

collection

TRAVAIL

social

MÉTHODOLOGIE


de l'intervention
sociale personnelle

Sous la direction de

Daniel Turcotte et

Jean-Pierre Deslauriers





Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
Kahle/Austin Foundation

collection

TRAVAIL social

dirigée par

Jean-Pierre Deslauriers et Daniel Turcotte

La collection « Travail social » a pour objectifs de stimuler la réflexion, de favoriser la diffusion de connaissances et de susciter des débats sur la profession et la discipline du travail social.

Cette collection publie des descriptions d'intervention en travail social afin de mieux faire connaître la profession et sa contribution à la solution des problèmes sociaux. Elle diffuse également des textes fondamentaux sur la discipline afin d'appuyer le développement des connaissances et l'évolution de la profession. Enfin, elle publie des ouvrages spécialisés sur des pratiques ou des problématiques particulières qui fournissent aux étudiants et aux praticiens des sources d'information susceptibles de nourrir leur pratique.

Cette collection s'adresse aux publics francophones et francophiles nord-américains et européens.

Titres parus

Ninacs, William A., *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, PUL, 2008.

Matta, Houwayda, *Service social scolaire et multidisciplinarité*, PUL, 2008.

Moyse Steinberg, Dominique, *Le travail de groupe: un modèle axé sur l'aide mutuelle. Pour aider les personnes à s'entraider*, PUL, 2008.

Comeau, Yvan, Martine Duperré, Yves Hurtubise, Clément Mercier et Daniel Turcotte, *L'organisation communautaire en mutation. Étude sur la structuration d'une profession du social*, PUL, 2008.

Deslauriers, Jean-Pierre et Yves Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social*, 2^e édition, PUL, 2007.

Deslauriers, Jean-Pierre et Yves Hurtubise, *Le travail social international. Éléments de comparaison*, PUL, 2005.

Duperré, Martine, *L'organisation communautaire. La mobilisation des acteurs collectifs*, PUL, 2004.

Lachapelle, René (dir.), *L'organisation communautaire en CLSC*, PUL, 2003.

Savourey-Alezra, Michèle, avec la collaboration de Pierrette Brisson, *Re-créez les liens familiaux. Médiation familiale - Soutien à la parentalité*, PUL et Chronique sociale, 2002.

Deslauriers, Jean-Pierre et Yves Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social*, PUL, 2000.

**Méthodologie de
l'intervention
sociale personnelle**

Méthodologie de l'intervention sociale personnelle

Sous la direction de
Daniel Turcotte et
Jean-Pierre Deslauriers



Presses de
l'Université Laval

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour nos activités d'édition.

5^e tirage avril 2014

Maquette de couverture: Danielle Motard

Mise en pages: Danielle Motard

ISBN 978-2-7637-9389-4

ISBN-PDF 9782763793900

ISBN-e-PUB 9782763793917

© Les Presses de l'Université Laval 2011

Tous droits réservés. Imprimé au Canada

Dépôt légal 2^e trimestre 2011

Les Presses de l'Université Laval

www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

Table des matières

INTRODUCTION	1
Daniel Turcotte et Jean-Pierre Deslauriers	
 CHAPITRE 1	
NATURE ET FONDEMENTS DE L'INTERVENTION	
SOCIALE PERSONNELLE	9
Sylvie Thibault	
Introduction	9
1. Définition de l'intervention sociale personnelle	10
2. Rappel historique	12
2.1 Situation particulière du Québec	13
3. Valeurs, principes et éthique de l'intervention sociale personnelle	16
3.1 Quelques questions de terminologie	16
3.2 Déontologie professionnelle du travail social	17
4. Processus d'intervention sociale personnelle	20
4.1 Prise de contact avec la situation problème et les personnes concernées ...	21
4.2 Collecte et évaluation des données	22
4.3 Planification de l'intervention	22
4.4 Exécution du plan d'intervention	23
4.5 Fin du processus	24
5. Processus de changement et facteurs qui influencent le changement	24
5.1 Alliance thérapeutique ou relation de travail basée sur la confiance réciproque	25
5.2 Motivation, capacités et possibilités	27
Conclusion	29
 CHAPITRE 2	
PRISE DE CONTACT	31
Pierre Turcotte	
1. Étapes de la prise de contact	32
1.1 Demande d'aide	32

1.2 Établissement d'une relation de confiance.....	34
1.3 Analyse sommaire de la situation présentée.....	35
1.4 Information, orientation, référence ou prise en charge.....	35
2. Habiletés essentielles lors de la prise de contact.....	37
2.1 Empathie.....	37
2.2 Conscience de soi.....	39
2.3 Authenticité.....	40
2.4 Assurance.....	40
3. Écoute et habiletés de communication.....	41
4. Quelques enjeux de la prise de contact.....	45
4.1 Méfiance.....	46
4.2 Ambivalence face au changement.....	46
4.3 Transfert et contre-transfert.....	47
Conclusion.....	48

CHAPITRE 3

ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE..... 51

Marc Boily et Sonia Bourque

1. En quoi consiste le processus d'évaluation?.....	53
2. Perspective guidant le processus d'évaluation en travail social.....	55
3. Processus d'évaluation psychosociale : une activité continue, interactive et réflexive.....	56
4. Place de la personne, du client, comme acteur dans le processus d'évaluation.....	57
5. Composantes du rapport d'évaluation psychosociale.....	59
5.1 Contexte de l'évaluation.....	60
5.2 Caractéristiques de la personne.....	63
5.3 Caractéristiques de l'environnement.....	65
5.4 Analyse synthèse dans une perspective de fonctionnement social.....	66
5.5 Opinion professionnelle.....	69
Conclusion.....	70

CHAPITRE 4

ÉLABORATION DU PLAN D'INTERVENTION..... 73

Gilles Tremblay

1. Pourquoi élaborer un plan d'intervention?.....	74
2. Différencier contrat et plan d'intervention.....	75
3. Plan d'intervention, plan de services individualisé, plan de services adapté et plan d'intervention pour la famille d'accueil.....	78
3.1 Principes de base dans l'élaboration d'un PI et d'un PSI.....	82
3.2 Structuration du plan d'intervention.....	84
Conclusion.....	90

CHAPITRE 5**EXÉCUTION DE L'ACTION EN INTERVENTION SOCIALE PERSONNELLE. 91**
Marie Drolet et Madeleine Dubois

1. Situer l'étape de travail.....	92
1.1 Cerner les cibles d'action.....	92
2. Rôles de la travailleuse sociale.....	93
3. Art d'intervenir avec la personne	95
3.1 Langage de l'écoute.....	95
3.2 Travailler avec les silences.....	98
3.3 Poser des questions qui invitent au dialogue	99
3.4 Donner du soutien et de l'encouragement	101
3.5 Reconnaître les entraves ou les barrières au changement.....	102
4. Art d'intervenir dans le contexte social	104
4.1 Mobiliser les ressources du contexte social.....	104
4.2 Reconnaître les contraintes du système et travailler dans les interstices ...	106
4.3 Particularités de l'intervention en contexte d'autorité.....	107
4.4 Travail en contexte d'interdisciplinarité.....	110
5. Éthique.....	112
5.1 Étapes pour l'exploration et le questionnement de dilemmes en matière d'éthique	114
Conclusion.....	115

CHAPITRE 6**FIN DE L'INTERVENTION 117**
Daniel Turcotte

1. Mesurer les changements produits	119
1.1 Évaluation sur système unique	122
1.2 Échelle d'atteinte des objectifs (ÉAO)	125
1.3 Liste de contrôle des objectifs	127
1.4 Échelle d'impact différentiel	129
1.5 Mesure de la satisfaction du client	130
2. Préparer le maintien des acquis.....	132
3. Gérer la dimension émotionnelle	134
Conclusion.....	139

CHAPITRE 7**PRINCIPALES APPROCHES EN TRAVAIL SOCIAL..... 141**
Louise Carignan

1. Définition des concepts « approche » et « modèle » d'intervention	141
2. Approche systémique	143
2.1 Concepts-clés de l'approche	143
2.2 Implications pour l'intervention.....	146

3. Approche bioécologique 147

 3.1 Concepts-clés de l'approche 148

 3.2 Implications pour l'intervention..... 151

4. Approche structurelle 153

 4.1 Concepts-clés de l'approche 154

 4.2 Implications pour l'intervention..... 157

Analyse synthèse des approches 158

Conclusion..... 161

Conclusion 165

 Jean-Pierre Deslauriers et Daniel Turcotte

Notices biographiques des auteurs 171

Bibliographie 175

INTRODUCTION

Daniel Turcotte et Jean-Pierre Deslauriers

L'histoire du travail social nord-américain a été largement influencée par les actions déployées dans deux contextes organisationnels : les *Settlement Houses* et les *Charity Organization Societies*. Alors que les premiers privilégiaient une perspective communautaire pour analyser les problèmes sociaux et soutenir les personnes en difficulté, les seconds misaient sur l'accompagnement des individus et des familles confrontés à des conditions de vie difficiles (University of Michigan, 2010).

Cette seconde vision de la pratique du travail social s'est étendue à d'autres contextes organisationnels, notamment les hôpitaux qui furent les premiers milieux institutionnels à embaucher des travailleurs sociaux professionnels, reconnaissant ainsi l'étroite association entre la santé physique et les conditions de vie. Les travailleurs sociaux¹ étaient alors appelés à travailler en étroite collaboration avec les médecins, chaque groupe de professionnels se centrant respectivement sur la santé physique et sur la santé sociale.

C'est dans cet environnement d'une pratique fortement influencée par la perspective médicale que furent publiés les premiers ouvrages de référence en service social, dont l'ouvrage de Mary Richmond, *Social Diagnosis*, paru en 1917. Nous pouvons déplorer le manque de vision dont

1. Dans cet ouvrage, les termes intervenants, intervenantes, travailleurs sociaux et travailleuses sociales sont utilisés indistinctement, même si l'usage des deux derniers est réservé aux membres de l'Ordre professionnel.

elle fit preuve en conceptualisant le travail social personnel en s'inspirant du modèle médical, mais il faut se reporter à la grande proximité qui existait alors entre le travail social et la médecine. Il faut aussi se rappeler que jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la médecine était la discipline d'aide la plus reconnue. Elle servit de modèle aux nouvelles professions comme le nursing et la psychologie naissante. Dans cette optique, il n'est pas étonnant que la fondatrice de la nouvelle profession de travail social ait subi l'ascendance de ce qui était, et demeure probablement, la plus importante des professions. Cela admis, Mary Richmond a souligné l'importance de miser sur les forces de la personne plutôt que de la blâmer pour ses difficultés au nom de la morale: elle a insisté sur la nécessité de prendre en considération les liens entre la personne et les différents contextes dans lesquels elle évolue, notamment la famille, l'école, le milieu de travail, etc. À cet égard, son œuvre marque encore de nos jours la pratique du service social personnel.

Son influence sur la profession est d'autant plus forte que l'intervention personnelle est la méthode utilisée au quotidien par près de 90 % des professionnels du travail social. Cette tendance lourde ne s'est jamais démentie au cours des ans. Même dans les années 1960, alors que l'accent était mis sur les réformes sociales et que l'air était au collectif, les étudiants qui privilégiaient l'organisation communautaire ou le travail de groupe ne représentaient qu'une minorité. Le regroupement, dans les années 1970, des professionnels du travail social au sein d'établissements encadrés par l'État et, plus récemment, la montée du néolibéralisme n'ont fait que renforcer cette tendance en faveur d'une approche microsystemique de l'intervention sociale.

