CIUSSS.

Afin de faciliter la lecture des textes, les auteures utilisent de façon générale les termes « travailleuses sociales » et « techniciennes en travail social ». Ces désignations ne sont nullement restrictives et englobent les travailleurs sociaux et les techniciens en travail social. Les auteures tiennent à préciser que cela ne constitue en aucune façon une négation des privilèges et des droits des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social du Québec.

Ce cadre de référence est appelé à évoluer en fonction des lois et des meilleures pratiques en travail social.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-90664-3 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Pour citer ce document

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CIUSSS) DE LA CAPITALE-NATIONALE (2021) *Cadre de Référence en travail social*, Direction des services multidisciplinaires – Volet des pratiques professionnelles, Québec. 158 p.

Production

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2021

Coordination et rédaction

La directrice des services multidisciplinaires (DSM), madame Isabelle Simard, et la directrice adjointe aux pratiques professionnelles, madame Stéfany Garneau, ont confié la direction des travaux aux conseillères cadres en travail social :

Andréanne Ledoux-Bérubé	Travailleuse sociale, conseillère cadre en travail social (DSM)
Karine Thériault-Levesque	Travailleuse sociale, conseillère cadre en travail social (DSM)
Nancy Lachance	Travailleuse sociale, conseillère cadre en travail social (DSM) (jusqu'en mai 2021)

Les conseillères cadres en travail social ont été assistées dans ces travaux de trois professionnels-conseils :

Samuel Auger	Travailleur social, professionnel-conseil (DSM)
Karine Dubé	Travailleuse sociale, professionnelle-conseil (DSM) (jusqu'en mars 2021)
Patrick Arial	Psychoéducateur, professionnel-conseil (DSM) (jusqu'en septembre 2020)

Contribution à la rédaction

Les personnes suivantes ont contribué à la rédaction et la bonification du contenu du *Cadre de référence en travail social* pour une ou plusieurs sections du document :

Line Paré	Travailleuse sociale, professionnelle-conseil (DSM) (jusqu'en août 2019)
Mélissa Carignan	Travailleuse sociale, professionnelle-conseil (DSM)
Annie Sirois	Travailleuse sociale, professionnelle-conseil (DSM) (jusqu'en avril 2020)
Annik Boivin-Bouchard	Travailleuse sociale, professionnelle-conseil (DSM) (jusqu'en avril 2021)
Josiane Primeau	Travailleuse sociale, professionnelle-conseil (DSM)
Jean-François Turmel	Travailleur social, professionnel-conseil (DSM)
Lucille Langlois	Chef de service - Mandat ministériel des services de proximité (DSM)

Révision linguistique et mise en page

Isabelle Aubé	Agente administrative (DSM)
Julie Lafrance	Technicienne en administration (DSM)

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce cadre de référence n'aurait pas été possible sans la collaboration de plusieurs personnes. Nous tenons à les remercier sincèrement d'avoir enrichi ce document par leur implication à l'une ou l'autre des étapes.

Des milieux d'enseignement en travail social :

Gabrielle Fortin, Valérie Roy et Normand Brodeur de l'École de travail social de l'Université Laval.

Chantal Boucher, Johanne Boudreault, Michelle Lefebvre, Josée Desharnais du Cégep de Sainte-Foy.

Hélène Labbé du Cégep Lévis-Lauzon.

Patrick Sorel et Diane Bissonnette du regroupement des enseignantes et enseignants des collèges en travail social du Québec (REECTSQ).

Les **membres consultatifs et les membres exécutifs du conseil multidisciplinaire** ayant participé à la révision du document.

Un merci à l'ensemble des **participants des groupes de consultation** qui étaient composés de TTS, TS, coordonnatrices professionnelles et gestionnaires des différentes directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces personnes ont été rencontrées en début de démarche d'élaboration du cadre de référence afin de connaître leurs attentes et besoins en matière de repères transversaux pour la pratique sociale. Elles ont ensuite été sollicitées pour commenter certaines sections du document et sondées en vue de sa diffusion. Dans un souci de représentativité, la composition des groupes de consultation a été prévue en considérant la répartition des TS et TTS dans l'établissement.

Voici la répartition des participants au moment de la consultation initiale. Nous les remercions chaleureusement de leur précieuse contribution :

Bureau du président-directeur général adjoint (PDGA) : Marie-Chantal Ahern-Slythe, Suzie Cloutier

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) : Catherine Pelletier

Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) : Jennifer Beaulieu-Couture, Ingrid Pruneau, Annie Sanfaçon

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) : Véronique Laverdière

Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP) : Stéfany Garneau, Éric Gilbert, Élise Gilbert, Christine Tremblay

Direction des programmes Santé mentale et Dépendances (DSMD) : Patricia Coutu, Geneviève Demers-Lessard, Maryse Ruest, Marie-Claude Savard

Direction des services multidisciplinaires (DSM) : Conny Corcoran, Mélanie Gauthier, Chantal Lessard, Nathalie Pelletier, Marie-Élen Sénéchal

Direction des services professionnels (DSP) : Gaëlle Bonnet

Direction du programme Jeunesse (DJ) : Lina Faucher, Marie-Ève Gagnon, Dominique Paquette, Chantal Thibault

Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) : Ginette Arsenault, Laurie Blouin, Olivier Charron, Joanie Dostie, Martine Tremblay

Nous remercions aussi les professionnels-conseils et conseillers cadres de la DSM qui ont participé à différentes activités de consultation concernant le présent document.

Enfin, certains thèmes abordés dans le présent cadre de référence ont fait l'objet de consultation à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec (OTSTCFQ).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL	5
1.1 Historique	7
1.2 Définition du travail social	9
1.3 Valeurs et principes du travail social	11
1.4 TS et TTS : une même discipline	13
1.5 Champ d'exercice des TS et champ d'intervention des TTS	15
Tableau résumé : Champ d'exercice des TS et champ d'intervention des TTS	16
1.6 Formation des TS et TTS : complémentarités et distinctions	17
Tableau : principales complémentarités et distinctions.....	17
1.7 Activités réservées au Code des professions.....	21
1.8 Distribution des TS et TTS au CIUSSS de la Capitale-Nationale.....	25
Synthèse du chapitre	27
Pour aller plus loin.....	28
2 APPUIS THÉORIQUES EN TRAVAIL SOCIAL ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE	29
2.1 Définitions et distinction entre une approche et un modèle d'intervention.....	31
2.2 Grandes familles d'approches et modèles d'intervention en travail social.....	33
Tableau : Approches en travail social	35
2.3 Utilité pour les TS et TTS des approches et modèles d'intervention.....	37
2.4 Déterminants sociaux de la santé	39
Figure : Impact estimé des déterminants de santé sur l'état de santé et de bien-être de la population (INSPQ, 2017)	40
Tableau : Déterminants sociaux de la santé	41
Tableau : Exemples d'interventions qui incluent ou non les déterminants sociaux de la santé.....	46
2.5 Alliance thérapeutique	47
Synthèse du chapitre	51
Pour aller plus loin.....	51
3 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : QUELQUES REPÈRES POUR Y CONTRIBUER (CIP)	55
Synthèse du chapitre	61
Pour aller plus loin.....	61

4 COMPOSANTES DU PROFESSIONNALISME	63
4.1 Définition du professionnalisme et ses trois composantes	65
4.2 Normes	67
4.3 Comportements	71
4.4 Responsabilités	75
Synthèse du chapitre	77
Pour aller plus loin.....	77
5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL.....	79
5.1 Processus d'intervention en travail social et ses étapes	81
Figure : Processus d'intervention en travail social	83
5.2 1 ^{re} étape : Prise de contact	85
5.3 2 ^e étape : Évaluation de la situation et le rapport d'évaluation du fonctionnement social	87
5.3.1 Définition de l'évaluation en travail social	87
5.3.2 Pertinence de l'évaluation du fonctionnement social réalisée par les TS et TTS.....	91
5.3.3 Exhaustivité du rapport d'évaluation du fonctionnement social en fonction du mandat	93
5.3.4 Composantes du rapport d'évaluation du fonctionnement social	95
5.3.5 Fréquence de réalisation du rapport d'évaluation du fonctionnement social	97
5.3.6 Évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat de protection	99
5.4 3 ^e étape : Planification de l'intervention sociale et le plan d'intervention	101
5.5 4 ^e étape : Réalisation de l'intervention sociale et la révision périodique du plan	105
5.6 5 ^e étape : Évaluation de l'intervention et la terminaison.....	109
5.7 Tenue de dossier dans le processus d'intervention en travail social	113
5.8 Consentement de l'usager dans le processus d'intervention en travail social	115
Synthèse du chapitre	121
Pour aller plus loin.....	122
CONCLUSION	125
RÉFÉRENCES.....	127
ANNEXES.....	135
Annexe 1 : Les techniciens en travail social : toujours indispensables!	137
Annexe 2 : Représentation du caractère intégré du programme Techniques de travail social – 388.AO	141
Annexe 3 : À travers la lunette de l'approche... ..	143

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

AAOR	Accueil, analyse, orientation, référence
ACTS	Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux
AIESS	Association internationale des écoles de service social
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BPUE	Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique
C.c.Q.	Code civil du Québec
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CJ	Centres jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CO	Conseiller en orientation
CSSS	Centres de santé et de services sociaux
DDITSADP	Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DJ	Direction du programme Jeunesse
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DSAPA	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendances
ÉOSS	Équipe d'organisation des soins et services
FABO	Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation
GMF	Groupe de médecine de famille
IASSW	International Association of Schools of Social Work
IASWG	International Association for social work with groups
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et services sociaux
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Office des professions du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

P-38	Projet de loi P-38 : <i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</i>
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention individualisé
PL 21	Projet de loi 21 : <i>Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines</i>
PSI	Plan de service individualisé
RCPI	Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux
TCF	Thérapeutes conjugaux et familiaux
TS	Travailleur social
TTS	Technicien en travail social

LÉGENDE



Information en lien avec l'intervention de groupe



Questions pour une pratique réflexive



Pour aller plus loin



Synthèse du chapitre

INTRODUCTION

Contexte et visée du cadre de référence

Au sein du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, le secteur des pratiques professionnelles de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) a pour mission de soutenir une prestation de services adaptée, interprofessionnelle, performante et de qualité auprès de toutes les directions-programmes. Ce secteur assure ainsi une contribution importante à la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prestation professionnelle, notamment par la détermination de standards de pratique.

Il importe de préciser d'emblée que le présent Cadre de référence¹ circonscrit la pratique du travail social dans le contexte spécifique de l'organisation des soins et services au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ceci s'inscrit en respect de la responsabilité populationnelle de chaque établissement qui doit « assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes » (LSSSS, art 100).

En ce qui concerne les éléments relatifs au système professionnel encadrant l'exercice des TS (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec), ceux-ci ne font pas l'objet spécifique du présent document. Ils sont toutefois mentionnés dans les sections « **Pour aller plus loin** » de chaque chapitre afin que le lecteur puisse les consulter. Rappelons qu'il est de la responsabilité des TS de s'assurer que leur pratique réponde aux normes et règlements de leur ordre professionnel.

Ce cadre de référence vise à faire connaître et valoriser l'apport du travail social en fournissant des repères communs à partir desquels poursuivre le développement d'une pratique sociale de qualité au sein de l'ensemble du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces repères concernent autant les TS que les TTS, celles-ci pratiquant une même discipline selon leur champ d'exercice et leur champ d'intervention respectif. Près de 1600 travailleuses sociales (TS) et techniciennes en travail social (TTS) œuvrent dans les différentes directions-programmes de l'établissement, et ce, avec des clientèles et des mandats très variés. Ces intervenantes partagent un dénominateur commun : la pratique du travail social, qui place l'humain au centre de ses préoccupations et qui s'ancre sur des mêmes valeurs, telles que l'autodétermination, la justice sociale et le respect de la dignité des personnes. Cette pratique s'actualise par le biais de trois méthodes d'intervention en travail social, soit l'intervention individuelle (incluant l'intervention de couple et familiale), l'intervention de groupe et l'organisation communautaire¹. Elle s'appuie sur des approches et modèles d'intervention afin de susciter des changements individuels, collectifs et sociaux en tenant compte des déterminants de la santé et du bien-être des populations.

Public cible et format du cadre de référence

Le processus de consultation réalisé pour le présent document a permis de développer les repères qui y sont présentés en cohérence avec les normes de pratique professionnelle et la réalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale, en accord avec la mission, les piliers du Vrai Nord et les priorités de l'établissement. Pour ce faire, les démarches suivantes ont été réalisées :

- La tenue de trois groupes de consultation avec plus de 30 TS, TTS, coordonnateurs professionnels et gestionnaires provenant de toutes les directions-programmes;

¹ Puisque le présent document concerne la discipline du travail social dans l'organisation de soins et services du CIUSSS de la Capitale-Nationale, il est une production du CIUSSS et non de l'OTSTCFQ. Les TS ont la responsabilité de consulter les documents de référence de leur ordre afin de répondre aux exigences s'y rattachant.

- La tenue de quatre ateliers consultatifs avec les conseillers cadres et professionnels-conseils des diverses disciplines de la Direction des services multidisciplinaires;
- La tenue d'un groupe de consultation avec tous les professionnels-conseils en travail social de la Direction des services multidisciplinaires;
- Une collaboration étroite et une consultation continue avec les milieux d'enseignement en travail social de la région de Québec (collégial et universitaire);
- Plusieurs consultations avec les chargés d'affaire professionnelle de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) dans un objectif de réflexion quant à certains thèmes concernant spécifiquement la pratique des TS;
- Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire a été consulté relativement au contenu du *Cadre de référence en travail social* ainsi qu'aux différentes stratégies de consultation et de diffusion afin de joindre une portion représentative de leurs membres.

Cette consultation d'envergure a permis d'élaborer un document qui situe de façon globale les différents acteurs concernés par la pratique en travail social au CIUSSS de la Capitale-Nationale. En effet, ce cadre se veut un outil de référence pour toute personne souhaitant obtenir un éclairage sur la pratique du travail social au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Plus particulièrement, il s'adresse à :

- L'ensemble des TS, TTS et stagiaires en travail social de l'établissement;
- Tous les intervenants et stagiaires d'autres disciplines, afin de faciliter les pratiques collaboratives;
- Tous les coordonnateurs professionnels et professionnels désignés afin de les outiller dans leur rôle de soutien clinique;
- Tous les gestionnaires ayant des TS ou TTS dans leur équipe, afin de faciliter leur rôle d'encadrement;
- Les différents partenaires, tels que les milieux d'enseignement en travail social.

Objectifs du cadre de référence

Le *Cadre de référence en travail social* vise à :

- Contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services en travail social aux usagers;
- Faire connaître le travail social et ses multiples facettes auprès de tous les acteurs concernés du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Favoriser l'adoption d'une vision et d'un langage communs de la pratique du travail social dans l'établissement;
- Harmoniser la pratique du travail social en la développant autour d'une visée, de valeurs et d'un processus d'intervention globaux et intégrés;
- Faire valoir la spécificité et l'expertise du travail social dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- Fournir des repères cliniques communs aux intervenants en travail social, ainsi qu'aux coordonnateurs professionnels, professionnels désignés et aux gestionnaires concernés par cette pratique;
- Contribuer à une compréhension juste de la complémentarité et des éléments distinctifs entre les TS et TTS afin que ceux-ci soient judicieusement mis à profit;
- Enrichir l'identité professionnelle en travail social;
- Soutenir une pratique réflexive en travail social dans l'établissement dans une perspective d'amélioration continue.

Un tel document ne peut avoir de répercussions que si les différents acteurs à qui il s'adresse se l'approprient, l'utilisent et le font évoluer. Il a le potentiel de servir de levier dans la pratique des intervenants, des coordonnateurs professionnels et professionnels désignés ainsi que des gestionnaires, en plus d'encourager l'établissement d'un partenariat avec l'utilisateur et ses proches. Il ne tient qu'à tous de mettre à profit cet outil!

Comment consulter le cadre de référence

En cohérence avec ces objectifs, la structure du cadre de référence a été développée pour en faciliter son utilisation pratique par les différents acteurs. Il a été d'abord bâti pour une consultation électronique par souci écologique, tout en étant également consultable en version papier.

5 chapitres

1. DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

2. CADRE CONCEPTUEL EN TRAVAIL SOCIAL : DÉTERMINANTS SOCIAUX, APPROCHES ET MODÈLES D'INTERVENTION

3. COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE (CIP)

4. COMPOSANTES DU PROFESSIONNALISME

5. PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

Pour chacun de ces **cinq chapitres**, une couleur a été attribuée pour aider le lecteur à bien situer dans quel chapitre il se trouve lorsqu'il le consulte. Le contenu de chacun de ces chapitres est divisé en **fiches thématiques**, il est donc possible à partir de la table des matières de repérer un thème particulier et de se rendre directement dans la fiche associée. Chaque fiche a été conçue pour être consultée de façon autonome, c'est-à-dire qu'il est possible d'en faire une lecture ciblée plutôt que de prendre connaissance de l'ensemble du cadre de référence du début à la fin. C'est d'ailleurs pourquoi certaines informations incontournables se retrouvent dans plus d'une fiche.

Chacun des chapitres et des fiches a la même structure, accompagnée de repères visuels :



- Encadré « **Questions pour une pratique réflexive** »

Il propose des questions liées au contenu présenté dans la fiche afin que le lecteur puisse poser un regard critique sur sa pratique professionnelle à titre de TS ou de TTS et contribuer au développement de celle-ci.



- Encadré « **Pour aller plus loin** »

Il indique au lecteur désirant parfaire ses connaissances où trouver davantage d'information sur le sujet. Il peut notamment s'agir de références bibliographiques ou encore d'hyperliens.



- Encadré « **Synthèse du chapitre** »

À la fin de chacun des cinq chapitres, cet encadré en résume les éléments incontournables. Le lecteur peut s'y référer comme aide-mémoire ou pour parcourir rapidement les thèmes abordés dans le chapitre concerné.

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

Le *Cadre de référence en travail social* vise notamment à harmoniser la pratique du travail social en la développant autour d'une visée et de valeurs communes, à enrichir l'identité professionnelle des TS et TTS de l'établissement, en plus de contribuer à une compréhension juste de la complémentarité et des éléments distinctifs entre ces deux titres d'emploi.

C'est dans ces objectifs que le premier chapitre s'attarde d'abord à ce qui constitue le tronc commun de la discipline du travail social à travers un bref historique, puis en cernant ses valeurs, principes et autres concepts clés. Il s'agit des bases incontournables sur lesquelles appuyer la pratique en travail social, et ce, peu importe le contexte.

À ces fondements, certains éléments distinctifs caractérisent plus particulièrement la formation et la pratique des TS ainsi que celle des TTS. Des informations sont également apportées sur l'évaluation des activités réservées au *Code des professions*.

Enfin, le lecteur pourra constater la présence importante et diversifiée du travail social dans les différents secteurs de l'établissement par un portrait de la répartition des TS et TTS.

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

1.1 HISTORIQUE

Le travail social est une discipline jeune et en constante évolution. Au Québec, elle s'est grandement transformée, en naissant d'abord avec une visée vocationnelle basée sur la charité et la philanthropie, pour ensuite se professionnaliser et développer une identité qui lui est propre avec, entre autres, les travaux entourant la *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, mieux connus sous le nom de PL 21. D'ailleurs, cette professionnalisation marque une évolution du terme « service social » vers « travail social ».

Racines religieuses du service social

Jusqu'à la fin des années 1950, le service social était intimement lié aux activités ecclésiastiques. Les premières écoles de service social de Québec et de Montréal furent d'ailleurs fondées par des communautés religieuses (Dubois & Garceau, 2000). Les origines de la profession sont également liées aux pratiques des *Settlement Houses*, développées au début du 20^e siècle en Angleterre, puis en Amérique du Nord (Favreau, 2000). Ces maisons d'accueil étaient implantées dans les zones urbaines pauvres, dans lesquelles des bénévoles y dispensaient certains services sociaux. Les méthodes d'intervention individuelle et de groupe sont les premières développées.

Professionnalisation et diversification du travail social

Les années 1960 sont caractérisées par une séparation de l'Église et de l'État, ce qui amène un détachement progressif des praticiens sociaux des œuvres de charité (Dubois & Garceau, 2000). C'est durant cette période que le travail social se professionnalise, laissant de côté l'aspect vocationnel pour devenir partie intégrante du service public. On assiste aussi à la naissance d'une nouvelle branche de la profession, l'organisation communautaire, qui s'introduit dans la formation universitaire en travail social et dans la pratique. Les années 1970 sont associées à un climat social changeant au Québec. Dans ce contexte, le travail social s'associe à la défense des droits sociaux et aux mouvements d'action sociale. C'est une période où l'État-providence est en expansion et on assiste à l'émergence d'un nouveau service public, les Centres locaux de services communautaires (CLSC). De nombreuses lois, instances et commissions sont mises en place dans les années 1970 et 1980, ce qui encadre et fait évoluer la pratique sociale. Par exemple, la commission Castonguay-Nepveu, qui a, entre autres, donné naissance à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et au *Code des professions*. C'est à cette époque qu'est né le système professionnel québécois tel que nous le connaissons aujourd'hui, c'est-à-dire avec la réglementation des professions par les ordres dans l'objectif de protéger le public. Comme autre événement marquant pour le système de santé et de services sociaux, mentionnons également la commission Rochon, dont les recommandations ont notamment entraîné une consolidation des Centres jeunesse (CJ) et des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) (Rivard-Leduc, 2009).

Un retour à la marque distinctive de la discipline

Les années 1985 à 2010 sont marquées par une quête d'autonomie et une extension des frontières de la pratique, tant en travail social que pour d'autres professions de la santé et de la relation d'aide. Des enjeux identitaires sont à l'avant-plan, de par certains chevauchements entre les disciplines (Prud'homme, 2011). Ce contexte débouche sur une plus grande émancipation du travail social face aux disciplines qui ont influencé son fondement, à savoir la sociologie et la psychologie (OTSTCFQ, 2018). De plus, l'entrée en vigueur en 2012 de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (PL 21) ramène à l'avant-plan la marque distinctive de la profession par la légifération de son champ d'exercice et le partage d'activités réservées.

En ce qui concerne le travail social de groupe, les années 1990 et 2000 voient une plus grande structuration des groupes (Roy, Pullen-Samfaçon, Rochette, 2014).

Une invitation à l'évolution de la pratique en travail social et au changement social

Quels seront les défis de la discipline du travail social au cours des dix prochaines années? Ensemble, nous avons l'occasion de faire évoluer la pratique sociale sous des formes plus contemporaines, voire novatrices, en intervenant en proximité et en collaboration avec les populations. Les TS et TTS sont les principaux acteurs qui construisent l'histoire de la discipline. Prud'homme (2011) affirme même que, face au défi présenté par la médicalisation, l'avenir du réseau public et privé dépend directement des choix des professionnels sur le terrain : quel est le besoin? Sa nature? Qui intervient ou soigne? Dans quelle visée et quel intérêt? Pour les TS et TTS, il s'agit d'une invitation quotidienne au changement social. Face à l'évolution des réalités sociales ainsi qu'à leur complexité, le travail social a plus que jamais un rôle clé auprès des populations, en agissant à la fois à un niveau individuel, conjugal, familial, social et collectif. Il n'en tient qu'à vous, cher lecteur, de contribuer au développement et au rayonnement de la pratique sociale!

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

1.2 DÉFINITION DU TRAVAIL SOCIAL

Le travail social se démarque des autres disciplines par sa préoccupation et son analyse des liens qui existent entre la personne et son environnement. Les TS et TTS interviennent auprès des personnes, des groupes et des collectivités en portant une attention particulière aux relations existantes entre les individus, leurs conditions de vie et la société au sein de laquelle ils évoluent. L'apport du travail social est ce regard différent qu'il offre sur les situations, parce qu'il tient compte des niveaux écosystémiques (micro, méso, macro) des diverses réalités et problématiques rencontrées, et ce, peu importe la clientèle concernée. Il va au-delà des modèles traditionnels de diagnostics individuels en identifiant et en agissant sur les inégalités sociales et les enjeux structuraux. Cette reconnaissance et cette analyse globale et intégrée des complexités du contexte social en font sa force distinctive.

Cette spécificité du travail social amène les intervenants de cette discipline à œuvrer pour une justice sociale en levant le voile sur les situations de discrimination, d'oppression, de stigmatisation et d'exclusion. L'OTSTCFQ (2012) considère d'ailleurs que la finalité de la pratique des TS est le rétablissement du fonctionnement social par l'atteinte d'un équilibre entre les besoins d'une personne ou d'une collectivité et la capacité de l'environnement à répondre à ces besoins. Le résultat poursuivi est de favoriser et de renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés dans leurs relations interpersonnelles, l'accomplissement de leurs rôles sociaux et l'exercice de leurs droits individuels et sociaux.

Le travail social est tout sauf statique. Il est en perpétuel mouvement à l'intérieur d'une société elle-même en constante évolution. Ainsi, le travail social doit s'analyser, se remettre en question et parfois se transformer afin de s'adapter aux enjeux et aux problématiques sociales qui évoluent. Cela peut parfois ébranler ses fondements, mais cette mouvance contribue surtout à enrichir la discipline.

Le 10 juillet 2014 à Melbourne, une nouvelle définition internationale du travail social est approuvée par l'assemblée générale de l'International Association of Schools of Social Work (IASSW) :

« Le travail social est une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le développement du pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités sont au cœur du travail social. Étayé par les théories du travail social, les sciences sociales, les sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous. Cette définition peut être développée au niveau national ou régional. » (IASSW, 2014, p. 1)

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

1.3 VALEURS ET PRINCIPES DU TRAVAIL SOCIAL

Dans notre pratique quotidienne, comme TS et TTS, nous devons incarner et faire vivre les valeurs fondamentales de notre discipline à travers nos interventions, actions, collaborations et représentations.

Une valeur est définie comme :

« une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaît comme idéale et qui rend désirables ou estimables les êtres ou les conduites auxquels elle est attribuée. »
(Rocher, 1992, p. 70).

Dans cette perspective, les valeurs mettent en relief ce qui a de l'importance, c'est-à-dire ce qui nous motive et ce qui nous mobilise dans nos actions en travail social. Ainsi, nos valeurs nous guident et nous servent de référence dans nos diverses décisions. Il ne suffit pas uniquement de les connaître, mais aussi de s'y référer et de les actualiser au quotidien, notamment face à un dilemme éthique.

Turcotte et Deslauriers (2017) distinguent deux groupements dans les valeurs en travail social :

1) Valeurs humanistes

Qui sont liées à la pratique directe auprès des clientèles, principalement :

- Le respect de la dignité de tout être humain;
- Le principe d'autonomie de la personne ou communauté et d'autodétermination;
- L'empathie;
- La compassion.

2) Valeurs démocratiques

Qui sont associées à la mission de changement social de la discipline, notamment :

- La croyance et défense de la justice sociale;
- La citoyenneté;
- La participation sociale;
- La solidarité;
- Le respect des droits des personnes des groupes et des collectivités.

Les TS et TTS du CIUSSS de la Capitale-Nationale incarnent dans leur pratique quotidienne ces valeurs humanistes et démocratiques. Elles veillent au respect de la dignité et des droits des usagers.

À titre d'exemples :

- En identifiant les populations en situation de vulnérabilité, et en agissant collectivement sur les facteurs de risque et de protection;
- En agissant lorsque possible en promotion et en prévention des réalités et problématiques sociales;
- De façon générale, en recourant à son jugement professionnel en tout temps;
- En intervenant avec diligence dans les situations qui pourraient porter atteinte à leur sécurité et à leurs droits fondamentaux qui sont énoncés par la *Charte des droits et libertés de la personne* ainsi que par le *Code civil du Québec*. En effet, les enjeux de protection des personnes sont centraux dans la pratique sociale et les valeurs qui la guident.

Questions pour une pratique réflexive



- De quelle(s) façon(s) est-ce que j'actualise les valeurs du travail social au quotidien?
- Comment mes interventions, attitudes et comportements intègrent-ils ces valeurs de justice sociale et de respect des droits de la personne qui sont au cœur de la discipline?
- Puis-je donner des exemples d'interventions où j'ai actualisé les valeurs? De situations où cette actualisation a été plus difficile pour moi?
- De quelle(s) façon(s) ces valeurs viennent agir sur l'établissement de ma relation professionnelle avec l'utilisateur et ses proches?

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

1.4 TS ET TTS : UNE MÊME DISCIPLINE

Les TS et TTS partagent une même discipline qu'est le travail social. Toutes les deux se penchent sur « des problèmes d'ordres individuel et personnel, mais aussi sur des questions d'ordre social plus vastes tels que la pauvreté, le chômage et la violence conjugale » (ACTS, s.d.). Elles apportent leur aide à des individus, des familles, des groupes et des collectivités dans le but de les aider à améliorer leur bien-être. Elles soutiennent ceux-ci dans le développement de leurs habiletés et l'utilisation de leurs propres ressources et celles de la communauté pour résoudre leurs problèmes.

Cette définition du travail social s'actualise dans un cursus de formation, autant pour les TS que les TTS, afin qu'elles possèdent les connaissances nécessaires à l'exercice de la discipline du travail social selon les particularités inhérentes à chacun de ces titres d'emploi ainsi que les compétences propres à leur formation respective. Le lecteur est d'ailleurs invité à consulter à ce sujet la [fiche 1.5 : champ d'exercice des TS et champ d'intervention des TTS](#) et la [fiche 1.6 : formation des TS et TTS : complémentarités et distinctions](#).

Au-delà de ces éléments distinctifs, il importe de situer que **ces deux groupes d'intervenantes sont complémentaires, puisque leurs actions s'articulent autour d'un tronc commun**. En effet, tant les TS que les TTS accordent une importance à la compréhension de la personne dans son contexte social, ce qui oriente leur pratique au quotidien. Elles partagent également des valeurs communes, qui sont détaillées dans la [fiche 1.3 : valeurs et principes du travail social](#).

Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, cela signifie que les TS et TTS doivent considérer les caractéristiques de la personne, celles de son environnement, ainsi que la façon dont elles interagissent pour être en mesure de porter un jugement clinique sur le fonctionnement social de la personne. Ce jugement, exercé en respect de leur champ d'exercice ou d'intervention et des activités réservées, leur permet de planifier et de réaliser des interventions sociales adaptées à la situation, aux besoins et aux aspirations de la personne concernée, de même qu'à ceux de ses proches (*Cadre de référence en travail social* du CSSS Vieille-Capitale, 2012).

Question pour une pratique réflexive



- Comme TS et TTS, en fonction de ce que j'observe dans mon contexte de travail, quels sont les éléments qui nous unissent dans la lecture des problèmes sociaux et dans l'intervention (ex. : valeurs, relation avec le client, posture d'intervention, etc.)?

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

1.5 CHAMP D'EXERCICE DES TS ET CHAMP D'INTERVENTION DES TTS

Tel que mentionné précédemment, le *Cadre de référence en travail social* aborde d'abord le travail social en tant que discipline. Il importe tout de même d'apporter un éclairage relatif à la pratique professionnelle dans cette discipline, notamment en ce qui concerne les travaux considérables de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (PL 21)². Le champ d'exercice des TS découle de ces travaux, qui définissent également le champ d'exercice de plusieurs autres professions de ce domaine. Un champ d'exercice énonce la finalité de la pratique de la profession ainsi que les principales évaluations et interventions associées.

Le champ d'exercice des TS est défini de la façon suivante :

« Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en oeuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement » (OPQ, 2021, section 2, p. 25).

Quant aux TTS, puisqu'elles ne sont pas encadrées par un ordre professionnel, il est question d'un champ d'intervention plutôt que d'un champ d'exercice. Le champ d'intervention des TTS les amène à être « habilités pour intervenir avec des personnes de tout âge, des familles, des groupes et des communautés aux prises avec différents problèmes sociaux. Ces problèmes, liés aux conditions de vie et aux inégalités sociales, se manifestent souvent par la pauvreté, la perte d'emploi, la violence familiale et conjugale, les difficultés d'adaptation, la perte d'autonomie, l'isolement, le suicide et la toxicomanie. Les techniciennes en travail social aident ces personnes, ces familles, ces groupes et ces communautés à répondre adéquatement à leurs besoins, à promouvoir la défense de leurs droits et à favoriser le changement social » (Ministère de l'Éducation, 2000, p.7).

Au Québec, il existe peu de documents de référence qui permettent de tracer une ligne claire entre les activités cliniques des TS et TTS. Pour guider la réflexion, le cursus de formation des TS et des TTS peut servir de repère pour faire ressortir les principaux éléments distinctifs. Le lecteur est invité à consulter la [fiche 1.6 : formation des TS et TTS : complémentarités et distinctions](#) à ce sujet. Le tableau de la page suivante illustre quant à lui le champ d'exercice et le champ d'intervention de ces deux titres d'emplois.

² Dans le but d'alléger le texte, l'abréviation PL 21 signifie la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

TABLEAU RÉSUMÉ : CHAMP D'EXERCICE DES TS ET CHAMP D'INTERVENTION DES TTS

DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL	
La discipline du travail social amène les TS et TTS à considérer les caractéristiques de la personne, celles de son environnement, ainsi que la façon dont elles interagissent pour être en mesure de porter un jugement clinique sur le fonctionnement social de la personne. Ce jugement, exercé en respect de leur champ d'exercice ou d'intervention et des activités réservées, leur permet de planifier et de réaliser des interventions sociales adaptées à la situation, aux besoins et aux aspirations de la personne concernée, de même qu'à ceux de ses proches. (Cadre de référence en travail social du CSSS Vieille-Capitale, 2012).	
CHAMP D'EXERCICE DES TS	CHAMP D'INTERVENTION DES TTS
« Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en oeuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement » (OPQ, 2021, section 2, p.25). L'utilisation du mot personne dans cette définition peut référer à un individu, un couple, une famille, un groupe ou une collectivité.	« Intervenir avec des personnes de tout âge, des familles, des groupes et des communautés aux prises avec différents problèmes sociaux. Ces problèmes, liés aux conditions de vie et aux inégalités sociales, se manifestent souvent par la pauvreté, la perte d'emploi, la violence familiale et conjugale, les difficultés d'adaptation, la perte d'autonomie, l'isolement, le suicide et la toxicomanie. Les techniciennes et les techniciens en travail social aident ces personnes, ces familles, ces groupes et ces communautés à répondre adéquatement à leurs besoins, à promouvoir la défense de leurs droits et à favoriser le changement social » (Ministère de l'Éducation, 2000, p.7).
EN RÉSUMÉ	
Le cursus de formation universitaire prépare les TS à exercer leur profession, notamment par l'approfondissement de multiples cadres conceptuels, le développement de capacités d'analyse spécifiques et une connaissance accrue des phénomènes sociaux. Ces compétences leur permettent notamment de réaliser des évaluations lors de situations à risque de préjudice, telles que décrites par le PL 21. En ce qui a trait au cursus de formation collégial en travail social, l'accent est davantage mis sur la préparation à une intervention concrète et adaptée en fonction des problèmes sociaux rencontrés par l'individu et à la capacité de se référer de façon appropriée aux ressources existantes (CSSS de l'Ouest-de-l'Île, 2014).	

Questions pour une pratique réflexive



- Dans ma pratique, est-ce que je respecte les limites de mon champ d'exercice ou de mon champ d'intervention?
- Comme TS, de quelles façons je peux mettre à profit mes capacités d'analyse spécifiques dans les situations à risque de préjudice?
- Comme TTS, quelles sont les situations dans ma pratique où je peux mettre à profit les particularités de ma formation, notamment ma connaissance de certains problèmes sociaux concrets et des ressources existantes?

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

1.6 FORMATION DES TS ET TTS : COMPLÉMENTARITÉS ET DISTINCTIONS

Puisque les TS ont un champ d'exercice et les TTS un champ d'intervention, que toutes deux partagent une même discipline, les repères suivants sont proposés pour guider la réflexion des directions-programme du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans l'actualisation du rôle des TS et TTS au sein de l'établissement. Plus particulièrement, ces repères peuvent servir d'appui pour mieux situer la contribution et la complémentarité des TS et TTS dans un secteur donné, de même que pour dégager comment les TS et TTS peuvent être respectivement contributives selon la clientèle et l'offre de service concernées.

Le parcours scolaire des TS et des TTS permet à la fois de faire ressortir des éléments complémentaires et distinctifs entre ces deux titres d'emploi. Ces éléments concernent le libellé du titre d'emploi, le cursus de formation, la cible générale de la formation, les compétences attendues, l'évaluation et le dépistage, l'actualisation d'une fonction de soutien clinique ou de supervision, l'imputabilité et enfin la formation continue. Le tableau suivant résume ces éléments.

TABEAU : PRINCIPALES COMPLÉMENTARITÉS ET DISTINCTIONS

Concernant	La travailleuse sociale	La technicienne en travail social
Libellé du titre d'emploi selon le MSSS	Personne qui exerce des activités de conception, d'orientation, de consultation, d'actualisation, d'analyse et d'évaluation dans un ou plusieurs programmes sociaux. Doit détenir un baccalauréat (BAC) en travail social ou en service social. Doit être membre en règle de l'OTSTCFQ.	Personne qui exerce des activités à caractère social selon les techniques propres à sa formation. Doit détenir un diplôme d'études collégiales (DEC) en techniques de travail social d'une école reconnue par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES).
Cursus de formation	La formation universitaire de trois ans vise l'acquisition de connaissances sur le comportement humain et l'environnement social ainsi que sur les liens fondamentaux entre les politiques sociales, les services sociaux et les problèmes sociaux selon une expertise systémique et sociopolitique. Le contenu de la formation universitaire varie selon l'université fréquentée. Actuellement, le baccalauréat en service social (ou travail social) permet de faire partie de l'OTSTCFQ. La formation universitaire en travail social offre	La formation collégiale de trois ans permet d'acquérir des compétences et attitudes professionnelles pour intervenir directement auprès des personnes, familles, groupes ou communautés aux prises avec des problèmes d'ordre social, d'analyser les situations et d'élaborer les plans d'intervention. Elle permet à la TTS de restaurer, de maintenir et de développer l'équilibre dans les relations entre l'individu et son environnement physique et social. Le programme est uniformisé pour tous les cégeps de la province dispensant la formation. Le programme relève du ministère de

Concernant	La travailleuse sociale	La technicienne en travail social
	également un programme de maîtrise et de doctorat dans cette discipline.	l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES).
Cible générale de la formation	Formation axée sur le développement de la pensée critique, incluant le développement de compétences en recherche : la formation de la TS l'habilite à porter un regard critique sur les diverses sources de connaissance, à en faire une utilisation pertinente dans ses interventions, à structurer sa façon de procéder, à être en mesure de répertorier les données probantes et meilleures pratiques ainsi qu'à participer à la production de connaissances en travail social. Exemples de cours : méthodologie de la recherche, inégalités et oppression, analyse des politiques et programmes sociaux, processus d'intervention en service social, droit et travail social, théories du comportement humain en contexte social, etc.	Formation axée sur le développement de compétences et attitudes professionnelles dans l'intervention sociale : la formation est axée sur le choix et l'actualisation des actions et techniques à poser dans l'intervention selon la clientèle concernée. Exemple de cours : intervention de crise, intervention avec les personnes et les familles, intervention de groupe et collective, intervention en contexte sociojuridique, problèmes sociaux et politiques sociales, etc.
Compétences attendues à la fin de la formation	Les compétences attendues chez la TS sont présentées dans le <i>Référentiel de compétences</i> de l'OTSTCFQ (2012). Il existe quatre domaines qui comprennent dix compétences, lesquelles se divisent ensuite en une cinquantaine de composantes qui représentent les dimensions de l'agir professionnel. L'OTSTCFQ distingue également trois niveaux de maîtrise de l'acquisition d'une compétence au seuil de l'emploi. Le lecteur est invité à consulter la fiche 3.3 : comportements.	Le MEES définit les objectifs du programme de techniques en travail social. Il existe vingt-quatre compétences définies par le MEES. Elles réfèrent aux connaissances et habiletés permettant, à partir de problématiques sociales variées, d'intervenir auprès des individus, des familles, des groupes et des communautés dans une perspective de prévention, de soutien, de protection et de changement. (Ministère de l'Éducation, 2000). Les 24 compétences ont été tirées de ce document que nous retrouvons à l'annexe 1.
Évaluation et dépistage	Évaluation du fonctionnement social basée sur une réflexion critique des aspects sociaux et appuyée sur des sources théoriques. Évaluation dans le cadre des activités réservées et partagées à la TS inscrites au <i>Code des professions</i>.	Évaluation du fonctionnement social de la personne pour déterminer les techniques à actualiser (à l'exception des situations faisant l'objet d'une activité réservée). Contribution à l'évaluation d'un professionnel dans ses activités réservées, par exemple en effectuant du repérage ou dépistage.

Concernant	La travailleuse sociale	La technicienne en travail social
	Contribution à l'évaluation d'un professionnel dans ses activités réservées , par exemple en effectuant du repérage ou dépistage.	
Soutien clinique et supervision	La TS peut être appelée à jouer une fonction de soutien clinique, généralement suite à un appel de candidatures officiel (ex. : coordonnateur professionnel, superviseur en activités cliniques, professionnel-conseil). Selon ses formations et expériences en cours d'emploi, elle peut également être appelée à jouer un rôle de soutien clinique, généralement suite à un appel d'intérêt ciblant un profil plutôt que des critères de sélection formels (ex. : pivot majeur inapte, jumelage et mentorat auprès de pairs, animation d'un groupe de codéveloppement, formateur, superviseur terrain en sécurité civile). Elle s'appuie, pour actualiser ce soutien, sur ses savoirs académiques et expérientiels. La TS peut effectuer de la supervision de stage au BAC et à la maîtrise en travail social.	Selon ses formations et expériences en cours d'emploi, la TTS peut être appelée à jouer un rôle de soutien clinique, généralement suite à un appel d'intérêt ciblant un profil plutôt que des critères de sélection formels (ex. : pivot maltraitance, jumelage et mentorat auprès de pairs, animation d'un groupe de codéveloppement, formateur, superviseur terrain en sécurité civile). Elle s'appuie, pour actualiser ce soutien, sur ses savoirs académiques et expérientiels. La TTS peut effectuer de la supervision de stage à la technique en travail social.
Imputabilité	La TS au CIUSSS de la Capitale-Nationale intervient sous la LSSSS. Elle est notamment tenue à la confidentialité. Elle doit aussi respecter les politiques, règlements, procédures, code d'éthique et autres orientations qui balisent son travail tel que déterminé par l'établissement. La TS est également imputable envers son ordre professionnel, l'OTSTCFQ, qui assure la protection du public (cadre législatif, réglementaire, normatif et déontologique) et envers le <i>Code des professions</i>, entre autres, en ce qui concerne le secret professionnel.	La TTS au CIUSSS de la Capitale-Nationale intervient sous la LSSSS. Elle est notamment tenue à la confidentialité. Elle doit aussi respecter les politiques, règlements, procédures, code d'éthique et autres orientations qui balisent son travail tel que déterminé par l'établissement.
Formation continue	Selon l'OTSTCFQ, (2020), la TS a l'obligation de suivre des activités de formation continue liées à l'exercice de sa	La TTS n'a pas d'obligation relative à sa formation continue. Elle a toutefois la responsabilité d'assurer son développement

Concernant	La travailleuse sociale	La technicienne en travail social
	profession d'une durée d'au moins 30 heures par période de référence de 2 ans. Le référentiel des compétences de l'OTSTCFQ fait également état de cette responsabilité relative au développement de ses compétences professionnelles et plus largement à la contribution au développement de la profession	professionnel pour offrir des services de qualité et sécuritaires aux usagers.

Questions pour une pratique réflexive



- Comment les éléments caractérisant ma formation en travail social de TS ou de TTS influencent-ils ma pratique actuelle? Comment puis-je davantage les transposer dans ma pratique?
- Dans quelles situations les éléments propres à ma formation sont particulièrement pertinents dans l'intervention (ex. : usager ayant une problématique de consommation, mise à profit d'un cours de technique axé sur les meilleures interventions en toxicomanie)? Dans d'autres situations relatives à mes fonctions (ex. : cours universitaire en recherche utile pour l'animation d'un groupe de discussion théorique avec mes collègues TS)
- Puis-je donner des exemples d'interventions où cette complémentarité entre TS et TTS se sont bien illustrées dans ma pratique? De situations où cela a été plus difficile à distinguer ou à concilier?

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

1.7 ACTIVITÉS RÉSERVÉES AU CODE DES PROFESSIONS

Les activités réservées au *Code des professions* constituent l'un des repères permettant de situer la contribution et la complémentarité entre les TS et TTS. D'autres éléments devraient également être utilisés afin de déterminer dans une réflexion globale la valeur ajoutée d'une intervenante dans un contexte donné. À cet effet, le lecteur est invité à consulter également la [fiche 1.5 : champ d'exercice des TS et champ d'intervention des TTS](#) et la [fiche 1.6 : formation des TS et TTS : complémentarités et distinctions](#).

L'évaluation : une activité clinique réalisée par les techniciens et les professionnels

D'emblée, précisons que le fait d'évaluer n'est pas une activité réservée aux membres d'un ordre professionnel ou à certains titres d'emploi. L'activité d'évaluation en soi ne fait pas l'objet de réserve par le PL 21³. Par exemple, tout intervenant habilité peut évaluer la demande formulée par un usager ou encore évaluer sa motivation au changement.

Ce n'est pas l'acte d'évaluer qui est réservé, mais bien l'objet de l'évaluation. « Dans les domaines de la santé et des relations humaines, tous les intervenants exercent un jugement clinique à la hauteur de leurs compétences et communiquent les conclusions de ce jugement, ils effectuent donc une évaluation » (de Grandmont & Roy, 2011, p. 19).

De plus, il importe de rappeler que le dépistage, la détection, l'appréciation et la contribution ne sont pas réservés. Ils peuvent s'inscrire en soutien à la démarche d'évaluation d'un autre professionnel (OPQ, 2021). Par exemple, une TTS peut relever des indices laissant croire à l'existence d'un trouble neuropsychologique chez un usager et en faire part au psychologue ou au médecin concerné afin de contribuer à leur activité d'évaluation réservée. Au même titre, une TS peut fournir des observations utiles à l'évaluation des capacités adaptatives du psychoéducateur pour un élève en situation de handicap dans la détermination d'un plan d'intervention dans le cadre de la *Loi sur l'instruction publique*.

- | | |
|---------------------|--|
| L'évaluation | « L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel ⁴ dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif ». (OPQ, 2021 Section 3, p. 24). |
| La détection | « Consiste à relever des indices de trouble non encore identifié ou de facteurs de risque dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. La détection ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices ». (OPQ, 2021 Section 3, p. 8). |
| Le dépistage | « Vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes ». (OPQ, 2021 Section 3, p. 8). |

³ Dans le but d'alléger le texte, l'abréviation PL 21 signifie la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

⁴ Le terme professionnel utilisé dans la définition réfère aux intervenants, dont les TS et TTS.

- L'appréciation** « Est la prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments » (OPQ, 2021, Section 3, p. 8).
- La contribution** « Réfère à l'aide apportée par différents intervenants à l'exécution de l'activité réservée au professionnel [...]. La contribution est une intervention non réservée. Elle peut donc être réalisée par l'ensemble des professionnels et des intervenants du secteur de la santé mentale et des relations humaines dans les limites de leurs compétences respectives » (OPQ, 2021 Section 3, p. 9).

Dans l'objectif de protéger le public, le PL 21⁵ réserve certains objets d'évaluation en raison des risques de préjudice associés. En effet, le *Code des professions* (OPQ, 2021) stipule que les évaluations réservées et leurs conclusions ont statut d'autorité et l'expert en est imputable. Ainsi, **c'est la communication de ces conclusions qui comporte des risques de préjudice, car des conséquences irréversibles peuvent en découler.**

Activités réservées définies par le PL 21

Le Code des professions attribue aux TS la réserve d'activités professionnelles qui touchent des personnes qui sont à risque de préjudice, vulnérables et qui rencontrent des situations complexes où la concomitance de différentes problématiques peut être présente. Cette réserve a été émise en raison du risque de préjudice lié à leur réalisation ainsi que des compétences requises et des connaissances exigées pour les exercer.

Les activités ont été considérées préjudiciables lorsqu'elles (OPQ, 2021, section 3, p. 1 et 2) :

- présentent un caractère irréversible;
- sont complexes;
- impliquent un haut degré de technicité;
- sont contre-indiquées dans certaines situations;
- peuvent causer ou entraîner des complications;
- peuvent entraîner ou accentuer une atteinte à l'intégrité physique ou morale, notamment sous forme de blessure, de dépendance, de dommage de nature psychologique, de douleur morale ou d'incapacité;
- comportent un potentiel d'abus physique, émotif ou sexuel;
- peuvent causer ou entraîner des perturbations, telles que l'aliénation, la dépendance ou la détresse;
- peuvent causer ou entraîner la perte d'un droit comme l'exercice de l'autorité parentale, la libre gestion de ses biens, l'aptitude à rendre compte de ses actes.

Le PL 21 et la réserve d'une activité professionnelle en exclusivité aux TS

Le PL 21 assigne en exclusivité aux travailleuses sociales l'exercice suivant : procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant. Le PL 21 reconnaît donc l'unicité de l'expertise de la TS et met en évidence leurs compétences et l'exercice de leur jugement professionnel pour l'identification des mesures de protection appropriées.

Cette prise de position du législateur est une réelle fierté pour la profession, car elle reconnaît le haut degré de complexité, et par le fait même, le leadership ainsi que plusieurs autres qualités de la TS. Effectivement, cette évaluation spécifique se fait généralement auprès d'une clientèle vulnérable, et ce, bien souvent dans des contextes d'évaluation particuliers, soient des contextes familiaux complexes, conflictuels, ou autres.

⁵ Dans le but d'alléger le texte, l'abréviation PL 21 signifie la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

L'expertise de la TS est incontournable lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de représentation et de statuer sur la ou les mesures de protection à privilégier. De plus, l'expertise de la TS lui permet d'évaluer le besoin de représentation du majeur, de statuer sur la ou les mesures de protection à privilégier et de recommander, s'il y a lieu, des proches pouvant assumer la responsabilité de représentation (OTSTCFQ, 2011). L'approche centrée sur la personne en interaction avec son environnement est centrale et doit être privilégiée, ce qui vient reconnaître et confirmer la position privilégiée de la TS pour cette évaluation. La posture de la TS est spécifique et son apport unique puisqu'elle cherche à comprendre les relations entre les personnes.

Lorsque la TS est témoin d'indices pouvant démontrer l'apparition de symptômes en regard à l'incapacité pouvant faire ressortir des signes de maltraitance, elle est tenue de s'assurer que ces indices soient évalués et que des mesures soient prises pour assurer la protection d'un majeur vulnérable. Or, malgré que le PL 21⁶ soit venu confirmer une activité réservée à la TS, le travail en collaboration interprofessionnelle est primordial pour contribuer à la démarche de vigilance, d'évaluation et de mise en place de mesures de protection. En effet, toutes les personnes gravitant autour de la clientèle sont des acteurs privilégiés pour permettre de documenter le portrait, le plus juste possible de l'état de la personne, de son fonctionnement, de même que des tiers autour d'elle. Il est donc de sa responsabilité d'interpeller les autres professionnels impliqués auprès de la personne lorsque requis en gardant toujours en tête que c'est la responsabilité de tous d'être contributif.

Les activités professionnelles suivantes sont réservées aux TS, qui en partagent l'exercice avec d'autres professions (adapté de l'OPQ, 2021) :

- Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité (en partage avec les psychologues et les médecins);
- Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (chap. P-34.1) (en partage avec les psychoéducateurs et les criminologues);
- Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (Lois du Canada, 2002, chap. 1) (en partage avec les psychologues, les psychoéducateurs, les sexologues et les criminologues);
- Évaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès (en partage avec les thérapeutes conjugaux familiaux et les psychologues);
- Évaluer une personne qui veut adopter un enfant (en partage avec les thérapeutes conjugaux familiaux et les psychologues);
- Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (en partage avec les psychoéducateurs);
- Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins (en partage avec les psychologues, les psychoéducateurs, les ergothérapeutes, les infirmières, les médecins et les orthophonistes/audiologistes);
- Décider de l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chap. S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chap. S-5) (en partage avec les psychologues, les psychoéducateurs, les ergothérapeutes, les infirmières, les médecins, les orthophonistes/audiologistes et les criminologues);
- Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (en partage avec les psychologues, les psychoéducateurs, les ergothérapeutes, les infirmières, les médecins et les criminologues).

⁶ Dans le but d'alléger le texte, l'abréviation PL 21 signifie la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

Par conséquent, ces activités doivent obligatoirement être réalisées par une TS ou autre professionnel identifié au *Code des professions*. Les TTS peuvent contribuer à ces activités en partageant leurs observations et hypothèses au professionnel, et ce, sans égard à la discipline de ce dernier. Par exemple, une TTS en suivi avec une personne âgée peut dépister certains signes de perte d'autonomie fonctionnelle à domicile et les partager à un ergothérapeute dans le cadre de son évaluation des habiletés fonctionnelles.

Bien que ces activités soient partagées avec d'autres professions, il est attendu que la TS les réalise en cohérence avec la spécificité et les valeurs qui sont propres au travail social. Par exemple, elle considère l'autodétermination et le respect des droits de l'utilisateur lorsqu'elle décide de l'utilisation de mesures d'isolement. Sa vision peut ainsi favoriser le recours à une mesure moins contraignante et l'exploration de moyens alternatifs de par son regard global du fonctionnement social de la personne.

Questions pour une pratique réflexive



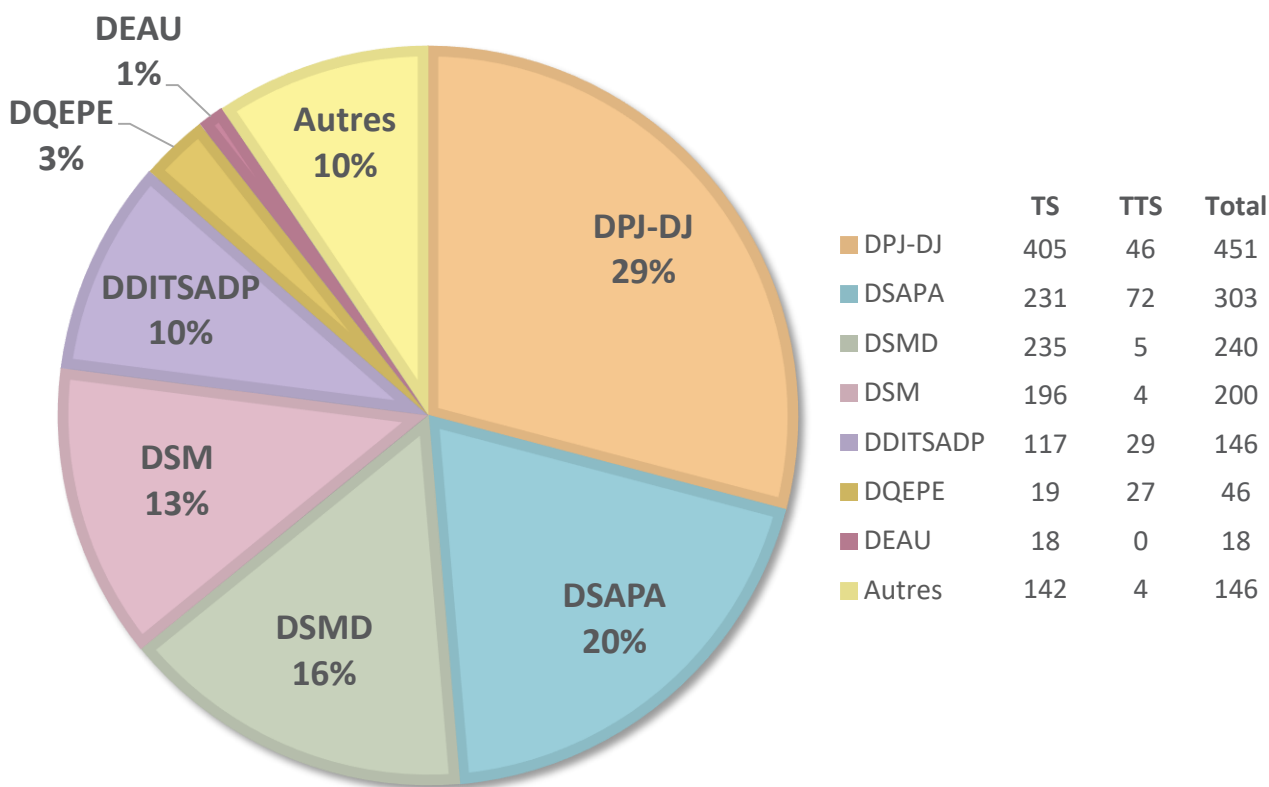
- Dans le cadre de mes fonctions, ai-je à réaliser des évaluations dont l'objet est réservé?
- Selon mon contexte de pratique et la clientèle avec laquelle j'interviens, est-ce qu'une ou plusieurs activités professionnelles sont associées à un risque de préjudice?
- Ai-je les qualifications pour actualiser ces activités? Est-ce que le *Code des professions* m'y autorise?
- Comment puis-je être contributif aux activités réservées de mes collègues (ex. : dépistage, détection)?

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

1.8 DISTRIBUTION DES TS ET TTS AU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE

Le tableau suivant présente la répartition des quelque 1600 TS et TTS dans les différentes directions-programmes du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Cette répartition est approximative, considérant les mouvements constants des ressources humaines dans l'établissement. Elle permet toutefois d'illustrer l'importance de la contribution de la discipline du travail social et la variété des contextes de pratique.

LES TS ET TTS AU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE ⁷



DPJ-DJ	Direction de la protection de la jeunesse – Direction du programme Jeunesse
DSAPA	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
DSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendances
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DDITSADP	Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

⁷ Ces données proviennent de la Direction des ressources humaines et des communications et datent de 2019.

1 DISCIPLINE DU TRAVAIL SOCIAL

Synthèse du chapitre

Pour aller plus loin...

Synthèse du chapitre



De par l'[historique du travail social](#) et sa nature, il s'agit d'une discipline en constante mouvance. Face à l'évolution des sociétés, des populations et à l'émergence de phénomènes sociaux, le travail social se renouvelle et s'ajuste. Une chose demeure malgré ce caractère évolutif : « son but d'aider les individus, les familles, les groupes et les collectivités à améliorer leur bien-être », et ce, dans une perspective de changement social (ACTS, s.d.).

La [définition du travail social](#) illustre l'importance pour cette discipline de se pencher non seulement sur les problèmes individuels, mais également sur les questions d'ordre social plus vastes telles que la pauvreté, le chômage, la violence et la maltraitance. Ce qui démarque le travail social est principalement cette analyse globale des situations, car celle-ci tient compte des liens qui existent entre la personne et son environnement dans une optique de justice sociale et lève le voile sur les enjeux de discrimination, d'oppression, de stigmatisation et d'exclusion. Pour ce faire, les [valeurs et principes du travail social](#) guident l'intervention : le respect de la dignité humaine, l'autodétermination, la croyance en la capacité des gens d'évoluer et de se développer, la justice sociale et la reconnaissance du droit de tout individu en danger de recevoir assistance.

Les [TS et TTS partagent une même discipline](#) qu'est le travail social. Leur point commun est d'aider les individus à développer leurs habiletés par l'utilisation de leurs propres ressources et celles de la communauté pour résoudre leurs problèmes. Il existe peu de documents de référence au Québec qui permettent de distinguer de façon claire et précise le rôle des TS et celui des TTS. Deux éléments permettent tout de même d'apporter un éclairage en ce sens : le [champ d'exercice des TS et champ d'intervention des TTS](#) ainsi que la [formation des TS et TTS, de par leurs complémentarités et distinctions](#). La formation universitaire prépare les TS à développer leur pensée critique, incluant le développement de compétences en recherche, alors que la formation des TTS est davantage axée sur le développement d'aptitudes concrètes dans l'intervention sociale.

Le champ d'exercice des TS est défini par le *Code des professions*, en plus des [activités réservées](#) et partagées en raison de leur risque de préjudice. Ils en sont imputables envers le système professionnel québécois, en plus d'être imputables, tout comme les TTS, envers leur établissement et la LSSSS. Les activités réservées fournissent des repères supplémentaires quant aux complémentarités et distinctions entre TS et TTS. Il importe de préciser que ce n'est pas l'évaluation qui est réservée, mais bien l'objet de l'évaluation. « Dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, tous les intervenants exercent leur jugement clinique à la hauteur de leurs compétences et communiquent les conclusions de ce jugement, ils effectuent donc une évaluation » (de Grandmont & Roy, 2011, p. 19). De plus, tout intervenant peut contribuer à l'évaluation d'un collègue, par exemple, par le dépistage ou l'appréciation.

Pour aller plus loin...



Concernant l'historique et les fondements de la discipline du travail social :

- MAYER, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville, Canada : Gaëtan Morin éditeur.
- MOLGAT, M. (2015). Définir, construire et redéfinir le travail social. Dans Deslauriers, J.-P. & Hurtubise, Y. (sous la dir.) (2015). *Introduction au travail social* (3e édition, pp. 9-28). Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- VAN DE SANDE, A., BEAUVOLSK, M-A. & LAROSE-HÉBERT, K. (2018). Le travail social : théories et pratiques, 3^e édition. Chapitre 1 : Quelques concepts et notions de base en travail social. Chenelière Éducation, p. 3-17
- VAN DE SANDE, A., BEAUVOLSK, M-A. & LAROSE-HÉBERT, K. (2018). *Le travail social : théories et pratiques, 3^e édition. Chapitre 2 : L'histoire travail social*. Chenelière Éducation, p. 19-34

Concernant la définition du travail social :

- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ] (2008). Énoncé de l'assemblée générale de l'International Association of Schools of Social Work [IASSW] (2014). Montréal.
<https://www1.otstcfq.org/l-ordre/evenements-et-campagnes/le-travail-social-dans-tous-ses-etats/le-travail-social-ici-et-ailleurs/>

Concernant l'apport et compétences des TTS :

- FÉDÉRATION DES CÉGEPS (2013). Les techniciens en travail social : toujours indispensables !
https://fedcegeps.ca/wp-content/uploads/2013/12/FEDVF_TTS_depliant_web.pdf
Annexe 1 : Les techniciens en travail social : toujours indispensables!
- LABBÉ, H. (2019). Développement de l'identité professionnelle en Techniques de travail social : regard du personnel enseignant. Université de Sherbrooke. p. 21.
<https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/17765?show=full>
Annexe 2 : Représentation du caractère intégré du programme Techniques de travail social – 388.AO

Concernant les compétences des TS :

- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ] (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal. Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 34 p.
https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/referentiel_de_compences_des_travailleurs_sociaux.pdf

2 APPUIS THÉORIQUES EN TRAVAIL SOCIAL ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Ce chapitre illustre, dans un premier temps, ce qui pourrait être une représentation des grandes familles d'approches et de modèles d'intervention en travail social. Un tableau est présenté dans le but de situer le lecteur sur les principaux repères théoriques et pratiques de la discipline, et surtout, de mettre de l'avant l'importance que les TS et TTS se réfèrent à un ou plusieurs de ces référents pour orienter et appuyer leurs interventions.

Comme la compréhension et l'analyse des situations sont essentielles à toute prestation de service en travail social, il apparaît important d'aborder le sujet des approches et des modèles d'intervention avec lesquels il est possible de composer. Ce sujet est inéluctable, puisque les approches servent de cadre de référence aux TS et TTS afin d'interpréter les situations. Les modèles d'intervention quant à eux proposent, une manière de structurer les actions à mettre en place dans l'intervention. Pour ce faire, il est d'abord important de clarifier les caractéristiques propres à chacun pour permettre d'en faire la distinction.

Dans un deuxième temps, il est question de l'évolution des approches et modèles en travail social. Le contexte professionnel des années 1990 et 2000, caractérisé par une recherche d'extension du champ du travail social et une quête identitaire, a créé un rapprochement avec plusieurs approches issues du domaine de la psychologie. Il semble que la mise de l'avant de perspectives davantage « individualisantes », c'est-à-dire moins centrées sur les contextes social, environnemental et politique a pu éloigner certaines TS et TTS de leur marque distinctive. Depuis 2012 et le PL 21⁸, plusieurs acteurs clés du domaine social tendent à ramener les perspectives interactionnistes et systémiques au cœur de la pratique afin de remettre de l'avant, une compréhension des enjeux collectifs d'un problème qui, à priori, pourrait sembler individuel.

Dans un troisième temps, il sera question de la marque distinctive du travail social. Celui-ci se différencie des autres professions de relation d'aide par sa lecture des difficultés rencontrées qui tiennent compte des interactions entre l'individu et son environnement. En d'autres mots, le travail social observe, évalue et analyse les interinfluences et les répercussions des facteurs sociaux (incluant les facteurs de protection et de risque) sur les gens. Pour ce faire, les TS et TTS sont invitées à utiliser les déterminants sociaux de la santé dans leur évaluation de la situation et, par le fait même, tout au long de leur processus d'intervention afin de s'assurer d'une vision globale de la situation. Bien que l'utilisation de ces déterminants sociaux ne soit pas exclusive au travail social, elle rejoint particulièrement les valeurs de la discipline ainsi que la pratique en travail social.

Dans un dernier temps pour clore ce chapitre, il sera question de l'alliance thérapeutique. Il s'agit d'un incontournable puisqu'elle représente un des facteurs les plus importants à prendre en compte pour augmenter considérablement les chances d'atteindre les objectifs visés par l'intervention (Horvath, A. et Bedi, R. 2002, cité dans Pauzé, 2012). Il s'agit ainsi de la pierre angulaire de l'intervention, et ce, peu importe l'approche ou le modèle d'intervention utilisé dans le suivi. C'est pourquoi la dernière fiche de ce chapitre y est consacrée.

⁸ Dans le but d'alléger le texte, l'abréviation PL 21 signifie la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

2 APPUIS THÉORIQUES EN TRAVAIL SOCIAL ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

2.1 DÉFINITIONS ET DISTINCTION ENTRE UNE APPROCHE ET UN MODÈLE D'INTERVENTION

Les sciences humaines et sociales tirent leurs fondements théoriques de la psychologie, de la sociologie, de l'anthropologie, de la philosophie, voire même des sciences politiques et de l'économie. Ces fondements théoriques constituent des regroupements d'idées et de concepts qui ont pour but de rendre concrètes des réalités en donnant un sens aux situations. Ces situations comportent parfois des aspects indiscernables, d'où l'importance de tenir compte du contexte à l'intérieur duquel elles s'inscrivent. Ainsi, toutes les approches et les modèles du travail social prennent racine sur des fondements théoriques validés sur le plan clinique et scientifique. Plusieurs grands courants et écoles de pensées sont venus tour à tour influencer, façonner et faire évoluer la discipline du travail social. De ces mouvements, des approches se sont démarquées et ont davantage orienté le développement de la discipline. Au regard de ces approches, des modèles d'intervention ont vu le jour. Encore aujourd'hui, on peut observer que la pratique du travail social évolue avec l'apparition de nouveaux modèles d'intervention.

Il semble exister une certaine confusion entre ce qu'est une approche et un modèle d'intervention. Certains auteurs font peu de distinction entre ces deux concepts et peuvent parfois les présenter comme des synonymes. De plus, dans le langage courant, il est fréquent d'entendre le terme « approche » pour désigner un modèle d'intervention et vice-versa.

Approche

Une approche est :

« la loupe avec laquelle l'intervenant social observe, analyse, comprend une situation dans le but de planifier ses interventions » (Turcotte et Deslauriers, 2017, p. 173).

Une approche fait référence à une manière de voir, lire, expliquer, comprendre, contextualiser et se représenter l'expérience ou la réalité d'une personne, d'un système ou d'une collectivité. Elle offre un cadre d'analyse à l'intervenant, lui permettant de dresser un portrait de la situation à partir duquel il élaborera ses hypothèses cliniques. Pour ce faire, l'intervenant se base sur les valeurs et principes du travail social ainsi que sur ses savoirs théoriques et expérientiels. C'est à partir de ce bagage de connaissances et d'expériences qu'il construit sa lecture de la situation, qu'il conceptualise son analyse, le tout afin de donner une direction souhaitée à son intervention.

C'est généralement suite à cette première étape que l'intervenant est en mesure de déterminer le ou les modèles d'intervention qui soutiendront la réponse aux besoins de l'utilisateur et de la situation.

Modèle d'intervention

Le modèle d'intervention propose :

« une manière d'agir, d'opérer, d'intervenir à l'égard d'une situation ou d'un phénomène » (Legendre, 2005; Mesure et Savidon, 2006 cité dans Turcotte et Deslauriers, 2017, p. 142).

Par conséquent, le modèle soutient l'intervenant dans le choix des actions à privilégier dans l'intervention quant à l'emploi des procédures, stratégies, méthodes et techniques à mettre de l'avant pour mener l'intervention à terme, c'est-à-dire vers sa finalité. Les modèles d'intervention fournissent généralement une proposition relative aux rôles de l'intervenant, aux destinataires de l'intervention, ainsi qu'au processus d'intervention (ex. : séquence des étapes d'intervention et appellation de celles-ci).

En résumé, **pour différencier une approche d'un modèle d'intervention, il est utile de faire la distinction entre, d'une part, l'évaluation et l'analyse d'une situation (approche) et, d'autre part, la planification et la réalisation de l'intervention sociale (modèle)**. Ces deux étapes font partie intégrante du processus d'intervention en travail social. En ce sens, les approches et modèles soutiennent l'intervenant dans la réalisation de ce processus clinique.

2 APPUIS THÉORIQUES EN TRAVAIL SOCIAL ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

2.2 GRANDES FAMILLES D'APPROCHES ET MODÈLES D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

Il importe de préciser d'emblée qu'**au-delà de l'approche et du modèle choisi, les TS et TTS adoptent en tout temps une posture axée sur le fonctionnement social qui tient compte de l'influence et des répercussions des facteurs sociaux (incluant les facteurs de protection et de risque) sur l'expérience des personnes, des systèmes et de la société.** Cette posture sert de base à toutes leurs interventions et teinte inévitablement la façon dont ils font usage d'une approche ou d'un modèle. En d'autres mots, aucune approche ou modèle n'est « exclusif » à une profession. Tout intervenant peut ainsi s'inspirer d'une ou l'autre des familles d'approches présentées dans les pages qui suivent. C'est avant tout la lunette disciplinaire qui distingue l'intervention d'une TS ou TTS de celle d'un collègue d'une autre profession.

En considérant cette posture propre au travail social, il est possible de dégager certains regroupements parmi les principales approches et modèles utilisés dans la discipline. Précisons d'emblée qu'il existe de nombreuses façons de regrouper ou de classer ces approches et que celles-ci ne font pas consensus. Le tableau qui suivra a pour but d'imager ce qui pourrait être une représentation des grandes familles d'approches, à partir desquelles découlent plusieurs modèles d'intervention.

Ainsi, trois grandes familles se distinguent :

- Famille **A**- Les approches centrées sur **l'individu**

Les approches centrées sur l'individu s'inscrivent dans un paradigme selon lequel il appartient à la personne de s'adapter à son environnement. Elles sont donc orientées vers le potentiel de changement de l'individu. Initialement, ce sont ces approches qui ont marqué le développement du travail social, ce pourquoi elles sont parfois qualifiées d'approches fondatrices. Ainsi, ces approches s'inscrivent dans la pratique des professions en relation d'aide. Pour l'auteur Payne (Harper et Dorvil, 2013), celles-ci correspondent à la réponse aux besoins des usagers s'inscrivant sous la dimension thérapeutique, c'est-à-dire dont le but porte sur le développement personnel et la promotion du mieux-être. Ainsi, l'intervention de la TS et de la TTS vise à ce que l'usager centre sa réflexion sur lui-même, sa réalité et ses relations interpersonnelles, toujours en incluant la perspective d'interaction avec l'environnement.

- Famille **B**- Les approches centrées sur **les interactions entre l'individu et le contexte social**

Selon les approches centrées sur l'individu en interaction avec l'environnement, l'environnement a également un rôle à jouer dans la réponse aux besoins des personnes, rôle qu'il ne parvient pas toujours à remplir. Elles sont donc orientées vers le potentiel de changement du système, incluant les relations entre les composantes de ce système. Dans cette perspective, des interventions doivent également être réalisées avec l'environnement afin d'offrir une réponse adaptée aux besoins de la personne (Van De Sande, Beauvolks et Larose-Hébert, 2018). Selon Payne (Harper et Dorvil, 2013), il s'agit ici de la dimension de l'ordre social, qui fait appel à une analyse plus sociale des difficultés rencontrées. Pour ce faire, l'intervenant tiendra compte des besoins biopsychosociaux dans sa lecture de la situation, évaluera les réseaux formels et informels ainsi que les besoins pouvant être répondus par les différentes ressources. Toutefois, il n'en demeure pas moins que l'objet de l'intervention portera principalement sur l'usager et ses proches afin de rétablir le fonctionnement social de ce dernier, à l'intérieur de son environnement.

- Famille **C**- Les approches centrées sur **le contexte social**

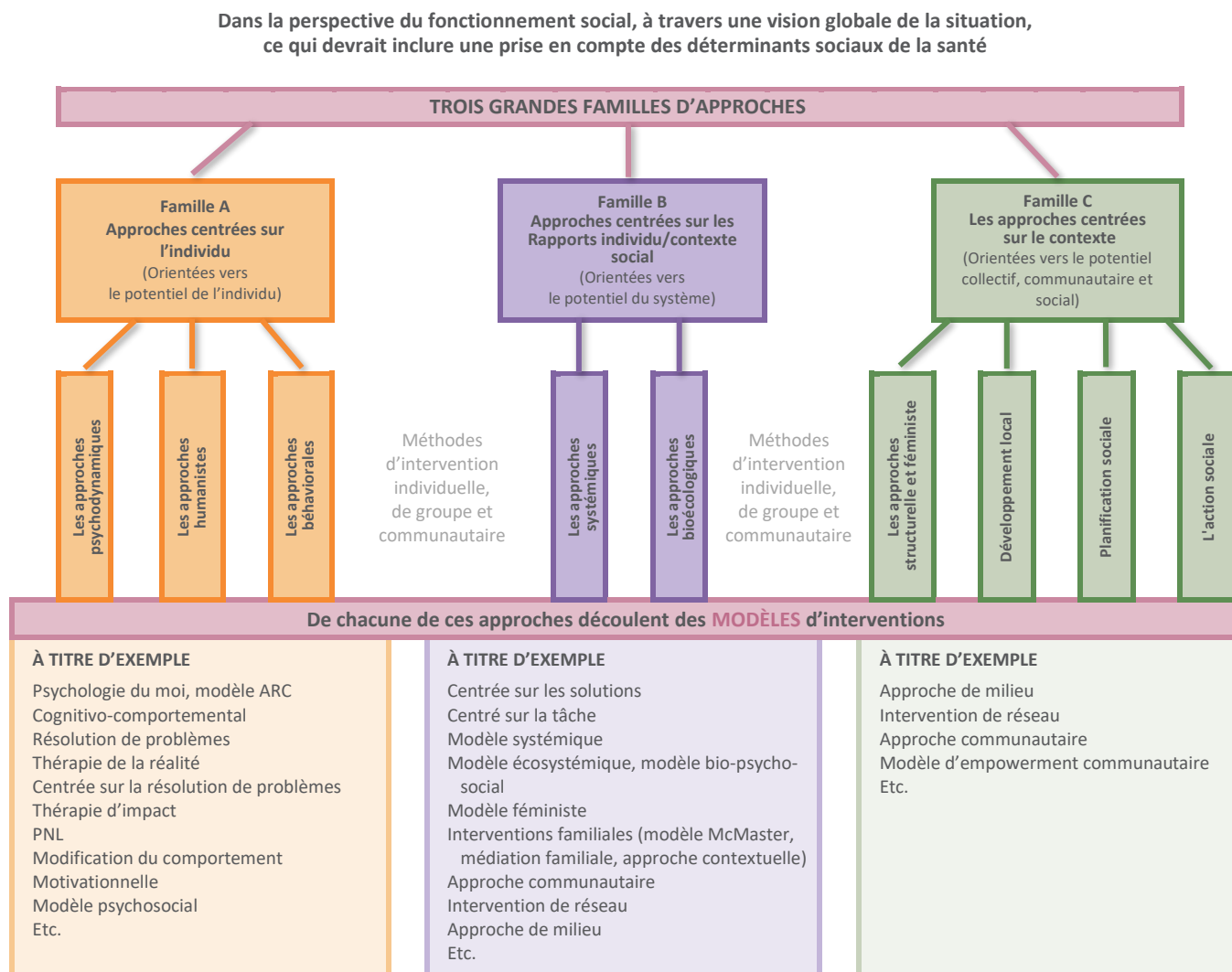
Les approches centrées sur le contexte social considèrent que les problèmes rencontrés par les personnes ne sont pas que des problèmes de nature individuelle, mais doivent être envisagés sous l'angle de problèmes sociaux touchant l'ensemble d'une collectivité. Par conséquent, elles sont orientées vers le potentiel de changement collectif, communautaire et social. Des solutions sur le plan collectif peuvent s'en suivre. Toujours selon Payne (Harper et Dorvil, 2013), les interventions qui en découlent se font dans la dimension des transformations sociales, visant ainsi essentiellement le changement social. Dans cette perspective, l'objectif de l'intervention est la promotion de la justice sociale en se portant à la défense des droits des personnes les plus pauvres, démunies et opprimées de notre société.