Même si l'intervention personnelle est la méthode la plus répandue en service social, étonnamment, les ouvrages québécois sur cette méthode sont peu nombreux. Les étudiants et les professionnels ont donc peu de repères pour établir les bases de leurs actions. Soulignant que la pratique en travail social prend appui à la fois sur la théorie, la sagesse de pratique, la tradition et la recherche empirique sur l'intervention, O'Hare (2009) détermine trois composantes à une approche générale de l'intervention: (1) les croyances et théories sur le comportement humain, (2) les croyances et théories sur les processus de changement et (3) les habiletés, techniques et stratégies adéquates pour guider les personnes dans leur processus de changement.

The term practice theory refers to three different practice dimensions: (1) assumptions and theories about human behavior in the social environment (human behavior theory); (2) assumptions and theories about how people change (change-process theory); and (3) a collection of practice skills, techniques, and strategies intended to help people reduce psychosocial distress, reduce symptoms of psychological disorders, and improve coping capabilities (i.e., enhance individual strengths). (O'Hare, 2009: 6)

Le contenu du présent ouvrage porte sur la troisième composante, à savoir les activités que le travailleur social doit mettre en œuvre pour accompagner de façon efficace la personne dans son processus de changement. Une profession ne se réduit pas à sa méthodologie, mais celle-ci occupe une place importante, voire déterminante, dans la reconnaissance de sa légitimité. En effet, c'est sur le terrain qu'une profession s'impose: c'est là qu'elle démontre son efficacité et qu'elle témoigne des valeurs qui la guident. En ce sens, c'est sur le terrain que se construit et s'affirme l'identité professionnelle.

Dans ce volume, la méthodologie de l'intervention sociale personnelle est découpée en cinq étapes: la prise de contact, l'évaluation, l'élaboration du plan d'action, l'application du plan et la fin de l'intervention. Notons que ces étapes sont communes à plusieurs professions axées sur l'aide aux personnes; elles sont partagées par plusieurs disciplines professionnelles qui déploient semblables habiletés, techniques et stratégies. Plusieurs professionnels comme les psychologues, psychoéducateurs, sexologues, conseillers familiaux et conjugaux, conseillers en orientation et criminologues partagent un tronc commun de connaissances et gravitent dans les mêmes environnements de travail que les travailleurs sociaux (Alary, 1999). Toutefois, le travail social présente un caractère propre qui oriente l'action des professionnels de cette discipline. Ce caractère tient aux valeurs sous-jacentes à la profession et à l'intérêt particulier qui est porté aux populations les plus vulnérables, notamment les personnes opprimées et marginalisées. Il tient également au souci d'examiner la réalité des personnes à la lumière des spécificités de leur environnement et à la préoccupation d'accroître leur pouvoir d'agir sur cet environnement. Enfin, la majorité des professionnels du travail social œuvrent dans des organismes dont le mandat et les normes encadrent la pratique (Colby et Dziegielewski, 2010).

C'est dans la reconnaissance de cette spécificité que ce livre sur l'intervention personnelle en travail social a été préparé. Pour nous assurer d'en couvrir adéquatement les aspects importants, nous avons fait appel à une brochette de collègues spécialistes de cette méthode qui sont activement engagés dans la formation des futurs professionnels. À notre connaissance, il s'agit du premier livre québécois sur la méthodologie de l'intervention personnelle en travail social. Nos cousins français ont bel et bien publié ou traduit quelques volumes sur l'intervention personnelle dont plusieurs ont fait époque et servi à la formation de plusieurs cohortes d'étudiants en travail social (Biesteck, 1962; De Robertis, 1982, 1987, 1995, 2007; Du Ranquet, 1975, 1981, 1983, 1991; Granval, 2000; Rupp, 1970; Vendramin, 2004). Cependant, un monde sépare les Français des Français d'Amérique, terme que le général de Gaulle affectionnait, en ce qui a trait à la pratique et à la formation en travail social. Les Québécois sont des Nord-Américains qui parlent français: leur sensibilité et le contexte dans lequel ils vivent est celui de l'Amérique du Nord où l'organisation des services sociaux a été principalement influencée par les mécanismes expérimentés en Angleterre qui ont été transférés vers les colonies. Donc, les services sociaux sont structurés différemment en France et au Québec. En outre, au Québec, à l'image de la situation qui prévaut aux États-Unis et dans le reste du Canada, le travail social est encadré par une association professionnelle et la formation est offerte en milieu universitaire. En conséquence, sans en faire un cas d'espèce, il nous semblait important que les travailleurs sociaux québécois, tant étudiants que professionnels, aient à leur disposition un livre qui corresponde à leur contexte professionnel et qui reflète les perspectives privilégiées dans leur pratique.

Dans le premier chapitre, intitulé « Nature et fondements de l'intervention sociale personnelle », Sylvie Thibault amorce l'ouvrage en proposant une définition de l'intervention personnelle en travail social et relate quelques moments charnières qui ont marqué son évolution au Québec. Son texte aborde ensuite la place qu'occupent les valeurs et les principes éthiques dans l'orientation des interventions. Elle poursuit en présentant les étapes de l'intervention psychosociale et en relevant des éléments qui influencent le processus de changement en intervention psychosociale.

Dans son texte « Prise de contact », Pierre Turcotte distingue quatre étapes dans le processus que franchit une personne en difficulté lorsqu'elle s'engage dans une démarche de changement. Trois habiletés d'intervention lui apparaissent essentielles pour guider ce processus: l'empathie,

la conscience de soi et l'authenticité. À ces habiletés s'ajoute l'importance d'établir une communication efficace, d'où la nécessité de connaître les règles d'une communication saine. Le chapitre se termine par les enjeux de la prise de contact, notamment la méfiance, l'ambivalence et les phénomènes de transfert et contre-transfert.

L'étape suivante du processus d'intervention consiste à cerner la situation psychosociale de la personne en difficulté. Le chapitre de Marc Boily et Sonia Bourque précise les particularités de cette étape en insistant sur l'importance d'aborder l'évaluation psychosociale comme une activité continue, interactive et réflexive. Les auteurs soulèvent trois questions centrales dans la réalisation d'une telle évaluation : 1) Quelles sont les informations à prendre en considération ? 2) Pourquoi sont-elles pertinentes ? 3) Comment les organiser ? C'est à partir de la réponse à ces questions qu'est structuré le rapport d'évaluation dans lequel se retrouvent, notamment, les caractéristiques de la personne et de son environnement, l'analyse des informations collectées et l'opinion du professionnel sur l'intervention à mettre en œuvre. Comme les auteurs le mentionnent en conclusion, l'évaluation doit permettre de cerner ce que vit la personne de façon à la soutenir dans la mobilisation des ressources personnelles et environnementales nécessaires à l'appropriation de son pouvoir d'agir.

Cette mobilisation est au centre des préoccupations du travailleur social au moment de l'élaboration du plan d'intervention. Bien qu'il s'agisse d'une étape très importante et exigée légalement dans plusieurs contextes de pratique, elle se révèle souvent, comme le souligne Gilles Tremblay, la « bête noire » des travailleurs sociaux. Pour les guider dans cette opération, il formule cinq questions auxquelles le contrat doit répondre, précisant du même coup ce qui le distingue du plan d'intervention. Cet exercice de clarification des notions relatives au plan d'intervention se poursuit dans la section suivante du chapitre qui aborde successivement le plan d'intervention (PI), le plan de services individualisé (PSI), le plan de services adapté et le plan d'intervention pour la famille d'accueil. L'auteur aborde ensuite les principes qui doivent guider l'élaboration du PI et du PSI. Le chapitre se termine avec des précisions sur les principales composantes à couvrir dans un plan d'intervention, à savoir les besoins, les objectifs, les moyens et l'échéancier.

L'exécution de ce plan se situe au cœur du processus d'intervention en travail social personnel. Cette étape est centrale non seulement parce

qu'elle s'étale sur la plus grande partie du temps consacré à l'intervention, mais également parce qu'elle marque la mise en œuvre des décisions prises dans les étapes antérieures. Dans le chapitre 5, Marie Drolet et Madeleine Dubois précisent d'abord les paramètres de l'étape de travail pour présenter ensuite les rôles qui caractérisent l'action du travailleur social à cette étape. Elles relèvent ensuite les compétences qu'il doit maîtriser pour accompagner adéquatement la personne en difficulté dans son cheminement. Parmi les éléments qu'elles soulignent, on trouve la reconnaissance des forces de la personne, la conscience de soi du professionnel et la reconnaissance des barrières qui font obstacle au changement. Elles accordent une attention toute particulière à la nécessité que le travailleur social mette à contribution les systèmes informels et formels entourant la personne en difficulté; on ne saurait trop insister sur cet aspect qui est central en travail social. Leur chapitre se termine par un examen des particularités du travail social en contexte d'autorité et au sein d'équipes interdisciplinaires et par une réflexion sur les enjeux éthiques de l'intervention et sur la façon de les aborder.

Dans le chapitre 6, Daniel Turcotte documente une étape du processus qui, faute de temps, est trop souvent négligée: la fin de l'intervention. Il distingue trois tâches principales qui doivent guider les actions du travailleur social à cette étape: la mesure des changements, la consolidation des acquis et la gestion des émotions provoquées par la fin de la relation. Considérant l'évaluation comme une dimension souvent escamotée, situation qu'il estime impératif de corriger dans un contexte marqué par la montée de la pratique fondée sur des données probantes, il présente cinq modalités pour évaluer l'intervention: l'évaluation sur système unique, l'échelle d'atteinte des objectifs, le contrôle des objectifs, l'échelle d'impact différentiel et la mesure de la satisfaction du client. Le contenu du chapitre porte par la suite sur des stratégies qui peuvent être utilisées pour favoriser le maintien des changements produits par l'intervention, lesquelles s'articulent autour de trois éléments: la prise de conscience des progrès réalisés, la transposition des acquis dans les diverses sphères de la vie du client et l'anticipation de l'avenir. La dernière section aborde les réactions associées à la fin de l'intervention et suggère des moyens pour faire en sorte que cette étape soit vécue positivement.

Le dernier chapitre présente trois cadres de référence, ou approches, sur lesquels le travailleur social peut s'appuyer pour orienter son analyse des situations et structurer son intervention. Dans ce chapitre,

après avoir distingué les notions d'approche et de modèle, Louise Carignan trace un portrait de trois approches privilégiées en travail social : les approches systémique, bioécologique et structurelle. Elles sont particulièrement intéressantes pour le travail social parce qu'elles conduisent à prendre en considération à la fois la personne et le contexte social dans lequel elle évolue. Pour chacune, elle propose une définition, en énumère les principaux concepts-clés et en dégage les implications pour l'intervention. Le chapitre se termine par une analyse-synthèse qui met en lumière leurs points de convergence et leurs différences.

Ce volume a été rédigé pour fournir aux travailleurs sociaux qui privilégient l'intervention personnelle, tant étudiants que professionnels, **un cadre général les aidant à structurer** leur démarche. Les différentes étapes du processus d'intervention constituent l'ossature sur laquelle doit s'appuyer le travailleur social pour structurer son action. Ces étapes suggèrent une séquence d'actions, mais elles ne fournissent pas d'indications spécifiques sur la nature de ces actions. Ces indications découlent à la fois des théories sur le comportement humain et des théories sur les processus de changement, éléments qui ne sont qu'effleurés dans cet ouvrage. Or, au fil des recherches et des observations cliniques, un riche bagage de connaissances a été développé pour aider à mieux comprendre les facteurs associés à des problèmes sociaux comme la toxicomanie, la violence, les troubles mentaux et la maltraitance, pour n'en nommer que quelques-uns. En outre, les théories sur les processus de changement suggèrent des pistes sur les mécanismes psychosociaux par lesquels les personnes changent de même que sur les facteurs personnels et environnementaux qui influencent ces mécanismes. Ces connaissances constituent donc des éléments incontournables à une action professionnelle pertinente et efficace. À cet égard, le présent ouvrage est une introduction à l'univers complexe de l'intervention sociale personnelle.

CHAPITRE 1

NATURE ET FONDEMENTS DE L'INTERVENTION SOCIALE PERSONNELLE

Sylvie Thibault

INTRODUCTION

L'intervention sociale personnelle est l'une des trois méthodes d'intervention du service social. Également nommée intervention psychosociale, intervention individuelle ou individualisée, elle a pour cible « des personnes ou des catégories d'individus vivant des situations particulières » (Bilodeau, 2005 : 115). De façon générale, la travailleuse sociale qui intervient auprès des personnes s'applique à déceler les problèmes personnels liés au fonctionnement social et, bien que son intervention se pratique directement auprès des individus, elle a pour but l'amorce de changements, non seulement personnels mais aussi interactionnels et environnementaux. Pour ce faire, elle misera sur les forces de la personne et elle sollicitera les ressources personnelles et sociales qui lui permettront de s'intégrer de façon satisfaisante à son milieu de vie (Bilodeau, 2005). Ce premier chapitre débute par un exercice de définition sur ce qu'est l'intervention personnelle en service social. Nous ferons ensuite

un très court rappel historique qui permettra de mettre en lumière l'évolution de la pratique de cette méthode d'intervention. Suivront quelques notions essentielles à la formation et à la pratique de tout intervenant, soit les valeurs que nous partageons ainsi que les principes éthiques qui guident chacune de nos interventions. Puis, ce chapitre présentera un rapide survol des étapes de l'intervention psychosociale qui permettra de se familiariser avec ses divers éléments. En terminant, nous nous attarderons au processus de changement et aux facteurs qui peuvent avoir une influence sur celui-ci.

1. DÉFINITION DE L'INTERVENTION SOCIALE PERSONNELLE

Parler de la nature et des fondements de l'intervention sociale personnelle laisse entrevoir à la fois la diversité des orientations données à cet exercice mais surtout la convergence vers des éléments communs de définition. Le premier élément de rencontre est en lien avec le but général de l'intervention, soit la résolution de problèmes qui existent entre l'individu et son environnement. La Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS) définit la mission du travail social comme « la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines et la capacité et la libération des personnes afin d'améliorer le bien-être général [...] le travail social intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement » (FITS, 2007, sur Internet). Cette définition place les principes associés aux droits de l'homme et à la justice sociale au centre des actions de toutes les travailleuses sociales.

L'équilibre dans les transactions entre l'individu et son environnement est aussi évoqué dans la définition de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec qui souligne que la préoccupation du travail social est de poser des actions dans le but de rétablir le développement social tout en visant l'amélioration ou la restauration du fonctionnement social (OTSTCFQ, 2005/2010).

Pour sa part, l'ACTS (Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux) évoque plus spécifiquement le rôle d'accompagnement des individus joué par la travailleuse sociale dans le but d'aider les individus à améliorer leur bien-être. Cette affirmation implique que la travailleuse sociale s'engage à soutenir les individus dans le développement

de leurs habiletés et l'augmentation de leur capacité d'utiliser leurs propres ressources et celles de la communauté pour résoudre leurs problèmes. La définition de l'ACTS fait également référence au fait que « le caractère unique de cette profession réside dans l'amalgame de certaines valeurs, connaissances et habiletés, y compris l'établissement d'une relation comme base de toutes les interventions et le respect des choix et des décisions des clients » (ACTS, 2009, sur Internet). Selon Bourgon (2007), ce qui distingue la profession du travail social des autres professions en relation d'aide résiderait dans le fait que « le travail social part du sens social et collectif que prennent les difficultés que vit une personne : ses sentiments, ses actions, ses pensées sont situés dans son contexte familial, communautaire et sociétal. Le travail social intervient sur ce rapport plutôt que sur les déficiences de la personne elle-même » (p. 123). Bien que le travail social s'inscrive dans des orientations théoriques très diversifiées, la pratique d'intervention directe auprès d'individus est teintée de la préoccupation de combattre les inégalités sociales et toutes les formes d'oppression (Fook, 2002; Moreau, 1987; Mullaly, 2007).

Un autre élément fondamental de la définition du travail social est l'utilisation des ressources personnelles et sociales. En effet, plusieurs des tâches de la travailleuse sociale sont liées à ces ressources, que ce soit en répertoriant avec la personne aidée celles qui existent, celles qui peuvent être offertes par les intervenantes ou l'organisme dans lequel se fait l'intervention, celles qui peuvent être obtenues ou celles qui doivent être créées. Cette tâche est ancrée au cœur de l'intervention individuelle :

L'intervention individuelle en travail social vise, d'une part, à accompagner une personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse leur donner un sens et, d'autre part, à l'aider [la personne en difficulté] à obtenir le plus grand nombre de ressources possible afin qu'elle puisse participer activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société en tant qu'actrice sociale. (Bourgon, 2007 : 123)

Le service social personnel pourrait donc être défini comme étant une méthode d'intervention qui vise le soutien et l'accompagnement des personnes dans la résolution de problèmes et l'amélioration de leur bien-être. Pour ce faire, la travailleuse sociale veille à ce que les individus développent leurs propres habiletés et actualisent leurs capacités. Elle facilite l'accès et encourage l'utilisation de l'ensemble des ressources personnelles et sociales disponibles dans la communauté. Ce faisant, elle donne un

sens à son action en inscrivant celle-ci dans une perspective plus large de changement social.

L'intervention auprès des individus a évolué au fil du temps. Un bref retour en arrière permettra la mise en perspective de certains des aspects pris en compte dans la définition actuelle de cette méthode. La prochaine partie de ce texte sera consacrée à ce rappel historique de l'évolution du travail social, et plus spécifiquement de la méthode du service social personnel.

2. RAPPEL HISTORIQUE¹

L'approche diagnostique ou psychosociale est la première forme de *casework* ou de travail social auprès des individus (Du Ranquet, 1991). Le nom de Mary Richmond est associé au développement de cette méthode d'intervention. La pensée et la pratique de cette pionnière du service social ont largement été influencées par les *Charity Organization Societies* apparues aux États-Unis dès 1887, et qui mettaient de l'avant l'utilisation de méthodes scientifiques pour répondre aux besoins des personnes en difficulté. Associée à l'essor du *casework*, tant au Canada qu'en France (De Robertis, 2007), Mary Richmond publie en 1917 *What is Social Casework*. Traduit en français en 1926, cet ouvrage est encore considéré aujourd'hui comme un élément fondateur du *casework* (De Robertis, 2007; Du Ranquet, 1991). L'approche psychosociale que Mary Richmond préconise se caractérise par deux principaux éléments. Le premier est la prise en compte des aspects psychologiques et sociaux des situations, soit la personne dans sa situation et son environnement. Le deuxième élément repose sur l'importance accordée à l'évaluation, appelée alors diagnostic, qui porte son attention autant sur les points forts que sur les points faibles de la personne et de sa situation (Du Ranquet, 1991).

L'approche psychosociale tire sa base théorique de l'analyse de la pratique. Les premières praticiennes enseignent « à l'intérieur des services, en s'appuyant sur des études de cas à partir desquelles on cherchait

1. Nous invitons le lecteur intéressé à se documenter de façon approfondie sur l'histoire du service social personnel à lire: R. Mayer (2002), *Évolution des pratiques en service social*, Boucherville, Gaëtan Morin.

à établir une théorie» (Du Ranquet: 40). Ce n'est que vers le début du XX^e siècle que les enseignements se sont formalisés et ont été intégrés à des programmes de formation dans diverses institutions en plus de faire appel à des apports théoriques plus structurés. Ce changement amorce le «passage lent d'une activité charitable, bénévole [...] à une pratique professionnelle» (Pascal, 2007).

Dans les années 1920, le *casework* subira fortement l'influence de la théorie psychanalytique issue de la pensée freudienne (Du Ranquet, 1991). Dès lors, l'analyse de la travailleuse sociale tient à peine compte du contexte sociopolitique dans lequel est vécue la situation pour se centrer sur la personne elle-même (Dubois et Garceau, 2000). La méthodologie est d'abord et avant tout calquée sur le modèle médical. Du Ranquet (1991: 4) parle d'ailleurs de raisonnement expérimental en trois étapes, soit l'investigation, l'hypothèse et l'expérimentation. De fait, les années 1920 à 1940 seront marquées par la préoccupation des travailleuses sociales québécoises d'élaborer une méthodologie qui leur soit propre. Elles le feront en puisant dans des sources principalement nord-américaines (Pascal, 2007).

2.1 SITUATION PARTICULIÈRE DU QUÉBEC

C'est un peu plus tard, soit au début des années 1940, que la profession du service social et, par conséquent, les méthodes d'intervention individuelle ont été importées des États-Unis par les universités québécoises (Rousseau, 1978). Le travail social de cette époque est considéré comme une vocation plutôt que comme une profession. Il conservera d'ailleurs durant les premières années de son implantation «un lien organique» avec l'Église catholique qui était maître d'œuvre de l'organisation des services d'aide et de bienfaisance au Québec (Rousseau, 1978). Les racines religieuses sont alors très présentes dans la pratique du travail social (Dubois et Garceau, 2000) et même si le discours technique américain du *social worker* est utilisé par les premières travailleuses sociales, celles-ci adoptent davantage la perspective des institutions religieuses pour qui «l'aide aux malheureux est un devoir moral, la charité y est primordiale» (Rousseau, 1978: 178). Jusqu'au milieu du XX^e siècle, l'intervention auprès des individus sera fondée sur une approche normative basée sur des valeurs morales plutôt que des connaissances scientifiques;

la travailleuse sociale est à la fois *caseworker* et missionnaire (Rousseau, 1978).

C'est à partir de 1955 qu'apparaît la laïcisation du discours professionnel et ce changement sera amorcé par les universités. Celles-ci introduisent alors des critères de cohérence et de rigueur pour la pratique, dont la rationalité des hypothèses, l'opérationnalité des concepts, la logique des méthodes, la stabilité des techniques, etc. (Rousseau, 1978). La préoccupation des travailleuses sociales n'est plus « d'assurer le salut éternel » (Rousseau, 1978: 182) mais d'établir l'adéquation entre les besoins des personnes et les ressources disponibles. Ce changement important amène les professionnelles à prendre une distance vis-à-vis des valeurs morales et religieuses qui ciblaient davantage un fonctionnement social limité à l'*adaptation personnelle* des individus. Elles envisageront dorénavant les structures sociales comme autant de cibles d'intervention et d'action (Rousseau, 1978). À partir de cette période, le développement de l'intervention en travail social reflète les changements sociaux plus larges vécus par le Québec à l'aube de la Révolution tranquille. Le travail social professionnel se donne comme objectif de résoudre les problèmes « que les individus rencontrent dans leurs interactions, dans leurs rapports à l'environnement » (Rousseau, 1978: 183).