Plusieurs de ces approches centrées sur le contexte social peuvent s'inscrire dans une pratique communautaire, tout comme elles peuvent s'avérer pertinentes en méthodes d'intervention individuelle et de groupe. Le lecteur est invité à consulter le [Cadre de référence en Organisation communautaire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale](#) (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2018) pour en apprendre davantage à ce sujet.

À l'intérieur de ces trois grandes familles d'approches, certaines apparaissent comme incontournables dans la pratique du travail social, comme l'approche systémique, l'approche bioécologique (écosystémique) et l'approche structurelle (Carignan, 2017). Ces approches sont centrées sur la personne et son contexte social, en cohérence avec la marque distinctive du travail social qui consiste à mettre l'accent sur les interrelations entre la personne et son environnement.

Le tableau suivant propose une représentation des principales approches en travail social, regroupées en trois grandes familles décrites précédemment. Certains modèles d'intervention y sont également associés. Cette conceptualisation est inspirée d'ouvrages de différents auteurs, dont : Doucet (Harper et Dorvil, 2013), Carignan (Turcotte et Deslauriers, 2017), Du Ranquet (1991) et Van De Sande, Beauvlsk et Larose-Hébert (2018). Le tout n'est pas exhaustif, il vise à soutenir une meilleure compréhension des fondements théoriques et pratiques en travail social.

TABEAU : APPROCHES EN TRAVAIL SOCIAL



Peu importe l'approche et le modèle d'intervention utilisé, l'ensemble des interventions en travail social s'inscrit dans l'une des méthodes suivantes :

- Méthode d'intervention individuelle (incluant intervention de couple et de famille);
- Méthode d'intervention de groupe;
- Méthode d'intervention communautaire.

Certaines approches ou modèles s'inscrivent plus naturellement dans une ou l'autre de ces méthodes d'intervention, sans y être exclusivement associés. Enfin, il peut être pertinent de combiner les familles d'approches pour aborder une situation pouvant requérir une approche globale et intégrée.

Les approches intégrées impliquent une perception globale des situations et les interventions qui en découlent se situent sur un continuum. Par exemple, l'action peut être orientée à la fois vers des objectifs de changement d'ordre individuel ou familial tout en visant des changements collectifs, comme la création d'un réseau d'entraide avec des individus vivant une situation similaire et des représentations visant une bonification des services à leur endroit. Les approches intégrées requièrent donc des intervenantes la capacité de mettre en place des interventions adaptées à la fois aux facteurs individuels, familiaux ou sociaux (Université du Québec à Chicoutimi, 2012).

2 APPUIS THÉORIQUES EN TRAVAIL SOCIAL ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

2.3 UTILITÉ POUR LES TS ET TTS DES APPROCHES ET MODÈLES D'INTERVENTION

Les fiches précédentes ayant permis de définir ce qu'est une approche et un modèle, de même que d'en présenter les grandes familles en travail social, il importe maintenant d'aborder la pertinence d'appuyer ses interventions sur ces référents théoriques et pratiques.

Le choix et l'utilité d'une approche

Utiliser **une approche permet à l'intervenant d'appuyer sa lecture d'une situation sur des bases théoriques reconnues dans la pratique**. Ainsi, cela permet d'encadrer et de baliser la réflexion face à l'analyse d'une situation, en offrant des points de repère fiables. Par ailleurs, l'approche aide l'intervenant à structurer sa pensée, à effectuer sa cueillette de données et à construire et nourrir ses hypothèses cliniques. De plus, elle favorise la cohérence entre l'analyse, l'opinion et les recommandations et elle guide l'intervenant dans le choix du modèle d'intervention. Également, le choix d'une approche doit être en accord avec le mandat de l'intervenant, l'offre de service, la clientèle desservie, les problématiques et les besoins rencontrés. Le potentiel de changement observé influence aussi le choix de l'approche : qui est prêt à initier le changement (individu, groupe, collectivité)? Quelle est la nature et la portée de la démarche envisagée?

En choisissant d'adopter une approche pour une situation donnée, la TS et la TTS adoptent un angle défini afin de procéder à l'analyse et à l'intervention, ce qui implique de mettre de côté d'autres approches. Ce choix n'est pas irréversible, car devant les changements qui s'opèrent dans la situation, la TS et la TTS peuvent reconsidérer leur première orientation et se référer à une nouvelle approche afin de mieux s'adapter et répondre à l'évolution des besoins identifiés.

Le choix et l'utilité d'un modèle

Il est possible d'intégrer un ou plusieurs modèles d'intervention, et ce, peu importe l'approche, dont ils découlent. En effet, **les modèles d'intervention offrent différents moyens qui composent le coffre à outils des intervenants**. Pour en faire le choix, l'intervenant aura à se questionner sur l'intervention à mettre en place en fonction des besoins identifiés et des tâches à réaliser, en collaboration avec la personne et ses proches. Il arrive parfois, selon les caractéristiques d'une situation, qu'il soit judicieux de faire usage de moyens et de stratégies issus de plusieurs modèles afin de répondre adéquatement aux besoins. L'intégration de différents modèles peut néanmoins être risquée pour la cohérence des interventions, ce pourquoi elle doit être guidée par l'approche privilégiée. Tout comme pour l'approche, le choix d'un modèle d'intervention doit être en accord avec le mandat de l'intervenant, l'offre de service, la clientèle desservie, les problématiques et les besoins rencontrés.

En résumé, la lecture de la situation vécue par l'utilisateur devrait se faire majoritairement à partir des approches centrées sur les rapports entre l'individu et le contexte social. En complément à cette analyse, le choix du ou des modèles d'intervention se fait dans l'objectif d'actualiser les stratégies en fonction des besoins.

Questions pour une pratique réflexive



- Quelle(s) approche(s) ai-je l'habitude d'utiliser pour procéder à la lecture et l'analyse d'une situation?
- Qu'est-ce qui m'aide à déterminer le choix d'une ou plusieurs approches?
- Quels sont les modèles que j'utilise le plus fréquemment dans mes interventions? Pourquoi (approche préconisée dans mon secteur, par habitude, selon les données probantes, etc.)? Est-ce qu'ils ont toujours leur raison d'être dans mon contexte de pratique actuel?
- Quel(s) modèle(s) ai-je l'habitude d'utiliser pour l'intervention? Quel en est mon niveau de maîtrise?
- De quelles approches proviennent les modèles que j'utilise?
- Quelles sont les principales forces et limites des approches et modèles que j'utilise?

2 APPUIS THÉORIQUES EN TRAVAIL SOCIAL ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

2.4 DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Principalement, l'évaluation et l'intervention des TS et des TTS se situent à la jonction entre l'individu et l'environnement, ce qui implique de prendre en considération les influences et les répercussions possibles des différents facteurs sociaux (incluant les facteurs de protection et de risque) dans les situations rencontrées. Le propre du travail social cherche à éviter l'individualisation des problèmes d'ordre social en les ramenant à une vision globale plus qu'à une vision psychologique propre à chacun des individus. Le travail social vise l'analyse du dysfonctionnement individuel en tenant compte des caractéristiques personnelles, environnementales et sociétales à l'intérieur desquelles les individus évoluent.

L'émergence des problèmes sociaux est le produit d'une construction complexe de différents acteurs, intérêts et objectifs qui s'interinfluencent. Les décisions d'ordres politique et économique, ainsi que les valeurs véhiculées contribuent à leur apparition. C'est pourquoi il s'avère important de les considérer dans la lecture des situations rencontrées.

Il ne faut pas perdre de vue que le cumul de différents facteurs sociaux défavorables peut engendrer chez plusieurs personnes une augmentation importante du niveau de stress, ce qui à long terme, peut entraîner des conséquences sur la santé physique et psychologique des gens. Bien souvent les situations auxquelles les TS et les TTS sont confrontées sont complexes et enchevêtrées. Il s'avère alors difficile d'arriver à dégager la part d'influence des différents facteurs sociaux. C'est pourquoi il peut être facilitant d'explorer une situation à partir des déterminants sociaux de la santé, afin d'obtenir une vision globale et d'en dégager les enjeux collectifs sous-jacents.

Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, c'est dans cette logique que la connaissance et la prise en considération des déterminants sociaux de la santé sont privilégiées dans la lecture des différentes situations rencontrées afin de soutenir et d'orienter l'activité clinique des TS et TTS. La visée ici est de promouvoir l'utilisation des déterminants sociaux de la santé afin de dégager une vision globale des situations et de considérer l'interinfluence et la répercussion des problèmes sociaux sur les réalités individuelles.

Définition de la santé et de ses déterminants sociaux

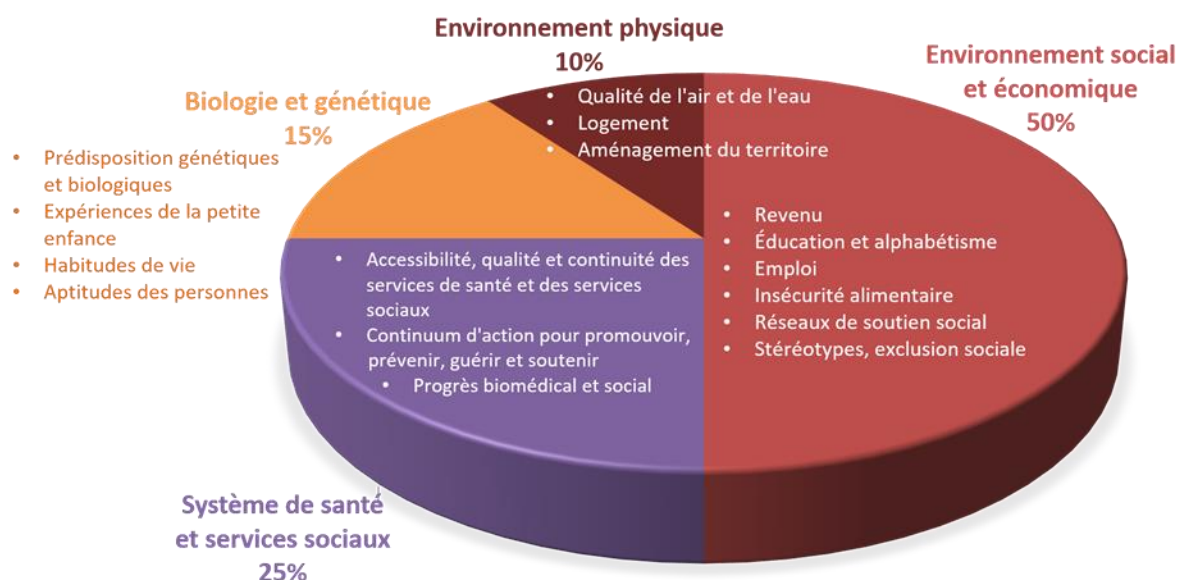
Pour débiter, il importe de définir ce qu'on entend par « santé » et par « déterminants sociaux ». Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la définition de la santé ne fait pas référence simplement à une absence de maladie. Lorsqu'on parle de santé, on se rapporte à un état complet de bien-être physique, mental et social. Ainsi, la santé réfère à « 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 elle-même et pour les groupes dont elles font partie » (MSSS, 2012, p.5). Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les déterminants sociaux de la santé font référence aux « conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent, vieillissent et meurent » (OMS, 2009, p.3).

Les déterminants sociaux de la santé sont connus et pris en considération depuis bon nombre d'années. Ils ont longtemps été associés aux pays en voie de développement, mais ce concept a évolué et, aujourd'hui, on reconnaît que même à l'intérieur des pays industrialisés les inégalités et les injustices sociales affectent les populations sur le plan de la santé. À l'heure actuelle, la tendance observée est que les inégalités en matière de santé continuent de s'accroître autant à l'intérieur des pays eux-mêmes qu'entre eux. Ainsi, les conditions de vie des populations dépendent de la répartition du revenu et de la richesse, tant à l'intérieur d'un pays qu'à l'échelle mondiale.

Par ailleurs, les déterminants sociaux de la santé sont principalement le produit d'actions humaines, comme les décisions politiques et économiques en matière de santé, les politiques sociales, les fluctuations de l'économie, etc. Bien souvent, ces actions ont comme conséquence de placer un grand nombre de personnes dans des conditions de faible revenu, d'insécurité alimentaire, d'isolement social, de discrimination et bien d'autres. Ces conditions peuvent engendrer une augmentation significative du niveau de stress sur le plan psychologique et physique. À la longue, il est démontré que l'exposition à un stress constant peut entraîner d'importantes répercussions sur le plan de la santé. Les déterminants sociaux de la santé peuvent ainsi influencer de façon importante la santé et le fonctionnement social des populations.

Selon l'INSPQ (2017) : « Comme stratégies d'amélioration de la santé [et du bien-être], nous avons souvent tendance à privilégier les actions sur le système de soins. Or, les recherches démontrent que l'impact de ce dernier sur la santé est limité par rapport à celui d'autres facteurs, comme l'environnement social et économique des individus, tel qu'illustré dans le graphique ci-dessous » :

FIGURE : IMPACT ESTIMÉ DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION (INSPQ, 2017)



CIUSSS de la Capitale-Nationale (2020). Cadre de pratique de l'intervention de proximité, Direction des services multidisciplinaires - secteur des pratiques professionnelles, Document PowerPoint, 44 diapositives.

Adapté de l'Institut national de santé publique du Québec (2017). Déterminants de la santé.

<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>

Classification des déterminants sociaux

Il existe différentes classifications des déterminants sociaux de la santé. Le modèle développé en 2002 à l'Université de York identifie 14 déterminants sociaux ayant une influence notable sur la santé des populations. Le tableau suivant, inspiré de ces travaux, définit et illustre sommairement chacun de ces déterminants sociaux.

TABEAU : DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

(adapté de Mikkonen, J et Raphael, D., Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes, Toronto, Université York, École de gestion et de politique de la santé, 2011, 62 p.).

Déterminants sociaux de la santé	Définitions
Chômage et sécurité d'emploi	Occuper un emploi assure un revenu en plus de nourrir un sentiment de valorisation et d'appartenance, de par l'aspect identitaire lié au rôle social. Par conséquent, le chômage peut engendrer une défavorisation matérielle, mais aussi une défavorisation sociale qui peut se manifester par le stress psychologique et l'adoption d'habitudes compensatoires nuisibles pour la santé.
Culture et origine ethnique	Les personnes issues d'une culture, ethnie ou religion minoritaire sont plus susceptibles de vivre de la discrimination, un accès plus difficile à l'emploi et au logement, un taux de chômage plus élevé, un revenu moindre, une insécurité alimentaire, etc. Pour les immigrants de première génération, le parcours migratoire parfois difficile (traumatismes, chocs et déracinement) peut s'ajouter aux difficultés d'intégration déjà présentes (barrière de la langue, adaptation à la culture et au mode de vie). De plus, certains groupes culturels, religieux ou ethniques sont plus touchés que d'autres par le racisme et la xénophobie.
Développement du jeune enfant	Le vécu pendant la petite enfance influence les capacités d'adaptation ainsi que la santé et le bien-être général tout au long de la vie. D'un point de vue biopsychosocial, les expériences de la petite enfance peuvent avoir des répercussions à la fois immédiates et prolongées sur l'état de santé. Ces expériences peuvent ainsi agir comme un facteur de protection ou un facteur de risque en prédisposant à d'autres déterminants sociaux de la santé.
Éducation	L'éducation est reconnue comme un déterminant social majeur puisqu'il est associé à plusieurs autres conditions de vie favorables ou non. Ainsi, les personnes ayant un niveau de scolarité postsecondaire jouissent habituellement d'une meilleure santé en lien avec le niveau de revenu, la sécurité d'emploi et les conditions de travail associées. L'éducation réfère également au niveau de littératie globale, qui est définie par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) comme : <i>« L'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités. »</i> (OCDE, 2000, p. 12)
Emploi et conditions de travail	Les conditions de travail constituent un autre déterminant important puisque l'emploi occupe généralement une partie significative du quotidien. Les dimensions du travail peuvent influencer l'état de santé tel que la sécurité d'emploi, les conditions physiques au travail, un environnement non sécuritaire, la présence de harcèlement au travail, le type de tâches à accomplir, le rythme du travail et le stress en découlant, les heures de travail, les occasions de s'exprimer et de s'épanouir au travail.

Déterminants sociaux de la santé	Définitions
	Ainsi, l'emploi et les conditions de travail vont souvent de pair avec d'autres déterminants sociaux de la santé. Par exemple : une personne ayant moins d'années de scolarité, un revenu limité ou une situation de handicap peut être plus à risque de se retrouver dans un milieu de travail précaire.
Exclusion sociale	L'exclusion peut se manifester sous diverses formes de stigmatisation et de discrimination systémique, entre autres, fondées sur l'ethnie, le sexe, l'âge ou une situation de handicap. L'exclusion sociale peut mener à plus d'exposition à la dépression et au désespoir (risque de suicide), à plus d'agressivité, plus d'agressivité, à moins de soutien du réseau lors d'épreuves, à une santé mentale et physique fragilisée, au maintien de symptômes post-traumatiques et au risque de développer une dépendance aux soins de santé du réseau secondaire se substituant au réseau primaire. Par exemple : une personne judiciarisée qui a difficilement accès à un emploi, un immigrant dont la situation illégale ne lui donne pas accès aux soins de santé requis ou encore une personne au chômage qui se voit refuser un logement sont des exemples d'exclusion sociale. À l'inverse, l'inclusion sociale contribue à donner aux individus les ressources affectives et pratiques dont ils ont besoin.
Filet de sécurité sociale	Ce déterminant comprend toute une gamme de prestations, de programmes et d'aides financières tels que les allocations familiales, l'accès à un tarif régulé aux centres de la petite enfance, l'assurance emploi, l'accès universel aux services de santé et services sociaux, l'aide financière de dernier recours, les prestations d'invalidité ou les prestations de retraite. Ces prestations et programmes visent à soutenir la population lorsque divers changements ou situations difficiles peuvent altérer la santé. Leurs critères d'accès peuvent engendrer des situations d'exclusion en favorisant certains groupes sociaux au détriment des autres.
Handicap	Le fait de vivre une situation de handicap fait référence aux opportunités offertes ou non par la société pour permettre une pleine participation sociale. En raison des obstacles rencontrés, les personnes en situation de handicap sont beaucoup moins nombreuses à occuper un emploi, ce qui est potentiellement associé à des conditions de vie précaires et à de l'isolement social. Par exemple : un adulte se déplaçant en fauteuil roulant peut détenir les compétences et la formation requises pour occuper un emploi à temps plein, mais les services médicaux qu'il requiert hebdomadairement sont uniquement offerts le jour, ce qui l'empêche d'actualiser pleinement son potentiel. Les différences physiques, cognitives et mentales peuvent provoquer de la marginalisation et de l'exclusion.

Déterminants sociaux de la santé	Définitions
	Par exemple : un jeune ayant une déficience intellectuelle pourrait avoir de la difficulté à s'intégrer dans un groupe de jeunes du même âge.
Insécurité alimentaire	L'alimentation constitue l'un des besoins de base de l'être humain en plus d'être un important facteur de dignité humaine. Lorsque ces besoins ne sont pas répondus ou qu'une personne craint de ne pas y répondre, l'insécurité alimentaire engendre du stress et de l'inquiétude. Ceux-ci ont des effets dommageables pour la santé, s'ajoutant au risque de carences alimentaires.
Logement	Le logement influence la santé sur plusieurs plans. Le coût élevé du logement diminue par ailleurs les ressources disponibles pour soutenir d'autres déterminants sociaux de la santé, tel que le budget consacré à l'alimentation ou aux loisirs. De plus, le fait de vivre dans des conditions de logement ne répondant pas aux besoins individuels de base peut causer du stress et la prise d'habitudes compensatoires moins saines comme l'abus d'alcool et de drogues. Par exemple : un logement qui n'est pas optimal pour la santé peut être un logement insalubre, trop petit, ayant des moisissures, de la vermine, une isolation ou un chauffage déficient.
Revenu et répartition du revenu	Ce déterminant est souvent considéré comme le plus important relativement à ses répercussions sur la santé. En effet, le revenu détermine les conditions de vie, influence le fonctionnement psychologique ainsi que les habitudes de santé, telles que la qualité de l'alimentation, la pratique d'activités physiques, la consommation de tabac, de drogues ou d'alcool.
Services de santé et services sociaux	Les services de santé et les services sociaux publics (communautaires et institutionnels) de par leur accès et leur qualité, influencent le bien-être physique et social des individus. Par exemple : une personne malade qui a accès plus rapidement à un soin dans une clinique privée grâce à ses revenus se trouve favorisée en raison de sa situation financière. À l'inverse, une personne qui travaille dans une entreprise n'offrant pas d'assurance collective à ses employés et qui nécessite des traitements se trouve désavantagée.
Sexe Orientation sexuelle et identité de genre	Le sexe d'une personne peut avoir des répercussions sur son état de santé et sur son bien-être. Au Canada, les femmes réalisent davantage de travaux domestiques que les hommes. De plus, elles sont plus nombreuses à occuper un emploi à temps partiel ou à horaire atypique, reçoivent une rémunération moins élevée que les hommes et vivent davantage de discrimination au travail. Les déterminants sociaux ont donc une incidence défavorable plus importante sur les femmes que les hommes. De leur côté, les hommes sont davantage exposés aux accidents, aux abus de substances et sont plus susceptibles de mourir par suicide, ce qui affecte défavorablement leur espérance de vie. L'orientation sexuelle et l'identité de genre constituent également des déterminants sociaux. Les personnes LGBTQ+ comprenant les lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, transsexuelles et queers peuvent subir de la

Déterminants sociaux de la santé	Définitions
	discrimination, stigmatisation, marginalisation et de l'exclusion. Ces conséquences peuvent être influencées par le milieu social, la communauté d'appartenance, la culture (sous-culture), les croyances et les valeurs.
Statut d'Autochtone	Historiquement, les peuples autochtones au Canada ont été gravement affectés par la colonisation (ex. : <i>Loi sur les Indiens</i>, établissement de réserves et de pensionnats). Ils en vivent encore aujourd'hui les répercussions (discrimination, stigmatisation et marginalisation) et composent avec des déterminants sociaux de la santé moins favorables que les autres Canadiens. On constate, entre autres, dans les communautés des Premières Nations : un taux de chômage supérieur, une plus grande prévalence des problèmes de dépendance, davantage d'obésité, de violence conjugale, plus de risques de vivre dans un logement surpeuplé, un taux de suicide supérieur, une espérance de vie inférieure et davantage d'insécurité alimentaire.

Les déterminants sociaux au cœur de la pratique sociale

Le tableau précédent résume les principaux déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci sont de précieux repères pour la pratique sociale au Québec. En effet, la PL 21⁹ réaffirme que la TS « évalue le fonctionnement social dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement, en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par la personne. [...] Quant à l'environnement, il concerne le milieu de vie de la personne, ses réseaux d'appartenance, ainsi que ses conditions matérielles et sociétales » (OPQ, 2021, section 2, p. 25). Tel que décrit dans ce champ d'exercice, l'évaluation et l'intervention des TS s'inscrivent en grande cohérence avec les déterminants sociaux de la santé. C'est également le cas pour les TTS, dont la formation est axée sur des techniques d'intervention concernant à la fois la personne et son environnement. Les déterminants sociaux de la santé constituent donc un repère incontournable pour toute la discipline du travail social.

Les déterminants sociaux permettent de comprendre l'origine d'un problème qui, à priori, peut sembler individuel et d'en dégager les enjeux collectifs. **Le fait de tenir compte des déterminants sociaux de la santé permet de dégager les réelles priorités d'intervention en agissant sur les causes et non seulement sur les manifestations et conséquences. En s'appuyant sur ces déterminants, l'intervenant s'assure du caractère global de son analyse, en plus d'inscrire ses actions en cohérence avec plusieurs valeurs du travail social.**

⁹ Dans le but d'alléger le texte, l'abréviation PL 21 signifie la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

Cette perspective des déterminants sociaux de la santé caractérise la contribution des TS et TTS par différents moyens, notamment :

- En ayant une compréhension globale de l'expérience de la personne du système, de la collectivité, c'est-à-dire en considérant ses forces, ses ressources, ses attentes et ses aspirations à chaque étape du processus d'intervention;
- En contextualisant les difficultés et besoins de la personne, de sorte à éviter d'individualiser un problème d'ordre social;
- En tenant compte des déterminants sociaux dans leur évaluation, plus particulièrement dans leur analyse continue des situations;
- En soutenant à travers leur intervention la participation et l'autodétermination des personnes;
- En tenant compte et en agissant lorsque possible sur les déterminants sociaux, en opposition à une intervention uniquement centrée sur la personne;
- En interpellant la contribution populationnelle, interprofessionnelle et intersectorielle pour agir ensemble à l'atteinte d'objectifs concertés et partagés;
- En étant également conscients des répercussions que les déterminants peuvent avoir sur leur intervention;
- En étant conscients des idées préconçues, préjugés et stéréotypes qui pourraient nuire à leur intervention;
- En faisant prendre conscience aux usagers non seulement des facteurs internes, mais également des facteurs externes qui ont des répercussions ou une influence sur leur vie;
- En tenant compte et en dénonçant les problèmes sociaux tels que l'exclusion sociale ou financière, la discrimination, la stigmatisation, l'oppression et injustices sociales auxquels les personnes peuvent être confrontées;
- En orientant et accompagnant les personnes vers des organismes qui agissent favorablement sur les milieux et conditions de vie;
- En exerçant un rôle d'influence en portant à l'attention de leurs collègues, supérieurs, partenaires et collaborateurs, les nombreuses composantes qui doivent être prises en compte qui ont des répercussions sur la qualité de vie des personnes.

(Paquette, Leclerc et Bourque, 2014; OTSTCFQ, 2015)

Considérant la multitude de façons d'inclure les déterminants sociaux de la santé à leur pratique, les TS et TTS ont le pouvoir d'agir sur ceux-ci à petite, moyenne et grande échelle. Le tableau suivant l'illustre.

TABEAU : EXEMPLES D'INTERVENTIONS QUI INCLUENT OU NON LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Exemples* de situations où une TS ou TTS considère les déterminants sociaux :	Exemples* de situations où une TS ou TTS omet de considérer les déterminants sociaux :
▪ Dans une intervention de relocalisation avec une personne âgée en perte d'autonomie qui se sent seule, inclure les conditions de vie d'un nouveau quartier à la réflexion (ex. : quartier central propice aux contacts sociaux, résidence ayant une salle commune, etc.). ▪ Avec un groupe d'adultes ayant une déficience physique qui vise la reprise d'activités sociales, explorer les obstacles, défis et opportunités des conditions de vie des participants (ex. : ressources financières, accessibilité des lieux et du transport).	▪ Avec une personne ayant reçu récemment un diagnostic de trouble mental, omettre le fait que son milieu de vie immédiat contribue à accroître son isolement et sa souffrance. ▪ Orienter une intervention familiale sur la cohésion parentale alors que les membres ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins de base. ▪ Aider une dame souhaitant diminuer sa consommation d'alcool sans considérer que cette problématique est exacerbée par sa récente perte d'emploi.
*Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Elle vise à illustrer quelques situations où une TS ou TTS considère ou omet les déterminants sociaux dans son intervention.	

Questions pour une pratique réflexive



- De quelle(s) façon(s), tout au long de mon processus d'intervention, je tiens compte des déterminants sociaux de la santé?
- Puis-je identifier des exemples de situations où j'ai inclus les déterminants à mon intervention? Des exemples de situations où cette perspective a été plus difficile à actualiser pour moi?
- Plus particulièrement, dans mon évaluation du fonctionnement social, comment mon analyse met en relief la façon dont les différents déterminants sociaux de la santé s'influencent entre eux et ont des répercussions sur la situation? En quoi cela oriente mes choix de stratégies d'intervention?
- Dans mon intervention auprès d'une personne, d'une famille ou d'un groupe, quels sont les avantages de partager à l'utilisateur mon analyse qui considère les déterminants sociaux? Comment cela peut-il l'aider à comprendre et dépersonnaliser sa situation?
- Comment dans ma pratique, je collabore avec les organismes de la communauté qui agissent favorablement sur les milieux et les conditions de vie?

2 APPUIS THÉORIQUES EN TRAVAIL SOCIAL ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

2.5 ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Il est démontré dans les écrits scientifiques et expérientiels que l'intervenant, pour contribuer au succès de la démarche d'aide, doit non seulement s'appuyer sur des approches et des modèles pertinents, mais surtout créer une relation de partenariat et un climat propices aux changements à réaliser.

Définition et composantes de l'alliance thérapeutique

Indépendamment de la méthode, de l'approche ou du modèle utilisé, « *l'alliance thérapeutique constitue l'outil d'intervention le plus puissant que l'on connaisse dans le domaine du travail social* » (Young et Dumbrell, 2010 cité dans Bilocq et Duchemin, 2015, p. 6).

Ainsi, lorsqu'on parle d'alliance thérapeutique, on réfère à la qualité et à la force de la relation de collaboration qui se développe entre l'intervenant et l'usager. Il s'agit de bâtir une relation orientée vers un but, des objectifs et des stratégies communs afin de pouvoir mieux aider la personne à solutionner une difficulté rencontrée. La construction de l'alliance thérapeutique doit se faire sur la base du respect, de la bienveillance et du développement d'une confiance mutuelle.

Les trois caractéristiques principales de l'alliance thérapeutique sont :

- Une entente sur les objectifs de l'intervention;
- Une entente sur les tâches ou les moyens retenus pour les atteindre;
- Un lien affectif positif entre l'usager et le thérapeute.

(Horvath et Bedi 2002, cité dans Pauzé, 2012).

À elle seule, l'alliance constitue un des facteurs les plus importants à prendre en compte, puisqu'elle permet d'augmenter considérablement les chances d'atteindre les objectifs visés par l'intervention. Elle génère une meilleure évolution de la situation de l'usager. L'alliance permet aussi de diminuer de façon significative les risques d'abandon en cours de suivi (Horvath, A. et Bedi, R. 2002, cité dans Pauzé, 2012).

Des études ont démontré que l'efficacité de toute intervention est grandement influencée par la qualité de l'alliance thérapeutique qui se construit entre l'usager et l'intervenant. Les facteurs suivants sont ceux le plus fortement associés à la réussite d'une intervention :

- 40 % de la réussite d'une intervention dépend des caractéristiques personnelles de l'usager, dont sa motivation et ses capacités.
- 30 % de la réussite d'une intervention est associée aux facteurs personnels de l'intervenant, notamment sa capacité à établir une alliance thérapeutique.
- 15 % de la réussite d'une intervention est attribuable à l'approche et le modèle d'intervention.
- 15 % de la réussite d'une intervention est liée à l'espoir et l'effet placebo, c'est-à-dire de croire sincèrement en la possibilité d'un changement.

(Boart et Wade, 2013; Norcross, 2002, cité dans Pauzé, 2012)

Défis associés à l'alliance thérapeutique

Dans certains contextes, de par la nature du mandat et de l'offre de service, l'établissement d'une alliance thérapeutique peut être plus difficile et plus complexe. En étant conscients de cet enjeu, les intervenants doivent mettre en place des moyens adaptés favorisant l'instauration d'une alliance. Une attention particulière doit être portée à la relation et au climat dans les trois premières rencontres, car il s'agit de la période la plus critique pour la création de l'alliance thérapeutique (Botella et al., 2008, cité dans Pauzé 2012).

Parmi les défis associés au développement de l'alliance thérapeutique, mentionnons que toute relation entre un intervenant et un usager se base nécessairement sur une certaine autorité. En effet, une personne demande de l'aide à autrui, tandis que l'intervenant met à profit son savoir et son statut pour la soutenir. Face à un usager, l'intervenant doit donc prendre conscience qu'il détient trois sources possibles d'autorité :

- L'autorité formelle, qui lui est déléguée, légitimée et sanctionnée de par son appartenance à sa discipline et à son système professionnel, s'il y a lieu;
- L'autorité institutionnelle, qui découle de son appartenance à un établissement et à sa mission;
- L'autorité psychologique, qui est accordée par l'usager lorsqu'il reconnaît l'intervenant comme une personne de référence sur le problème en cause et qu'il accepte d'être influencé et guidé par lui (Leblanc, 2010).

Attitudes chez l'intervenant qui facilitent et nuisent à l'alliance thérapeutique

Considérant ces défis associés à l'alliance thérapeutique, il est important de se demander comment favoriser sa création et sa consolidation. Voici quelques moyens qui peuvent être mis en place par les TS et TTS pour influencer positivement l'établissement d'une alliance thérapeutique :

- Avoir des attentes positives face au changement, croire à l'utilité du suivi, à la réceptivité et à la motivation au changement de l'usager;
- Adopter ces quatre attitudes fondamentales : l'empathie, la conscience de soi, l'authenticité et la confiance;
- Donner des informations sur le suivi, clarifier les rôles de chacun, établir des règles de fonctionnement, partager son raisonnement derrière les interventions mises de l'avant et établir clairement les attentes;
- Comprendre l'usager à partir de son point de vue, de ses valeurs et de ses choix;
- Reconnaître le savoir expérientiel de l'usager et de ses proches pour les accompagner dans la co-construction des objectifs et des interventions en fonction de leurs besoins et capacités;
- Offrir de l'écoute active en encourageant l'usager à continuer de parler, en lui demandant de préciser ce qu'il vit, ressent ou pense, en mettant l'accent sur une action qui prend en compte et se bâtit sur ses forces et celles de ses proches (Beaudry et Trottier, 2001);
- Être conscient des représentations sociales et de ses propres perceptions comme intervenant envers la clientèle et les problèmes sociaux concernés, car elles peuvent constituer un défi dans l'établissement de l'alliance thérapeutique;
- Utiliser différentes habiletés de communication, comme le reflet, la reformulation, la clarification, le renforcement, la rétroaction ou le résumé favorisent une communication efficace et permettent l'établissement et le maintien d'un lien de confiance, l'aisance de l'usager à se confier et la motivation de l'usager à se mobiliser;

- Mettre de l'avant la prise de décision partagée¹⁰ avec l'utilisateur et ses proches dans l'ensemble du processus d'intervention;
- Utiliser des rôles variés tout au long de l'intervention pour aider l'utilisateur à cheminer, tels que celui de conseiller, de médiateur, de courtier ou de défenseur. Le lecteur est invité à consulter le tableau résumant ces différents rôles dans la [fiche 4.5 : réalisation de l'intervention sociale et révision périodique du plan](#).

En somme, les usagers qui perçoivent leur intervenant comme crédible, digne de confiance, fiable, honnête, authentique et empathique seront plus enclins à établir une alliance thérapeutique (Karver et al., 2005, cité dans Pauzé 2012). Les différents moyens que les TS et TTS peuvent mettre en place doivent donc susciter ces sentiments pour pouvoir nourrir l'alliance thérapeutique.

À l'inverse, certaines attitudes sont à éviter. Il faut, entre autres, faire attention à ses propres perceptions comme intervenant avant de débiter le suivi auprès de l'utilisateur, car elles peuvent nuire ou retarder le processus. Les comportements ou les stratégies suivantes peuvent notamment faire obstacle à l'alliance :

- Inciter l'utilisateur à parler avant qu'il soit prêt;
- Déformer des propos ou mal les comprendre;
- Critiquer l'utilisateur;
- Ne pas reconnaître l'émotion de l'utilisateur ou la minimiser;
- Utiliser des interprétations trop rapidement ou de façon trop répétée;
- Surstructurer les rencontres avec l'utilisateur ou laisser peu de place à ses besoins (Pauzé, 2012);
- Ne pas considérer l'utilisateur et ses proches comme étant des partenaires dans l'intervention et la recherche de solutions;
- Ne pas chercher à utiliser les capacités et les forces de l'utilisateur et ses proches puis prendre des décisions importantes sans les consulter dans la mesure de leurs capacités.

En résumé, **pour assurer le développement de l'alliance, l'intervenant s'interroge tout au long du suivi sur la nature, l'évolution et la qualité de la relation qui s'établit avec l'utilisateur**. Pour y parvenir, il doit valider avec ce dernier son appréciation de la relation. À travers les différentes étapes de l'intervention, l'alliance thérapeutique est appelée à évoluer, ce qui est tout à fait normal. Toute relation thérapeutique risque d'être mise à l'épreuve autant par l'utilisateur que par l'intervenant. Il ne faut pas voir ces remises en question comme étant des échecs dans la relation, mais plutôt comme des opportunités d'apprentissage pour l'utilisateur et l'intervenant. Le fait d'aborder avec transparence et respect l'obstacle permet de relancer l'alliance sur des bases plus solides.

Face à de tels défis dans le maintien et la maturation de l'alliance thérapeutique, il est primordial de ne pas mettre trop rapidement l'accent sur les caractéristiques de l'utilisateur. Il est opportun que l'intervenant fasse usage d'une pratique réflexive, afin de prendre du recul face à ses propres actions et attitudes. Parfois, il est utile de demander une opinion extérieure pour faire le point sur la situation, s'objectiver et rechercher de nouvelles solutions.