Avec les années et le développement de nouvelles connaissances, notamment en sciences humaines et sociales, la pratique du *casework* se développe, et les praticiens intègrent un certain nombre d'éléments théoriques, tels que la théorie des systèmes et les notions sur la communication, qui ont influencé de façon très importante le développement du travail social (Dubois et Garceau, 2000). Peu à peu, les travailleuses sociales inscriront d'autres théories à leur pratique, telles que la psychologie du moi, la théorie du stress et de la crise, la théorie de l'apprentissage, la théorie des rôles, etc. (Du Ranquet, 1991). Ce bagage théorique vient enrichir les connaissances issues de la pratique. Des études de cas et surtout des recherches effectuées en *casework* permettront aux praticiennes « d'enrichir, de modifier, d'utiliser d'une autre façon les connaissances apportées par la théorie » (Du Ranquet, 1991: 5). Ces connaissances, mais aussi les attitudes et les techniques au cœur de la méthodologie scientifique seront dès lors considérées comme partie intégrante de la formation à la pratique du travail social (Du Ranquet, 1991). À partir des années 1960, le développement des services sociaux interpelle les travailleuses sociales

qui assument de plus en plus de tâches de planification, d'organisation et de coordination. Le *casework* relève alors plus du soutien à la personne que de la thérapie individualisée (Rousseau, 1978).

Dans les années 1970, en plus du contexte social qui influence fortement la pratique du travail social auprès des individus, les sciences sociales « offraient aussi des analyses nouvelles des problèmes humains et sociaux qui débouchaient sur d'autres types d'interventions » (Dubois et Garceau, 2000: 21). En outre, les références aux théories sociologiques deviennent de plus en plus fréquentes. Les travailleuses sociales définissent les besoins humains et leurs contraintes différemment, soit d'abord et avant tout comme sociaux, et ayant comme origine des facteurs organisationnels et structurels. « [...] les concepts de classe sociale, de structure économique, scolaire ou politique, rendent relative l'ancienne référence à la "responsabilité personnelle" du pauvre » (Rousseau, 1978: 182). Ces changements de discours et de vision ont des répercussions majeures sur le *casework*, puisque certaines tâches liées à la transformation des personnes deviennent moins pertinentes (Rousseau, 1978). L'action communautaire ainsi que l'animation sociale et politique gagnent en popularité. Ces nouvelles pratiques dites « communautaires » et « d'action sociale » se posent alors en alternatives à l'intervention individuelle qui préconise une approche dite « clinique » ou « directe » (Dubois et Garceau, 2000), et à laquelle on fait le reproche de ne pas avoir une analyse critique qui tienne compte, entre autres choses, des inégalités sociales.

En réaction à cette critique, les travailleuses sociales qui interviennent auprès des individus intégreront une analyse structurelle à leur discours et à la pratique. Cette analyse plus large a permis l'élaboration d'interventions mieux adaptées aux diverses problématiques rencontrées dans les multiples lieux de pratique investis par la profession. À l'instar des autres méthodes du travail social, l'intervention individuelle est guidée par un intérêt pour la transformation des structures et des institutions. Malgré le fait que les méthodes d'intervention auprès des groupes et l'organisation communautaire partagent avec l'intervention personnelle des valeurs communes, elles se distinguent toutefois l'une de l'autre par « la spécificité des objectifs et des moyens utilisés qui exigent des connaissances propres à chaque mode d'intervention » (Du Ranquet, 1991: 3).

3. VALEURS, PRINCIPES ET ÉTHIQUE DE L'INTERVENTION SOCIALE PERSONNELLE

Au cours cinquante dernières années, la science a connu un progrès phénoménal et parfois ces transformations s'accompagnent de dilemmes moraux. Pensons au droit à la vie et à la mort; à l'accès à des techniques thérapeutiques coûteuses; à la préservation de la vie privée; à la confidentialité des renseignements personnels; à la réduction des ressources financières consacrées aux soins de santé qui entraîne la priorisation des programmes et des services, etc. (Fortin et Bouliane, 1998). Les professionnelles du travail social ont à faire face à des situations tout à fait nouvelles qui soulèvent des questionnements éthiques dans leur pratique. De là l'importance de définir clairement les valeurs professionnelles et les principes éthiques qui guident la pratique de la profession.

3.1 QUELQUES QUESTIONS DE TERMINOLOGIE

Avant d'aller plus loin, il est important de s'entendre sur certains concepts qui sont au cœur des valeurs et de l'éthique. Nous tenterons d'abord de distinguer trois des concepts souvent utilisés de façon interchangeable, soit la morale, l'éthique et la déontologie.

Le terme «morale» vient du latin (*mos-mores*). Ce terme, «morale», renvoie à un ensemble de règles de conduite (De Villers, 2003); il désigne également un questionnement, un contenu ou une pratique (Durand, 1999). La morale fait référence à un code de lois, à une doctrine, à un système de règles ou de normes de conduite (Durand, 1999). Ce contenu peut se référer à un individu ou aux exigences, aux valeurs et aux principes servant de base pour justifier le comportement d'un groupe ou d'une société (ex.: morale catholique). La pratique de la morale exige de faire un effort vers l'application de nos valeurs (être sincère, authentique, cohérent avec soi-même), ou d'encourager autrui à adopter des comportements dignes de ces mêmes valeurs (être moralisant ou moralisateur) (Durand, 1999). Donc la morale est de l'ordre du devoir. Elle répond à la question «Que dois-je faire?» (Fortin, 1995). Il existe plusieurs définitions de la morale. Nous retiendrons la suivante: «ensemble des règles qui guident les êtres humains dans leur appréhension du bien et du mal et qui régissent leurs conduites individuelles et collectives» (Fortin, 1995: 28).

Le mot «éthique» vient du grec (*ethos*). Pour certains, éthique est synonyme de morale; pour d'autres, elles supposent des utilisations différenciées. La notion d'éthique nous aide à répondre à la question «Comment vivre?». Elle peut être définie comme étant «la réflexion – l'analyse et la critique – sur les règles et les fins qui guident l'action humaine, c'est-à-dire les jugements d'appréciation sur les actes qualifiés de bons ou de mauvais» (Fortin, 1995: 28). Elle peut donc être considérée comme la recherche d'un art de vivre qui fait appel à la créativité et à la responsabilité au-delà des exigences de la morale. L'éthique s'exprime à travers les actes; elle dépasse ou actualise les valeurs. La nature sociale des êtres humains, qui constituent des communautés importantes et complexes, exige que la vie en commun soit réglée par des lois et des coutumes.

Le mot déontologie vient du grec «*dentos*» qui signifie devoir. On peut penser que le terme «déontologie» propose une articulation du «devoir-être» et du «devoir-faire» dans l'action d'une professionnelle en contexte d'intervention. Il se rapporte donc à un discours portant sur le devoir du professionnel. La déontologie désigne les devoirs et obligations liés à l'exercice d'une profession: ce qu'il faut faire sous peine de sanction. On peut donc retenir la définition suivante de la déontologie, soit un «ensemble des exigences morales impliquées dans le champ plus restreint de la pratique professionnelle» (Fortin, 1995: 29). Quand on applique les principes éthiques à une profession, par exemple au travail social, on parle plutôt de déontologie professionnelle. Celle-ci impose des devoirs généraux plus spécifiques envers les clients, le public et la profession (Fortin, 1989). Placée à mi-chemin entre l'éthique générale et l'éthique sociale, la déontologie professionnelle vise à guider le comportement moral de catégories d'individus s'adonnant à des activités spécifiques qui font appel à des connaissances techniques particulières et qui, par suite de leurs conditions d'exercice, exigent un niveau élevé de responsabilité morale et de conscience dite professionnelle (O'Neill, 1998).

3.2 DÉONTOLOGIE PROFESSIONNELLE DU TRAVAIL SOCIAL

Au Québec, le Code des professions consiste en un ensemble de dispositions réglementaires destinées à assurer la protection du public. Il définit les rôles, les pouvoirs, les responsabilités et le mode de fonctionnement de chacune des composantes du système professionnel québécois.

Il donne aussi des obligations à chacun des ordres professionnels, telles que l'adoption d'un code de déontologie, l'inspection professionnelle de ses membres et la mise en place d'un système disciplinaire (syndic qui reçoit, évalue et transmet les plaintes au comité de discipline) (Michaud, 2000). Chacun des ordres professionnels a aussi son propre code de déontologie. Celui des travailleuses sociales précise les devoirs et obligations de celles-ci envers le public, l'« usager » et aussi envers la profession. De plus, le code trace les règles de conduite morale qui encadrent la pratique du travail social. D'après Michaud (2000), dans l'exercice de ses fonctions, la travailleuse sociale doit faire preuve d'intégrité, de respect des personnes, de confidentialité, de désintéressement et d'objectivité; elle doit se comporter de façon digne et irréprochable, et subordonner son intérêt personnel à celui de ses clients.

À partir de ces énoncés, dix normes de pratique ont été établies. Elles donnent des balises à la pratique de la profession sur des aspects comme la tenue de dossiers, la responsabilité professionnelle, le développement continu des connaissances, les relations avec les clients. Ces normes ont été élaborées à partir de valeurs professionnelles qui sont associées au travail social. Mais de quelles valeurs parle-t-on ?

3.2.1 Valeurs associées au travail social

D'abord, posons-nous la question : qu'est-ce qu'une valeur ? Pour Rocher (1969), « la valeur est une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaît comme idéal et rend désirables ou estimables les êtres s'y conformant » (Rocher, 1969 : 56). Pour Bouquet (2003), les valeurs ont un statut incertain. Elles correspondent à des concepts mouvants, qui sont à définir et à bâtir selon et par les rapports sociaux. Mais, qu'est-ce qui façonne nos valeurs ? On peut penser que plusieurs facteurs peuvent influencer les choix que nous faisons quand vient le temps d'énoncer quelles sont nos valeurs. On peut penser aussi que l'appartenance à une croyance, le progrès des connaissances, la civilisation dans laquelle nous vivons ainsi que les groupes sociaux et la catégorie sociale à laquelle nous appartenons sont au nombre de ces facteurs. Toutefois, en ce qui concerne notre profession, « le service social porte des valeurs et des objectifs qui sont inscrits dans son caractère professionnel même, dans les différentes méthodes de travail utilisées, dans les

disciplines scientifiques sur lesquelles ces méthodes s'appuient et dans la mentalité qui lui est propre» (Rocher, 1960: 58-59).

De façon générale, les valeurs associées au service social peuvent être regroupées sous deux volets, soit les valeurs humanistes et les valeurs démocratiques. Les valeurs dites humanistes sont le respect et la dignité de la personne humaine, la compassion, le partage, la responsabilité, l'autonomie, l'autodétermination et l'empathie. Elles sont liées de plus près à la pratique directe, à l'intervention auprès des diverses clientèles et populations (Auclair, 2000).

Les valeurs démocratiques, quant à elles, font davantage référence au rôle d'agent de changement social de la profession.

Le service social porte dans ses méthodes d'action un esprit essentiellement démocratique. Cet esprit démocratique se manifeste dans le domaine du bien-être, mais il doit s'élargir à tout l'ensemble de la vie sociale. Le service social est en effet fondé sur le respect de la personnalité individuelle et sociale, le respect des capacités et des aptitudes, et sur l'effort pour permettre à ces capacités de s'exprimer selon leur dynamique propre. Ce respect de la personnalité au plan de l'individu devient, au plan social, la vertu de tolérance fondamentale à l'esprit démocratique. (Rocher, 1960: 66)

Les valeurs démocratiques sont le droit, la justice sociale, la citoyenneté, la cohésion sociale, la participation, la promotion et la solidarité (Auclair, 2000).