¹⁰ Il s'agit d'un processus décisionnel entrepris conjointement par l'intervenante et l'utilisateur, qui vise une coconstruction des soins et services en prenant compte des besoins, du projet de vie, des valeurs de l'utilisateur, ainsi que des caractéristiques de l'offre de services et du raisonnement clinique de l'intervenante. Cette dernière accompagne l'utilisateur pour qu'il puisse exprimer son opinion et ses préférences en plus de faire des choix libres et éclairés dans la mesure de ses capacités (MSSS, 2018).

Questions pour une pratique réflexive



- Comment, dans mes interventions, je favorise l'établissement et le maintien d'un lien de confiance?
- Quelles sont mes stratégies pour établir et maintenir une relation de partenariat avec l'utilisateur et ses proches?
- Quelle perception ai-je de ma clientèle? De quelle façon cela peut-il influencer la création de l'alliance?
- Comment puis-je intégrer davantage la prise de décision partagée dans ma démarche d'intervention?
- Comment puis-je valider avec l'utilisateur sa perception de notre alliance tout au long du suivi? Quels sont les facteurs qui influencent la création de cette alliance avec cet usager en particulier?
- Face au constat que cette alliance semble fragilisée, comment puis-je la consolider?

2 APPUIS THÉORIQUES EN TRAVAIL SOCIAL ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Synthèse du chapitre

Pour aller plus loin...

Synthèse du chapitre



Les TS et TTS appuient leur analyse sur des assises théoriques provenant de diverses approches. Ces dernières aident l'intervenante dans son analyse et sa compréhension d'une situation. Pour leur part, les modèles d'intervention suggèrent une manière d'agir, d'opérer, d'intervenir à l'égard de la situation ou d'un phénomène, préalablement observé, analysé et compris à l'aide de l'approche. Les **grandes familles d'approches et modèles** sont ainsi complémentaires. Il importe que les TS et TTS en fassent un choix conscient et éclairé afin d'adapter leur lecture de la situation et leurs interventions aux particularités de l'usager.

Par ailleurs, TS et TTS doivent tenir compte dans leurs lectures des situations rencontrées de l'influence et des répercussions possibles des **problèmes sociaux** sur celles-ci. Pour y parvenir, elles peuvent explorer à l'intérieur de leur évaluation, de leur planification et la réalisation de l'intervention, les différentes facettes des **déterminants sociaux de la santé**, permettant ainsi l'actualisation d'une lecture globale des problématiques. Par conséquent, cela permet à l'intervenante de comprendre l'origine d'un problème qui, à priori, peut sembler individuel et d'en dégager les enjeux collectifs s'y rattachant.

En intervention, indépendamment de la méthode, de l'approche ou du modèle utilisé, il est essentiel d'accorder une place prédominante à l'établissement d'une **alliance thérapeutique** de qualité avec l'usager. À elle seule, l'alliance est un prédicteur majeur relatif à l'adhésion au suivi ainsi qu'à l'atteinte des résultats visés. C'est pourquoi, tout au long du suivi, l'intervenante doit s'interroger sur la qualité de la relation et des moyens qu'elle met en place afin de favoriser une alliance et un partenariat de qualité avec l'usager.

Pour aller plus loin...



Au sujet des déterminants sociaux de la santé :

- Les organisateurs communautaires sont des acteurs privilégiés en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ils peuvent, entre autres, être consultés en ce qui concerne le portrait de défavorisation par secteur.

CIUSSS de la Capitale-Nationale (2018). *Cadre de référence en organisation communautaire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale*. Bureau du président-directeur général adjoint [PDGA], Québec. 68 p.

https://www.ciu-ss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/NosServices/OrganismeCommunautaire/cadre_de_reference_oc_ciu-sscn.pdf

- CIUSSS DU NORD DE L'ÎLE DE MONTRÉAL (2016). La santé dans tous ses états : Les déterminants sociaux de la santé. [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=s-lv0gVxfPg>
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2017). Déterminants de la santé <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>
- MIKKONEN, J. et RAPHAEL, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto, Université York, École de gestion et de politique de la santé, 62 p. http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-02.pdf>

Au sujet des approches et modèles d'intervention :

- ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC. (2018). Comment choisir son modèle d'intervention? [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=8hPMnRsU6eo>
- BELLEMARE, L. (2000). L'approche systémique : une affaire de familles. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 1, 2000, p. 75-91.
- BOUCHARD, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. *Service social*, 36 (2-3), p. 286-314.
- MOREAU, M. (1987). L'approche structurelle en travail social. *Service social*, 26 (2-3), p. 227-247.
- TURCOTTE, D. et J-P. DESLAURIERS. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle : 2^e édition revue et augmentée*. Chapitre 7 : Principales approches en travail social. Presses de l'Université Laval, Québec, p. 175-186.
- TURCOTTE, D. et J-P. DESLAURIERS. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle : 2^e édition revue et augmentée*. Chapitre 8 : Quelques modèles d'intervention. Presses de l'Université Laval, Québec, p. 207-268.
- VAN DE SANDE, A., BEAUVOLSK, M-A. & LAROSE-HÉBERT, K. (2018). *Le travail social : théories et pratiques*, 3^e édition. Chapitre 9 : Les approches contemporaines. Chenelière Éducation, p. 112-124.

Au sujet de l'alliance thérapeutique et du partenariat avec l'utilisateur :

- BAILLARGEON, P. et PUSKAS, D. (2013). L'alliance thérapeutique : conception, pratique. *Revue Défi jeunesse XIX* (3), p. 4-9.
- DUMAINE, M. et BAILLARGEON, P. (2002). L'alliance thérapeutique. *Revue Défi jeunesse IX* (1), p. 17-22.
- MSSS. (2018) CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'APPROCHE DE PARTENARIAT ENTRE LES USAGERS, LEURS PROCHES ET LES ACTEURS EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>
- PICHÉ, A.-M. (2001). Les composantes de l'alliance thérapeutique : un modèle de collaboration. Québec, Université Laval : École de service social.
- TURCOTTE, D. et J.-P. DESLAURIERS. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle : 2^e édition revue et augmentée. Chapitre 2 : La prise de contact*. Presses de l'Université Laval, Québec, p. 44-60.

3 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : QUELQUES REPÈRES POUR Y CONTRIBUER (CIP)

Parmi les quatre grands domaines de compétences du référentiel de l'OTSTCFQ (2012), la TS doit être en mesure d'établir et de maintenir des collaborations interprofessionnelles, intersectorielles et partenariales pour mieux répondre aux besoins de l'utilisateur, des proches ou de la communauté. Les TTS doivent également maîtriser les habiletés professionnelles et personnelles requises pour travailler en équipe. Il est donc attendu au CIUSSS de la Capitale-Nationale que les TS et TTS jouent un rôle clé dans la promotion et l'actualisation de la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans les différentes directions-programmes. Cette fiche en présente les principaux repères.

La collaboration interprofessionnelle : pourquoi? Pour qui? Comment?

Il est reconnu que la CIP contribue à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts à l'utilisateur et elle apporte des bénéfices tant à celui-ci qu'aux professionnels et aux organisations. Elle est définie comme étant « le processus par lequel les professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique favorisant une réponse cohérente et intégrée aux besoins de l'utilisateur » (D'amours et Odansan, 2005, p. 9).

La collaboration ne repose pas exclusivement sur l'utilisation de savoirs. Elle est aussi influencée par la volonté de collaborer et la reconnaissance des compétences des autres. Elle se vit à travers les relations d'où l'importance de la création d'un climat empreint de confiance et de respect qui est essentiel à établir (CPIS, 2010).

Compétences spécifiques en CIP

Selon le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS, 2010), la CIP requiert la maîtrise de six domaines de compétences qui se développent et évoluent avec l'expérience et la formation : les soins et les services centrés sur la personne, ses proches et la communauté, la communication interprofessionnelle, la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif, et la résolution de conflits interprofessionnels. Parmi ces compétences, le partenariat avec l'utilisateur doit être présent tout au long du processus d'intervention. Cela implique que ce dernier possède l'information nécessaire à son engagement, qu'il puisse échanger sur ses préférences et ses valeurs et qu'il participe à la prise de décisions ainsi qu'à l'évaluation des résultats à la suite des interventions (Careau, 2017).

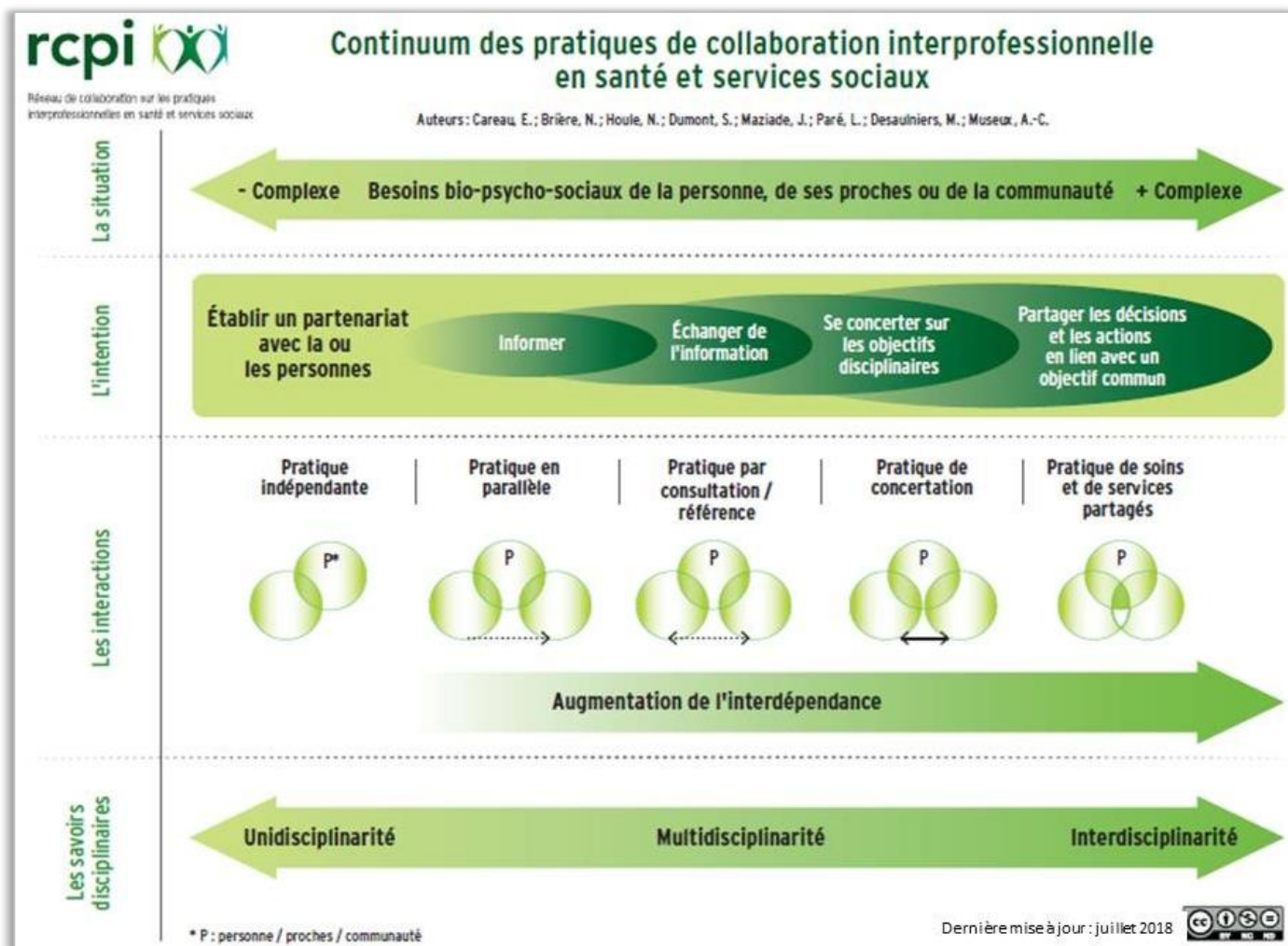
De plus, la connaissance et la reconnaissance du rôle de chacun et l'établissement d'une communication efficace et respectueuse constituent les fondements incontournables de la CIP. L'optimisation de la CIP implique la capacité de chaque professionnel à exercer un leadership collaboratif, ce qui signifie :

- Assumer une responsabilité constante de ses actions et de son rôle, selon son champ d'expertise;
- Collaborer au développement de l'équipe et à l'optimisation de la prestation de soins et de services par la mise à contribution de savoirs propres à sa profession, tout en reconnaissant l'expertise de chacun.

Les TS et TTS ont la responsabilité, tout comme les autres intervenants, de faire valoir la spécificité de leur profession et de reconnaître celle des autres. C'est ainsi que tous les intervenants pourront bien saisir les particularités de leur rôle et la complémentarité des savoirs disciplinaires. Le leadership collaboratif se traduit par l'engagement de chacun à reconnaître l'expertise qui sera la plus appropriée pour offrir les meilleurs soins et services selon les besoins identifiés dans une situation donnée.

Différentes pratiques de CIP

Une collaboration réussie repose sur la capacité des professionnels à reconnaître, selon la complexité des besoins de l'usager et le contexte de pratique particulier, le mode de collaboration approprié, tel qu'illustré dans le schéma intitulé *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux* du RCPI.



Source : Careau et al. (2014 et rev. 2018). Reproduit avec permission.

Actions à privilégier pour actualiser les pratiques de CIP

Afin de faire vivre les différentes pratiques présentées à la page précédente, différentes stratégies sont à considérer.

Le tableau ci-dessous est tiré du [MSSS \(2019, p. 18, 20\)](#). Il a été adapté à la pratique des TS et TTS du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il présente quelques pratiques à privilégier et des pistes d'action pour contribuer à la CIP.

Pratiques à privilégier	Pistes pour l'action
Prendre du temps pour présenter son rôle et comprendre celui des autres professionnels	▪ Mettre à profit les occasions d'échanges, formels et informels pour se faire connaître et présenter son rôle à l'équipe — Convenir des stratégies pour faire connaître son rôle et établir les modalités de collaboration; — Consulter au besoin, la professionnelle en soutien clinique pour la préparation d'une présentation de son rôle auprès de l'équipe. ▪ Échanger avec les membres de l'équipe au sujet : — Des rôles de chacun, des zones d'interventions partagées et des dédoublements, ainsi que des activités réservées selon la <i>Loi modifiant le Code des professions</i>; — Des clientèles visées, des interventions réalisées et de la durée des suivis; — Des attentes respectives dans une perspective de complémentarité des connaissances; — Des contraintes et des exigences de son travail respectif en vue de comprendre la réalité de chacun.
Construire sa crédibilité professionnelle	▪ Appuyer ses opinions professionnelles par des données probantes liées à son champ d'exercice et démontrer une capacité d'analyse et de synthèse; ▪ Offrir de la rétroaction et du soutien dans un délai raisonnable (ex. : faire un retour rapidement lors de la réception d'une demande ou proposer des alternatives dans le cas d'un service qui semble mieux adapté aux besoins de l'utilisateur); ▪ Offrir de partager ses connaissances quand il est possible et pertinent de le faire.
Contribuer à établir un espace de dialogue avec les membres de l'équipe et ses collaborateurs	▪ Chercher activement à établir des liens de confiance avec les autres intervenants et partenaires. Si possible, privilégier les échanges en personne au début de la collaboration; ▪ Offrir une écoute active aux autres intervenants et partenaires et respecter leurs opinions et leurs particularités d'ordres professionnel et culturel; ▪ Adopter une attitude d'ouverture, de souplesse et d'écoute.
Élaborer des stratégies de collaboration et de communication	▪ Convenir, avec les professionnels, des modalités de communication à privilégier pour tenir compte des situations et de la réalité de chacun; — Valoriser toutes les occasions d'échange, même de courte durée (ex. : appels téléphoniques, rencontres formelles ou informelles, courriels, etc.);

Pratiques à privilégier	Pistes pour l'action
	— Identifier les moyens existants et efficaces pour communiquer avec ses collaborateurs (ex. : courriel, information durant une réunion, dépliant, babillards, etc.); — Optimiser les moments d'échange avec les membres de son équipe et collaborateurs (ex. : prioriser ses questions, les formuler de façon claire et concise) et identifier le bon moyen de communication selon la situation; — S'assurer que les modalités de référence et de consultation sont définies et connues et les ajuster si nécessaire.
Apprendre à communiquer son opinion professionnelle et à accueillir celle des autres	▪ Utiliser un langage clair, concis et compréhensible par tous; ▪ Valider les points de vue de ses collègues et offrir une rétroaction respectueuse et constructive afin de coconstruire une vision commune de la situation; ▪ Garder à l'esprit le but commun de la collaboration interprofessionnelle, soit d'optimiser les soins et services en offrant une réponse cohérente et intégrée aux de l'utilisateur.
Faire appel au soutien de ses collègues et offrir le sien	▪ Reconnaître ses limites et accepter le soutien des autres membres de l'équipe qui ont des expertises et des compétences complémentaires.
Contribuer à l'actualisation de la collaboration interprofessionnelle	▪ Contribuer au développement de son équipe et des compétences de ses membres en offrant de partager ses connaissances (ex. : offrir des activités de formation); ▪ Exprimer ses besoins et ses limites, valider et négocier les attentes liées à son rôle tout en s'enquérant de la réalité des autres intervenants; ▪ Porter un regard critique constructif sur les modalités de collaboration dans son équipe et contribuer à y apporter des ajustements pour l'améliorer; ▪ Échanger sur les dédoublements entre les membres de l'équipe de façon à revoir le partage des rôles dans le respect de l'expertise de chacun.
Reconnaître les situations à risque de tension ou de conflit lorsque l'on est concerné	▪ Discuter des situations qui posent un défi dès qu'elles surviennent en les abordant de façon claire et respectueuse; ▪ Contribuer, lorsque cela est pertinent, à résoudre les conflits en analysant leurs causes et en explorant différentes pistes pour les dénouer de la façon la plus satisfaisante et la plus constructive possible pour toutes les parties.
Établir un partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux	▪ Permettre aux usagers d'exercer une plus grande influence sur leur santé et sur les décisions relatives à leurs soins et services en les considérant au même titre que les intervenants ou autres acteurs et en les impliquant dans le but d'arriver à une prise de décision partagée. ▪ Proposer des interventions : — conformes aux meilleures pratiques dans sa discipline (guide de pratique clinique, code de déontologie, normes, code d'éthique, etc.); — en cohérence avec les besoins, les valeurs, les attentes et le projet de vie des usagers.

Questions pour une pratique réflexive



- Comment s'établit la relation de confiance avec mes usagers? Qu'est-ce qui me permet de créer un climat de confiance avec mes collaborateurs? Quelles sont les actions que je pose en ce sens?
- Avec quels collaborateurs serait-il important d'améliorer la complémentarité des soins et des services offerts à l'utilisateur? Quelles occasions d'échanges avec ces collaborateurs pourrais-je utiliser pour clarifier les rôles?
- Qu'est-ce que mes collaborateurs devraient savoir de mon travail qui pourrait les aider dans le leur? Qu'est-ce que je devrais inversement savoir du travail des autres qui m'aiderait dans le mien?
- Quelles sont les modalités de communication avec mes collaborateurs? Sont-elles efficaces? Sinon, quelles suggestions pourrais-je proposer?
- Quelles sont mes stratégies pour encourager les discussions ouvertes et la participation inclusive de tous, incluant l'utilisateur, dans mes collaborations?

3 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE (CIP)

Synthèse du chapitre
Pour aller plus loin...

Synthèse du chapitre



Parmi les avantages de la CIP, il est démontré qu'elle contribue à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts à l'utilisateur pour une meilleure réponse à ses besoins. Comme les TS et TTS représentent des acteurs importants dans le déploiement et l'optimisation de la CIP, leur contribution doit témoigner de leur maîtrise des domaines de compétences s'y rattachant ainsi que de leur capacité à reconnaître et à utiliser la pratique collaborative la mieux adaptée à la situation rencontrée. Établir un climat de confiance avec ses collaborateurs, reconnaître l'expertise de chacun et être proactif dans la mise en œuvre d'actions favorables à la consolidation de la CIP représentent des conditions gagnantes.

Pour aller plus loin...



Concernant la CIP, le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux [RCPI] propose au lecteur les activités suivantes :

- [Définition de la CIP](#) (fiche explicative)
- [Inspiration à la CIP](#) (vidéo permettant d'amorcer un échange sur la CIP)
- [Capsule narrée « Découvrez les compétences nécessaires à la CIP »](#)
- [Capsule narrée « Le continuum des pratiques de CIP »](#)
- [La CIP dans mon milieu](#) (activité)
- [« Grille d'auto-évaluation de l'atteinte de ses compétences à la CIP : cibler ses objectifs de développement personnel »](#)



4 COMPOSANTES DU PROFESSIONNALISME

Le *Cadre de référence en travail social* vise notamment à soutenir une pratique réflexive chez les intervenants de cette discipline afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des interventions avec les usagers.

Pour ce faire, le professionnalisme et ses composantes apparaissent comme des repères incontournables sur lesquels appuyer la pratique sociale et faire valoir son expertise. Considérant le caractère diversifié, voire même éclectique du travail social, et compte tenu des clientèles particulièrement vulnérables concernées, **les TS et TTS sont invitées à utiliser les normes, comportements et responsabilités abordées dans ce chapitre comme assises à leurs actions quotidiennes.**

Il est ainsi essentiel de reconnaître le caractère complexe de la pratique sociale, tout en mettant à profit les différents repères permettant de soutenir et guider l'intervention dans ce contexte.

4 COMPOSANTES DU PROFESSIONNALISME

4.1 DÉFINITION DU PROFESSIONNALISME ET SES TROIS COMPOSANTES

Définition du professionnalisme

Le professionnalisme se définit comme l'ensemble des attributs qui caractérisent un professionnel. Ainsi ces attributs sont classés en trois composantes : les normes, les comportements et les responsabilités (adapté de Bossers et al. 1999; Hopkins-Rosseel D. 2018).

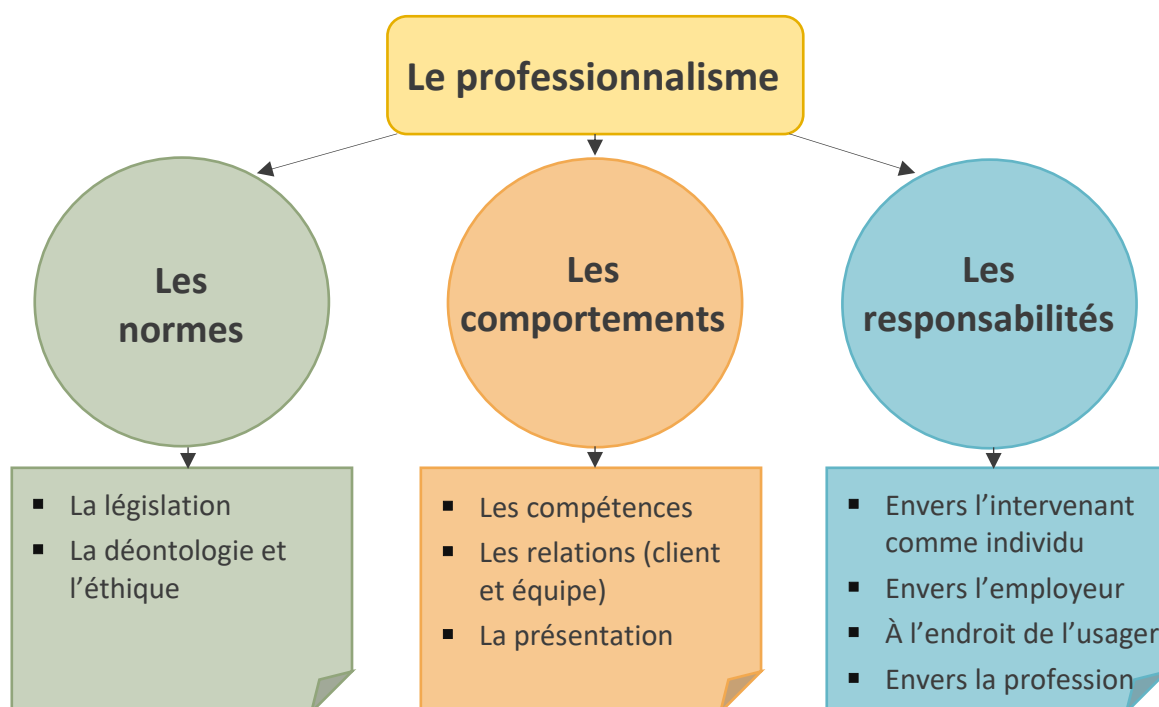
Dans le présent document, il importe de préciser que le terme « professionnalisme » est utilisé de façon globale et inclusive. Il regroupe tous les intervenants de la discipline du travail social, tant les TS que les TTS. Agir avec professionnalisme fait donc référence à la « qualité de quelqu'un qui exerce une activité avec une grande compétence » (Larousse, 2019).

Agir avec professionnalisme en travail social signifie, entre autres, être responsable de ses gestes et ses décisions, de subordonner son intérêt personnel à l'intérêt des autres, ainsi que d'agir dans l'intérêt des besoins de la société en respectant des normes éthiques et morales élevées. Il s'agit donc d'actualiser dans sa pratique quotidienne les composantes du professionnalisme soit :

- Les normes
- Les comportements
- Les responsabilités

Les composantes du professionnalisme

La figure suivante illustre ces trois grandes composantes du professionnalisme. Chacune de celles-ci sera détaillée dans les fiches suivantes et sera exposée brièvement en fonction de la pratique des TS et TTS.



Traduction de Bossers et Al., 1999

4 COMPOSANTES DU PROFESSIONNALISME

4.2 NORMES

Une norme est établie par une autorité et imposée aux parties concernées par une intervention particulière. Elle dicte une ligne de conduite en fixant les caractéristiques d'une intervention ou d'un processus, fournissant ainsi une certaine garantie de sécurité, de performance et de qualité dans un contexte prédéfini (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2019).

Il s'agit donc d'un code de conduite auquel les TS et TTS se réfèrent et sur lequel elles fondent leurs actions. **Les normes constituent des leviers essentiels pour composer avec la complexité des situations psychosociales rencontrées dans la pratique et agir dans le meilleur intérêt de l'utilisateur.**

Plus spécifiquement, les normes explicitent les obligations énoncées dans les lois et les règlements auxquels sont tenus de se conformer les intervenants. Elles visent à promouvoir la rigueur et la qualité des activités cliniques et peuvent être déterminées par différentes instances. Par exemple, la *Directive relative à la tenue et à la gestion du dossier de l'utilisateur du CIUSSS de la Capitale-Nationale* (2017) est une norme d'établissement découlant de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS) qui régit la tenue de dossier attendue pour tous les intervenants de l'établissement qui offrent des soins et services. De façon plus spécifique, l'OTSTCFQ a produit des normes encadrant la pratique de ses membres, telles que les *Normes de pratique professionnelles des travailleurs sociaux*, le *Guide de normes sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation*, le *Guide de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*, les *Normes de pratique pour le travail social de groupe*, etc. Les normes ne sont donc pas uniquement des dispositions légales. Certaines découlent cependant de lois et ont un caractère exécutoire.

Les deux catégories de normes

La législation

L'Office québécois de la langue française (2006) définit la législation comme un « ensemble des lois et des règles qui se rapportent à un domaine déterminé du droit ».

Dans le cadre de la prestation de service des TS et TTS, plusieurs lois et règlements balisent et orientent la pratique tels que :

- La *Charte des droits et libertés de la personne*;
- Le *Code civil du Québec*, RLRQ c CCQ-1991;
- Le *Code des professions*, art. 60.4;
- Le *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, C-26, r. 286;
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS);
- *Loi sur le curateur public*, RLRQ c C-81, r 1;
- *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ c L-6.3;

- *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*, RLRQ c P-38.001;
- *Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes*, LQ 2001, c 78;
- *Loi de la protection de la jeunesse* (LPJ).

Les lois s'avèrent de précieux leviers et repères permettant de guider les interventions sociales. Pour ce faire, il est impératif pour les TS et TTS de connaître le contenu et l'application des lois pertinentes à leur contexte de pratique dans le but de transposer ces connaissances dans les situations rencontrées. De plus, le respect des lois en vigueur et des différentes normes assure une prestation de services sécuritaire et de qualité au public.

La déontologie et l'éthique

La déontologie se définit comme l'« ensemble des règles et des normes qui régissent une profession ou une fonction, la conduite de ceux qui l'exercent ainsi que les rapports entre ceux-ci et leurs clients ou le public » (Office québécois de la langue française, 2007).

En plus des différentes lois et politiques, la TS doit tenir compte du code de déontologie défini par l'OTSTCFQ. Ce code regroupe les principales règles, responsabilités et devoirs qu'a la TS envers le public et sa profession. C'est donc dire qu'une TS qui contrevient à son code de déontologie risque des sanctions disciplinaires qui peuvent aller de l'avertissement jusqu'à la radiation de son ordre. Bien que l'objectif premier soit de protéger les clients, il s'avère également un outil de référence intéressant pour soutenir et guider sa prestation de service.

En ce qui a trait à l'éthique, elle est définie comme « une démarche de réflexion fondée sur les valeurs, qui questionne le sens, le but et les conséquences pour autrui de nos actions. L'éthique clinique et de l'enseignement intègre les questionnements issus de la pratique clinique et des activités de supervision et d'enseignement, et est essentielle au développement de soins et services de qualité » (CIUSSCN, 2019).

Voici les quatre grands principes éthiques qui constituent, pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale, des points de repère additionnels à l'action et la prise de décision en présence d'un dilemme éthique :

- Respect de l'autonomie : reconnaître la capacité de l'utilisateur de penser, de décider et d'agir librement
- Bienfaisance : l'obligation d'aider les autres à satisfaire au mieux leurs intérêts
- Non-malfaisance : éviter de faire du tort, diminuer les risques de préjudice
- Justice : agir équitablement, reconnaître que tous ont droit aux mêmes soins et services

(Giroux, 1997)

L'éthique est un incontournable pour les TS et TTS, car elle offre une réflexion sur les valeurs qui orientent et motivent les actions de l'intervenant. Ces valeurs peuvent être celles de l'utilisateur, de ses proches, de l'intervenant, de l'établissement, de la discipline, etc. Le fait d'aider des personnes vulnérables engendre son lot de dilemmes éthiques en travail social.

Un des dilemmes éthiques les plus fréquents pour les TS et TTS concerne les situations où les valeurs d'autonomie et de sécurité semblent entrer en conflit, par exemple avoir recours ou non à une mesure de contrôle en CHSLD, recommander ou non une ouverture de régime de protection, maintenir un usager à domicile ou favoriser sa relocalisation, intervenir en réduction des méfaits ou dans un objectif de sobriété en toxicomanie, intervenir ou non face à une personne apte qui décide de maintenir sa relation avec un proche violent, etc. Par conséquent, lorsqu'une TS ou TTS aborde une situation clinique, elle se doit de considérer l'aspect éthique.

Lors d'un dilemme éthique, il y a généralement plusieurs lois, règlements, normes ou directives qui sont à considérer et qui, parfois, semblent entrer en contradiction. Il importe alors pour l'intervenant de **passer d'un raisonnement normatif (appliquer une façon de faire) à un raisonnement éthique (ce qu'il convient de faire).**

L'intervenant peut chercher du soutien clinique ou administratif au sein de sa direction, de même que solliciter certaines instances spécialisées, comme le comité d'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Questions pour une pratique réflexive



- Dans mes interventions, mon processus décisionnel tient-il compte autant des différentes normes, enjeux organisationnels que des attentes de la personne?
- Quels sont les principaux dilemmes éthiques avec lesquels je dois composer dans mon contexte de pratique?
- De quelle façon puis-je actualiser les étapes de la délibération éthique dans le cadre de mon travail?
- Sur quelles ressources puis-je compter pour me soutenir dans mes délibérations éthiques lorsque requis?

4 COMPOSANTES DU PROFESSIONNALISME

4.3 COMPORTEMENTS

Les comportements sont l'une des trois composantes du professionnalisme, avec les normes et les responsabilités. Les comportements se définissent comme une « manière d'être et d'agir habituelle ou occasionnelle d'un organisme humain ou animal dans un milieu donné. Tout comportement se compose d'un ensemble de manifestations cognitives, affectives et motrices, observables de façon externe, mises en œuvre par l'individu en relation avec son environnement » (Office québécois de la langue française, 2017).

Les comportements se déclinent en **3 grandes catégories** : les relations, la présentation et les compétences.

Les relations

Les relations font référence aux habiletés relationnelles déployées avec l'utilisateur afin de créer l'alliance thérapeutique qui repose sur le respect, l'honnêteté, l'objectivité et l'advocacy. Les relations font aussi référence à la capacité de l'intervenant de créer et d'entretenir des collaborations professionnelles de qualité, notamment par la clarification des rôles et la résolution de conflit.

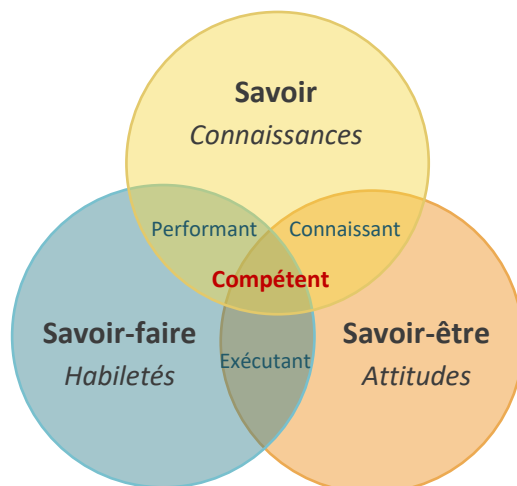
La présentation

La présentation demeure la carte de visite de l'intervenant lorsqu'il est en contexte de travail. Il peut s'agir de l'hygiène, de l'apparence, de la tenue vestimentaire. Cette présentation peut parfois être modulée en fonction de la clientèle notamment au niveau du code vestimentaire, mais il demeure important de se présenter convenablement auprès de la clientèle.

Les compétences

Les compétences se définissent comme un « ensemble de connaissances, de qualités et d'habiletés qu'une personne doit posséder pour accomplir une tâche spécifique » (Office québécois de la langue française, 2017). Il s'agit également d'une « combinaison des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être qui s'expriment dans le cadre d'une situation de travail concrète » (Office québécois de la langue française, 2006).

Les compétences d'un intervenant sont associées au mélange des savoirs :



Adapté de Henri Boudreault, 2002

- Le **savoir** comprend notamment les connaissances spécifiques liées à la discipline, le champ de pratique et les limites de celui-ci, ainsi que l'utilisation de données probantes pertinentes en travail social.
- Le **savoir-faire** est la capacité d'une personne à accomplir une tâche, il réfère aux habiletés.
- Le **savoir-être** inclut la capacité d'adaptation, la créativité et la confiance de l'intervenant. Ceci lui permet d'actualiser un processus et des stratégies d'intervention adaptées à chaque situation. Agir avec professionnalisme, c'est présenter des attitudes positives et collaboratives.

C'est en intégrant ces différents savoirs, qu'un intervenant est considéré comme compétent. Certaines compétences sont transversales, tandis que d'autres sont plus spécifiques à une discipline, un contexte de pratique ou une activité clinique circonscrite. Ainsi, les compétences attendues en travail social sont différentes de celles attendues en psychoéducation ou en ergothérapie. Ces professions peuvent toutefois partager certaines compétences ou portions de leur champ d'exercice. Par exemple, le *Code des professions* stipule que pour tout professionnel, « l'information, la promotion de la santé, la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux font également partie de l'exercice de la profession » (OPQ, 2021, section 2, p. 27).

L'intervenant social, qu'il soit bachelier ou technicien, se doit aussi d'avoir des compétences propres à son champ d'exercice ou son champ d'intervention. Les TS et TTS font transparaître ces compétences à chacune des étapes du processus clinique. Précisons également que les compétences de l'intervenant social s'acquièrent par l'entremise des savoirs théoriques et expérientiels. **La formation initiale permet le développement d'un premier bagage de compétences, que les TS ou TTS ont ensuite la responsabilité de faire évoluer par leur formation continue et leurs expériences professionnelles.**

Pour la TS, le *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* (l'OTSTCFQ, 2012) expose les compétences et leurs composantes qui sont attendues chez leurs membres. Ce document de référence est utile afin de prendre un recul sur sa pratique, se questionner sur ses compétences acquises et identifier des compétences à bonifier.

Les compétences de ce référentiel pour les TS sont structurées et divisées en quatre grands domaines soit :

- **Domaine 1** : une pratique éthique, critique et réflexive
- **Domaine 2** : un processus d'intervention social avec les individus, les familles, les groupes et les collectivités
- **Domaine 3** : des collaborations professionnelles, intersectorielles et partenariales
- **Domaine 4** : une contribution à son développement professionnel et à l'évolution de la profession

De plus, l'OTSTCFQ distingue dans ce même document trois niveaux de maîtrise de l'acquisition d'une compétence au seuil de l'emploi. Les attentes sont ainsi différentes à l'endroit d'un nouveau membre de l'OTSTCFQ qui amorce sa pratique sociale qu'envers un membre sénior considéré en pratique avancée.

Pour ce qui est des TTS, la Fédération des cégeps du Québec (2018) a défini 24 compétences attendues dans leur pratique. En cohérence avec celles-ci, le département des Techniques de travail social du Cégep de Sainte-Foy propose un regroupement des attitudes requises par les TTS selon les trois catégories suivantes :

- Capacités relationnelles (respect, authenticité, empathie, gestion des émotions)
- Capacités d'analyse (ouverture d'esprit, sens critique, conscience sociale, sens éthique)
- Capacités organisationnelles (adaptation, autonomie, créativité)

Questions pour une pratique réflexive



- De quelle façon j'actualise le développement des compétences attendues selon mon titre professionnel (TS-TTS) et mon cheminement professionnel (début, milieu ou fin de carrière)?
- Parmi celles-ci, quelles sont celles que je considère avoir acquises? Lesquelles sont à développer davantage?
- Quelles seraient les stratégies pour m'aider à développer mes compétences?