En plus du respect de la vie et de la bienfaisance, de l'autonomie et de l'autodétermination, de la confidentialité et de la justice, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux énumère les valeurs professionnelles suivantes:

- La dignité de la personne.
- La croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer.
- La perception et la compréhension de l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changement.
- Le respect des droits des personnes, des groupes et des collectivités.
- Le respect du principe d'autonomie et d'autodétermination.

- Le droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection au besoin.
- La croyance et la défense de la justice sociale (OPTSQ, 1993).

Connaître les valeurs et les principes éthiques véhiculés par une profession et par les établissements et organismes communautaires dans lesquels s'exerce la pratique ne suffit pas. Il faut les incarner au jour le jour à travers une pratique vivante qui les actualise.

4. PROCESSUS D'INTERVENTION SOCIALE PERSONNELLE

La méthodologie de l'intervention psychosociale a beaucoup évolué depuis le modèle médical du début du XX^e siècle. Les étapes du processus qu'étaient l'investigation, l'hypothèse et l'expérimentation (Du Ranquet, 1991 : 4) se sont raffinées au cours des années et des expériences de pratique. Bien que les rôles adoptés par les professionnels et que les contextes dans lesquels ils s'insèrent soient multiples et variés, « l'action professionnelle des travailleurs sociaux a toujours été perçue comme une interposition – une interface – entre la personne-demandeure et l'établissement, qui est une émanation de la société » (Bilodeau, 1993 : 27). À compter du moment où une personne entame une demande d'aide ou qu'un mandat est émis, la travailleuse sociale enclenche un processus d'intervention qui se présente comme « un système articulé d'étapes nécessaires à la réalisation d'un projet » (Bilodeau, 1993 : 27), étapes qui « se confondent, se chevauchent et se présentent de façon simultanée » (De Robertis, 2007 : 91). En effet, le processus d'intervention est tout sauf statique. Au contraire il est vivant et dynamique. Toutefois, c'est la maîtrise des étapes d'intervention qui permet à la travailleuse sociale d'offrir le soutien nécessaire au développement des compétences sociales chez la personne concernée. La prochaine partie de ce texte se veut une présentation très succincte de ces étapes qui feront chacune l'objet d'une description détaillée dans les chapitres suivants. Dans le cadre de cet ouvrage, cinq étapes sont distinguées : la prise de contact, l'évaluation de la situation, l'élaboration du plan d'action, l'exécution du plan et la fin du processus.

4.1 PRISE DE CONTACT AVEC LA SITUATION PROBLÈME ET LES PERSONNES CONCERNÉES

La prise de contact est le point de départ du processus. Elle peut se faire de différentes façons. Il est possible que la personne se déplace et qu'elle formule directement sa demande d'aide. Il est possible aussi que cette personne soit orientée par un parent, par un collègue ou par un autre organisme. Il peut s'agir encore d'une personne qui a fait une demande antérieurement et dont le dossier est disponible. Peu importe la façon dont la demande parvient à la travailleuse sociale, celle-ci doit prendre connaissance du problème et se familiariser avec le problème et les personnes concernées. En outre, lorsqu'elle rencontre la personne pour la première fois, cette prise de contact comporte deux aspects tout aussi essentiels l'un que l'autre. Le premier aspect est **relationnel** et a pour objectifs l'établissement du lien de confiance et la création du climat de travail sur lesquels repose en grande partie la réussite du processus d'intervention. Pour ce faire, la travailleuse sociale aura recours aux diverses habiletés de base en intervention (l'écoute, l'empathie, le respect, la conscience de soi, etc.).

Le deuxième aspect est lié à aux **diverses informations échangées** lors de cette rencontre. Il va de soi que la personne qui fait la demande d'aide livre spontanément plusieurs éléments factuels liés à sa situation (qui fait la demande, pour qui, quelle est la nature de sa demande, à qui s'adresse-t-elle, etc.). De son côté, la travailleuse sociale aura à poser des questions spécifiques, amorçant ainsi sa collecte de données. Les informations obtenues permettront de préciser la demande et d'évaluer la recevabilité de celle-ci. On oublie parfois de souligner qu'à cette première étape de l'intervention, la personne qui fait la demande d'aide doit aussi recevoir un certain nombre d'informations. En effet, celle-ci doit être informée du rôle de la travailleuse sociale, du but de cette première rencontre, du mandat de l'organisme auquel elle s'adresse et des limites de ce mandat. Il est tout aussi important de lui expliquer clairement quelles seront les étapes suivantes de la démarche et, le cas échéant, les suites de cette première rencontre (autres rendez-vous, transfert de dossier à un collègue ou référence à un autre organisme, etc.).

4.2 COLLECTE ET ÉVALUATION DES DONNÉES

Bien que la première rencontre permette d'obtenir un certain nombre d'informations nécessaires à la compréhension de la situation problème, il est tout à fait possible que la collecte de données nécessite une deuxième rencontre. Parfois la personne expliquera avec force détails la raison qui l'amène à demander de l'aide, ce qui nécessite une organisation méthodique et un tri des données obtenues. Parfois, au contraire, plusieurs stratégies sont nécessaires afin d'obtenir un portrait complet de la situation. Mais au-delà des éléments descriptifs et objectifs qui amènent peu à peu la professionnelle à cerner la situation, elle ne doit pas perdre de vue le fait que cette personne et la situation qui lui pose problème s'inscrivent dans des contextes social, politique et idéologique qui doivent être pris en considération. Pendant la collecte de données, la personne qui fait la demande d'aide présente les faits à partir de son point de vue et de son expérience. Quelle est l'importance du problème pour la personne ou sa famille en fonction du retentissement que cette situation problème a sur son bien-être psychologique, physique et social? Que signifie le problème pour elle? Comment le ressent-elle? Comment est-ce perçu par sa communauté? Cette phase de travail permet aussi à la travailleuse sociale de nommer de façon différente les difficultés présentées, de permettre à la personne de faire des liens entre sa situation personnelle et celles vécues par d'autres. Ce sont ces aspects intangibles qui offrent des pistes pour l'analyse de la situation. Cette préoccupation mènera éventuellement à la formulation du problème retenu, en concertation avec la personne concernée, et à une entente préliminaire sur le travail à faire ensemble et sur un échéancier général pour le réaliser.

4.3 PLANIFICATION DE L'INTERVENTION

À partir du moment où le problème cible est défini, il reste à établir les modalités, les limites et les moyens à mettre en œuvre afin de parvenir au but visé, soit l'amélioration de la situation pour laquelle la personne fait cette démarche. La planification de l'intervention consiste à préciser la destination et à établir l'itinéraire qui sera emprunté pour se rendre au but. Ce plan d'intervention est un outil qui permet de mobiliser la personne et d'évaluer le chemin parcouru. Chacune de ses composantes fait l'objet de décisions conjointes de l'intervenante et de la cliente, dans les

limites du mandat de l'organisme, et elle engage autant la personne qui demande de l'aide que la travailleuse sociale elle-même. Les personnes se présentent souvent avec de nombreux problèmes qui touchent plusieurs aspects de leur vie : la définition des problèmes doit partir de leur perception de la situation.

L'établissement du contrat de travail ou du plan d'intervention est une tâche difficile qui amène tant la personne en difficulté que la travailleuse sociale à se buter à ses propres limites et à celles des institutions. Le plan d'intervention comprend d'abord les objectifs à atteindre et sur lesquels il est nécessaire de s'entendre, ce qui exige généralement de séparer les désirs et les attentes du client et ceux de la travailleuse sociale. On procède ensuite à l'examen des moyens qui faciliteront l'atteinte de ces objectifs. Le choix des moyens retenus est tributaire des forces de la personne et des ressources présentes dans son environnement. Finalement, il importe de déterminer les indicateurs qui permettront d'évaluer si effectivement les objectifs sont atteints. Donc, le plan d'intervention indique de façon concrète ce qui va être fait, comment cela sera fait et pendant combien de temps, en attribuant à chacun des tâches et des responsabilités. Ce plan doit cependant être adapté au besoin, et ce, tout au long du processus ; il ne doit pas être rigide ou paralysant. Au contraire, le plan d'intervention est un outil de travail qui se veut souple et en constante évolution.

4.4 EXÉCUTION DU PLAN D'INTERVENTION

Lors de l'exécution du plan d'intervention, la travailleuse sociale se met en action et applique les moyens retenus pour atteindre les objectifs. C'est aussi à cette étape que se déploie l'ensemble des habiletés, des attitudes et des techniques propres à l'approche qu'elle aura privilégiée et qui lui semble la plus appropriée, compte tenu de ce qu'elle comprend de la situation problème. Qu'elle soit appelée à signaler une lacune dans les ressources disponibles ou à guider la personne afin qu'elle puisse recevoir de l'aide de celles qui existent déjà, la travailleuse sociale doit adapter ses stratégies d'intervention et doit endosser des rôles variés. Même si cette phase de travail semble très structurée et que la tentation peut être forte de se laisser porter par le plan convenu, la travailleuse sociale doit rester particulièrement vigilante. En effet, c'est une étape de travail qui peut

s'avérer très fructueuse pour l'enrichissement de sa propre pratique et pour l'approfondissement de la connaissance de soi comme intervenant. Ainsi, une attention particulière doit être apportée tout au long de l'exécution du plan d'intervention afin de recueillir toutes les informations nécessaires en vue de l'évaluation de l'intervention.

4.5 FIN DU PROCESSUS

Les exigences inhérentes à certains contextes de pratique et le sentiment d'être surchargée peuvent faire en sorte que la dernière phase de l'intervention puisse passer inaperçue ou soit réduite à l'échange de bonnes intentions et à l'assurance de la possibilité de retour en cas de besoin. C'est pourtant une étape tout aussi importante que les autres. Bien que la fin du processus puisse prendre plusieurs formes, elle comprend des éléments qui relèvent du contexte relationnel et affectif pour chacun des partenaires concernés, soit la travailleuse sociale et la personne aidée. La travailleuse sociale aura la tâche délicate de procéder à l'évaluation de son intervention. Non seulement son évaluation doit être objective et tenir compte des indicateurs mesurables de l'atteinte des objectifs déterminés au départ, mais elle doit aussi tenir compte des aspects qualitatifs qui peuvent émerger sans être planifiés au départ, telles que les habiletés relationnelles développées par la personne aidée tout au long de ce processus de changement. La fin de l'intervention est aussi le moment privilégié pour souligner les gains réalisés et pour s'assurer de l'aisance de la personne aidée à intégrer ces divers changements dans ses rapports avec son environnement. Finalement, la fin du processus permet à la travailleuse sociale de préparer les étapes subséquentes si, par exemple, la situation demande une continuité de services ou un transfert vers une autre ressource.

5. PROCESSUS DE CHANGEMENT ET FACTEURS QUI INFLUENCENT LE CHANGEMENT

L'un des défis auxquels sont confrontées les travailleuses sociales est en partie lié au fait que leur pratique se déroule dans un contexte où les conditions et le rythme ne leur permettent pas toujours de prendre le temps de lire, de réfléchir et de faire des liens entre les diverses situations.

Elles rencontrent des individus affectés *personnellement* par des situations pour lesquelles ils demandent de l'aide. Quoi de plus naturel alors que de régler ces problèmes individuels à l'aide de moyens et de techniques qui ont déjà fait leurs preuves et ainsi permettre à la personne de changer, de *s'adapter* et de retrouver un semblant d'équilibre? Toutefois, cette façon de faire risque d'amener la travailleuse sociale à perdre de vue que les problèmes personnels découlent directement de problèmes sociaux plus larges comme la violence, la pauvreté et autres formes d'exclusion (Bourgon, 2007).