4 COMPOSANTES DU PROFESSIONNALISME

4.4 RESPONSABILITÉS

Les responsabilités constituent la troisième composante du professionnalisme, avec les normes et les comportements. Les responsabilités d’une intervenante se déclinent en quatre sphères (adapté de Bossers et al. 1999; Hopkins-Rosseel D. 2018), soit :

Les responsabilités envers l’intervenante comme individu

Comme individu, agir avec professionnalisme implique d’assurer en continu le développement de ses connaissances et compétences, et ce, indépendamment de l’appartenance à un ordre professionnel ou non. L’engagement et l’initiative de prendre les moyens nécessaires pour maintenir ses compétences à jour et se perfectionner font partie des responsabilités des TS et TTS durant toute leur carrière. En plus de ces dimensions communes, le développement professionnel des TS est encadré par l’OTSTCFQ, notamment avec son *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l’Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (RLRQ c C-26, r 291.1, 2016). La TS a donc une responsabilité supplémentaire considérant son appartenance au système professionnel et les obligations associées.

Les responsabilités envers l’employeur

Concernant les responsabilités envers l’employeur, l’autonomie professionnelle doit s’inscrire dans le respect du contexte organisationnel et de l’offre de service du programme. Cela signifie que la TS et la TTS sont tenues de respecter les règlements et politiques ainsi que les attentes concernant l’efficacité et l’efficience, la sécurité et la qualité des services.

Les responsabilités à l’endroit de l’usager

À l’endroit des usagers, l’intervenante est responsable de travailler en partenariat avec ceux-ci et leurs proches, dans le respect de leurs droits, de leur autonomie, en développement de leurs capacités et dans un esprit de responsabilisation.

Les responsabilités envers la profession

Enfin, en ce qui a trait aux responsabilités envers la profession, l’intervenante contribue au développement du travail social par l’intégration dans sa pratique de données probantes, de perspectives et d’orientations nouvelles. Elle peut aussi mettre en valeur sa profession en participant à des activités de recherche, en agissant à titre d’enseignante, en supervisant des stagiaires et en s’impliquant dans la société en cohérence avec les valeurs du travail social.

Questions pour une pratique réflexive



- Comment est-ce que je m'assure d'agir avec professionnalisme dans chacune des quatre sphères de responsabilités (envers moi comme individu, envers mon employeur, envers l'utilisateur et envers ma profession)?
- Est-ce qu'une de ces sphères de responsabilités me pose un plus grand défi? Laquelle et pourquoi? Quels moyens puis-je prendre pour mieux respecter mes responsabilités dans cette sphère?

4 COMPOSANTES DU PROFESSIONNALISME

Synthèse du chapitre
Pour aller plus loin...

Synthèse du chapitre



Le professionnalisme est un ensemble d'éléments qui caractérisent la pratique des intervenantes. Dans cette perspective, une pratique professionnelle implique de se conformer à ses normes, d'actualiser et de développer ses compétences, ainsi que de respecter ses responsabilités. Chacune de ces trois composantes offre des repères incontournables pour la pratique sociale.

En ce qui a trait aux **normes**, elles regroupent le volet législatif ainsi que la déontologie et l'éthique. Ces concepts fondamentaux doivent servir de trame de fond à la pratique des TS et TTS. Il s'agit d'ailleurs de leviers essentiels pour composer avec la complexité des situations psychosociales rencontrées dans la pratique et agir dans le meilleur intérêt de l'utilisateur.

Les **comportements**, pour leur part, réfèrent aux compétences (connaissances, habiletés, attitudes), aux relations (ex. : alliance thérapeutique avec l'utilisateur, collaboration interprofessionnelle) et à la présentation (ex. : hygiène, tenue vestimentaire). Des compétences spécifiques sont associées à la formation technique et d'autres à la formation universitaire.

Enfin, les **responsabilités** se déclinent en quatre sphères, soit celles qu'a l'intervenante à titre d'individu (ex. : autoévaluation et développement), celles envers son employeur (respect des attentes et de l'offre de service), celles à l'endroit de l'utilisateur (ex. : partenariat et respect de ses droits) ainsi que celles envers la profession (ex. : contribution à la recherche et stages). Les TS et TTS doivent porter une attention particulière à ces responsabilités dans leur pratique.

Pour conclure, les composantes du professionnalisme incluent l'ensemble des repères et obligations qui encadrent et soutiennent la pratique en travail social, qu'il s'agisse des lois, des politiques de l'établissement, des normes des ordres professionnels ou encore des responsabilités envers les usagers. Ces éléments sont interreliés et s'intègrent dans une même pratique professionnelle de qualité et sécuritaire pour l'utilisateur.

Pour aller plus loin...



Au sujet des normes en travail social

Pour les membres de l'OTSTCFQ :

- Normes générales de l'exercice de la profession de travailleur social
<https://www1.otstcfq.org/documentation/normes-generales-de-l'exercice-de-la-profession-de-travailleur-social/>

- Normes de pratique pour le travail social de groupe (*International Association for Social Work with Groups Inc*, 2015) traduit en français par l'OTSTCFQ (2017)
https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2018/09/normes_de_pratique_travail_social_de_groupe.pdf

Au sujet des compétences en travail social

Pour les membres de l'OTSTCFQ :

- [Référentiel de compétences des travailleurs sociaux](#) (OTSTCFQ, 2012)

Pour les TTS :

- FÉDÉRATION DES CÉGEPS DU QUÉBEC. (2018). *Les techniciennes et les techniciens en travail social toujours indispensable!* Québec. [dépliant]
https://fedcegeps.ca/wp-content/uploads/2013/12/FEDVF_TTS_depliant_web.pdf

Au sujet de la déontologie en travail social

- VAN DE SANDE, A., BEAUVOLSK, M-A. & LAROSE-HÉBERT, K. (2018). *Le travail social : théories et pratiques*, 3^e édition. Chapitre 3 : *La déontologie en travail social*. Chenelière Éducation, pp. 35-46.

Pour les membres de l'OTSTCFQ :

- *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (2020).
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20286%20/>
- *Guide de référence pour l'interprétation du Code de déontologie des membres de l'OTSTCFQ*
<https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2020/11/Guide-de-reference-pour-l-interpretation-du-Code-de-deontologie.pdf>

Au sujet de l'éthique en travail social

- BOIVERT, Y., JUTRAS, M., & LEGAULT, G. A. (2007). *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*. Liber.

Pour les membres de l'OTSTCFQ :

- *L'éthique et les travailleurs sociaux; éléments de réflexion et guide de délibération* (OTSTCFQ, 2006)
https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/lethique_et_les_travailleurs_sociaux_elements_de_reflexion_et_guide_de_deliberation.pdf

Pour les TS et TTS :

- Code d'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale
http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/trousse/bienvenue/Pages/TP_Code_ethique.aspx

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

Le présent cadre de référence vise notamment à harmoniser la pratique du travail social au CIUSSS de la Capitale-Nationale en la développant autour de repères communs. Le processus d'intervention constitue une de ces assises essentielles pour les TS et TTS de l'établissement. Il s'agit en fait du fil conducteur encadrant et orientant leurs interventions auprès des usagers, et ce, peu importe leur contexte de pratique.

Ce cinquième chapitre s'attarde aux grandes étapes du processus d'intervention en travail social. Une attention particulière est accordée à l'évaluation, car celle-ci en est la pierre angulaire. Elle se doit d'être pertinente au plan clinique en plus de refléter les valeurs et l'expertise spécifiques au travail social.

Enfin, ce chapitre traite aussi de deux éléments incontournables : la tenue de dossier et le consentement de l'utilisateur. Ces deux thèmes sont abordés sous l'angle du processus d'intervention, puisqu'ils s'actualisent de façon continue durant chacune des étapes réalisées par l'intervenante.

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.1 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL ET SES ÉTAPES

L'intervenante est gardienne du processus d'intervention, aussi appelé processus clinique, c'est-à-dire que **les TS et TTS doivent en tout temps être en mesure de situer leur intervention à l'intérieur d'étapes structurées et planifiées**. À partir du moment où une demande est effectuée, l'intervenante enclenche le processus d'intervention qui se présente comme « un système articulé d'étapes nécessaires à la réalisation d'un projet » (Bilodeau, 1993, p. 27). C'est sa maîtrise du processus d'intervention qui lui permet de soutenir l'amélioration du fonctionnement social du système client et la réappropriation de son pouvoir d'agir (Turcotte & Deslauriers, 2017). Il s'agit donc d'une compétence incontournable en travail social.

Le processus d'intervention en travail social est tout sauf statique. Il se veut vivant et dynamique en ce sens qu'il évolue et que certaines étapes peuvent se chevaucher ou se présenter de façon simultanée (De Robertis, 2007). Ce processus est itératif, c'est-à-dire qu'il est circulaire, progressif selon les changements dans la situation de l'utilisateur. Cela signifie que les TS et TTS peuvent avoir à revenir à une étape antérieure, par exemple pour bonifier leur évaluation et leur plan d'intervention selon l'évolution de la situation.

Les TS et TTS partagent le même processus d'intervention, à l'intérieur duquel elles actualisent certaines activités cliniques communes et d'autres qui sont propres à leur titre d'emploi, comme les activités réservées réalisées par les TS. Le lecteur est invité à consulter la [**fiche 1.7 : activités réservées au Code des professions**](#).

Le **processus d'intervention évolue à travers et grâce à la collaboration entre l'utilisateur et l'intervenante**. Cette relation et l'alliance thérapeutique qui y sont développées permettent un espace propice aux apprentissages, qui peut même être qualifié de laboratoire relationnel (CIUSSSCN, 2015). En effet, les expériences vécues à l'intérieur de cette relation tout au long du processus d'intervention sont transférables à l'extérieur du suivi, soit dans les relations conjugales, familiales et sociales de l'utilisateur. La relation thérapeutique offre aussi l'occasion pour l'utilisateur de développer son pouvoir d'agir. La prise de décision partagée entre l'intervenante et l'utilisateur, en tenant compte de son aisance et en la soutenant face aux choix à faire, s'inscrit d'ailleurs en grande cohérence avec les valeurs du travail social.

Le processus d'intervention peut être d'une durée variable selon le contexte de pratique. À titre d'exemple, les différentes étapes peuvent s'articuler autour d'une seule rencontre ponctuelle ou s'échelonner sur quelques mois lors d'un suivi. De plus, le processus d'intervention n'est pas nécessairement réalisé du début à la fin par une même intervenante. Il peut effectivement être amorcé par une TS ou TTS, puis poursuivi par une intervenante au sein de la même équipe ou d'un autre programme. Dans tous les cas, **les TS et TTS ont la responsabilité d'assurer une continuité clinique du processus** en collaborant entre elles et avec les partenaires des autres services concernés dans le meilleur intérêt de l'utilisateur. Pour ce faire, elles apprécient les informations déjà recueillies auprès de l'utilisateur afin de poursuivre l'intervention amorcée et d'éviter les répétitions.

Dès la prise de contact et de façon continue dans leur processus d'intervention, les TS et TTS adoptent une posture d'analyse en réalisant une exploration initiale de la situation en plus de jouer un rôle actif dans la prévention. Elles portent une attention particulière à l'identification des facteurs de protection, tout en se montrant vigilantes face aux facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité, préjudices en cours ou à venir afin de déterminer les priorités d'action et l'urgence d'intervenir.

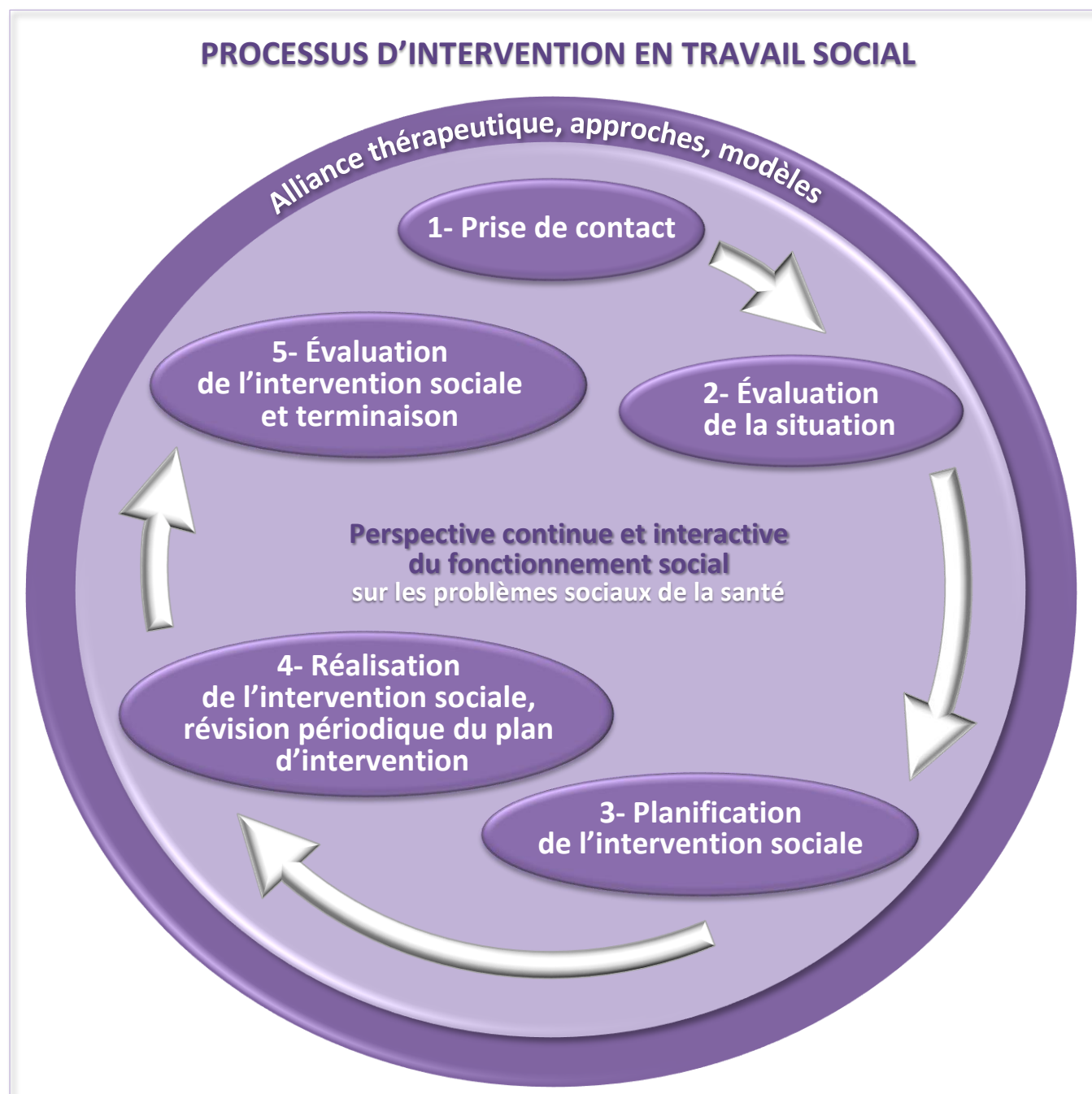
Le processus d'intervention en travail social compte cinq grandes étapes clés. Il s'agit de :

- La prise de contact;
- L'évaluation de la situation;
- La planification de l'intervention sociale;
- La réalisation de l'intervention sociale, la révision périodique du plan d'intervention;
- L'évaluation de l'intervention sociale et la terminaison.

Voici un schéma illustrant les étapes du processus d'intervention en travail social. Chacune des étapes est ensuite détaillée dans des fiches distinctes. L'ensemble de ces étapes s'appuie sur deux éléments incontournables auxquels les TS et TTS doivent porter attention de façon continue : la perspective du fonctionnement social en tenant compte des problèmes sociaux de la santé et l'alliance thérapeutique comme levier dans l'intervention.

FIGURE : PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

(Inspiré de Turcotte & Deslauriers, 2017)



5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.2 1^{RE} ÉTAPE : PRISE DE CONTACT

La prise de contact constitue le point de départ du processus d'intervention en travail social. Cette première étape vise la familiarisation avec la ou les personnes concernées et leur situation. Lorsque cela est possible et utile dans le cadre de son mandat, l'intervenante consulte au préalable le dossier, notamment les rapports pertinents, et contacte le référent. Par ces différentes démarches, qu'elle s'assure de réaliser avec diligence, l'intervenante amorce son analyse préliminaire de la situation.

La prise de contact peut être d'une durée variable et prendre différentes formes selon le contexte de pratique et la situation de l'utilisateur. Dans tous les cas, il s'agit d'un moment de syntonisation entre l'utilisateur et l'intervenante. Elle se compose de deux dimensions incontournables (Turcotte & Deslauriers, 2017, p. 42).

La dimension relationnelle

La prise de contact permet de mettre en place les jalons du lien de confiance sur lequel reposera en grande partie la réussite du processus. Ce lien, aussi appelé alliance thérapeutique, est facilité par diverses habiletés de base en intervention, comme l'écoute empathique, le respect, l'accueil sans jugement, la conscience de soi, etc. **L'intervenante porte une attention particulière au climat qui s'installe entre l'utilisateur et elle dès le premier contact. Elle utilise consciemment cette relation comme outil d'intervention.** En effet, la création d'une alliance thérapeutique favorisera le processus de changement. Le lecteur est invité à se référer à la [fiche 2.5 : alliance thérapeutique](#).



Dans un groupe, la première étape du processus d'intervention met l'accent sur la dimension relationnelle de sorte à favoriser la cohésion entre les membres. Il s'agit d'aider les participants à créer des liens en soulignant les points communs entre eux (IASWG, 2015). Le début du groupe est une étape délicate, dans laquelle l'intervenant joue un rôle plus central orienté vers la construction d'un espace relationnel (Roy & Lindsay, 2015).

La dimension informationnelle

Les différentes informations échangées à cette première étape sont cruciales, car elles permettent à l'utilisateur et à l'intervenante de développer les prémisses d'une compréhension commune face à l'intervention qui s'amorce. En effet, cette seconde dimension de la prise de contact permet de clarifier les attentes et les rôles de chacun.

D'une part, l'utilisateur expose plusieurs éléments concernant sa situation et sa demande, certains étant de nature factuelle et d'autre exprimés de façon non verbale. L'intervenante observe et pose des questions spécifiques pour amorcer sa collecte de données, accompagner l'utilisateur dans la définition et précision de son besoin et évaluer la recevabilité.

D'autre part, c'est aussi l'occasion de donner des informations à l'utilisateur sur les services offerts et leurs caractéristiques, principalement :

- Le rôle de la TS ou de la TTS dans la situation concernée;
- Le mandat de l'établissement ou du programme et les limites de celui-ci;
- Le but du premier contact;

- Les règles entourant la confidentialité et le secret professionnel ainsi que les obligations entourant la tenue de dossier;
- La notion de consentement pour procéder à l'évaluation du fonctionnement social;
- Les étapes suivantes de la démarche.



En intervention de groupe, la dimension informationnelle de la prise de contact consiste à établir un contrat initial et à déterminer les normes de fonctionnement pour favoriser un climat de confiance et de sécurité (IASWG, 2015). La mise en place de cet environnement de travail implique également d'aider les participants à prendre conscience des ressources disponibles dans le groupe pour atteindre les objectifs (Roy & Lindsay, 2015).

Enfin, à l'issue de cette première étape du processus d'intervention et en considérant les dimensions relationnelle et informationnelle de la prise de contact, l'intervenante doit statuer à la lumière de son rôle et de son offre de service si elle poursuit son processus d'intervention ou réfère l'usager. Ceci exige notamment de détenir une bonne connaissance des différents services et organismes.

Questions pour une pratique réflexive



- Lors de la prise de contact, de quelle façon puis-je créer le climat de confiance nécessaire à la démarche tout en échangeant sur les informations pertinentes?
- Dans mon contexte de pratique, quels sont les facteurs qui influencent favorablement ou non la prise de contact (ex. : contexte non volontaire, intervention en personne ou téléphonique, sous référence ou non)?
- Quels moyens puis-je mettre en place pour assurer une compréhension commune de la situation avec l'usager tout au long du processus d'intervention?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.3 2^E ÉTAPE : ÉVALUATION DE LA SITUATION ET LE RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

5.3.1 DÉFINITION DE L'ÉVALUATION EN TRAVAIL SOCIAL

Cette fiche expose d'abord en quoi constitue l'évaluation comme étape du processus d'intervention. Le fonctionnement social et l'évaluation du fonctionnement social sont ensuite définis. Le lecteur est invité à consulter les fiches suivantes pour des précisions en ce qui concerne, entre autres, la pertinence de cette évaluation pour les TS et TTS, les composantes du rapport et sa fréquence attendue de réalisation.

Définition de l'évaluation

Dans le processus d'intervention en travail social, l'évaluation est réalisée après la prise de contact et avant la planification de l'intervention. Selon l'Office des professions du Québec :

« L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités » (OPQ, 2021, sect. 3, p. 4).

L'évaluation se distingue ainsi du dépistage, de la détection, de l'appréciation et de la contribution. Le lecteur est invité à consulter la [fiche 1.7 : activités réservées au Code des professions](#).

Définition du fonctionnement social et de l'évaluation du fonctionnement social

« Le fonctionnement social renvoie aux interactions entre les caractéristiques de la personne et de son environnement pour assurer son bien-être et réaliser ses activités de la vie quotidienne en vue de satisfaire ses besoins. C'est un processus par lequel la personne répond à ses besoins physiques, psychologiques et sociaux en fonction de ses caractéristiques en considérant le contexte dans lequel elle vit » (Turcotte & Deslauriers, 2017; p. 64).

Plus concrètement, le fonctionnement social réfère principalement aux capacités de la personne à :

- Assurer sa sécurité;
- Chercher l'aide dont elle a besoin;
- Réaliser ses activités de la vie quotidienne et de la vie domestique;
- Prendre des décisions;
- Accomplir ses rôles sociaux;
- Établir ou entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes;
- Donner un sens à sa vie.

Selon le Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de TS, l'évaluation du fonctionnement social vise à :

**« produire une compréhension de la situation d'une personne à un moment précis, avec sa participation, pour ensuite émettre des hypothèses cliniques, formuler une opinion professionnelle et dégager des recommandations qui servent de base pour l'action, en s'appuyant sur les savoirs issus de la pratique, les connaissances scientifiques et les assises théoriques »
(OTSTCFQ, 2011, p. 37).**

L'évaluation du fonctionnement social contribue à la compréhension de la situation de l'utilisateur et favorise l'élaboration d'objectifs d'intervention appropriés et adaptés. L'évaluation du fonctionnement social traduit les interrelations entre la personne et les diverses composantes de son environnement, dont son réseau familial, social, les opportunités ou obstacles sociaux, économiques et politiques. Elle reflète les forces de l'utilisateur, ses valeurs, ses ressources et celles de son milieu tout en analysant les conditions de vie qui l'entourent. Une considération particulière est accordée aux questions d'oppression, de discrimination, d'exclusion, de stigmatisation ainsi qu'aux inégalités sociales et économiques (OTSTCFQ, 2011). L'opinion professionnelle, qui conclut cette évaluation, doit nommer, cibler et prioriser les problèmes et besoins sous-jacents, tout en déterminant leur sévérité, leur gravité et leur intensité.

L'évaluation du fonctionnement social va ainsi bien au-delà d'une simple collecte de données faisant état des éléments descriptifs d'une situation. Elle consiste en une analyse de ces éléments que l'intervenante, en collaboration avec la personne, associe aux contextes social, économique, politique, culturel et idéologique. Pour l'intervenante, cette étape du processus d'intervention constitue une opportunité de concevoir et de proposer à la personne des façons différentes de percevoir les difficultés rencontrées et de faire des liens avec la réalité vécue par d'autres (Turcotte & Deslauriers, 2017). Pour la personne, la famille, la communauté, cette étape permet de prendre du recul par rapport à son expérience et poser un nouveau regard, possiblement recadrer, sur sa situation lui permettant de s'ouvrir à de nouvelles émotions, réflexions et solutions inexplorées à ce jour. L'évaluation permet en ce sens de dénouer les obstacles qui pouvaient antérieurement ralentir le développement et l'évolution de la personne. C'est pourquoi on considère que **l'évaluation amorce l'intervention au lieu de la précéder**, en ce sens qu'elle a le potentiel d'engendrer des prises de conscience et de susciter l'espoir dès le départ pour aider la personne à se mettre en action dans son projet de vie et vers ses aspirations (Rapp & Goscha, 2012).

En ce qui concerne le terme « évaluation psychosociale », il réfère à l'évaluation réalisée dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un *régime de protection* ou de l'homologation d'un mandat. Dans ce cas, il s'agit de la terminologie utilisée par le *Code civil du Québec*. Le lecteur est invité à consulter la [**fiche 5.3.6 : évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat de protection**](#), qui présente les distinctions entre le rapport d'évaluation du fonctionnement social et l'évaluation psychosociale, en plus d'illustrer certains exemples où ces deux évaluations sont pertinentes au plan clinique.

Question pour une pratique réflexive



- À travers mon processus d'évaluation du fonctionnement social, de quelle façon puis-je amorcer la réflexion et le changement chez l'utilisateur? (techniques et stratégies pour aller chercher l'information, posture professionnelle, etc.)
- De quelle façon ai-je intégré la vision, les valeurs et l'opinion de l'utilisateur dans mon évaluation du fonctionnement social?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.3 2^E ÉTAPE : ÉVALUATION DE LA SITUATION ET LE RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

5.3.2 PERTINENCE DE L'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL RÉALISÉE PAR LES TS ET TTS

La pertinence clinique désigne le point de rencontre entre l'offre de service et les activités cliniques réalisées. **Assurer la pertinence d'une évaluation consiste à garantir qu'elle soit effectuée au bon moment dans l'épisode de service, par l'intervenante détenant l'expertise appropriée, et ce, afin de répondre de façon optimale aux besoins de l'utilisateur.**

La notion d'évaluation en travail social est le plus souvent associée au rapport d'évaluation du fonctionnement social. Elle réfère aussi à l'évaluation continue qui doit être faite durant tout le processus clinique pour ajuster l'intervention. De plus, mentionnons que d'autres types d'évaluation peuvent être jugés pertinents par les TS et TTS selon leur mandat et leur contexte de pratique. Par exemple, il peut s'agir de l'évaluation de la dangerosité suicidaire lors d'une situation de crise ou encore de l'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation.

Bien qu'une évaluation du fonctionnement social soit requise dans un grand nombre de contextes d'intervention, il est indiqué de s'assurer de la pertinence de cette activité. Par exemple, les TS et TTS pourraient juger qu'un tel rapport n'est pas pertinent dans certaines situations d'urgence ou qui nécessitent uniquement une intervention ponctuelle. L'intervenante doit alors démontrer qu'elle a pris connaissance de toutes les données nécessaires afin de porter un jugement éclairé et d'intervenir dans le meilleur intérêt de l'utilisateur, dans le respect des limites de son champ d'exercice ou d'intervention. Dans ces situations, elle rédige son analyse et son opinion professionnelle au dossier de l'utilisateur, par exemple au moyen d'une note évolutive.

Exemples de situations où un rapport d'évaluation du fonctionnement social est pertinent*	Exemples de situations où l'intervenant peut juger non pertinent de rédiger un rapport d'évaluation du fonctionnement social*
■ Intervention en vue d'un plan de soutien à domicile ■ Intervention familiale visant à offrir un soutien au rôle parental ■ Suivi d'un aîné en contexte de maltraitance ■ Suivi individuel préalable à une intervention de groupe	■ Intervention ponctuelle pour référer ou donner de l'information ■ Intervention en contexte de crise sans prise en charge subséquente ■ Atelier de groupe ponctuel à des fins de sensibilisation aux répercussions de la consommation chez les jeunes La TS ou TTS doit alors inscrire au dossier son analyse de la situation, son opinion professionnelle et les interventions réalisées.
*Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Elle vise à illustrer quelques situations pouvant nécessiter ou non une évaluation du fonctionnement social. De plus, rappelons que le jugement professionnel prévaut en tout temps et que la perspective du fonctionnement social caractérise toutes les interventions des TS et TTS.	

Il est ainsi attendu que **les TS et TTS évitent de réaliser une évaluation ou toute activité clinique par automatisme. Elles doivent faire preuve de jugement professionnel et s'attarder à la pertinence de leurs activités.** Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'intervenante s'assure que la réalisation de son évaluation du fonctionnement social est utile selon son mandat et la situation rencontrée. S'attarder à la pertinence de l'évaluation permet, entre autres, d'éviter de répéter une activité d'évaluation qui ne serait pas pertinente cliniquement ou encore d'avoir une rédaction trop exhaustive selon son mandat et les besoins de l'utilisateur.

Rappelons également que **la lunette disciplinaire spécifique au travail social doit demeurer présente tout au long de l'intervention : elle ne se limite pas à la rédaction d'un rapport d'évaluation du fonctionnement social.**

En effet, la perspective du fonctionnement social teinte l'analyse des données effectuée de façon continue pendant le suivi ainsi que le choix des interventions. Cette analyse s'attarde à la personne et à son environnement en plus d'accorder une place particulièrement importante aux problèmes sociaux.

Enfin, **au CIUSSS de la Capitale-Nationale, précisons que tant les TS que les TTS peuvent rédiger un rapport d'évaluation du fonctionnement social.** Elles partagent la même discipline et la même perspective du fonctionnement social, en tenant compte des distinctions abordées dans le chapitre 1 du présent document :

- Pour la TS, l'évaluation du fonctionnement social revêt un caractère fondamental en raison de sa responsabilité professionnelle. Étant imputable des activités qu'elle réalise, elle doit être en mesure d'en assumer la portée et de les fonder sur sa propre évaluation. C'est dans cette logique que l'évaluation est incontournable au plan normatif (OTSTCFQ, 2012).
- Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, les TTS réalisent une évaluation du fonctionnement social, et ce, dans la mesure où cela se fait dans le respect de leur mandat spécifique, de leurs compétences et des limites imposées par le *Code des professions*. Par exemple, les TTS¹¹ ne peuvent toutefois pas réaliser l'évaluation du fonctionnement social lorsque l'objet de cette évaluation est réservé. Le lecteur est invité à consulter la [**fiche 1.7 : activités réservées au Code des professions**](#).

Questions pour une pratique réflexive



- Quelle est la pertinence de mon évaluation du fonctionnement social pour l'utilisateur? Pour moi comme intervenante? Pour mes collègues et autres partenaires?
- S'il y a des situations dans ma pratique où je considère qu'il n'est pas pertinent de rédiger une évaluation du fonctionnement social, quels sont les éléments qui justifient cette décision? Comment puis-je rendre ce choix explicite dans ma tenue de dossier?
- Au-delà de mon rapport d'évaluation, de quelle façon la perspective du fonctionnement social teinte-t-elle mes interventions de façon continue dans mon processus clinique?
- Comme TTS, y a-t-il des situations rencontrées dans ma pratique qui font l'objet d'une activité réservée au *Code des professions*? Si oui comment puis-je être contributive à l'évaluation d'un collègue habilité?

¹¹ Sauf les TTS inscrites au registre des droits acquis de l'OTSTCFQ pour les activités afférentes.

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.3 2^E ÉTAPE : ÉVALUATION DE LA SITUATION ET LE RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

5.3.3 EXHAUSTIVITÉ DU RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL EN FONCTION DU MANDAT

Peu importe l'exhaustivité du rapport d'évaluation, le consentement de l'utilisateur ou de la personne pouvant consentir est un préalable incontournable à l'évaluation du fonctionnement social. Le lecteur est invité à se référer à la [fiche 5.8 : consentement de l'utilisateur dans le processus d'intervention en travail social](#).

Rappelons également que les TS et TTS réalisent un rapport d'évaluation à la hauteur de leurs compétences respectives et selon leur champ d'exercice ou leur champ d'intervention. Le lecteur est invité à consulter la [fiche 1.7 : activités réservées au Code des professions](#).

L'évaluation du fonctionnement social doit faire l'objet d'un rapport structuré et facilement retraçable au dossier de l'utilisateur, ce qui signifie qu'elle se distingue obligatoirement des notes évolutives. Ce rapport peut prendre une forme plus ou moins exhaustive selon le contexte de pratique et la situation rencontrée. En effet, selon l'ampleur du mandat et la finalité de l'évaluation de l'intervenant, l'évaluation du fonctionnement social peut faire l'objet d'un rapport plus succinct ou détaillé (De Robertis, 2007). **C'est à l'intervenante d'exercer son jugement professionnel pour déterminer l'ampleur de son rapport d'évaluation du fonctionnement social**, auquel elle peut joindre d'autres documents pertinents comme une collecte de données interdisciplinaire.

Rapport sous forme plus succincte*	Rapport sous forme plus exhaustive*
Il est concis et ciblé, puisqu'il s'agit d'une analyse exploratoire sur la situation de la personne. Par exemple, une évaluation : ■ Visant à cibler les besoins et objectifs personnels de l'utilisateur avant d'intégrer un groupe; ■ Réalisée en tant qu'intervenant-pivot, comme dans une équipe de suivi d'intensité variable en santé mentale; ■ De nature préliminaire portant sur le bien-être d'un nouvel arrivant à la Clinique des réfugiés; ■ Lors d'un épisode de service court terme avec un but bien spécifique.	Il inclut davantage d'éléments sur la situation de la personne et cherche à faire plus de liens entre eux par une analyse plus approfondie. Par exemple, une évaluation : ■ Dans une situation familiale complexe et instable; ■ Réalisée en prévision d'un plan d'intervention intersectoriel (PII) vu les multiples besoins et acteurs impliqués; ■ Avec un aîné pour qui l'intervenant soupçonne une situation de maltraitance; ■ Réalisée dans le contexte de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse dont le rapport sera présenté au tribunal</i>.
*Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Elle vise à illustrer quelques situations nécessitant un rapport d'évaluation du fonctionnement social sous forme plus succincte ou exhaustive. Rappelons que le jugement professionnel prévaut en tout temps.	

Malgré ces distinctions, rappelons que ces deux formes de rapport sont rédigées autour des mêmes éléments incontournables. Le lecteur est invité à consulter la [fiche 5.3.4 : composantes du rapport d'évaluation du fonctionnement social](#) :

- La demande et le contexte de l'évaluation
- Les caractéristiques de la personne
- Les caractéristiques de l'environnement (déterminants sociaux de la santé)
- L'analyse de la situation et la synthèse
- L'opinion professionnelle et les recommandations

Enfin, peu importe la longueur du rapport d'évaluation, ce dernier est déposé au dossier de l'utilisateur et les conclusions lui sont partagées. Dans un esprit de synthèse, l'intervenante discrimine parmi les données recueillies celles qui sont nécessaires à la compréhension de la situation. Pour ce faire, elle se pose les questions présentées dans l'encadré suivant.

Questions réflexives



Pour discriminer les informations dans mon rapport d'évaluation du fonctionnement social :

- Quelles sont les informations pertinentes à prendre en considération dans mon évaluation du fonctionnement social? Pourquoi sont-elles pertinentes relativement au fonctionnement social de cet usager en particulier?
- Quel est mon mandat avec cet usager? Est-ce que j'agis principalement dans mon champ d'exercice ou d'intervention disciplinaire, ou plutôt dans un autre rôle (ex. : intervenante-pivot, généraliste)? Considérant ces éléments, est-ce que je juge que mon rapport d'évaluation du fonctionnement social devrait prendre une forme plus succincte ou exhaustive?
- Quel est mon principal défi en ce qui concerne l'exhaustivité de ma rédaction lors d'une évaluation (ex. : tendance à produire des rapports trop longs ou à l'inverse très courts)? Quelles actions puis-je poser pour y faire face et assurer la pertinence de mon rapport?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.3 2^E ÉTAPE : ÉVALUATION DE LA SITUATION ET LE RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

5.3.4 COMPOSANTES DU RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

Rappelons d'abord que le rapport d'évaluation rédigé par les TS et TTS doit se faire en respect de leurs compétences respectives et selon leur champ d'exercice ou leur champ d'intervention. Le lecteur est invité à consulter la [fiche 1.7 : activités réservées au Code des professions](#). De plus, il appartient à l'intervenante de juger de l'ampleur de son rapport selon son mandat et la situation présentée. Le lecteur est invité à consulter la [fiche 5.3.3 : exhaustivité du rapport d'évaluation du fonctionnement social en fonction du mandat](#). En considérant ces repères, la présente fiche aborde les composantes incontournables du rapport d'évaluation du fonctionnement social.

Lors d'un suivi, l'intervenante évalue en continu la situation selon l'évolution de celle-ci, ce qui doit se refléter dans sa tenue de dossier. Suite au rapport initial d'évaluation du fonctionnement social, l'analyse et l'opinion professionnelle doivent donc s'ajuster aux changements de la situation de l'utilisateur et faire état des modifications nécessaires pour l'intervention. Ces nouvelles observations sont généralement inscrites dans une rubrique distincte dans les notes évolutives. Elles peuvent aussi être notées sur le formulaire « Complément à l'évaluation du fonctionnement social » ou faire l'objet d'un nouveau rapport d'évaluation du fonctionnement social. Le lecteur est invité à consulter la [fiche 5.3.5 : fréquence de réalisation du rapport d'évaluation du fonctionnement social](#).

Seules les informations pertinentes et significatives doivent se trouver dans l'évaluation du fonctionnement social, il n'y a donc pas de longueur standard attendue. Elle prend la forme d'un rapport qui contient minimalement les éléments suivants (Turcotte & Deslauriers, 2011; OTSTCFQ, 2011) :

1. La demande et le contexte de l'évaluation

Cette première section doit permettre de distinguer : la demande, du problème, des besoins. En effet, le contexte de l'évaluation présente :

- la demande de service;
- les caractéristiques sociodémographiques pertinentes de l'utilisateur;
- les sources d'informations utilisées;
- la situation sociale;
- les besoins et attentes de la personne et ses proches.

2. Les caractéristiques de la personne

Le rapport présente les caractéristiques individuelles, conjugales ou familiales pertinentes en regard du fonctionnement social, soit celles influençant l'émergence ou l'exacerbation des problèmes et celles contribuant à les diminuer ou les résoudre. Ces caractéristiques comprennent :

- les éléments de l'histoire de la personne qui permettent de comprendre sa situation actuelle;
- les éléments qui la rendent plus vulnérable;
- ses ressources, habiletés et compétences.