La travailleuse sociale doit développer, au fil de sa pratique, une réelle capacité d'analyse afin de remettre en question la pertinence des approches utilisées ou des moyens retenus et de mieux accompagner la personne aidée vers l'atteinte de ses objectifs. Cette aptitude contribue à l'établissement d'un rapport unique, vivant et marqué par une constante évolution entre la travailleuse sociale et la personne aidée. Bien que délimité par un processus d'intervention spécifique et rigoureux, ce rapport repose sur une relation subjective et symbolique (Bourgon, 2007). Cette alliance qui se bâtit entre la travailleuse sociale et la personne aidée fait partie des facteurs qui influencent le changement.

5.1 ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE OU RELATION DE TRAVAIL BASÉE SUR LA CONFIANCE RÉCIPROQUE

Plusieurs auteurs ont documenté les facteurs-clés d'une relation de travail efficace axée sur le changement (Boutin, 2005). L'un des principaux facteurs recensés dans la littérature est le développement d'une relation de confiance forte entre la personne aidée et l'intervenante (Bordin, 1994). En effet, « l'alliance thérapeutique a été décrite comme une variable essentielle, qui exerce une influence sur les résultats de traitement pour diverses psychothérapies, en dépit de leurs différences thérapeutiques et techniques » (Krupnick et collab., 1996, cité dans Goudreau et Côté, 2001 : 15). Plusieurs auteurs, de diverses disciplines, se sont intéressés à l'alliance comme élément central du changement et à son impact positif sur les résultats de l'intervention (Lustig, Strauser, Rice et Rucker, 2002).

Rogers (1957, cité dans Boutin, 2005) attribue trois qualités à une relation thérapeutique efficace : la compréhension empathique, le regard positif inconditionnel et l'authenticité. Goudreau et Côté (2001) relèvent

dans la littérature un certain nombre d'éléments essentiels à la collaboration entre l'intervenante et la personne aidée. Le premier est le sentiment de partenariat dans lequel la personne aidée et la travailleuse sociale se sont engagées à prendre respectivement des responsabilités. Le deuxième élément recensé est la présence d'un lien affectif entre la travailleuse sociale et la personne aidée. Ce qui ne veut pas dire, selon Bilodeau (1980), que la travailleuse sociale abandonne son rôle professionnel; elle «doit garder, au contraire, une certaine distance critique face à la réalité du client pour amener ce dernier à analyser sa réalité et prendre action pour transformer sa situation» (Bilodeau, 1980: 446).

Le troisième élément consiste à l'établissement d'un consensus, entre l'individu et la travailleuse sociale, concernant les tâches et les buts de l'intervention. Pour établir ce consensus, la travailleuse sociale peut proposer différentes versions de son analyse de la situation à la personne aidée pour que cette dernière puisse en faire l'examen, la critiquer et la confronter à sa propre analyse (Bilodeau, 1980).

Le dernier élément essentiel à l'élaboration d'une alliance thérapeutique efficace retenu par Goudreau et Côté (2001) est la nécessité de définir ensemble la problématique, les objectifs poursuivis et de développer conjointement un plan d'intervention. On ne saurait trop insister sur l'importance que prend ici la négociation d'arrangements afin que la travailleuse sociale et la personne qui fait cette démarche en arrivent ensemble à une entente réaliste (Bilodeau, 1980). Ainsi, en sollicitant le point de vue de la personne aidée, la travailleuse sociale «favorise la collaboration et l'engagement du client dans le processus thérapeutique. Le client peut alors explicitement accepter, rejeter ou modifier les suggestions et les directives de la travailleuse sociale pour les adapter à sa propre situation» (Goudreau et Côté, 2001).

On attribuera principalement à la travailleuse sociale la responsabilité d'établir un climat propice au développement de l'alliance thérapeutique. Néanmoins, elle aura aussi à faire l'évaluation des possibilités de changement de la situation vers la résolution des problèmes détectés. À cet égard, pour qu'un changement se produise, la personne doit savoir ce qu'elle veut changer et, éventuellement, ce qu'elle désire comme nouvelle situation. Elle doit être en mesure d'évaluer les avantages et les impacts associés à ce changement sur sa vie et son environnement (De Robertis, 2007). Le concept de *contradiction* fait émerger la dualité

des choses et met en lumière la complexité des situations (De Robertis, 2007). Malgré l'amélioration envisagée, il est en effet fort probable que des pertes puissent être encourues par cette personne ou un membre de sa famille. Par ailleurs, les problématiques individuelles ou collectives sont naturellement insérées dans un ensemble de forces coexistantes ou, si on veut, dans un ensemble dynamique; le concept d'*interdépendance* est généralement utilisé pour décrire cette particularité (De Robertis, 2007). La travailleuse sociale doit savoir prendre avantage de la rupture de l'équilibre que représente la situation problème dans la vie de la personne. En effet, lors d'une période d'instabilité, la personne est à la recherche d'un nouvel *équilibre dynamique*. Cette ouverture, quoiqu'elle puisse être douloureuse, est une période propice aux changements (De Robertis, 2007).

Bien entendu, toutes les situations rencontrées sont par définition axées sur le changement, peu importe les objectifs poursuivis, les moyens mis en place pour y parvenir et les indicateurs de réussite choisis pour les évaluer. Tous les efforts déployés visent l'amélioration d'une situation qui pose problème à une personne. Bien que de multiples stratégies soient possibles et que plusieurs approches découlant de nombreuses théories soient envisageables, il reste que l'élément fondamental de la réussite de toute intervention est l'engagement de la personne aidée dans un réel mouvement vers le changement. Trois aspects spécifiques, soit la *motivation*, les *capacités* et les *possibilités* de la personne et de sa situation, doivent alors être pris en considération pour cerner les obstacles et les facilitateurs de cet engagement.

5.2 MOTIVATION, CAPACITÉS ET POSSIBILITÉS

Lorsque la travailleuse sociale fait l'analyse des diverses informations recueillies durant la collecte de données, elle doit être en mesure de prendre du recul, de mettre toutes ces informations en ordre et d'évaluer la motivation de la personne à s'investir dans un processus de changement. Cette motivation est déterminée par deux choses. D'abord, par le but poursuivi et par la force avec laquelle la personne veut atteindre son but (Ripple, 1955). Deux éléments influencent la présence ou l'absence de la motivation: le degré d'espoir qu'entretient la personne pour trouver une solution à son problème, qui est contrebalancé par le degré de malaise provenant de la situation problème (Ripple, 1955). En effet, pour qu'un

changement se produise, il doit exister un équilibre entre ces deux éléments. Un problème qui ne suscite qu'un faible malaise risque de mener à l'abandon de la démarche tout comme le fera un faible degré d'espoir, même si ce dernier est associé à un malaise très important. Par contre, un malaise très fort, associé à un fort espoir en la possibilité de changement, favorisera la persévérance et le changement (Ripple, 1955).

Les capacités sont, de façon très simplifiée, les ressources personnelles de la personne aidée. Lors de l'évaluation psychosociale, la travailleuse sociale doit mettre l'accent sur les forces de la personne, tout en prenant aussi en compte ses limites. Par exemple, quelles sont les aptitudes affectives, cognitives et physiques pouvant être mises à contribution dans la résolution du problème et la réalisation du plan d'intervention? La personne a-t-elle de la facilité à entrer et à rester en relation avec la travailleuse sociale? Est-elle en mesure de communiquer ses besoins, de faire part de ses attentes? Arrive-t-elle à faire des liens entre différents éléments de sa situation, en a-t-elle les capacités intellectuelles? Qu'en est-il de ses capacités physiques? Ces éléments sont des atouts indéniables qui influencent le processus de changement. Il est également nécessaire de cerner, d'après les données recueillies, les résistances ou les mécanismes de défense qui peuvent entraver le processus d'intervention et les obstacles avec lesquels il faudra composer. L'analyse de ces éléments servira aussi à cerner les gains secondaires qui pourraient être associés au problème (Ripple, 1955).

Lorsqu'on évoque les possibilités que présente une situation, on fait alors référence aux succès passés, aux divers mécanismes d'adaptation, aux différentes stratégies que la personne a déjà utilisées pour faire face à d'autres situations problèmes. Ces possibilités correspondent également aux ressources disponibles dans l'environnement de la personne et qui pourraient éventuellement être mises à contribution dans la résolution de la situation problème, ou être utilisées à l'avantage de la personne aidée. L'analyse des possibilités doit aussi tenir compte de l'absence de ressources ou des limites de celles qui sont à notre disposition. De même, chacune des options sera évaluée en fonction de ses forces mais aussi de ses limites (Ripple, 1955).

CONCLUSION

Ce chapitre a brièvement présenté quelques éléments préalables à une meilleure compréhension de la méthodologie du service social personnel. Les éléments de définition et le rappel historique ont mis en perspective ce qui caractérise le service social. La précision sur les valeurs qui guident les travailleuses sociales dans leur pratique quotidienne donne une base de référence pour l'intervention auprès des individus vivant des situations qui semblent de plus en plus complexes à mesure qu'évolue et se transforme la société. Bien que plusieurs approches puissent être intégrées et expérimentées par les praticiennes, une méthodologie et un processus composé de phases de travail assurent à la fois une cohérence et une souplesse à l'intervention. D'ailleurs, la courte présentation de chacune des phases qui composent le processus d'intervention se voulait une mise en contexte à la présentation détaillée, qui fera l'objet d'un chapitre subséquent. La réflexion concernant les différents facteurs qui influencent le changement mène à une meilleure compréhension des enjeux liés à la persévérance et à l'engagement des personnes aidées dans la résolution de leur situation problème.

CHAPITRE 2

PRISE DE CONTACT

Pierre Turcotte

Toute intervention sociale, que ce soit auprès des personnes, des groupes ou des collectivités, est d'abord une relation humaine. Une relation, c'est une construction dont le rythme dépend des habiletés et des attitudes des personnes qui sont en interaction. En travail social auprès des personnes, la relation d'aide (*helping relationship*¹) constitue la pierre angulaire du processus d'intervention. Elle en est à la fois une composante centrale et une condition nécessaire au changement. Dans une relation d'aide, c'est à l'intervenant² que revient la responsabilité première d'établir la relation et d'en favoriser l'évolution. Il doit se consacrer à cette tâche dès le premier contact avec la personne qui sollicite son aide: ce contact initial constitue une étape charnière dans la démarche thérapeutique. Comme l'explique Thibaudeau (1986), le premier contact est déterminant pour le client, tant sur le plan relationnel que sur le plan émotionnel. Il constitue souvent l'occasion pour la personne qui demande de l'aide de remettre en question ses préjugés, de reconsidérer l'idée qu'elle se faisait de la relation d'aide et de ramener à des proportions raisonnables l'espoir qu'elle y investit.

-
1. J'emploie ici le concept de *relation d'aide* dans le sens du concept anglophone *helping relationship* utilisé par Johnson et Yanca (2007); il traduit la double réalité de ce processus soit la dimension relationnelle et la dynamique d'aide professionnelle.
 2. Nous utilisons le générique masculin pour alléger le texte et en faciliter la lecture.