3. Les caractéristiques de l'environnement (problèmes sociaux et déterminants sociaux de la santé)

Le rapport décrit également l'environnement immédiat et sociétal dans lequel vit la personne et ses proches, en mettant en lumière comment celui-ci influence la situation. Ces caractéristiques environnementales incluent les ressources, les possibilités et les obstacles. Par exemple, il peut s'agir du réseau social, des conditions de vie, des caractéristiques du quartier et de la culture d'appartenance.

4. L'analyse de la situation et la synthèse

L'analyse doit refléter la compréhension qu'a l'intervenante de la situation de la personne. Cette partie du rapport d'évaluation permet de répondre à la question suivante : **quelle est l'influence des caractéristiques personnelles et environnementales sur le fonctionnement social de la personne?** Pour ce faire, l'analyse de la situation expose les répercussions du problème sur la capacité de la personne à répondre à ses besoins fondamentaux et à exécuter ses rôles sociaux. Elle met en lien les facteurs de risque et de protection ainsi que les préjudices encourus ou à venir s'il y a lieu, afin de dresser un portrait de la situation et de formuler des hypothèses cliniques. Ces hypothèses sont basées sur les savoirs issus de la pratique, les données probantes ainsi que sur les assises théoriques et les valeurs du travail social. À cette étape, l'approche retenue par l'intervenante est particulièrement utile, car elle l'aide à structurer sa pensée, à construire et à nourrir ses hypothèses cliniques. L'analyse est donc le processus réflexif qui permet de cerner et de comprendre les problèmes. Elle mène à l'opinion professionnelle.

5. L'opinion professionnelle et les recommandations

À la lumière de son analyse, l'intervenante prend position et émet un avis quant à sa compréhension de la situation en ciblant et priorisant les problèmes et en qualifiant leur sévérité. De plus, elle formule des recommandations, qui selon elle, permettront d'améliorer la situation de l'utilisateur et qui guideront l'identification des stratégies d'intervention ou les objectifs du plan d'intervention. À cette étape, l'intervenante s'appuie sur un ou des modèles d'intervention pour le choix des activités à privilégier. L'opinion professionnelle ainsi que les recommandations doivent être partagées à la personne pour qu'elle puisse porter un regard plus global sur sa situation et se réapproprier sa capacité à agir sur celle-ci. Cette opinion guide l'intervention et évolue durant le suivi en fonction de l'analyse effectuée de façon continue, et ce, considérant l'évolution de la situation de l'utilisateur.

Outre ces composantes incontournables d'un rapport d'évaluation du fonctionnement social, mentionnons que celui-ci peut aussi faire état des principales interventions réalisées. En effet, certaines situations nécessitent des interventions rapides, par exemple des démarches en vue d'assurer la réponse aux besoins de base. Les interventions réalisées pendant la démarche d'évaluation sont alors mentionnées dans le rapport d'évaluation du fonctionnement social ainsi que leur date de réalisation.

Questions pour une pratique réflexive



- Comment puis-je exposer dans l'ensemble de mon évaluation du fonctionnement social les interrelations entre les caractéristiques individuelles et celles de l'environnement (déterminants sociaux)?
- Mon analyse traduit-elle ma compréhension de la situation problème? Est-elle appuyée sur une approche ou une source théorique? Expose-t-elle une ou des hypothèses cliniques?
- Mon opinion professionnelle et mes recommandations sont-elles appuyées sur un modèle d'intervention?
- De quelle façon le partage de mon opinion professionnelle à la personne concernée peut-il favoriser un changement et une reprise de son pouvoir d'agir?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.3 2^E ÉTAPE : ÉVALUATION DE LA SITUATION ET LE RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

5.3.5 FRÉQUENCE DE RÉALISATION DU RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

La réalisation du rapport d'évaluation rédigé par les TS et TTS se fait en respect de leurs compétences respectives et selon leur champ d'exercice ou leur champ d'intervention. Le lecteur est invité à consulter la [fiche 1.7 : activités réservées au Code des professions](#). En considérant ces repères incontournables, la présente fiche aborde la fréquence de réalisation du rapport d'évaluation du fonctionnement social.

L'évaluation du fonctionnement social est un processus continu, interactif et réflexif. Elle n'est pas circonscrite au début de l'intervention. Au contraire, **l'évaluation se poursuit et s'ajuste au fur et à mesure que des changements ont lieu dans la compréhension de la situation et dans la situation elle-même** (De Robertis, 2007). Selon le jugement de l'intervenante, cette évolution peut être explicitée dans ses notes évolutives, par exemple sous une rubrique « Évolution de l'opinion professionnelle », ou au moyen d'un nouveau rapport d'évaluation du fonctionnement social. Afin de juger de la pertinence de rédiger un nouveau rapport d'évaluation, le lecteur est invité à se référer aux questions pour une pratique réflexive présentée à la page suivante.

Ainsi, il n'est pas nécessaire de réaliser un nouveau rapport d'évaluation dès qu'un changement survient chez l'utilisateur ou dans l'aide offerte. **Le principe général est de réaliser un seul rapport d'évaluation du fonctionnement social par épisode de service**. Lors d'un changement d'intervenante, celle qui poursuit l'intervention apprécie l'évaluation du fonctionnement social réalisée par sa prédécesseure dans le souci d'éviter à l'utilisateur de répéter son histoire. Étant imputable de son évaluation, la nouvelle intervenante met à jour les informations pertinentes et se forge sa propre opinion professionnelle (voir le tableau d'exemples à la page suivante). Comme pour la rédaction de leur rapport d'évaluation, les TS et TTS doivent se questionner sur la pertinence. Par exemple, si le changement d'intervenante a lieu en fin de suivi, la nouvelle intervenante peut juger que seuls la révision du plan d'intervention et un sommaire de fermeture sont requis.

Il demeure indiqué de réaliser un nouveau rapport d'évaluation advenant des changements majeurs dans la situation de l'utilisateur. **Pour justifier une nouvelle évaluation, ces changements doivent modifier considérablement le fonctionnement social et, par conséquent, le plan d'intervention.**



En intervention de groupe, une évaluation du participant est généralement requise avant son intégration afin de cibler ses besoins et objectifs personnels, permettant ainsi d'orienter ce dernier vers le groupe approprié.

Exemples de changements qui pourraient justifier de rédiger un nouveau rapport*	Exemples de changements qui ne justifieraient pas de rédiger un nouveau rapport*
▪ Perte d'autonomie significative suite à un accident; ▪ Décès imprévu du conjoint en cours de suivi; ▪ Amélioration marquée de l'état de santé physique et mentale permettant la reprise de plusieurs rôles sociaux; ▪ Séparation du couple dans un suivi familial portant sur la cohésion parentale; ▪ Ajout d'un nouvel article de loi dans un suivi en protection de la jeunesse.	▪ Perte d'autonomie prévisible amenant une relocalisation; ▪ Décès d'un proche en soins palliatifs dans un suivi visant à préparer le deuil; ▪ Amélioration de l'état de santé physique et mentale qui n'apporte pas de modification aux objectifs d'intervention; ▪ Réévaluation selon les délais prescrits pour un plan de service à domicile dans une situation stable. Dans ces situations, l'intervenant inscrit l'évolution de son opinion professionnelle dans ses notes évolutives.
* Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Elle vise à illustrer quelques situations nécessitant ou non une nouvelle évaluation du fonctionnement social. De plus, rappelons que le jugement professionnel prévaut en tout temps.	

Il n'existe pas de fréquence préétablie pour la réévaluation du fonctionnement social. Certains secteurs peuvent suggérer un barème à titre indicatif, mais l'intervenante demeure responsable de ses décisions cliniques à cet effet. De plus, le contexte légal d'intervention est toujours à considérer : par exemple, la nécessité de procéder tous les trois ans à la réévaluation psychosociale d'un usager inapte sous tutelle.

Rappelons enfin que la rédaction du rapport d'évaluation du fonctionnement social est une activité clinique en soi. En effet, cette rédaction permet à l'intervenante de prendre un recul et d'analyser la situation afin d'orienter ses interventions avec justesse et pertinence.

Questions pour une pratique réflexive



Afin de décider si je complète un nouveau rapport d'évaluation du fonctionnement social ou non :

- Est-ce que je dispose des informations suffisantes pour exercer un jugement éclairé et complet sur la situation? Sinon, quels sont les éléments supplémentaires nécessaires à ma compréhension?
- Comment puis-je qualifier l'évolution du fonctionnement social de cet usager (ex. : relativement stable, en dégradation, en amélioration)?
- Les changements observés dans la situation de l'utilisateur ont-ils des répercussions significatives sur son fonctionnement social et sur le suivi en cours?
- À quelle étape du processus d'intervention suis-je rendue avec l'utilisateur?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.3 2^E ÉTAPE : ÉVALUATION DE LA SITUATION ET LE RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

5.3.6 ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE DANS LE CADRE DES RÉGIMES DE PROTECTION DU MAJEUR OU DU MANDAT DE PROTECTION

La présente fiche s'attarde au rapport d'évaluation du fonctionnement social avec un majeur inapte ou présumé inapte, plus particulièrement la façon dont ce rapport s'inscrit dans la séquence planifiée et structurée qu'est le processus d'intervention. Pour connaître les normes entourant cette évaluation, le lecteur est invité à consulter la documentation proposée à la fin du présent chapitre dans l'encadré « Pour aller plus loin ». Cette fiche s'adresse aux TS ainsi qu'aux TTS ayant des droits acquis pour réaliser cette activité réservée.

Précisons d'emblée que les évaluations réalisées par les TS dans un contexte d'ouverture de régimes de protection du majeur ou du mandat de protection, s'appellent « évaluation psychosociale » puisque c'est la terminologie utilisée dans le *Code civil du Québec* et dans la *Loi sur le curateur public du Québec*. Cette évaluation est réalisée dans la perspective du fonctionnement social en considérant son contexte distinct et les particularités associées. Le tableau suivant permet de distinguer ces deux rapports d'évaluation :

L'évaluation du fonctionnement social	L'évaluation psychosociale dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat
■ Généralement effectuée avant l'évaluation psychosociale avec un majeur présumé inapte, car il appartient à la TS de déterminer la pertinence de réaliser ou non son activité réservée; ■ Objet : documenter et analyser la présence d'une vulnérabilité chez l'utilisateur ainsi que son besoin de protection et de représentation pour se positionner sur la nécessité de réaliser une évaluation psychosociale en vue de la mise en place d'une mesure de protection; ■ Les conclusions et recommandations doivent être partagées à la personne.	■ Généralement réalisée après une évaluation du fonctionnement social et en continuité avec celle-ci; ■ Objet : évaluer le besoin de protection, recommander une mesure de protection adaptée à la personne et un futur représentant légal; ■ Une copie du rapport psychosocial et du rapport médical doit être remise au majeur selon l'article 270 du <i>Code civil du Québec</i>, à moins que cela ne lui occasionne un préjudice.

Selon la situation rencontrée et le mandat de la TS, cette dernière peut juger suffisant de réaliser uniquement le rapport d'évaluation psychosociale, ou encore choisir d'effectuer aussi un rapport d'évaluation du fonctionnement social au préalable. **Bien qu'au plan normatif seule l'évaluation psychosociale soit requise avec un majeur inapte ou présumé inapte, au plan clinique plusieurs situations peuvent justifier de réaliser d'abord une évaluation du fonctionnement social.** C'est le cas d'un nouvel usager non connu, pour qui il est d'abord nécessaire d'évaluer globalement sa situation sociale avant de s'attarder plus particulièrement à son besoin de protection et de représentation légale. L'évaluation du fonctionnement social initiale permet alors d'adresser l'ensemble des besoins de la personne et de planifier l'intervention en conséquence. Par exemple, en plus de son besoin de protection, l'utilisateur pourrait avoir besoin de soutien dans ses relations familiales et dans la recherche d'un hébergement. En plus de permettre ce regard global sur la situation d'une personne, mentionnons que le fait de réaliser une évaluation du fonctionnement social avant l'évaluation psychosociale peut aussi faciliter

l'identification de la bonne mesure de protection et la recommandation d'un futur représentant légal. Le tableau suivant présente quelques exemples.

Exemples de situations où seul le rapport d'évaluation psychosociale pourrait être suffisant*	Exemples de situations où un rapport d'évaluation du fonctionnement social serait pertinent avant l'évaluation psychosociale*
▪ Toute situation nécessitant rapidement l'application d'une mesure de protection, en raison de préjudices encourus ou à venir; ▪ Un usager connu avec lequel une évaluation du fonctionnement social a déjà été rédigée, notamment lorsque le besoin de protection apparaît en cours de suivi; ▪ Une réévaluation du régime de protection effectuée selon les délais prévus par la loi pour un usager dont le fonctionnement et les besoins sont stables; ▪ Un usager dont la détérioration de l'état de santé rend évident le besoin de protection et qui ne présente pas d'autre enjeu lié à son fonctionnement social. Si la TS considère que seule une évaluation psychosociale est requise, elle rend explicite ce choix dans sa note évolutive.	▪ Un usager présentant des besoins variés, incluant un besoin de protection, ce qui nécessitera un plan d'intervention; ▪ Toute situation clinique pour explorer d'abord les mesures alternatives à une mesure de protection légale (mesure de dernier recours); ▪ Toute situation de maltraitance envers un usager en situation de vulnérabilité; ▪ En présence d'enjeux dans le système familial et social nécessitant de réaliser une évaluation plus globale, tels qu'un patrimoine important, une gestion d'affaires complexe, des conflits entre les proches, etc. Dans ces situations, le rapport d'évaluation du fonctionnement social se conclut sur plusieurs recommandations, dont celle de procéder, s'il y a lieu, à une évaluation psychosociale pour la mise en place d'une mesure de protection légale.
*Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Elle illustre quelques situations pouvant nécessiter ou non une évaluation du fonctionnement social avant l'évaluation psychosociale. Le jugement de la TS prévaut en tout temps à cet effet.	

Rappelons enfin que, peu importe le secteur où elle pratique et son mandat, **toute TS a la responsabilité de procéder aux évaluations requises et de recommander la mesure de protection adaptée dès qu'elle constate un besoin de protection et que des préjudices peuvent être encourus pour la personne**. Cette responsabilité clinique s'inscrit dans ses obligations professionnelles d'agir avec diligence auprès de sa clientèle.

Questions pour une pratique réflexive



Lorsque requis par mon contexte de pratique auprès d'un majeur inapte, présumé inapte ou en situation de vulnérabilité :

- Considérant mon mandat et les besoins de ma clientèle, dans quelles situations est-ce que je juge pertinent de réaliser un rapport d'évaluation du fonctionnement social avant mon évaluation psychosociale?
- Dans ces situations, comment vais-je assurer la continuité entre mon rapport d'évaluation du fonctionnement social et mon rapport d'évaluation psychosociale?
- Pour les situations où je juge que seul le rapport d'évaluation psychosociale est nécessaire, de quelle façon vais-je rendre ce choix explicite au dossier de l'usager?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.4 3^E ÉTAPE : PLANIFICATION DE L'INTERVENTION SOCIALE ET LE PLAN D'INTERVENTION

Dans le processus d'intervention, suite à la prise de contact et à l'évaluation de la situation, il est nécessaire de déterminer les moyens et modalités qui permettront d'améliorer la situation. C'est l'étape de la planification de l'intervention sociale, qui prend généralement la forme d'un plan d'intervention (PI).

La présente fiche traite du PI comme outil clinique indispensable dans le processus d'intervention en travail social. Selon la situation présentée et les acteurs concernés, il existe différents types de plans d'intervention. Il appartient à l'intervenante de déterminer avec l'équipe concernée le plan requis selon la situation. Nous invitons le lecteur à consulter sur la Zone CIUSSS le [Règlement relatif au plan d'intervention unidisciplinaire \(PI\), au plan d'intervention interdisciplinaire \(PII\), au plan de services individualisé \(PSI\), au plan de services individualisé intersectoriel \(PSII\) et à la note de concertation \(R-29\)](#) ainsi que la [Procédure \(tronc commun\) relative au plan d'intervention unidisciplinaire \(PI\), au plan d'intervention interdisciplinaire \(PII\), au plan de services individualisé \(PSI\), au plan de services individualisé intersectoriel \(PSII\) et à la note de concertation \(PR-R-29-1\)](#).

Étant donné les particularités relatives à chaque secteur de pratique, le lecteur est invité à consulter la procédure spécifique élaborée par sa direction-programme afin de connaître les attentes qui lui sont propres.

Le plan d'intervention comme obligation légale

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) établit clairement que tout intervenant doit fournir l'information nécessaire à l'utilisateur pour qu'il fasse un choix libre et éclairé quant aux services offerts. Par l'élaboration du plan d'intervention, l'intervenante s'assure que la personne connaît ce qui est visé par l'intervention, ce qui sera fait et la durée prévue. Plus particulièrement, les articles 10, 102 et 103 de la LSSSS prévoient d'élaborer un PI avec l'utilisateur, de le déposer à son dossier et de le réviser « afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services devront lui être fournis » (RLRQ, c. 42, a. 102). De plus, le PI doit contenir un échéancier concernant son évaluation ou sa révision.

La LSSSS prévoit aussi que l'utilisateur prenne part aux décisions le concernant. C'est dans cette perspective que l'utilisateur ou la personne pouvant consentir participe à l'élaboration du PI à la hauteur de ses capacités. De plus, l'intervenante prend les moyens nécessaires pour obtenir sa signature. Cette dernière vient officialiser l'entente entre l'utilisateur et l'intervenante, qui s'engagent, tous deux à la hauteur de leurs capacités, à s'investir dans les objectifs d'intervention convenus. La signature de l'utilisateur est donc hautement souhaitable lorsque possible afin d'officialiser ce plan de travail pour les deux parties. En l'absence de signature, une note au dossier doit détailler l'obtention du consentement libre et éclairé, ce qui a autant de valeur légale qu'une signature sur le plan. Le lecteur est invité à consulter la [fiche 5.8 : consentement de l'utilisateur dans le processus d'intervention en travail social](#). Une copie du PI est remise à l'utilisateur à moins que cela représente un risque pour celui-ci (ex. : contexte de violence conjugale). Dans ce cas, l'intervenante note au dossier son raisonnement l'amenant à ne pas remettre une copie.

Définition et utilité du plan d'intervention

Le PI consiste en un contrat de soins et de services qui se veut flexible et évolutif au fur et à mesure du suivi. Ce plan engage autant l'intervenante que l'utilisateur et ses ressources environnantes, en attribuant à chacun des rôles et responsabilités. Le **plan d'intervention constitue un outil clinique incontournable**, et non seulement un formulaire ou une étape administrative. Il s'agit d'un levier important qui est partie prenante de l'intervention en travail social, puisque la manière d'élaborer le plan conditionne l'intervention elle-même. Cet outil permet notamment de mobiliser la personne, de la responsabiliser dans son processus et de suivre le chemin parcouru

(Turcotte & Deslauriers, 2017). Il permet aux TS et TTS de s'assurer de l'adhésion de l'utilisateur aux objectifs conjointement établis. Il s'inscrit en cohérence avec l'évaluation réalisée préalablement par l'intervenante, c'est-à-dire que les objectifs et moyens du plan doivent refléter les caractéristiques propres à la situation, notamment en mobilisant les forces personnelles et environnementales de l'utilisateur pour favoriser ses chances de réussite.

Délai pour l'élaboration du plan d'intervention

Dans le processus clinique en travail social, **un plan d'intervention doit être élaboré pour tout usager bénéficiant d'un suivi**. Cette activité clinique de planification de l'intervention avec l'utilisateur est réalisée dès que possible et suivant l'évaluation. Il est également impératif de prendre compte du contexte légal propre à chaque secteur de pratique.

À moins de situations cliniques particulières, l'intervenante initie le processus afin d'élaborer conjointement le plan d'intervention avec l'utilisateur ou son représentant légal, s'il y a lieu.

Exemples de situations exceptionnelles ne requérant pas de plan d'intervention*	Exemples de situations requérant un plan d'intervention*
■ Une intervention ponctuelle pour un usager sans suivi; ■ Un suivi bref nécessitant trois rencontres ou moins; ■ Une cessation de service avant l'élaboration du PI; ■ Un intervenant ayant des fonctions d'accès (visée d'orientation dans les services). En l'absence de nécessité d'un plan d'intervention ou devant l'impossibilité d'en élaborer un, l'intervenante a la responsabilité d'inscrire dans sa note évolutive les stratégies d'intervention à privilégier.	Étant donné les particularités relatives à chaque secteur de pratique, le lecteur est invité à consulter la procédure spécifique élaborée par sa direction-programme afin de connaître les attentes qui lui sont propres.
*Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Elle vise à illustrer quelques situations ne nécessitant pas de plan d'intervention. De plus, rappelons que le jugement professionnel prévaut en tout temps.	

La perspective du fonctionnement social dans l'élaboration du plan d'intervention

Au-delà des éléments concernant l'ensemble des intervenants de l'établissement, certaines particularités sont propres au travail social en ce qui concerne la rédaction du plan d'intervention. En effet, **le cadre d'analyse spécifique de la discipline doit transparaître dans ce plan et son processus d'élaboration**. Les TS et TTS s'assurent que leur formulation de la situation problème tienne compte des différents problèmes sociaux et déterminants sociaux de la santé concernés. De plus, la vision de la personne en interrelation avec son environnement doit guider le choix des objectifs et des moyens d'intervention en mettant à profit les ressources personnelles et environnementales. Dans le cadre de la rédaction d'un PII, d'un PSI ou d'un PSII, les TS et TTS se font porte-paroles de cette vision systémique. Elles contribuent de façon active à la collaboration interprofessionnelle, tout en s'assurant d'apporter leur contribution disciplinaire. Par exemple, il peut s'agir de faire valoir les droits d'un usager ou de souligner ses aspirations afin que celles-ci soient au cœur des échanges avec l'équipe.

Le plan d'intervention en méthode d'intervention de groupe



En méthode d'intervention de groupe, la planification de l'intervention réfère d'abord à l'élaboration du groupe s'il s'agit d'un nouveau service. Il faut alors identifier le type de groupe, la taille et les stratégies d'intervention les plus appropriés en fonction des buts du groupe. Dans la phase de la planification, l'animateur aide aussi les participants à clarifier leurs attentes et objectifs individuels ainsi que ceux du groupe (IASWG, 2015). Que le groupe soit déjà élaboré ou non, un plan d'intervention est généralement requis au préalable avec chaque usager afin de cibler le groupe comme un des moyens retenus pour soutenir l'atteinte d'objectifs individuels.

Questions pour une pratique réflexive



- Comment puis-je mobiliser l'usager dans la planification de l'intervention et ainsi assurer son adhésion aux objectifs ciblés?
- De quelle façon mon cadre d'analyse disciplinaire distinct (valeurs, approches, champ d'exercice) se reflète dans le plan d'intervention et son processus d'élaboration?
- Quelles sont mes principales forces comme intervenante lors de l'élaboration du plan d'intervention? Quels sont mes principaux défis et comment puis-je bonifier ma façon de faire?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.5 4^E ÉTAPE : RÉALISATION DE L'INTERVENTION SOCIALE ET LA RÉVISION PÉRIODIQUE DU PLAN

Cette quatrième étape du processus d'intervention en travail social consiste à soutenir la réalisation des moyens retenus pour atteindre les objectifs. C'est l'occasion pour l'intervenant de réaliser des apprentissages pour le développement de sa pratique. Cette étape fait appel à une réflexion critique continue sur soi et sur l'action afin d'optimiser l'implication de l'utilisateur et de ses proches dans la réalisation du plan, mais également pour adapter ses stratégies en jouant des rôles variés (Turcotte & Deslauriers, 2017).

Différents rôles peuvent être joués par les TS et TTS afin de faciliter la phase de travail avec l'utilisateur et l'atteinte des objectifs :

Principaux rôles dans les transactions personne-environnement

- Conseiller
Ex. : soutien personnel ou familial, groupe de changement
- Formateur/éducateur
Ex. : enseignement, ateliers d'apprentissage, éducation familiale, planification sociale
- Intermédiaire/courtier
Ex. : information, organisation de services, groupe d'entraide, animation de tables de concertation
- Médiateur/négociateur
Ex. : médiation conjugale et familiale, obtention et adaptation de ressources
- Défenseur/avocat
Ex. : défense des droits auprès d'un organisme ou d'une tierce personne, éducation sur les droits et recours
- Gardien/protecteur
Ex. : évaluation psychosociale avec un majeur en besoin de protection, application de la LPJ ou LSJPA, recours aux policiers pour une personne suicidaire

Adapté de Hernandez et al., 1985, Integrated Practice : An Advanced Generalist Curriculum to Prepare Social Problem Specialist

Parmi les rôles présentés dans le tableau précédent, l'intervenante choisit les plus pertinents en considérant :

- Son champ d'exercice ou de pratique et ses compétences
- Son mandat et l'offre de service de son secteur de pratique
- La méthode (individuelle, de groupe, communautaire) et les objectifs d'intervention
- Le contexte organisationnel (ex. : les valeurs de l'établissement, les priorités de son programme)
- Les lois qui circonscrivent la pratique (ex. : *Loi sur la protection de la jeunesse*, *Loi sur le curateur public*)
- Les approches et modèles privilégiés en considérant les bonnes pratiques

Deux stratégies incontournables pour soutenir l'atteinte des objectifs d'intervention

Au-delà des différents rôles que l'intervenante peut actualiser, elle s'appuie sur un ensemble de compétences relevant à la fois du savoir, du savoir-faire et du savoir-être pour favoriser l'atteinte des objectifs d'intervention. Plus particulièrement, elle utilise ces deux stratégies :

– Actualiser une vaste gamme d'habiletés

Il s'agit « de développer non pas des techniques, mais plutôt un art qui se construit et se renouvelle constamment par l'attention vigilante portée aux paroles, au langage non verbal et aux silences » (Turcotte & Deslauriers, 2017, p. 112).

L'intervenante dépasse les aspects techniques de l'intervention. Elle échange avec l'utilisateur et, au besoin, elle nomme ouvertement les obstacles et résistances au changement afin de faciliter la prise de conscience de ces difficultés. À cette étape de travail dans le processus d'intervention, les TS et TTS sont appelées à actualiser différents types d'habiletés, principalement des habiletés de base associées au savoir-être, des habiletés de communication se rattachant au savoir-dire ainsi que des habiletés d'intervention reliées au savoir-faire. Par exemple, face à une stagnation de l'utilisateur dans son cheminement, l'intervenante doit faire preuve d'authenticité et de créativité pour résoudre l'impasse et mobiliser l'utilisateur. **Grâce à ces différentes habiletés, l'intervenante demeure gardienne du processus tout en ajustant l'approche privilégiée et son intervention et pour éviter que cette dernière ne devienne rigide.** Les TS et TTS visent un juste équilibre entre, d'une part, le respect des objectifs d'intervention et, d'autre part, la place laissée au vécu émotif de l'utilisateur.



Ces mêmes habiletés sont nécessaires en intervention de groupe, où l'animateur accompagne les participants dans le développement d'un système d'aide mutuelle, soutient l'expression du vécu émotif et la résolution de conflits (IASWG, 2015).

– Mobiliser les ressources environnementales

La pratique sociale s'actualise principalement auprès de populations en situation de victimisation, d'exclusion, d'oppression ou de stigmatisation. L'intervention vise alors à neutraliser ce processus d'exclusion sociale en mettant à profit une multitude de ressources environnementales du réseau formel et informel (De Robertis, 2007).

Quelques ressources du réseau formel	Quelques ressources du réseau informel
▪ Réseau de la santé et des services sociaux ▪ Organismes communautaires ▪ Programmes gouvernementaux ▪ Milieux scolaires	▪ Voisinage, amis et famille ▪ Centre de loisirs ▪ Activités de réseautage en ligne ▪ Parcs, bibliothèques et autres lieux publics

Les ressources informelles sont particulièrement intéressantes pour l'intervention en travail social, offrant un plus grand potentiel d'intégration sociale. En effet, dans une ressource du réseau informel, l'utilisateur est amené à côtoyer des personnes en fonction de ses besoins et intérêts plutôt qu'en fonction de sa problématique ou de son diagnostic. Ce type de ressource permet d'ailleurs d'accroître la participation sociale des personnes à travers un

sentiment d'appartenance accru et une meilleure estime de soi (Rapp & Goscha, 2012). Par conséquent, les TS et TTS ont avantage à identifier avec l'utilisateur les ressources informelles présentes dans son environnement et à les mettre à profit pour soutenir l'amélioration de son fonctionnement social.



En plus d'actualiser une vaste gamme d'habiletés et de mobiliser les ressources environnementales, précisons que les TS et TTS qui animent un groupe doivent mettre à profit les interactions entre les membres pour soutenir l'atteinte des buts. La programmation peut comprendre diverses activités dans cet objectif, par exemple des jeux de rôles, des témoignages et des partages de situations vécues par les membres. De plus, l'intervenante évalue constamment la progression des membres et du groupe afin d'adapter son intervention à leurs besoins et aux situations imprévues (Roy & Lindsay, 2015).

Révision périodique du plan d'intervention

La phase d'actualisation du plan d'intervention comprend des révisions périodiques de ce plan. Il doit être révisé dès que l'évolution de la situation le justifie. De plus, rappelons que les délais de production et de révision du plan sont encadrés par certaines lois et règlements pour les usagers suivis en centre de réadaptation, en CHSLD, en famille d'accueil et ceux suivis en protection de la jeunesse (CIUSSS-CN, 2020).

Tout comme l'élaboration du plan, sa révision n'est pas une formalité administrative, mais bien une activité clinique qui permet de mobiliser l'utilisateur, de lui refléter le chemin parcouru, de réajuster les objectifs et moyens convenus en plus de structurer l'intervention en continu. L'intervenant fait valoir ces bénéfices à l'utilisateur lors de la révision du plan.

Enfin, la phase de réalisation de l'intervention permet à l'intervenante de recueillir les informations utiles en vue de la dernière étape du processus, l'évaluation de l'intervention.

Questions pour une pratique réflexive



- Quel(s) rôle(s) dans les transactions personne-environnement suis-je appelée à jouer pour faciliter l'atteinte des objectifs d'intervention (ex. : conseiller, formateur, défenseur, etc.)? Puis-je donner des exemples de situations où j'ai actualisé ces rôles?
- Dans ma pratique, de quelles façons puis-je mettre davantage à profit les ressources du réseau informel afin de soutenir l'amélioration du fonctionnement social de l'utilisateur?
- À quel(s) moment(s) la révision du plan d'intervention est requise par la loi selon mon contexte de pratique? À quel(s) moment(s) est-elle pertinente au plan clinique?
- Considérant mon mandat et les caractéristiques de ma clientèle, quand dois-je considérer que les changements sont assez importants pour nécessiter la rédaction d'un nouveau plan?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.6 5^E ÉTAPE : ÉVALUATION DE L'INTERVENTION ET LA TERMINAISON

La fin de l'intervention peut survenir alors que les objectifs sont atteints, mais aussi parce que l'utilisateur cesse sa démarche d'aide ou que des changements surviennent dans les services offerts. La terminaison est l'occasion de soutenir la consolidation des apprentissages et changements réalisés tout au long du processus d'intervention. À cette étape, l'intervenante détermine avec l'utilisateur le degré d'atteinte des objectifs ciblés au plan d'intervention par les indicateurs convenus au préalable. Elle évalue les effets de l'intervention réalisée.



Ces mêmes compétences sont requises en intervention de groupe, où l'animateur évalue systématiquement l'atteinte des objectifs personnels et de groupe, en plus de soutenir les participants afin qu'ils intègrent et transposent leurs acquis à l'extérieur du suivi (IASWG, 2015).

Les constats de l'intervenante à cette étape, réalisés conjointement avec l'utilisateur, doivent être facilement retraçables au dossier de l'utilisateur. C'est dans cet objectif que **les TS et TTS rédigent ces constats dans un rapport ou un sommaire de fermeture plutôt qu'une note évolutive**. S'il n'est pas possible de finaliser le suivi avec l'utilisateur, par exemple si celui-ci n'est plus joignable, l'intervenante note toute information pertinente à d'éventuels services dans ce même rapport ou sommaire de fermeture.

Trois tâches essentielles à la fin de l'intervention (Turcotte et Deslauriers, 2017)

1) Gérer la dimension émotionnelle

La fin du suivi peut être associée à un sentiment d'ambivalence. D'une part, la satisfaction et la fierté d'avoir complété la démarche et, de l'autre, une crainte et un sentiment de perte de mettre fin à la relation d'aide. L'intervenante porte attention à la façon dont la fin du suivi sera vécue par l'utilisateur et se préparera en conséquence. Par exemple, une personne ayant souffert d'expériences d'abandon pourrait revivre ce sentiment à la fin de l'intervention. Il en est de même lorsque la fin survient de façon non planifiée, tel qu'un départ imprévu de l'intervenante. Cette dernière s'assure alors de porter une attention particulière aux réactions de l'utilisateur et de le soutenir. L'intervenante doit en outre faire preuve de jugement professionnel en terminant la relation d'aide au moment approprié.

Quelques exemples d'interventions qui facilitent la gestion de la dimension émotionnelle de la fin du suivi*

- Aborder dès le départ la durée prévue du suivi pour assurer la prévisibilité de la fin;
- Avoir une planification rigoureuse pour anticiper les difficultés susceptibles de se produire, de sorte à structurer ses interventions en conséquence;
- Souligner les changements positifs et les forces dans l'objectif de renforcer l'autonomie;
- Être consciente de ses propres réactions face à la fin de l'intervention et, lorsque pertinent dans un objectif clinique, partager ses propres sentiments relativement à la fin du suivi;
- Prendre la décision de terminer le suivi avec l'utilisateur en considérant l'unicité de sa situation.

*Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Elle vise à illustrer quelques moyens pour évaluer l'intervention. **De plus, rappelons que le jugement professionnel prévaut en tout temps.**

2) Mesurer les résultats obtenus

Il importe qu'une évaluation continue soit effectuée par les TS et TTS durant tout le processus clinique, de sorte à pouvoir réajuster leurs interventions au fur et à mesure ainsi que modifier s'il y a lieu les objectifs et moyens convenus avec l'utilisateur. En plus de cette évaluation continue, une attention particulière doit être accordée à l'évaluation des résultats à l'étape de la fin de l'intervention.

La fin du suivi est l'occasion pour l'intervenante d'évaluer l'efficacité et la portée de son intervention. Les rétroactions fournies par l'utilisateur sont importantes, elles constituent même la forme de supervision et d'éducation continue la plus utile en travail social (Bogo, 2006). Cela permet de recourir aux meilleures stratégies dans l'élaboration du plan d'intervention et son évaluation. En effet, l'intervenante profite de cette étape pour améliorer son action en distinguant les interventions qui se sont avérées plus efficaces et celles ayant produit moins de résultats.

Différentes modalités d'évaluation peuvent être utilisées. **Peu importe le moyen d'évaluation choisit, l'intervenante s'assure de s'attarder aux résultats de l'intervention, mais aussi aux raisons sous-jacentes à ces changements et aux pistes d'amélioration qui en découlent.**

Quelques exemples de modalités pour évaluer l'intervention*

- Bilan informel suite à chaque rencontre (ex. : satisfaction de l'utilisateur inscrite dans les notes évolutives)
- Échelle de cheminement (ex. : situer son progrès sur 10, utiliser un tableau illustrant l'avancement)
- Tests et outils standardisés (ex. : échelle d'évaluation du fardeau des proches aidants, inventaire de dépression de l'enfant, questionnaire de fonctionnement social)

*Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Elle vise à illustrer quelques moyens pour évaluer l'intervention. **De plus, rappelons que le jugement professionnel prévaut en tout temps.**

3) Consolider le transfert des acquis

En plus d’apprécier et de mesurer le chemin parcouru, la fin de l’intervention est l’occasion de souligner les forces présentes avant le suivi et celles développées en cours de route. Cet exercice permet à l’usager de se sentir mieux outillé dans la poursuite de son cheminement en dehors de la relation d’aide. Il est important de repérer les ressources sur lesquelles il pourra compter dorénavant. L’intervention, à cette dernière étape, s’oriente vers une généralisation des acquis en aidant l’usager à transposer les apprentissages réalisés dans les différents domaines de sa vie (Turcotte et Deslauriers, 2017). **Il s’agit de nourrir l’espoir de l’usager en alimentant sa confiance en ses capacités, tout en prévoyant les périodes difficiles pouvant survenir et en rappelant les moyens à utiliser au besoin.**

La fin du suivi est aussi l’occasion d’explorer avec la personne sa perception de sa démarche personnelle : perception d’évolution globale, observation des progrès et changements, satisfaction par rapport à sa propre démarche et par rapport au soutien reçu. Cette réflexion sur le chemin parcouru est porteuse de sens pour l’usager. L’intervenante s’assure d’y faire une place pour conclure l’intervention.

Si des besoins demeurent à la fin du suivi, l’intervenante s’assurera de prévoir une réponse à ceux-ci. Par exemple, lorsque les objectifs au PI sont atteints, mais que la situation demeure précaire, il est essentiel de mettre en place un filet de protection pour l’usager.

Questions pour une pratique réflexive



- Quelles sont mes propres réactions émotionnelles comme intervenant face à la fin du suivi? Quelle répercussion cela peut-il avoir sur mon intervention et sur l’usager?
- Puis-je identifier des situations où il m’a été plus facile de mettre fin à la relation d’aide au moment opportun? Des situations où cela a été plus difficile? Quels étaient les facteurs en cause et comment puis-je composer avec ceux-ci?
- Quelles interventions à l’étape de la fin du suivi peuvent insuffler l’espoir et alimenter la confiance de l’usager?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.7 TENUE DE DOSSIER DANS LE PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

La tenue de dossier permet de suivre les différentes étapes du processus d'intervention en assurant une traçabilité des activités cliniques réalisées et une cohérence entre celles-ci. En effet, le dossier de l'utilisateur constitue un document légal à valeur juridique, mais aussi un outil clinique et administratif qui facilite le travail en interdisciplinarité. Par conséquent, il faut noter les éléments indispensables dans un esprit de synthèse à partir des interventions réalisées et de la situation exposée par l'utilisateur. L'information inscrite au dossier doit être pertinente¹², c'est-à-dire en lien direct avec l'objet de la démarche d'aide. Dans cet esprit, la tenue de dossier n'est pas un aide-mémoire pour l'intervenante ni un compte-rendu du déroulement d'une rencontre.

La tenue de dossier constitue une activité clinique en soi, car elle oblige l'intervenante à s'arrêter pour porter un regard réflexif sur son intervention et se situer dans les étapes du processus d'intervention. Dans cette visée, la tenue de dossier doit permettre de suivre facilement la continuité clinique entre les interventions réalisées. Pour ce faire, l'intervenante réfère aux documents pertinents (ex. : « voir objectif 1 du plan d'intervention ») et organise sa rédaction au moyen de différentes rubriques (ex. : « but de la rencontre », « interventions réalisées », « plan convenu »). Des phrases courtes et un style télégraphique sont à privilégier, de même que la description de faits objectifs.

Nous invitons le lecteur à consulter sur la Zone CIUSSS les documents suivants :

- [Bien rédiger des notes d'évolutions](#)
- [Autoévaluation de ma note d'évolution](#)
- [Petit guide de l'animateur : Bien rédiger des notes d'évolution](#)

La tenue de dossier laisse transparaître la lunette disciplinaire spécifique des TS et TTS et les valeurs inhérentes au travail social, notamment en évitant tout jugement ou victimisation. Le vocable choisi reflète la visée de reprise du pouvoir d'agir et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, que ce soit dans la rédaction d'une évaluation, d'une note évolutive, d'un plan d'intervention ou d'un rapport de fermeture.

En ce qui concerne les exigences relatives à la tenue de dossier, les TS et les TTS doivent d'abord respecter les exigences internes de l'établissement. En effet, tout employé du CIUSSS de la Capitale-Nationale doit prendre connaissance et se conformer à la [Politique relative à la tenue du dossier de l'utilisateur et la protection des renseignements personnels \(PO-22\)](#), ainsi qu'à la [Directive relative à la tenue et la gestion du dossier de l'utilisateur \(D-PO-22-1\)](#) et à la [Directive relative à la consultation et à l'accès au dossier de l'utilisateur \(D-PO-22-2\)](#) (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2017).

En plus de ces exigences, les TS doivent s'assurer que leur tenue de dossier respecte les normes professionnelles de leur ordre, principalement en conformité avec le *Guide de normes pour la tenue des dossiers et des cabinets de consultation* (OTSTCFQ, 2005) et le *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des membres de l'OTSTCFQ* (Gouv. du Québec, 2009).

¹² La notion de « renseignements pertinents » est inscrite dans l'article 37 du Code civil du Québec qui rappelle que la tenue de dossier doit respecter le droit à la vie privée.

Questions pour une pratique réflexive



- En quoi ma tenue de dossier me permet-elle de suivre mon processus clinique et d'assurer une intervention de qualité avec les usagers?
- De quelle façon mon cadre d'analyse disciplinaire distinct (valeurs, approches, champ d'exercice) se reflète dans ma tenue de dossier?

Pour s'assurer de la pertinence des informations à inscrire au dossier :

- Si je n'écris pas cette information, est-ce que cela changerait ma vision clinique de la situation et mes interventions?
- En quoi cette information est-elle directement liée à mon mandat et au motif de consultation de l'utilisateur?
- Cette information peut-elle être préjudiciable pour l'utilisateur ou un tiers? De quelle façon?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

5.8 CONSENTEMENT DE L'USAGER DANS LE PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

La présente fiche résume les principales notions relatives au consentement aux soins et services. Elle vise à familiariser le lecteur avec les repères cliniques et législatifs de base à ce sujet. D'autres sources plus complètes devraient être consultées de façon complémentaire. Celles-ci sont présentées à la fin du chapitre 4 dans la section « Pour aller plus loin ».

Les TS et TTS, comme tout autre intervenante offrant des soins et services, doivent se conformer aux différentes lois en vigueur et rechercher un consentement valide de l'utilisateur¹³ avant d'intervenir, ou celui d'un tiers lorsque l'utilisateur est inapte à consentir. **Durant tout le processus clinique en travail social, il est indispensable de s'assurer d'avoir un consentement valide et, par le fait même, d'apprécier l'aptitude de l'utilisateur à consentir au service concerné.** Par exemple, à l'étape initiale de la prise de contact, l'intervenante s'assure que l'utilisateur comprend son rôle et les services offerts. Il en va de même à l'étape de l'évaluation, car cette activité constitue un soin au même titre que toute autre intervention. L'utilisateur doit donc consentir à l'évaluation avant qu'elle ne soit initiée. Ensuite, lors de la planification de l'intervention, l'intervenante s'assure que l'utilisateur consente aux objectifs et moyens d'intervention proposés, tant dans l'élaboration du plan que pour sa révision effectuée de façon continue.

Le consentement aux soins : un droit fondamental pour l'utilisateur

La participation de chaque personne à la prise de décision concernant son propre corps et sa santé est reconnue comme un droit individuel inaliénable. Un utilisateur ne peut être soumis à des soins de santé ni à des services sociaux sans son consentement. Parmi les droits fondamentaux reconnus par la *Charte des droits et libertés de la personne* (RLRQ, c. C-12), l'obligation de respecter l'intégrité de l'utilisateur implique pour les intervenants la recherche et l'obtention du consentement libre et éclairé préalablement à toute prestation de soins et services. L'utilisateur a également le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Un consentement valide doit donc être obtenu, de la part de l'utilisateur ou de la personne pouvant consentir, avant la dispensation de tout soin ou service. **En travail social, la notion de soin inclue toute évaluation ou intervention qui peut être réalisée avec l'utilisateur et ses proches.** Il peut, entre autres, s'agir d'une évaluation du fonctionnement social, d'une mesure de contrôle, d'un plan d'intervention ou d'encadrement, d'une rencontre avec un intervenant, d'un hébergement ou encore d'une intervention familiale.

Le consentement à un soin est évolutif et révocable en tout temps. C'est pourquoi il importe de vérifier si le consentement obtenu préalablement demeure valide, comme pour une demande d'hébergement¹⁴ signée à l'avance ou encore pour une intervention réalisée régulièrement avec un utilisateur. L'intervenante doit obtenir un consentement valide pour chaque soin ou service offert à une personne. Par exemple, un utilisateur peut accepter qu'on l'alimente tout en refusant l'administration d'une médication, ou encore solliciter l'aide d'une TS pour une relocalisation, mais refuser son aide dans la résolution d'un deuil.

Il est primordial de distinguer, d'une part, l'aptitude à gérer sa personne et ses biens et, d'autre part, l'aptitude à consentir ou refuser un soin. Il s'agit en effet de deux notions distinctes qui font aussi l'objet d'évaluations différentes. **Il ne faut pas présumer qu'une personne majeure sous régime de protection est nécessairement inapte à consentir à ses soins et services.** En effet, toute personne est en droit de refuser un soin ou un service.

¹³ Lorsqu'il est question du consentement donné par l'utilisateur, ceci fait également référence au consentement substitué donné par un tiers lorsque l'utilisateur est inapte à consentir.

¹⁴ Par ailleurs, il importe de distinguer le consentement donné par l'utilisateur à l'égard d'une transmission d'informations (par exemple : la demande adressée au mécanisme d'accès à l'hébergement) du consentement qui est ensuite requis pour l'intégration au milieu d'hébergement.

Par exemple, un usager visé par un régime de tutelle qui est reconnu apte à consentir à un hébergement est en droit de refuser un transfert en CHSLD, malgré une perte d'autonomie importante qui pourrait compromettre sa sécurité à domicile.

Rappelons enfin que l'aptitude à consentir doit être évaluée par tout intervenant qui propose un soin ou un service à un usager, tandis que l'évaluation de l'aptitude à gérer sa personne et ses biens est une activité réservée.

Les caractéristiques d'un consentement valide

Le consentement aux soins doit être donné de façon libre et éclairée. Ces deux caractéristiques doivent absolument être réunies pour qu'un consentement soit valide.

- « Libre » : le consentement est donné sans influence indue, pression ou menace, sans résulter de l'altération des facultés de la personne et sans erreur sur le traitement ou sur la personne qui le reçoit.
- « Éclairé » : la personne détient toutes les informations nécessaires, notamment la nature et le but du soin ou service, la procédure utilisée, les effets et résultats possibles, les risques et avantages, de même que les solutions alternatives le cas échéant. Le professionnel a un devoir d'information à l'égard de l'usager.

Dépendamment du soin qui est offert, le consentement peut être écrit, verbal ou même tacite, comme pour une personne aphasique qui acquiesce et tend son bras lorsqu'une intervenante vient la chercher pour son soin. **Peu importe la forme du consentement et sans égard au fait que ce soit une obtention, un refus ou une révocation, les TS et TTS documentent au dossier de l'usager le processus ayant mené au consentement afin de démontrer sa validité.**

Pour être valable, le consentement aux soins doit aussi émaner de la bonne personne. L'évaluation de l'aptitude à consentir à des soins et services ne doit pas reposer sur le caractère raisonnable ou déraisonnable de la décision qui est prise. Pour évaluer l'aptitude à consentir aux soins, les TS et TTS doivent vérifier la capacité de l'usager à comprendre l'information, à exprimer sa volonté et expliquer son raisonnement à l'aide des cinq critères non-cumulatifs dits « critères de la Nouvelle-Écosse ». Ceux-ci sont détaillés plus loin dans la fiche.

La personne jugée apte à consentir peut prendre la décision qu'elle veut, même si cette décision peut paraître erronée ou déraisonnable. Cette décision peut sembler contraire à son bien-être, mais si la personne est jugée apte à consentir, c'est à elle qu'appartient le droit de décider. Malgré une application claire des balises légales, un malaise éthique peut être ressenti par l'intervenante. Dans ces situations complexes, les TS et TTS sont incitées à solliciter du soutien dans leur réflexion pour aborder les différentes stratégies pouvant être envisagées à l'égard des parties prenantes. De plus, l'équipe clinique est invitée à se questionner sur la pratique collaborative requise selon la situation et les besoins de l'usager.

Consentement substitué et exceptions au consentement aux soins

Certaines situations nécessitent de faire appel à un tiers pour obtenir un consentement de façon substituée. En effet, en présence d'une personne inapte à consentir à ses soins requis par son état de santé et à défaut que cette personne ait des directives médicales anticipées, la loi prévoit qu'un consentement substitué puisse être donné par l'une des personnes suivantes et dans l'ordre suivant, et ce, à condition que l'usager ne présente pas de refus catégorique¹⁵ :

- Représentant légal (mandataire, tuteur, curateur);
- Conjoint (marié, en union civile ou en union de fait);
- Proche parent;
- Personne qui démontre un intérêt particulier pour le majeur inapte (C.c.Q., art. 15).

¹⁵ Un refus est considéré comme catégorique lorsque l'usager maintient son refus dans le temps et sans égard à la personne qui sollicite son consentement. Ce refus peut être perçu très clairement de façon non verbale par des gestes d'opposition, tels que pousser, mordre, etc.

De plus, lorsqu'un usager est inapte à consentir à ses soins, qu'il y ait présence ou non d'un refus catégorique, les TS et TTS devraient dès le début de l'épisode de service identifier la personne qui donnera le consentement substitué. Cela facilitera la dispensation des soins et des services dans le suivi et évitera des délais qui pourraient être préjudiciables pour l'utilisateur.

Pour un mineur âgé de 13 ans ou moins, précisons que le consentement doit être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou un tuteur (C.c.Q., art. 14 al.1.).

Même dans les situations requérant un consentement substitué, les TS et TTS tentent d'impliquer l'utilisateur dans la prise de décision. Cette responsabilité des intervenants est valable tant que la personne est consciente, même si son état mental est altéré de façon significative, comme avec une personne atteinte d'un trouble neurocognitif. L'intervenant peut proposer à la personne de prendre part à la réflexion, notamment en lui permettant de signifier ses préoccupations ou son désaccord, ou encore en lui expliquant et en vulgarisant une décision prise par un tiers.

La personne qui consent pour autrui est tenue d'agir dans le seul intérêt de la personne concernée. Elle doit respecter, dans la mesure du possible, les volontés exprimées par cette personne. Lorsque le tiers qui donne le consentement substitué émet un refus, l'intervenant évalue si ce refus semble justifié ou injustifié, c'est-à-dire s'il est dans l'intérêt de l'utilisateur et s'il tient compte de ses volontés. Si la TS ou TTS juge que le service est requis pour l'utilisateur et dans son intérêt, elle doit tenter différentes stratégies cliniques avec le tiers pour comprendre ses motifs de refus (ex. : résistances, craintes, valeurs) et le faire cheminer dans sa réflexion. Les intervenantes sont invitées à discuter de ces stratégies avec les professionnels en soutien clinique de leur secteur, et ce, considérant la complexité potentielle de ces situations et le risque de préjudice inhérent. C'est pourquoi l'ouverture d'un régime de protection devrait être envisagée dans le cas d'un refus maintenu et injustifié par un tiers. Ainsi, en présence d'un refus injustifié de la personne qui donne le consentement substitué, d'une personne majeure inapte et de soins requis, il est possible d'adresser une demande au tribunal. Nous vous invitons à solliciter le soutien des services juridiques de l'établissement.

Les exceptions aux règles usuelles du consentement aux soins

Certaines exceptions aux règles usuelles de consentement aux soins sont prévues dans les lois, notamment :

- Lorsque le développement et la sécurité d'un enfant peuvent être compromis, une intervention peut être ordonnée par un juge aux parents ou à l'enfant tel qu'un suivi psychosocial ou un placement;
- En cas d'urgence, lorsque la vie d'une personne est en danger ou que son intégrité est menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile;
- Pour les soins d'hygiène;
- Lorsqu'une ordonnance judiciaire prévoit une garde en établissement en raison d'une dangerosité en lien avec l'état mental d'une personne;
- Pour une personne ayant une maladie à traitement obligatoire;
- Sur l'autorisation d'un tribunal, une personne peut recevoir un soin contre son gré (autorisation judiciaire de soins).

*Il est de la responsabilité des TS et TTS de consulter les lois encadrant le consentement qui sont pertinentes dans le cadre de leur travail afin d'en comprendre l'application. En cas de doute, se référer au contentieux de l'établissement.

Le rôle des TS et TTS relativement au consentement aux soins

L'obtention du consentement est une activité clinique incontournable en travail social, dans quelque milieu que ce soit, et constitue un gage du respect de la volonté de l'utilisateur concernant sa vie privée et les décisions qu'il prend pour lui-même. **L'obtention d'un consentement valide permet d'actualiser plusieurs valeurs du travail social, telles que l'autodétermination, la justice sociale et la dignité humaine.** Les TS et TTS s'assurent de promouvoir et de faire valoir ces principes lorsqu'elles sont appelées à évaluer l'aptitude à consentir d'un usager, mais aussi de façon plus large dans leur équipe clinique.

Sauf les exceptions prévues à la loi mentionnées ci-haut, tous les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux sont tenus d'obtenir le consentement avant de donner un soin ou un service. Ils sont responsables de réaliser les étapes suivantes pour toute évaluation ou intervention prévue à leur plan, y compris pour un hébergement.

Plus particulièrement, les TS et TTS doivent :

- Déterminer le service requis et le proposer

Expliquer à l'utilisateur en quoi selon lui le soin proposé est requis, lui en exposer les avantages et inconvénients possibles, en plus de l'informer de ses droits.
- Évaluer l'aptitude de l'utilisateur à consentir à ce service : qu'a-t-il compris?

Pour évaluer l'aptitude à consentir, les TS et TTS vérifient la capacité de l'utilisateur à comprendre l'information, à exprimer sa volonté et expliquer son raisonnement (processus de décision). Les repères utilisés le plus fréquemment dans la jurisprudence sont les « critères de la Nouvelle-Écosse » (Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G., 1994, CanLII 6105 (QC CA)). Ces critères ne sont pas cumulatifs, c'est-à-dire que chaque situation doit faire l'objet d'une évaluation individualisée.

Ces critères consistent à documenter si la personne comprend :

 - La nature de la situation problème ou de la maladie pour laquelle un service lui est proposé;
 - La nature et le but du service;
 - Les risques et les avantages du service, si elle l'accepte;
 - Les risques de ne pas recevoir le service;
 - La capacité de comprendre de la personne; est-elle compromise par la maladie?
- Obtenir un consentement valide

S'assurer de son caractère libre et éclairé, noter ces éléments au dossier de l'utilisateur.
- Dispenser le soin

En présence d'un refus catégorique de la personne apte à consentir aux soins, il ne sera pas possible de dispenser le soin, et ce, même si la personne pouvant consentir (ex. : représentant légal) consent au soin ou au service. Toutefois, en présence d'un refus catégorique de la personne inapte ou d'un refus injustifié de la personne qui consent de façon substituée ou en cas d'empêchement de cette dernière, il est possible de se référer aux autorités compétentes, soit le tribunal judiciaire, lorsque les soins sont requis (autorisation judiciaire de soins) (C.c.Q., art. 16.).
- Réévaluer de façon continue le consentement aux soins

Les intervenants ont la responsabilité de réévaluer le consentement dès qu'il y a un changement dans les services offerts ou de l'état de l'utilisateur. Par exemple, une TS devrait obtenir un nouveau consentement avant de réaliser une intervention qui n'était pas prévue au plan d'intervention que l'utilisateur a signé, comme une intervention familiale ou une rencontre en présence d'un collègue. À l'inverse, il n'est pas attendu que la poursuite d'une évaluation ou d'un suivi pour lequel l'utilisateur a déjà consenti fasse l'objet d'une réévaluation systématique du consentement pendant le suivi. Toutefois, l'utilisateur peut révoquer ce consentement à tout moment, que ce soit exprimé verbalement ou par son

comportement (ex. : fermer la porte, refuser de s'adresser à l'intervenante, en ne collaborant pas aux soins, etc.).

Questions pour une pratique réflexive



Pour m'assurer d'obtenir un consentement aux soins et services valide, ai-je donné les informations suivantes à l'utilisateur avant d'obtenir son consentement :

- La nature et le but du service, ses effets potentiels et les moyens prévus?
- Les risques possibles et les effets collatéraux associés au service?
- Les autres services envisageables, s'il y a lieu?
- Les conséquences probables d'un refus sur l'état de santé et le bien-être de la personne?
- Les solutions alternatives?
- Est-ce que j'ai répondu aux questions de l'utilisateur?
- Est-ce que l'utilisateur a compris mes réponses à ses questions?
- Est-ce que j'ai donné toutes les informations significatives pour guider l'utilisateur dans la prise de décision?
- Ai-je bien documenté au dossier de l'utilisateur mon analyse complète et le processus ayant mené à l'obtention d'un consentement valide?

Aux fins d'évaluer l'aptitude à consentir aux services, ai-je vérifié si l'utilisateur est en mesure de :

- Comprendre les cinq questions non cumulatives des critères de la Nouvelle-Écosse?
- Recevoir et de comprendre l'information?
- Porter un jugement, par exemple, en pesant le pour et le contre de sa décision selon ses valeurs?
- Comprendre les conséquences de son choix au regard de sa situation particulière?
- Exprimer sa décision?

Face à un refus de l'utilisateur :

- Ai-je tout tenté pour dénouer la situation?
- Ai-je impliqué l'équipe clinique?
- Ai-je exploré les motifs de refus et tenté de travailler les craintes ou fausses croyances?
- Est-ce que le service que je propose est absolument requis pour la sécurité de l'utilisateur?
- Qu'est-ce qui risque d'arriver s'il ne reçoit pas le service?
- Ai-je bien documenté les préjudices envisagés ou encourus?
- Si le refus catégorique se maintient et que la personne est inapte, est-ce que les bénéfices d'obliger la personne à recevoir le service sont supérieurs aux inconvénients de s'abstenir?

5 PROCESSUS D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL

Synthèse du chapitre

Pour aller plus loin...

Synthèse du chapitre



Le processus d'intervention en travail social se compose de cinq étapes structurées et planifiées. Les TS et TTS partagent ces mêmes étapes en actualisant certaines activités cliniques communes et d'autres distinctes. La maîtrise de ce processus est une compétence incontournable pour soutenir l'amélioration du fonctionnement social et la réappropriation du pouvoir d'agir chez les usagers. L'ensemble du processus d'intervention fait appel à une posture d'analyse et à un rôle actif dans la prévention des problèmes sociaux.

La **prise de contact** comporte à la fois une dimension relationnelle, par la création de l'alliance thérapeutique, et une dimension informationnelle, par la collecte de données et les informations à transmettre sur les services.

L'**évaluation de la situation et le rapport d'évaluation du fonctionnement social** en travail social consiste à porter un jugement clinique à partir des informations dont l'intervenant dispose, ainsi qu'à en communiquer les conclusions à l'utilisateur. Elle doit être réalisée à la hauteur des compétences des TS et TTS ainsi qu'en respect de leur champ d'exercice et champ d'intervention respectif. Cette seconde étape du processus clinique est généralement associée au **rapport d'évaluation du fonctionnement social**. Ce dernier va bien au-delà d'une collecte de données : il traduit les interrelations entre la personne et son environnement, ce qui est au cœur du champ d'exercice en travail social. Ce rapport d'évaluation est réalisé par les TS ainsi que par les TTS lorsqu'il ne s'inscrit pas dans une activité réservée. Dans tous les cas, l'intervenante s'assure que son activité d'évaluation soit pertinente selon la situation de l'utilisateur, le mandat et le contexte de pratique.

Le rapport d'évaluation du fonctionnement social peut prendre une forme plus ou moins exhaustive selon le jugement de l'intervenant. Il doit minimalement contenir la demande et le contexte de l'évaluation; les caractéristiques de la personne et de son environnement; l'analyse et la synthèse; l'opinion professionnelle et les recommandations. Le principe général est de réaliser un seul rapport d'évaluation du fonctionnement social par épisode de service. Il est toutefois indiqué de réaliser une nouvelle évaluation advenant des changements qui modifient considérablement le fonctionnement social de l'utilisateur et le plan d'intervention. Précisons enfin qu'en cohérence avec la terminologie du *Code civil du Québec*, c'est le terme « évaluation psychosociale » qui est utilisé pour désigner l'évaluation réalisée en contexte de protection de la jeunesse et avec un majeur présumé inapte.

La **planification de l'intervention sociale**, troisième étape du processus, consiste à établir un contrat de travail. Le plan d'intervention est un outil clinique qui permet de mobiliser l'utilisateur, de le responsabiliser dans son processus et de suivre le chemin parcouru. En outre, le cadre d'analyse spécifique au travail social doit transparaître dans le plan d'intervention et son élaboration.

Pour la **réalisation de l'intervention sociale et la révision du plan périodique**, les TS et TTS jouent différents rôles dans les interactions et interrelations personne-environnement pour soutenir l'atteinte des objectifs établis. À travers ces rôles, l'intervenant fait appel à une variété d'habiletés de communication et met à profit les ressources environnementales. La phase de réalisation de l'intervention doit comprendre des révisions périodiques du plan d'intervention avec l'utilisateur.

Enfin, l'**évaluation de l'intervention** est cruciale. C'est l'occasion de consolider le transfert des acquis en transposant les apprentissages réalisés dans son quotidien. L'intervenante mesure les résultats obtenus pour faire le point avec la personne sur son cheminement et pour améliorer sa pratique. De plus, différentes stratégies sont mises en œuvre pour gérer la dimension émotionnelle associée à la fin.

La **tenue de dossier** est une activité clinique à part entière. Elle permet à l'intervenante de s'arrêter pour porter un regard réflexif sur son intervention ainsi qu'à se situer dans les étapes du processus d'intervention. Le dossier est un document légal à valeur juridique, ainsi qu'un outil clinique et administratif. La tenue de dossier doit laisser transparaître la lunette disciplinaire spécifique du travail social et ses valeurs inhérentes.

Enfin, durant tout le processus clinique en travail social, les TS et TTS s'assurent d'avoir un **consentement** valide (libre et éclairé) et d'apprécier l'aptitude de l'utilisateur à consentir aux soins et services. La notion de service peut faire référence en travail social à une évaluation, une rencontre familiale, un hébergement ou un suivi individuel. De plus, il est essentiel de distinguer l'aptitude à consentir ou refuser un soin de l'aptitude à gérer sa personne et ses biens. Il s'agit de deux notions distinctes qui font l'objet d'évaluations différentes.

Pour aller plus loin...



Au sujet du processus d'intervention en travail social :

- TURCOTTE, D ET J-P. DESLAURIERS. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*.
- VAN DE SANDE, A., BEAUVOLSK, M-A. & LAROSE-HÉBERT, K. (2018). *Le travail social : théories et pratiques, 3^e édition. Chapitre 10 : Le processus en cinq étapes d'une intervention en travail social*. Chenelière Éducation, p. 128-147.
- VAN DE SANDE, A., BEAUVOLSK, M-A. & LAROSE-HÉBERT, K. (2018). *Le travail social : théories et pratiques, 3^e édition. Chapitre 12 : L'intervention de groupe*. Chenelière Éducation, p. 162-177.

Au sujet de l'évaluation de la situation et du rapport d'évaluation du fonctionnement social :

Une trousse d'accompagnement pour la rédaction de l'évaluation du fonctionnement social est disponible sur la Zone CIUSSS. Elle peut être utilisée par les professionnels en soutien clinique et les TS et TTS.

- CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE. (2020). Trousse d'accompagnement pour la rédaction de l'évaluation du fonctionnement social.
http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/dsm/pratiques_professionnelles/Pages/DSM_PP_travail-social.aspx

- TURCOTTE, D. ET J-P. DESLAURIERS. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle : 2^e édition revue et augmentée. Chapitre 3 : Évaluation psychosociale*. Presse de l'Université Laval, Québec, p. 61-79.

Pour les membres de l'OTSTCFQ :

- *Avis professionnel : 2^e évaluation ou non?* (OTSTCFQ, automne 2011)
<https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/avis-professionnel-115.pdf>
- *Avis professionnel : L'utilisation d'outils d'évaluation (tests) par les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux* (OTSTSCQ, No 120, été 2013)
<https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/avis-professionnel-120.pdf>
- *Avis professionnel : OEMC vs évaluation du fonctionnement social* (OTSTCFQ, No 128, hiver 2016) <https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/avis-professionnel-128.pdf>
- *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social* (OTSTCFQ, 2011)
<https://www1.otstcfq.org/documentation/evaluation-du-fonctionnement-social/>
- *Guide de pratique : L'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'incapacité et des autres mesures de protection au majeur* (OTSTCFQ, 2011) <https://www1.otstcfq.org/documentation/evaluation-psychosociale-dans-le-contexte-des-regimes-de-protection-du-mandat-donne-en-prevision-de-lincapacite-et-des-autres-mesures-de-protection-au-majeur/>
- *L'évaluation du fonctionnement social et le plan d'intervention en contexte de collaboration interprofessionnelle ou d'utilisation d'outils d'évaluation* (OTSTCFQ, juin 2018)
<https://www1.otstcfq.org/documentation/avis-professionnel-levaluation-du-fonctionnement-social-et-le-plan-dintervention-en-contexte-de-collaboration-interprofessionnelle-ou-dutilisation-doutils-d/>
- *L'évaluation du fonctionnement social et le plan d'intervention en contexte de collaboration interprofessionnelle ou d'utilisation d'outils d'évaluation* (OTSTCFQ, juin 2018)
<https://www1.otstcfq.org/documentation/avis-professionnel-levaluation-du-fonctionnement-social-et-le-plan-dintervention-en-contexte-de-collaboration-interprofessionnelle-ou-dutilisation-doutils-d/>
- *Lignes directrices, Conduite professionnelle attendue pour les travailleurs sociaux en matière d'évaluation* (OTSTCFQ. Septembre 2020)
<https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2020/09/Lignes-de-conduites-TS-Septembre-2020.pdf>

Au sujet du plan d'intervention :

- CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE. (2020). *Règlement relatif au plan d'intervention unidisciplinaire (PI), au plan d'intervention interdisciplinaire (PII), au plan de services individualisé (PSI), au plan de services individualisé intersectoriel (PSII) et à la note de concertation*. 13 pages.
- TURCOTTE, D. ET J-P. DESLAURIERS. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle : 2^e édition revue et augmentée. Chapitre 4 : L'élaboration du plan d'intervention*. Presse de l'Université Laval, Québec, p.83-102.

Au sujet de la réalisation de l'intervention :

- TURCOTTE, D. ET J-P. DESLAURIERS. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle : 2^e édition revue et augmentée. Chapitre 5 : Exécution de l'action en intervention sociale personnelle*. Presse de l'Université Laval, Québec, p.107-136.

Au sujet de la fin et de l'évaluation de l'intervention :

- BOUVARD, M. (2008). *Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Elsevier Health Sciences France.
- BOUVARD, M. ET J. COTTRAUX. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Elsevier Health Sciences France.
- TURCOTTE, D. ET J-P. DESLAURIERS. (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle : 2^e édition revue et augmentée. Chapitre 6 : La fin de l'intervention sociale personnelle*. Presse de l'Université Laval, Québec, p.143-165.

Au sujet de la tenue de dossier :

- *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20297>

Pour les membres de l'OTSTCFQ :

- *Guide des normes pour la tenue de dossier et des cabinets de consultation* (OTSTCFQ, 2007)
<https://www1.otstcfq.org/documentation/guide-de-normes-pour-la-tenue-des-dossiers-et-des-cabinets-de-consultation/>

Au sujet du consentement aux soins :

- Dépliant produit par le Curateur public à l'intention des intervenants et des proches
https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/dep_cura_consentement.pdf
- Site web du curateur public, section sur le consentement aux soins
<https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/inaptitude/personne/consentement.htm>
- Site web d'Éducaloi, section sur le consentement aux soins
<https://www.educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-aux-soins-dun-adulte-qui-ne-peut-pas-consentir-seul>
- CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE VIEILLISSEMENT DE QUÉBEC. (2015). Le consentement aux soins. [vidéo]. YouTube
<https://www.youtube.com/watch?v=frGeoSjRNy0>

CONCLUSION

Ce cadre de référence présente la vision actuelle de la pratique du travail social dans l'organisation de soins et services du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il offre des balises et des repères cliniques appuyés sur les fondements théoriques et pratiques de la discipline. Il vise une compréhension et une application harmonisée de la pratique du travail social, et ce, tant pour les quelque 1600 TS et TTS de l'établissement que pour leurs gestionnaires, coordonnateurs professionnels, professionnels désignés et autres acteurs dans l'établissement concernés par cette discipline. Il favorise la consolidation de l'identité professionnelle des TS et TTS en les rassemblant autour de leur intérêt commun : une pratique sociale de qualité et sécuritaire, qui répond aux besoins des usagers vulnérables.

Le présent cadre de référence constitue un outil de travail rigoureux et pertinent pour soutenir la pratique des TS et TTS au quotidien. Il favorise une utilisation judicieuse des connaissances et des compétences des TS et TTS afin qu'elles puissent actualiser leurs rôles dans les différentes directions-programmes de l'établissement.

Ce cadre de référence détermine non seulement les standards de pratique communs en travail social, mais il met aussi en relief les composantes du professionnalisme, de la collaboration interprofessionnelle et de la pratique réflexive, éléments indispensables d'une pratique sécuritaire et de qualité en travail social. Le lecteur est invité à mettre à profit ces différents repères au quotidien pour aborder les situations souvent complexes qui caractérisent la pratique sociale contemporaine.

Le travail social est en constante évolution. Toute intervenante le pratiquant a la responsabilité de s'adapter à cette mouvance en développant, de façon continue, ses connaissances et compétences. Il en est d'ailleurs de même pour le présent document. De façon périodique, il sera revu par les conseillères cadres en travail social des pratiques professionnelles de la DSM pour actualiser son contenu, permettant ainsi de demeurer une référence à jour et utile en la matière.

Enfin, le *Cadre de référence en travail social* du CIUSSS de la Capitale-Nationale contribue à l'amélioration continue des services en travail social en optimisant la prestation de service réalisée auprès des usagers. Nous souhaitons remercier l'ensemble des acteurs ayant contribué à l'élaboration de ce document, ainsi que tous ceux qui le feront vivre à travers leur engagement envers la clientèle.

Un tel document ne peut avoir de répercussions que si les différents acteurs à qui il s'adresse se l'approprient, l'utilisent et le font évoluer. Il a le potentiel de vous servir de levier dans votre pratique d'intervenante, de coordonnatrice professionnelle ou de gestionnaire.
Cher lecteur, il n'en tient qu'à vous de mettre à profit cet outil!

RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX [ACTS]. (2008). *Énoncé de L'ACTS-Champs de pratique du service social*. Ottawa.
https://www.casw-acts.ca/files/attachements/Enonce_de_IACTS_sur_le_champ_de_pratique_du_service_social_2020_0.pdf
- ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR LE TRAVAIL SOCIAL DE GROUPE [IASWG]. (2015). Normes de pratique pour le travail social de groupe (2^e éd.). 19 p. <https://www.iaswg.org/assets/NORMES-DE-PRATIQUE-IASWG.pdf>
- BEAUDRY, M. ET TROTTIER, G. (2001). *Les habiletés d'intervention en service social individuel et familial. Développement et évaluation* (3e éd). Les Presses de l'université p. 34.
- BILODEAU, G. (1993). Méthodologie de l'intervention sociale et interculturelité. *Service social*, 42(1), pp. 25-48.
<https://doi.org/10.7202/706598ar>
- BOART ET WADE (2013); NORCROSS (2002). Cité dans « Établissement de l'alliance thérapeutique ». Composante essentielle de l'intervention adaptation de la présentation de Pauzé, R. (2012).
- BOGO, M. (2006). *Field instruction in social work: A review of the research literature*. *The Clinical Supervisor*, 24(1-2), pp. 163-193.
- BOSSERS, A., KERNAGHAN, J., HODGINS, L., MERLA, L., O'CONNOR, C., VAN KESSEL, M. (1999). *Defining and Developing Professionalism*. PubMed. PMID: 10462884 DOI: 10.1177/000841749906600303
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.944.7892&rep=rep1&type=pdf>
- BOTELLA ET AL. (2008). Cité dans « Établissement de l'alliance thérapeutique ». Composante essentielle de l'intervention adaptation de la présentation de Pauzé, R., 2012.
- BOUDREAULT, H. (2009). *Compétence professionnelle | Réflexions pour un scénario pédagogique...*, Université du Québec à Montréal [UQÀM].
<https://didapro.me/ressources/videos/competence-professionnelle/>
- CAREAU, E. (2017). *L'engagement de l'utilisateur en GMF : mythe ou réalité?*, activité webinaire destinée aux membres de la Communauté de pratique – Programme GMF, le 19 avril 2017
[http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/ProjetsGMF/CdP/webinaire-L_engagement_de_l_usager_en_GMf_17-04-19 .pdf](http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/ProjetsGMF/CdP/webinaire-L_engagement_de_l_usager_en_GMf_17-04-19.pdf)
- CAREAU, E., BRIÈRE, N., HOULE, N., DUMONT, S., MAZIADÉ, J., PARÉ, L., DESAULNIERS, M., ET MUSEUX, A.-C. (2014 et rev. 2018) *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles [RCPI]. Québec. Qc. 25 p.
http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide_explicatif-Continuum_vFR_18-07-31.pdf
- CARIGNAN, L. (2017). Les principales approches en travail social. Dans D. Turcotte et J.-P. Deslauriers (dir.), *Méthodologie de l'intervention en travail sociale personnelle* (2^e éd., pp. 173-205). Les Presses de l'Université Laval.

CEGEP DE SAINTE-FOY. (2018). Le Cégep de Sainte-Foy – *section : Techniques de travail social*. p. 106-107.
https://www.csfoyc.ca/fileadmin/documents/ProspectusInterieur_2020-21-Vfinale-Web.pdf

CEGEP DU QUÉBEC (2019, 11 novembre). Techniques de travail social.
<https://www.cegepsquebec.ca/nos-programmes-detudes/repertoire-des-programmes/techniques-de-travail-social/>

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE (2018, octobre). *Cadre de référence en Organisation communautaire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale*. Bureau du président-directeur général adjoint [PDGA], Québec. 68 p.
https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/NosServices/OrganismeCommunautaire/cadre_de_referece_oc_ciussscn.pdf

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE (2017). *Cadre d'éthique institutionnel*. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, Québec. 16 p. http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Documents%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence/DQEPE_Cadre-ethique-CIUSSCN.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Rapport du Directeur régional de la santé publique sur le inégalités sociales de santé 2012. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Direction régionale de la santé publique. 164 p.
https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/rapportiss_versionintegrale.pdf

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE (2017). *Directives relatives à la consultation et à l'accès au dossier de l'utilisateur (D-PO-22-2)*. Direction des services multidisciplinaires, Québec. 19 p. http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Directives/D-PO-22-2-Dir-acces-dossier-usager.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE (2017). *Directives relatives à la tenue et à la gestion du dossier de l'utilisateur (D-PO-22-1)*. Direction des services multidisciplinaires, Québec. 25 p. http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Directives/D-PO-22-1-Dir-tenue-dossier-usager.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE. (2019, 27 mars). *Fiche synthèse - L'éthique clinique et de l'enseignement*. [document inédit], Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Québec, 2 p.

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE. (2020). *Lexiques : Structure de soutien et documents – DSM*. [document inédit], Direction des services multidisciplinaires. Québec, 10 p.

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE (2017). *Politique relative à la tenue du dossier de l'utilisateur et la protection des renseignements personnels (PO-22)* Direction des services multidisciplinaires, Québec. 29 p. http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Politiques/PO-22-Politique-dossier-usager_prot-renseig.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE. (2020). *Procédure (tronc commun) relative au plan d'intervention unidisciplinaire (PI), au plan d'intervention interdisciplinaire (PII), au plan de services individualisé (PSI), au plan de services individualisé intersectoriel (PSII) et à la note de concertation (PR-R-29-1)*. Direction des services multidisciplinaires. 27 p.

http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Proc%C3%A9dures,%20protocoles%20et%20recommandations%20cliniques/PR-R-29-1_Procedure-PI-PII-PSII-note-concertation.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE. (2020). *Règlement relatif au plan d'intervention unidisciplinaire (PI), au plan d'intervention interdisciplinaire (PII), au plan de services individualisé (PSI), au plan de services individualisé intersectoriel (PSII) et à la note de concertation (R-29)*. Direction des services multidisciplinaires. 13 p.

http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20R%C3%A8glements/R-29-Reglement-PI-PSI-PSII-Note-concertation.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

COMPÉTENCES. (2007) Dans *Office québécois de la langue française*. Gouvernement du Québec.

http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26542806

COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE (2006) Dans *Office québécois de la langue française*. Gouvernement du Québec.

http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8365872

CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ (fi). (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Canada, 37 p.

https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf

CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE. (2014). *Guide et standards de pratique psychosocial au SAPA*. 89 p.