L'objectif central de la prise de contact est donc la création d'une solide alliance de travail pour favoriser le processus de changement. Comme sa qualité est déterminante pour la poursuite de la démarche de changement, elle doit faire l'objet d'une attention particulière de la part de l'intervenant. Qu'elle soit réalisée dans le cadre d'une rencontre en face à face³ ou d'un contact téléphonique avec l'organisme, l'objectif de l'intervenant demeure le même : amorcer un processus relationnel qui va déboucher sur une alliance propice au changement. Cette démarche procède généralement par certaines étapes que nous allons passer en revue.

1. ÉTAPES DE LA PRISE DE CONTACT

Avant d'aborder les différentes étapes de cette première phase de l'intervention sociale qu'est la prise de contact, il n'est pas inutile de revenir sur le cheminement de la personne qui fait une demande d'aide. Au cours des années 1980, les chercheurs ont commencé à explorer ce qui amène les personnes à demander ou à éviter de demander de l'aide lorsqu'elles font face à une difficulté. Les travaux sur le sujet, notamment en santé mentale, ont débouché sur différents modèles conceptuels de la démarche de recherche d'aide. Un de ces modèles décompose le processus de demande d'aide en trois étapes (Gross et McMullen, 1983) :

1. La perception de la situation comme étant un problème exigeant une aide extérieure.
2. La décision d'accepter le problème, de le régler seul ou de solliciter de l'aide.
3. La mise en place de stratégies permettant d'obtenir l'aide souhaitée.

1.1 DEMANDE D'AIDE

La première étape marque l'enclenchement du processus de demande d'aide. En effet, il ne suffit pas de vivre une situation difficile,

3. En contexte professionnel, on utilise différentes expressions pour cette phase du processus d'intervention : *intake*, rencontre ou entrevue d'accueil ou d'accueil-évaluation, rencontre pré-groupe, etc.

encore faut-il que la personne reconnaisse que cette situation constitue un problème pour elle. Plusieurs facteurs viennent influencer la perception qu'une personne fait de sa réalité : ses expériences antérieures, les normes de son milieu (familial ou culturel), le jugement des autres, etc.

Une fois le problème reconnu, plusieurs options se présentent. La personne peut d'abord choisir de ne rien faire et tenter de s'adapter, elle peut décider de s'en sortir par ses propres moyens et elle peut également faire appel à une aide extérieure. Cette troisième option représente généralement le choix ultime, car demander de l'aide, surtout auprès d'un intervenant professionnel, est souvent perçu comme une atteinte à l'estime de soi, notamment pour les personnes qui sont réticentes à se dévoiler ou qui évoluent dans un environnement qui valorise l'autosuffisance (Turcotte, Damant et Lindsay, 1995).

Lorsque la personne opte pour se faire aider, c'est alors que les professionnels de la santé et des services sociaux sont formellement sollicités. Mais auparavant, la personne aura la plupart du temps demandé de l'aide auprès de ses amis ou de sa famille. Il faut donc voir la demande formelle d'aide comme l'aboutissement d'un processus infructueux, et parfois frustrant.

En travail social notamment, la personne qui se présente n'est pas toujours porteuse d'une demande claire : elle peut même soit se présenter pour une autre personne (son enfant, son parent âgé, etc.), soit se présenter à la suite d'une injonction d'un tiers (une conjointe qui menace de divorcer). La demande peut aussi être issue d'autres institutions ou références (la police, le médecin de famille, la protection de la jeunesse, etc.). Comme le soulignent Mongeau, Asselin et Roy (2007 : 194-195), il importe de prendre conscience de la complexité de la demande. En effet, la situation clinique lors du premier entretien ne se joue pas en vase clos. Plusieurs niveaux doivent être pris en considération et on peut se demander alors : à qui la demande s'adresse-t-elle ? Qui la fait et au nom de qui ? Pourquoi faire ? Pourquoi maintenant ? En prenant en considération la complexité de la demande, l'intervenant arrive à mieux situer la motivation, l'appropriation ou non de la démarche. Bref, on arrive à savoir qui est le client : la personne devant nous, la famille ou le système référent.

S'il convient, lors de la prise de contact, d'explorer avec la personne les démarches qu'elle a réalisées antérieurement à sa demande d'aide, d'autres éléments doivent également faire l'objet d'une attention

particulière. En fait, la prise de contact peut se découper en trois étapes principales :

1. L'établissement d'une relation de confiance.
2. L'analyse sommaire de la situation présentée.
3. L'information, l'orientation, la référence ou la prise en charge.

1.2 ÉTABLISSEMENT D'UNE RELATION DE CONFIANCE

La création d'une relation de confiance entre l'intervenant et la personne aidée est essentielle pour l'établissement d'une alliance de travail. La mise en place progressive de cette relation, qui repose sur une conception égalitaire des rapports entre êtres humains, est largement influencée par l'attitude de l'intervenant. Une relation aidant/aidé est avant tout une relation basée sur le respect et l'ouverture à l'autre, et c'est à l'intervenant qu'il revient de mettre en place les conditions pour établir ce type de relation. Jacques Salomé résume bien cette idée dans sa définition de « l'entretien d'aide » :

L'entretien d'aide a pour objectif la compréhension profonde (ou nouvelle) de ce qui se passe pour le demandeur, la découverte de la manière dont il éprouve la situation qui lui fait problème, la clarification progressive de son vécu et la recherche de moyens ou de ressources permettant un changement. (Salomé, 2003 : 116)

La bonne volonté seule ne suffit pas pour installer cette relation ; il est nécessaire de respecter certaines règles. À cet égard, la syntonisation peut se révéler un élément important. Selon Shulman (2006), la syntonisation est une habileté majeure dans la phase préparatoire du travail avec un client.

Il s'agit ni plus ni moins de faire preuve d'« empathie préparatoire ». La syntonisation est l'effort fait par l'intervenant pour comprendre les sentiments et les préoccupations qui peuvent habiter le client pendant les premières minutes d'une rencontre.

En faisant un effort de syntonisation, l'intervenant peut décoder les préoccupations qui sont exprimées indirectement et y répondre directement. Si l'établissement d'un contact initial doit précéder la collecte de

données sur la situation du client, la façon dont cette collecte est réalisée doit contribuer à l'établissement du lien de confiance.

1.3 ANALYSE SOMMAIRE DE LA SITUATION PRÉSENTÉE

L'exploration initiale de la situation du client exige que l'intervenant soit attentif à la personne, qu'il l'écoute, l'observe, la sécurise, pour qu'elle se sente à l'aise de parler de sa situation. Pour que la personne puisse s'exprimer librement, le respect est une attitude essentielle. Le respect se traduit par un effort explicite «à valoriser le client, à le reconnaître comme une personne ayant de la valeur et de la dignité; à le considérer comme une personne acceptable, telle qu'elle est» (Beaudry et Trottier, 2001: 9). Le respect de la personne, qui constitue une valeur fondamentale du travail social, se manifeste par une attention centrée sur ce que vit la personne, la reconnaissance de ses forces et l'absence d'étiquette. Avoir une attitude respectueuse, c'est **accueillir la personne** dans son intégralité, c'est *voir la personne derrière le problème*, c'est s'ouvrir à ce qu'elle *vit* pour éviter la fermeture à ce qu'elle *dit*.

L'accueil respectueux et sans jugement rejoint les principes de relation d'aide en face à face, suggérés par Mucchielli (2007). Selon cet auteur en effet, lors de l'entretien d'aide en face à face, l'aidant facilite l'expression en écoutant et en observant d'abord l'aidé: en se trouvant ainsi dans une relation de confiance et de sécurité, l'aidé en arrive à mieux se comprendre. Il s'agit là de la mise en pratique des principes rogiériens de la relation d'aide centrée sur le client: une attitude d'intérêt ouvert (disponibilité intégrale sans préjugé ni à priori); une attitude de non-jugement et une intention authentique de comprendre autrui, de penser dans *ses* termes, de découvrir son univers subjectif, de saisir les significations que la situation a pour lui.

1.4 INFORMATION, ORIENTATION, RÉFÉRENCE OU PRISE EN CHARGE

Au terme de cette exploration de la situation de la personne, l'intervenant doit examiner avec elle les différentes options qui se présentent. Généralement, la prise de contact débouche sur une exploration plus

approfondie de la situation de la personne, exploration qui se fait dans le cadre d'une évaluation psychosociale. Mais dans certains cas, la personne sera orientée vers d'autres ressources davantage en mesure de répondre à ses besoins. Il est alors généralement utile d'accompagner la personne dans ses démarches à la fois pour lui faciliter la tâche et pour éviter qu'elle se sente abandonnée, voire trahie, après avoir accepté de s'ouvrir sur ses difficultés. L'orientation vers d'autres ressources est une opération délicate qui doit se faire avec égard à l'endroit des sentiments et des préoccupations de la personne.

Quelle que soit l'issue de la prise de contact, l'intervenant doit la réaliser par la mise en place d'une alliance de travail (*working alliance*) ou alliance thérapeutique qui pourra contribuer à l'amorce d'un processus de changement. Or, une telle alliance n'est pas toujours facile à créer, notamment dans les contextes de travail non volontaires.

Pourtant les difficultés à engager des clients dans le processus d'intervention persistent et plusieurs travailleurs sociaux se heurtent aux barrières entre les systèmes de croyance qui les séparent de leurs clients : pauvreté, exclusion... L'établissement d'une alliance thérapeutique avec la clientèle n'est donc pas chose facile pour la plupart des travailleurs sociaux (Piché, 2001 : 2).

D'autant plus que la notion même d'alliance de travail est un phénomène évolutif qui se présente sous différentes acceptions. Le rôle de cette alliance dans le processus d'intervention varie dans une gradation qui va d'une conception de l'alliance comme étant une composante inutile à une conception qui lui accorde un rôle déterminant qui supprime tous les autres aspects de l'intervention. Entre ces deux extrémités, les auteurs contemporains s'entendent généralement pour lui accorder une grande importance dans l'instauration du processus de changement.

Selon Piché (2001), l'alliance thérapeutique est un **processus** (*work in progress*) de coconstruction de la relation client/intervenant. L'intervenant et le client ont un rôle à jouer dans l'établissement de cette relation qui se présente comme le produit de trois éléments : (1) la qualité d'être (savoir-être) de l'intervenant avec le client ; (2) la réponse du client à cette qualité d'être de l'intervenant et (3) le développement de l'entente sur les objectifs et sur les tâches à accomplir lors de la démarche.

Il y a donc deux dimensions fondamentales dans l'alliance thérapeutique : une dimension cognitive et une dimension affective. La première se traduit par la capacité à travailler efficacement aux objectifs et à accomplir les tâches liées au processus de changement. La seconde fait référence à l'engagement du client et de l'intervenant l'un envers l'autre et à la compréhension empathique de l'intervenant.

Dans l'une et l'autre de ses deux dimensions, l'alliance de travail fait appel à des attitudes et à des techniques qui sont essentielles à l'instauration d'un contexte de changement et qui, conséquemment, doivent transparaître lors de la prise de contact.

2. HABILITÉS ESSENTIELLES LORS DE LA PRISE DE CONTACT

Les compétences de base nécessaires au développement d'une relation d'aide respectueuse de la personne et favorisant le changement sont associées à ce que l'on nomme généralement les habiletés de savoir-être ou attitudes. Dans une optique de perception de la relation d'aide comme une rencontre entre êtres humains, nous proposons plutôt de parler de *qualité d'être dans la relation*. Lors de la prise de contact, cette qualité d'être repose sur quatre attitudes fondamentales : l'empathie, la conscience de soi, l'authenticité et l'assurance.