CSSS VIEILLE-CAPITALE. (2012). *Cadre de référence en travail social du CSSS de la Vieille-capital*. 46 p.

http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Cadres%20de%20pratiques%20ou%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence/DSM_cadre_ref_ts.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

D'AMOUR, D ET OANDASAN, I. (2005). *Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept*. *J Interprof Care*, 19(2), pp. 8-20.

DÉONTOLOGIE (2007) Dans *Office québécois de la langue française*. Gouvernement du Québec.

http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8871067

DE GRANDMONT, S. ET ROY, L. (2011). *Rapport des coprésidents de la Table d'analyse de la situation des techniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. 156 p.

https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Rapport_etude/Rapport_copresident.pdf

DE ROBERTIS, C. (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social*. Paris, France : Bayard.

DUBOIS, M. & GARCEAU, M-L. (2000). *L'évolution du travail social : une histoire à suivre — Entrevue avec Roland Lecomte*. *Reflète : revue d'intervention sociale et communautaire*, 6(1), pp. 18-34.

- DU RANQUET, M. (1991). *Les Approches en service social*. Edisem. 232 p.
- ÉTHIQUE. Filion, M. (2018) Dans *Dictionnaire encyclopédique du Droit québécois*. Gaudet Éditeur Ltée
http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26548264
- ÉTHIQUE. (2019, 19 novembre). Dans *Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9thique/31388>
- FAVREAU, L. (2000). *À quoi sert le travail social? Vers une redéfinition et un redéploiement*. Cahiers du GÉRIS 2000 : Série Recherches, 10, pp. 2-24.
- FÉDÉRATION DES CÉGEPS DU QUÉBEC. (2018). *Les techniciennes et les techniciens en travail social toujours indispensable!* Québec.
https://fedcegeps.ca/wp-content/uploads/2013/12/FEDVF_TTS_depliant_web.pdf
- GIROUX M. (1997) Comité d'éthique clinique et conscience morale. Tribune d'éthique. Le clinicien, septembre 1997, p.33-39. cité dans CIUSSS de la Capitale-Nationale. (2017). *Cadre d'éthique institutionnel*. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique. 16 p.
- GRENIER, J. & BOURGEAULT, G. (2016). *Pour une éthique de la reconnaissance : enjeux éthiques de l'intervention auprès des personnes âgées : en écho à leurs témoignages*. Nouvelles pratiques sociales, 28 (2), pp. 71–88.
- HARPER, E. ET DORVIL, H. (2013). *Le travail social : Théories, méthodologies et pratiques*. Presses de l'Université du Québec, coll.Problèmes sociaux et interventions sociales, 436 p.
- HERNANDEZ, S. H., JORGENSEN, J. D., JUDD, P., GOULD, M. S., & PARSONS, R. J. (1985). Integrated practice: An advanced generalist curriculum to prepare social problem specialists. *Journal of Social Work Education*, 21(3), 28-35.
- HORVATH, A. ET BEDI, R. (2002). Cité dans « *Établissement de l'alliance thérapeutique* ». Composante essentielle de l'intervention adaptation de la présentation de Pautz, R. (2012).
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX [INESSS]. (2015) *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. Document rédigé par Sylvie Beauchamp, Martin Drapeau, Carmen Dionne, Jean-Pierre Duplantie, 81 p.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Cadre_elaboration_guides_pratique_servicessociaux.pdf
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2017). Déterminants de la santé.
<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>
- INSTITUTS UNIVERSITAIRES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS ET DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE ET RÉSEAU DE COLLABORATION SUR LES PRATIQUES INTERPERSONNELLES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. (2016). *Outil en soutien à l'accueil et l'intégration des professionnels en GMF*
http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/ProjetsGMF/Outil_de_soutien_Accueil_et_Integration_des_professionnels_en_GMF_v_16-10-05.pdf
- INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL c. A.G., (1994) CanLII 6105 (QC CA).
<https://canliiconnects.org/en/summaries/32038>

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOLS OF SOCIAL WORK [IASSW] (2014). Montréal.

<https://www1.otstcfq.org/l-ordre/evenements-et-campagnes/le-travail-social-dans-tous-ses-etats/le-travail-social-ici-et-ailleurs/>

KARVER ET AL. (2005) Cité dans « Établissement de l'alliance thérapeutique ». Composante essentielle de l'intervention adaptation de la présentation de Pautz, R., (2012).

LEBLANC, C. (2010). *La mobilisation au changement dans un contexte d'intervention sous contrainte en protection de la jeunesse : Enjeux, pièges et outils*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, p. 6.

LEGENDRE (2005). MESURE ET SAVIDON. (2006). *Les principales approches en travail social*. Dans D. Turcotte & J.-P. Deslauriers (Sous la Dir.), *Méthodologie de l'intervention en travail sociale personnelle* (Chapitre 7), 2^e Eds. Les Presses de l'Université Laval, Collection travail social.) p 175.

LÉGISLATION. (2006) Dans *Office québécois de la langue française*. Gouvernement du Québec.

http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8351610

MIKKONEN, J. ET RAPHAEL, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto, Université York, École de gestion et de politique de la santé, 62 p.

QUÉBEC. CODE CIVIL DU QUÉBEC (RLRQ).

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*, Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 46 p.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2019). *Guide pratique à l'intention des travailleurs sociaux issus d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou dans un groupe de médecine de famille universitaire dans une perspective de collaboration interprofessionnelle*. Aide-mémoires portant sur la collaboration interprofessionnelle (sections 7 et 8, p.17-20). Gouvernement du Québec, Direction des communications, Québec, 33 pages.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-924-12W.pdf>

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, Gouvernement du Québec, 26 p.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

QUÉBEC. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2000). Services sociaux, éducatifs et juridiques, TTS. programmes d'études 388.A0. Québec, Ministère de l'Éducation, la formation professionnelle et technique.

QUÉBEC. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (1975) *Charte des droits et libertés de la personne* [RLRQ chap. C-12]. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/c-12>

QUÉBEC. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (1991) *Code civil du Québec* [c CCQ-1991]. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/ccq-1991>

QUÉBEC. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (1991) *Code des professions* [QC C prof]. chap. C-26. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/c-26>

QUÉBEC. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (1991). *Code des professions*. chap. S-4.2, article 102.

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showversion/cs/S-4.2?code=se:102&pointInTime=20170607>

QUÉBEC. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2016). *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (C-26, r 291.1).

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20291.1%20/>

QUÉBEC. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2009). *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des membres de l'Ordre professionnel de travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (C-26, r. 297).

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20297%20/>

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC [OPQ]. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif*. 2^e édition. 94 pages.

https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC [OPQ]. (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif*. 4^e édition. 130 pages.

https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2019-20_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-01-2021.pdf

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC [OPQ]. (2011). *Rapport des coprésidents*, Table d'analyse de la situation des techniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. 156 pages

https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Rapport_etude/Rapport_copresident.pdf

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC. (2005). *Guide de normes pour la tenue des dossiers et des cabinets de consultation*. 63 p.

<https://www1.otstcfq.org/documentation/guide-de-normes-pour-la-tenue-des-dossiers-et-des-cabinets-de-consultation/>

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES FAMILIAUX ET CONJUGAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ]. (2011). *Cadre de référence : l'évaluation du fonctionnement social*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 40 p.

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES FAMILIAUX ET CONJUGAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ]. (2020). *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. Consulté sur

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20286%20/>

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES FAMILIAUX ET CONJUGAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ]. (2018) Entrevue avec Denis Bourque, T.S. Directeur du Département de Travail social à l'UQO [Vidéo]

<https://www1.otstcfq.org/l-ordre/evenements-et-campagnes/le-travail-social-dans-tous-ses-etats/le-travail-social-au-quebec/>

- ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES FAMILIAUX ET CONJUGAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ]. (2011) *Guide de pratique. L'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'incapacité et des autres mesures de protection au majeur*. 47 p.
https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/evaluation_psychosociale_dans_le_contexte_des_regimes_de_protection.pdf
- ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES FAMILIAUX ET CONJUGAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ]. (2015). *Mots sociaux- La prise en compte des déterminants sociaux de la santé en GMF : C'est possible!*
<https://www1.otstcfq.org/article-dossier-special/la-prise-en-compte-des-determinants-sociaux-de-la-sante-en-gmf-cest-possible/>
- ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES FAMILIAUX ET CONJUGAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ]. (2015). *Mots sociaux- L'intégration de multiples déterminants sociaux de la santé*.
<https://www1.otstcfq.org/article-dossier-special/lintegration-de-multiples-determinants-sociaux-de-la-sante/>
- ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES FAMILIAUX ET CONJUGAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ]. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 34 p.
https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/referentiel_de_competchences_des_travailleurs_sociaux.pdf
- ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES FAMILIAUX ET CONJUGAUX DU QUÉBEC [OTSTCFQ]. (2020). *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES [OCDE]/Statistiques Canada (2000). *La littératie à l'ère de l'information : Rapport final de l'enquête internationale sur la littératie des adultes*, Éditions OCDE, Paris, 211 p.
<https://www.oecd.org/fr/education/innovation-education/39438013.pdf>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ [OMS]. (2009) *Combler le fossé en une génération*. Commission des déterminants sociaux de la santé – rapport final. Genève. 260 p.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
- PAQUETTE, J., LECLERC, B-S., BOURQUE, S. (2014). *La santé dans tous ses états : les déterminants sociaux de la santé*. Trousse pédagogique, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Laurent-CAU, Montréal.
https://cdn.ciuissnordmtl.ca/documents/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Trousse_pedagogique_determinants_sociaux_sante.pdf?1574281638
- PAUZÉ, R. (2012). *Établissement de l'alliance thérapeutique. Composante essentielle de l'intervention*.
- PAYNE, T. (2006). *Exploring Language Structure*. Cambridge University Press. 390 p.
- PROFESSIONNALISME. (2019, 19 novembre). Dans *Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/professionnalisme/64159>
- PROFESSIONNEL. (2019, 19 novembre). Dans *Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/professionnel/64160>

- PRUD'HOMME, J. (2011). *Professions à part entière : histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Presses de l'Université de Montréal PUM.
- RAPP, C. A., & GOSCHA, R. J. (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. OUP USA.
- RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ (RUIS) (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient* http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- RÉSEAU DE COLLABORATION SUR LES PRATIQUES INTERPROFESSIONNELLES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX [RCPI]. (n.d.) Découvrez les compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle. http://www.présenter.cifss.ulaval.ca/RCPI/Referentiel_des_compétences_PUB/
- RIVARD-LEDUC, M. (2009). *Que sont les travailleurs sociaux devenus? Un demi-siècle d'évolution de la pratique du travail social au Québec (1960-2010)*. Revue Intervention, No 131. 33 p. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_131_2_que_sont_les.pdf
- ROCHER, G. (1992). *Introduction à la sociologie générale*. Montréal : HMH. 685 p.
- ROY, V. ET LINDSAY, J. (2015). *La méthode d'intervention de groupe en service social*. Dans J.-P. Deslauriers et D. Turcotte (eds.), *Introduction au travail social* (3e ed., pp. 138-158). Québec : Presses de l'Université Laval.
- ROY, V., PULLEN-SANSFAÇON, A., & RUCHETTE, M. (2014). L'évolution des pratiques de travail social de groupe au Québec : Des années 1980 aux années 2010. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 67-84.
- TURCOTTE, D. ET DESLAURIERS, J-P. (2011). *Méthodologie de l'intervention en travail sociale personnelle*, 1^{re} édition, Presse de l'Université Laval, 190 p.
- TURCOTTE, D. ET DESLAURIERS, J-P. (2017). *Méthodologie de l'intervention en travail sociale personnelle*, 2^e édition revue et augmentée, Presse de l'Université Laval, 350 p.
- UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI : UNITÉ D'ENSEIGNEMENT EN TRAVAIL SOCIAL. (2012). L'intégration des trois méthodes d'intervention dans les stages en travail social https://www.uqac.ca/departements/travail_social/stages/documents/annexe_1.pdf
- VAN DE SANDE, A., BEAUVOLSK, M-A. & LAROSE-HÉBERT, K. (2018). *Le travail social : théories et pratiques*, 3^e édition. Chenelière Éducation, 208 p.
- YOUNG ET DUMBRILL (2010), p. 41, cité dans « *L'Alliance thérapeutique est essentiel, souhaitable ou utile?* », Bilocq, R. adapté par Duchemin Nathalie (2015).

ANNEXES

Annexe 1 : *les techniciens en travail social : toujours indispensables!*

Annexe 2 : *représentation du caractère intégré du programme Techniques de travail social – 388.AO*

Annexe 3 : *à travers la lunette de l'approche...*

ANNEXE 1 : LES TECHNICIENS EN TRAVAIL SOCIAL : TOUJOURS INDISPENSABLES!

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (ex-projet de loi 21) a été adoptée le 18 juin 2009 par l'Assemblée nationale du Québec et est entrée en vigueur le 20 septembre 2012. Plusieurs années de travail, sous l'égide de l'Office des professions du Québec (OPQ), en ont précédé l'adoption, au terme desquelles la contribution des techniciens a été reconnue et considérée, par tous les acteurs concernés, comme essentielle au maintien de la qualité des services offerts par les différents établissements du Québec.

La loi réserve un nombre très limité d'activités aux membres de certains ordres professionnels, ce qui signifie qu'un très grand nombre d'activités, menées par d'autres intervenants, dont les techniciens en travail social (TTS), ne sont pas réservées.

D'ailleurs, s'il fait état des activités qui sont réservées, le guide explicatif¹, publié en mai 2012 par l'OPQ, en présente également qui ne le sont pas. L'OPQ et les ordres professionnels ont « maintes fois réitéré l'importance de mettre à contribution les compétences de chaque intervenant, qu'il soit membre ou non d'un ordre professionnel, afin d'assurer la qualité et la continuité des services dans les divers milieux de travail² ».

Le guide explicatif indique que, pour bien comprendre la contribution des techniciens en travail social dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, il importe de se référer au Rapport des coprésidents de la Table d'analyse de la situation des techniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines³, publié au printemps 2012. On y dresse un portrait de leurs interventions en lien avec les activités réservées et on y affirme sans équivoque que :

« [...] les techniciens en travail social, en éducation spécialisée et en intervention en délinquance sont des alliés indispensables à l'équipe multidisciplinaire dont ils font partie intégrante. Ce sont des alliés indispensables à la prestation des services, dans tous les programmes et dans tous les milieux. Leur contribution à la prestation des services en santé mentale et en relations humaines est essentielle et nécessaire, c'est une contribution de qualité et elle permet de renforcer l'accès aux services. Les techniciens exercent, avec compétence et motivation, les interventions pour lesquelles ils sont bien préparés. »

¹ Office des professions du Québec, Guide explicatif, Projet de loi 21, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, septembre 2012.
http://www.opq.gouv.qc.ca/fichiers/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif.pdf

² Office des professions du Québec, Communication, Des activités réservées au cœur de pratiques collaboratives, 21 juin 2012.
http://www.opq.gouv.qc.ca/fichiers/documents/Actualites/2012-06-21_Communication.pdf

³ Office des professions du Québec, Rapport des coprésidents de la Table d'analyse de la situation des techniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, février 2011.
http://www.opq.gouv.qc.ca/fichiers/documents/Publications/Rapport_etude/Rapport_copresidents.pdf

Liste des cégeps qui offrent Techniques de travail social

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue

425, boulevard du Collège
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E5
819 762-0931
www.cegepat.qc.ca

Dawson College

3040, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec) H3Z 1A4
514 931-8731
www.dawsoncollege.qc.ca

Cégep de la Gaspésie et des Îles

96, rue Jacques-Cartier
Gaspé (Québec) G4X 2S8
418 368-2201
www.cegepgim.ca

Cégep de Jonquière

2505, rue Saint-Hubert
Jonquière (Québec) G7X 7W2
418 547-2191
www.cegepjoniqiere.ca

Collège régional de Lanaudière à Terrebonne

2505, boulevard des Entreprises
Terrebonne (Québec) J6X 5S5
450 470-0933
www.cegep-lanaudiere.qc.ca/terrebonne

Cégep de Lévis-Lauzon

205, rue M^{re} Bourget
Lévis (Québec) G6V 6Z9
418 833-5110
www.clevislauzon.qc.ca

Cégep Marie-Victorin

7000, rue Marie-Victorin
Montréal (Québec) H1G 2J6
514 325-0150
www.collegemv.qc.ca

Cégep de Rimouski

60, rue de l'Évêché Ouest
Rimouski (Québec) G5L 4H6
418 723-1880
www.cegep-rimouski.qc.ca

Cégep de Sainte-Foy

2410, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 1T3
418 659-6600
www.cegep-ste-foy.qc.ca

Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu

30, boulevard du Séminaire, C.P. 1018
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec)
J3B 7B1
450 347-5301
www.cstjean.qc.ca

Cégep de Saint-Jérôme

455, rue Fournier
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4V2
450 436-1580
www.cstj.qc.ca

Cégep de Sherbrooke

475, rue du Cégep
Sherbrooke (Québec) J1E 4K1
819 564-6350
www.cegepsherbrooke.qc.ca

Cégep de Trois-Rivières

3500, rue de Courval
Trois-Rivières (Québec) G8Z 1T2
819 376-1721
www.cegeptr.qc.ca

Cégep du Vieux Montréal

255, rue Ontario Est
Montréal (Québec) H2X 1X6
514 982-3437
www.cvm.qc.ca

LES TECHNICIENNES ET LES TECHNICIENS EN TRAVAIL SOCIAL



TOUJOURS INDISPENSABLES!



Mise en œuvre de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (L.Q. 2009, c.28/ex-PL21)



Regroupement des Enseignants et des Enseignantes des Collèges En Travail Social du Québec

Ce dépliant est disponible sur le site de la Fédération des cégeps : www.fedcegeps.qc.ca

OCTOBRE 2013



LAISSEZ-VOUS GUIDER
AFFICHE AU VERSO

Le dépliant que vous avez entre les mains constitue un outil de référence pour toute personne ou tout acteur œuvrant dans les différents milieux d'intervention qui désire mieux comprendre les nombreuses fonctions que peut toujours exercer un technicien en travail social, dans le contexte des modifications au Code des professions. Ses compétences dépassent largement, par ailleurs, les activités non réservées par la loi, comme le démontre la description du programme Techniques de travail social présentée plus loin.

L'usage du masculin pour désigner les techniciennes et les techniciens en travail social dans ce dépliant n'a pour but que d'alléger le texte.

LES EMPLOIS ET LES TÂCHES DES TECHNICIENS EN TRAVAIL SOCIAL (TTS) DANS LE CONTEXTE DES MODIFICATIONS AU CODE DES PROFESSIONS

- * DANS LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
- * DANS LES CENTRES JEUNESSE
- * DANS LES CENTRES LOCAUX D'EMPLOI (CLE) ET À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST)
- * DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES
- * EN INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE OU EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DE LA TOXICOMANIE
- * DANS LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les techniciens en travail social sont des intervenants compétents, qui ont toujours un rôle prépondérant à jouer dans l'offre de services sociaux au Québec. Les interventions qu'ils peuvent faire dans le contexte de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (ex-projet de loi 21) sont variées et cruciales, ce qui en fait des acteurs indispensables dans les milieux d'intervention sociale.

LAISSEZ-VOUS GUIDER

TTS

LES EMPLOIS ET LES TÂCHES DES TECHNICIENS EN TRAVAIL SOCIAL (TTS) DANS LE CONTEXTE DES MODIFICATIONS AU CODE DES PROFESSIONS

DANS LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Les TTS peuvent continuer d'accomplir des tâches qui requièrent des habiletés à évaluer une situation biopsychosociale. Selon le **guide explicatif**, les activités suivantes ne sont pas réservées par la loi :

* Analyse initiale des besoins d'une personne (accueil, analyse, orientation, référence – AAQR) (47)*

* L'évaluation d'une personne présentant des symptômes d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique non attesté par un diagnostic (48)

* L'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre d'une demande de service de soutien à domicile (47)

* La détermination du plan d'intervention (29)

* La détection, le dépistage, l'appréciation et la contribution à un diagnostic ou à la conclusion de l'identification d'un trouble (29)

* Les interventions destinées à la mise en œuvre des plans d'intervention (47)

* L'évaluation d'une personne en situation de crise au regard des risques qu'elle représente pour elle-même ou pour autrui (37)

* L'évaluation d'une situation de crise en vue de faire des recommandations visant à sa résolution. Cette évaluation d'une situation de crise est circonscrite dans le temps et elle n'implique pas que l'intervenant procède à une évaluation réservée. (37)

* L'appréciation de la dangerosité, soit d'un risque de passage à l'acte suicidaire ou homicide, qui ne constitue pas une évaluation des troubles mentaux au sens de la loi (37)

* « L'estimation » de l'état mental d'une personne qui présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui faite par un intervenant d'un service d'aide en situation de crise comme le stipule la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (37)

* La collecte de données objectives (incluant les observations) portant sur la personne (dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'adoption du mandat) dans son environnement, dont sa situation financière, légale ou son éligibilité à des programmes sociaux (58)

* Tous les numéros entre parenthèses renvoient à la page correspondante du guide explicatif de l'Office des professions du Québec.

DANS LES CENTRES JEUNESSE

Selon le **guide explicatif** de l'OPQ, les activités suivantes ne sont pas réservées par la loi :

* Les activités réalisées dans le cadre de l'application des mesures, notamment : la détermination, l'actualisation et la révision du plan d'intervention (à l'exception de la détermination du plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation), les évaluations jugées pertinentes, la documentation des observations recueillies dans le cadre du suivi de l'enfant et de ses parents et l'élaboration du rapport de révision. Ces activités pourront être accomplies par toutes les personnes désignées par la Direction de la protection de la jeunesse ou par l'établissement. (50)

* L'appréciation de la dangerosité, soit d'un risque de passage à l'acte suicidaire ou homicide, qui ne constitue pas une évaluation des troubles mentaux au sens de la loi (37)

* L'évaluation d'une famille d'accueil au moment du recrutement des ressources de type familial ainsi que sa réévaluation (50)

* La détermination d'un plan d'intervention, dans les cas où le trouble mental n'est pas avéré, c'est-à-dire en l'absence de conclusions provisoires ou finales (54)

* L'identification de la présence du risque suicidaire (54)

* La détermination d'un plan d'intervention dans le cas où le jeune présentant un trouble mental ou un risque suicidaire est hébergé dans un appartement supervisé, une ressource de type familial (RTF) ou une famille d'accueil. Ces ressources ne sont pas « considérées par la Loi comme des installations d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ». (54)

De plus, le technicien en travail social sera autorisé par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec à recevoir le signalement, procéder à une analyse sommaire de celui-ci et décider s'il doit être retenu pour évaluation. (48)

Dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA), les TTS continueront de procéder :

* À l'évaluation de la possible participation de l'adolescent au programme de sanction extrajudiciaire. Il s'agit là d'une entrevue dirigée avec l'adolescent et des parents afin de déterminer s'il est opportun de recourir à des sanctions extrajudiciaires dans le respect des dispositions prévues par la Loi à cet effet. (51)

* Au suivi des sanctions extrajudiciaires, alors qu'il s'agit d'actualiser l'entente prise avec le délégué, ainsi qu'au suivi des peines permettant de soutenir, d'encadrer et d'aider un adolescent dans l'actualisation des mesures ordonnées par la cour (52)

* À la détermination d'un plan d'intervention, sauf dans la situation des jeunes atteints d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire et qui sont hébergés dans une installation de centre de réadaptation pour jeunes en difficulté. La mise en œuvre n'est jamais réservée et peut être accomplie par tout intervenant désigné par les établissements. (54)

DANS LES CENTRES LOCAUX D'EMPLOI (CLE) ET À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST)

Selon le **guide explicatif**, les activités suivantes ne sont pas réservées par la loi :

* L'évaluation de la capacité à entreprendre une démarche vers l'emploi réalisée par les agents d'aide à l'emploi (46)

* La fixation d'objectifs dans le cadre d'un programme de préemployabilité et l'évaluation quant à l'atteinte de ces objectifs (amélioration d'aptitudes sociales, la ponctualité, l'hygiène personnelle, l'autonomie, la capacité de s'exprimer correctement, etc.) (47)

* L'évaluation des compétences liées à la recherche d'emploi (rédiger un curriculum vitae, passer une entrevue d'emploi, etc.) (47)

* Les interventions destinées à la mise en œuvre des plans d'intervention (47)

DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

En milieu scolaire, l'organisation des services s'appuie sur l'identification des besoins de l'élève en vue de lui offrir les services les plus appropriés dans le cadre d'un plan d'intervention. Il n'est pas nécessaire de déterminer préalablement l'appartenance à une catégorie de difficulté donnée. À cet égard, une approche multidisciplinaire, qui permet de porter un jugement éclairé sur les différentes facettes de la problématique de l'élève, est d'ailleurs préconisée en milieu scolaire, comme le stipule le **guide explicatif**. (60)

Selon ce guide, les activités suivantes ne sont pas réservées par la loi :

* L'évaluation des besoins d'un élève en vue d'établir un plan d'intervention (61)

* La détection, qui consiste à relever des indices de trouble non encore identifiés ou de facteurs de risques dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. La détection ne repose pas sur un processus systématique, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants aux dits indices. (30)

* Le dépistage, qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes. L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée. (50)

EN INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE OU EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DE LA TOXICOMANIE

Quel que soit leur lieu d'intervention, les TTS sont formés à intervenir en situation de crise ou en lien avec la problématique de la toxicomanie.

Selon le **guide explicatif**, les activités suivantes ne sont pas réservées par la loi :

* L'évaluation d'une personne en situation de crise au regard des risques qu'elle représente pour elle-même ou pour autrui (37)

* L'appréciation de la dangerosité, soit d'un risque de passage à l'acte suicidaire ou homicide, qui ne constitue pas une évaluation des troubles mentaux au sens de la loi (37)

Les outils développés par les milieux, dont l'IGT (indice de gravité d'une toxicomanie) utilisé par les établissements membres de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec pour évaluer la gravité de la surconsommation d'alcool ou de drogues et des problèmes associés, ne sont pas non plus réservés. (36)

DANS LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

* Les TTS sont présents dans une multitude d'organismes communautaires, où ils mettent à profit leurs compétences à évaluer les situations, qu'elles soient individuelles, familiales, de groupe ou collectives, et à déterminer et à mettre en œuvre des plans d'intervention ou d'action. Or il arrive fréquemment que, parmi les participants et membres des groupes, se retrouvent des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. À travers leur formation, les TTS ont acquis des connaissances liées à la santé mentale et aux troubles mentaux et, surtout, ils ont appris à intervenir dans une optique d'inclusion sociale.

* Ils travaillent notamment dans des maisons de la famille, des maisons de jeunes, des centres pour les aînés, des organismes pour personnes itinérantes, des organismes pour nouveaux arrivants.

* Dans les groupes de femmes, ils interviennent au sein des centres de femmes, des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence et leurs enfants, des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, etc.

* Au sein des organismes spécialisés en employabilité et des entreprises d'économie sociale, ils accompagnent diverses clientèles dans leur insertion sociale et professionnelle. Ils travaillent aussi dans des organismes de défense des droits et dans les organismes alternatifs en santé mentale.

La formation en Techniques de travail social

Le programme Techniques de travail social prépare les techniciens et les techniciennes à évaluer des situations d'intervention sociale, à déterminer des plans d'intervention et à mettre en œuvre l'aide requise, en veillant à protéger leur intégrité personnelle, dans un esprit de compréhension des problématiques sociales, des politiques et des législations sociales entourant la pratique du travail social. On peut regrouper les 24 compétences qu'il permet d'acquérir autour de trois axes :

Connaissances et outils pour intervenir auprès des individus, des familles, des groupes et des communautés en veillant à protéger l'intégrité personnelle du technicien

- * Établir une relation d'aide.
- * Analyser les besoins et les ressources d'une personne.
- * Analyser les besoins et les ressources d'une famille.
- * Réaliser une entrevue.
- * Effectuer des interventions psychosociales avec des personnes ou des familles.
- * Effectuer des interventions sociales avec des personnes en situation de crise.
- * Effectuer des interventions sociales en contexte sociojuridique.
- * Analyser les besoins et les ressources de groupes sociaux.
- * Animer un groupe.
- * Effectuer des interventions sociales de groupe.
- * Effectuer des interventions sociales avec des communautés.
- * Élaborer un plan d'intervention ou un plan d'action.
- * Interagir au sein d'une équipe de travail.
- * Rechercher des références.
- * Rechercher des ressources de services sociaux publics et communautaires.
- * Assurer le développement et la coordination de services et de ressources.
- * Effectuer des interventions sociales selon une approche intégrée.
- * Défendre des droits individuels et collectifs.
- * Protéger son intégrité personnelle.

Compréhension du travail social et des dimensions éthiques qui traversent l'intervention sociale

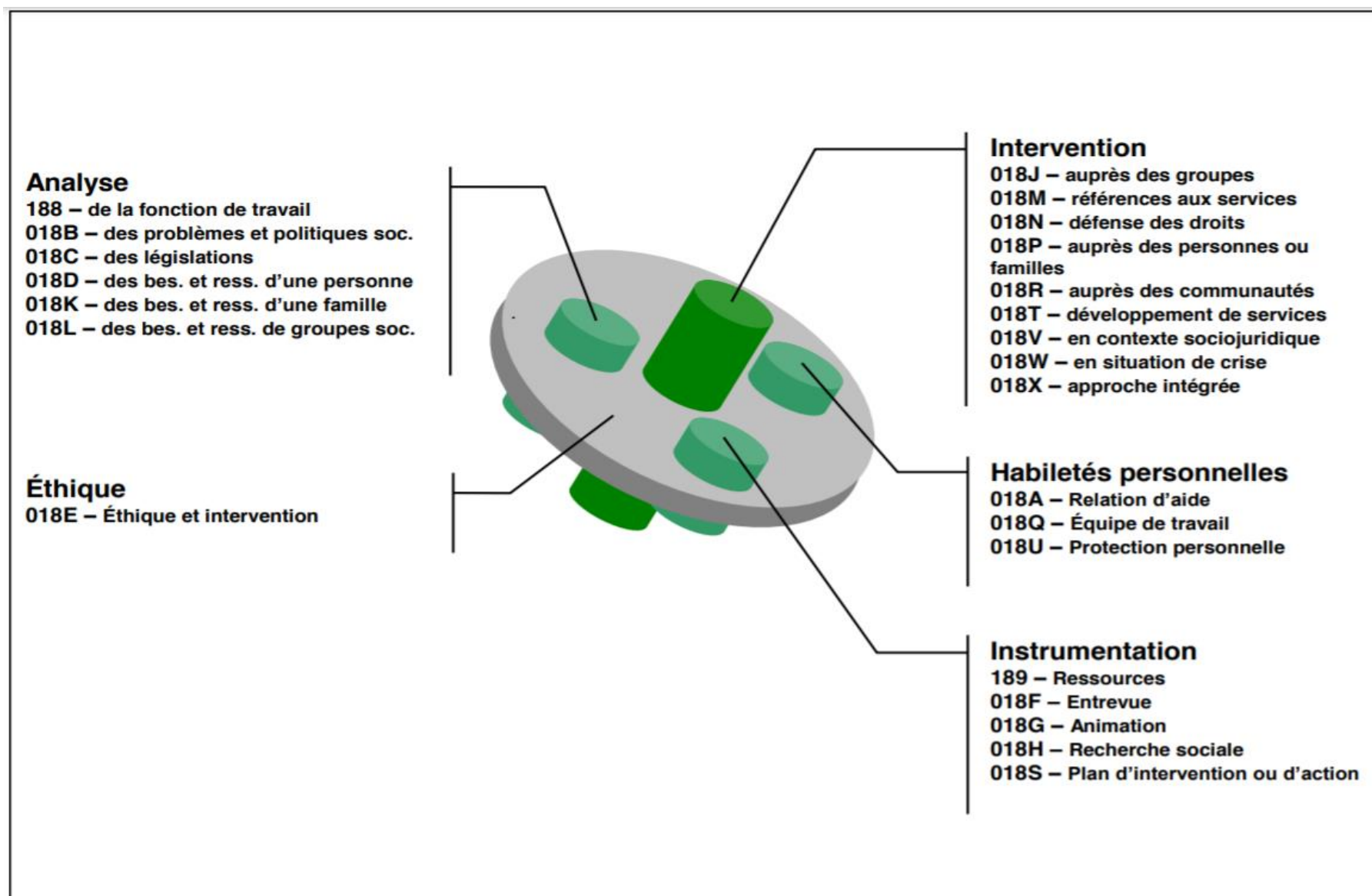
- * Analyser la fonction de travail de technicienne et technicien en travail social.
- * Évaluer les dimensions éthiques de l'intervention sociale.

Connaissances sociales et analyse critique

- * Analyser des législations sociales.
- * Analyser les relations entre des problèmes sociaux, des politiques sociales et des interventions sociales.
- * Effectuer une recherche sociale.

Les stages et les apprentissages pratiques

Ces compétences s'acquerront par des enseignements dynamiques. Pas un cours ne se passe sans que les étudiants aient à pratiquer ou à vérifier leur compréhension pratique des connaissances livrées. Plusieurs stages et expériences terrain ont lieu tout au long des trois années de formation.



ANNEXE 3 : À TRAVERS LA LUNETTE DE L'APPROCHE...

Approches fondatrices	Description	Modèles associés ou qui en découlent
Psychodynamique Psychanalytique	Les problèmes qui affectent le fonctionnement social de la personne sont perçus en fonction des déficiences et des manques de cette dernière. Plus concrètement, en lien avec sa structure de personnalité, de ses déficiences physique, psychologique ou intellectuelle, de ses conflits intrapsychiques au niveau de l'inconscient, faisant également référence au processus de refoulement du passé et des événements survenus à travers les stades de développement ainsi que de ses conflits non résolus (processus psychique de l'inconscient, théorie psychanalytique).	■ Psychologie du moi ■ Psychanalytique ■ Social casework ■ Traitement psychosocial centré sur la résolution du problème (base psychologie du moi) ■ ARC
Humaniste Fonctionnelle	Les problèmes de fonctionnement social de la personne sont principalement associés à des blocages d'énergie et à de faibles capacités individuelles de la personne, c'est-à-dire à une absence de volonté ou de motivation, à des ressources personnelles mal utilisées, à des conceptions erronées ou à une difficulté à accepter la réalité. Cependant la personne possède, en elle-même, toutes les ressources nécessaires afin de résoudre ses difficultés. Il s'agit d'amener la personne à prendre conscience et à développer sa capacité à faire des choix. Enfin, l'individu n'est pas uniquement le produit de son environnement, mais le résultat de la construction mentale qui en a fait (concept clé l'autodétermination).	■ Approche centrée sur le client ■ Ici et maintenant (mouvement thérapeutique) ■ Fonctionnelle (crise de croissance) ■ Résolution de problème
Béaviorale centrée sur la modification du comportement Constructivisme	Les problèmes de fonctionnement social sont compris comme une réponse (comportements) adaptative de la personne face à son environnement. Ainsi, la détresse engendrée par une situation pouvant se résulter en une réponse inadéquate, irrationnelle, dysfonctionnelle, non organisée ou problématique de traiter ou d'interpréter l'information (postulats de bases cognitif et comportementaliste).	■ Modification du comportement (apprentissage) ■ Cognitivo comportemental ■ Motivationnel ■ Triple P ■ Narrative

Approches en travail social	Description	Modèles associés ou qui en découlent
Systémique Approche familiale	Les problèmes de fonctionnement social sont perçus en fonction d'une dynamique établie à l'intérieur d'un système. Ainsi le comportement de l'individu est perçu comme un comportement symptomatique adapté au contexte social actuel. Donc, le reflet d'une tentative inefficace de résolution d'une difficulté. De ce fait, l'intervention sociale doit se faire sur l'ensemble des éléments composant le système qu'il soit familial, social, groupal ou communautaire et non seulement sur l'élément qui présente le problème (théorie des systèmes et rôles et théories de la communication).	▪ Centrée sur la tâche (Reid et Epstein, analyse systémique) ▪ Modèle systémique ▪ Centrée sur la tâche ▪ Centrée sur les solutions ▪ Approche familiale (théorie des systèmes, frontières...) ▪ Modèles multiculturels
Bioécologique ou écosystémique	Les problèmes de fonctionnement social sont perçus comme une défaillance au niveau de l'adaptation progressive et mutuelle de l'individu avec son environnement. Par conséquent, il faut s'attarder à l'individu, mais également à ses réseaux et aux différents systèmes complexes avec lesquels il est en interaction. Ainsi, dans cette approche, il faut également tenir compte de l'influence et de l'interrelation des déterminants sociaux pouvant affecter le fonctionnement social la personne (ontosystème, microsystème, mésosystème, exosystème et le macrosystème, chronosystème).	▪ Modèle écologique ▪ Modèle d'intervention de réseaux ▪ Approche de milieu ▪ Approche réseau ▪ Modèles multiculturels ▪ Modèle d'intervention en contexte autochtone
Structurelle	Les problèmes de fonctionnement social sont perçus comme étant le résultat des inégalités sociales établies entre les groupes sociaux et intériorisées par les personnes non conscientes des pressions qui les amènent à se croire responsables personnellement des difficultés qui, en fait, tiennent à des conditions sociales matérielles et politiques extérieures à elle (concept clé : la justice sociale et pouvoir d'agir, l'empowerment).	▪ Modèle féministe ▪ Modèles radicaux ▪ Intervention communautaire

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