2.1 EMPATHIE

L'empathie est une attitude essentielle pour que la personne se sente à l'aise de témoigner librement et de façon extensive de sa réalité. Elle est considérée comme la première et la plus fondamentale des compétences en relation d'aide ; Salomé (2003) la définit comme « l'ensemble des signaux qui circulent entre deux personnes où la bienveillance et le respect dominant ». Avoir une attitude d'empathie, c'est se mettre à l'écoute de l'autre et l'accueillir. L'empathie peut se traduire notamment par une attitude accueillante, voire chaleureuse, de la part de l'intervenant.

Il n'est pas toujours facile lors de la prise de contact de conserver cette attitude lorsque certains traits de personnalité du client ou problèmes sociaux exprimés par lui viennent déclencher chez l'intervenant du

rejet, voire de la colère (ex. : agressions sexuelles, pédophilie, abandon d'un enfant par son parent, etc.). Il s'agit alors en effet d'une décision à prendre de rester avec le client et de faire l'effort de voir la personne derrière le problème. **Accueillir la personne**, c'est la voir au-delà du problème qu'elle nous présente ou qu'elle représente socialement (ex. : violence conjugale). C'est s'ouvrir à ce qu'elle *vit* pour éviter la fermeture à ce qu'elle *dit*. Être en empathie, c'est aussi accepter de laisser de côté jugement et projets personnels pour se centrer sur le client. Ceci est particulièrement vrai à l'étape de la prise de contact.

Rappelons qu'en début de démarche de recherche d'aide, la personne est toujours ambivalente face à sa démarche et elle a surtout besoin d'être *écoutée* plutôt que conseillée; elle doit être *entendue* en tant que personne humaine dans ce qu'elle vit. L'empathie implique que l'intervenant essaie de comprendre l'autre personne de son point de vue à elle. Elle se traduit, entre autres, par ce que l'on appelle l'écoute active, qui consiste à encourager la personne à continuer à parler, à lui demander de préciser ce qu'elle vit, ressent ou pense (Beaudry et Trottier, 2001 : 34). Les interventions verbales et non verbales de l'intervenant visent à aider la personne à exprimer ce qu'elle vit. Lors de la prise de contact, les questions de curiosité, les conseils et les jugements sont à proscrire, car ils peuvent nuire au développement de l'alliance de travail.

L'empathie étant cette capacité d'entrer en contact avec le monde émotif du client, elle se distingue de la sympathie qui consiste en un penchant instinctif qui attire des personnes les unes vers les autres et se traduit par le partage des peines et des plaisirs. L'aidant n'a pas à partager le vécu du client; il doit y avoir accès, afin d'être en lien avec lui, et doit parvenir à lui refléter qu'il est en relation avec ce qu'il vit. L'aidant doit éviter de se laisser envahir par ses propres émotions; l'attitude empathique consiste à se centrer sur le vécu du client, même si l'intervenant éprouve des émotions semblables. En effet, quand on est en sympathie avec le client, on a tendance à vouloir rassurer l'autre, se positionnant alors en sauveur. L'empathie consiste à refléter au client que ce qu'il vit est important, mais que c'est lui qui a le pouvoir d'agir sur cette situation.

Maintenir une frontière claire entre son propre vécu et celui de la personne évite à l'aidant d'être envahi par les émotions. Il peut alors poursuivre son rôle d'aidant en offrant à la personne une écoute centrée

sur son vécu, en l'acceptant dans ses forces et ses limites, en lui reflétant qu'elle a le pouvoir de changer sa situation.

Pour bien cerner la capacité d'action de la personne, il est essentiel d'examiner si elle vit une oppression particulière. Il peut s'agir d'une oppression liée, notamment, au genre, à la classe sociale, à l'âge, à l'ethnie, à la religion, à la culture ou à l'orientation sexuelle. Cette sensibilité aux conditions d'oppression correspond à la notion d'empathie *sociale* (Moreau, 1987).

Pour comprendre la réalité de la personne opprimée, l'intervenant doit être clair par rapport à sa propre oppression; il doit avoir fait sa propre démarche de prise de conscience de sa réalité personnelle comme femme, homme, membre d'un groupe ethnique minoritaire, jeune, gay ou lesbienne.

L'empathie fait appel à certaines habiletés qui se traduisent notamment par les capacités suivantes: déceler les états émotifs du client; se servir de ses propres réactions intérieures pour comprendre le vécu du client et le lui refléter; trouver le sens du vécu du client à partir du cadre de référence de celui-ci; percevoir son message pour être en syntonie avec lui et trouver les mots appropriés pour lui communiquer ce que l'on a saisi de son vécu.

Une attitude empathique permet à l'aidé de se sentir entendu et respecté, ce qui entraîne généralement une propension à continuer à s'ouvrir d'abord à son propre vécu et à se révéler. L'ouverture manifestée par l'aidant envers le client crée un climat favorisant chez lui l'ouverture. Des études sur le rôle de l'empathie en intervention soutiennent que le client étant au centre du processus de changement, l'attitude empathique lui permet de s'approprier le changement. En effet, les interactions et suggestions de l'intervenant, quelle que soit son orientation clinique, nécessitent préalablement qu'elles soient transmises de façon empathique (Bohart et Greenberg, 1997).

2.2 CONSCIENCE DE SOI

Le principal outil de travail de l'intervenant étant lui-même, la conscience de soi permet de «se voir agir» avec la personne aidée afin de

ne pas tomber dans le piège du jugement de valeur, mais décider de s'approcher d'elle et d'essayer de la comprendre malgré ce que cela peut nous faire vivre. La conscience de soi, c'est la « capacité de l'intervenant de reconnaître ses propres sentiments, ses attitudes, ses valeurs, ses mythes, ses préjugés, ses biais... et de saisir leur influence sur son intervention » (Beaudry et Trottier, 2001 : 15). Tout travail authentique de relation d'aide nécessite (ou résulte en) de la part de l'intervenant un travail sur soi. Ainsi, la qualité d'être dans la relation est toujours une occasion de croissance. C'est en ce sens que l'on peut affirmer que toute relation d'aide est une relation *d'entraide*, puisque l'intervenant reçoit du client croissance et témoignage de résilience, et il lui apporte aide et orientation.

2.3 AUTHENTICITÉ

L'authenticité « est la capacité de l'intervenant *d'être soi-même*, d'exprimer un contenu verbal correspondant aux sentiments éprouvés intérieurement au moment présent. L'intervenant *authentique* utilise ses propres sentiments et réactions dans la relation avec la personne aidée. Être authentique incite l'autre à le devenir à son tour » (Beaudry et Trottier, 2001 : 11). Une relation empreinte d'authenticité instaure un climat sécurisant qui favorise l'estime de soi : l'aidé en vient à porter sur lui-même le même regard positif que l'aidant. L'authenticité de l'intervenant aide le client à mieux se connaître et à s'accepter davantage.

2.4 ASSURANCE

L'assurance correspond à la capacité « qu'a l'intervenant de se faire percevoir comme une personne solide émotivement, fiable et compétente » (Beaudry et Trottier, 2001 : 22). Il s'agit d'une attitude importante dans la mesure où la personne aidée est souvent ambivalente ou hésitante à se confier à une personne qu'elle ne connaît pas.

Comme l'intervenant peut s'attendre à ce que la personne aidée lui témoigne d'abord de la méfiance et lui fasse passer des « tests de confiance », l'assurance de l'intervenant et son ouverture à accepter cette méfiance seront déterminantes dans la création ou non de l'alliance de travail. L'assurance de l'intervenant contribue à **susciter la confiance**

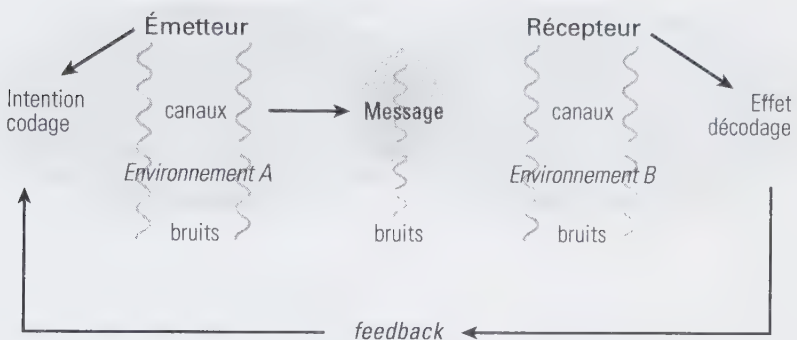
de la personne aidée. En démontrant l'attitude ouverte et sincère d'une personne avec qui il est facile d'entrer en contact, l'intervenant gagne graduellement la confiance de l'aidé.

3. ÉCOUTE ET HABILÉTÉS DE COMMUNICATION

Afin de faciliter chez le client son engagement dans le processus de changement et d'établir les bases d'une bonne alliance thérapeutique, la *qualité d'être* énoncée ci-dessus doit être combinée à la maîtrise des habiletés dans la conduite d'un entretien (O'Hare, 2009).

Pour ce faire, l'intervenant doit connaître et maîtriser les habiletés élémentaires de communication et respecter les règles d'une communication saine. Le schéma suivant illustre la modélisation des composantes de la communication proposée par Beaudry et Boisvert (1988).

Modèle théorique de la communication



Source: M. Beaudry et J.-M. Boisvert (1988), *Psychologie du couple*, Montréal, Éditions du Méridien, p. 29-30.

Il faut se représenter ce modèle de façon dynamique, car dans la communication interpersonnelle, chaque personne joue à la fois le rôle d'émetteur et celui de récepteur. Ainsi, pendant que je parle, j'observe les comportements de l'autre et je réagis en m'adaptant à ses messages non verbaux; de la même façon, le récepteur n'est pas uniquement récepteur,

il émet des messages non verbaux en même temps qu'il reçoit les messages verbaux et non verbaux. Toutefois, afin de bien comprendre le processus de la communication, nous considérerons que la personne qui émet un message est un émetteur et que celle qui reçoit le message est un récepteur. L'encadré qui suit offre une définition des différentes composantes du modèle de Beaudry et Boisvert (1988).

COMPOSANTE	DÉFINITION
Émetteur	Celui qui transmet un message.
Intention	Ce que l'émetteur veut transmettre, son but.
Codage	Pour transmettre son message, l'émetteur doit utiliser un code, c'est-à-dire transformer son intention suivant un ensemble de règles, par exemple la syntaxe d'une langue.
Canaux	Le message peut être transmis par différentes voies (visuelle, auditive, etc.) ou de différentes manières (lettre, téléphone, gestes, voix, etc.).
Message	C'est le véhicule de l'intention de l'émetteur. Il comprend deux composantes: le contenu ou le mot à mot du message, et le sentiment, c'est-à-dire la façon de livrer le message.
Décodage	Pour comprendre le message, le récepteur doit le décoder, c'est-à-dire transformer le code en lui donnant un sens.
Récepteur	C'est celui qui reçoit le message.
Effet	Impact du message sur le récepteur.
Environnement	L'émetteur et le récepteur font partie d'un environnement physique, un contexte, qui influence la communication. Cependant, dans ce modèle, l'environnement comprend aussi l'histoire personnelle de l'émetteur et du récepteur. Chacun ayant nécessairement un passé différent, nous devons les représenter chacun dans leur environnement. L'entrecroisement de ces deux environnements représente ce que les communicateurs ont en commun, par exemple leur savoir, leur expérience. Les différences entre les deux environnements peuvent être une source de problèmes importants dans l'établissement d'une bonne communication.
Bruits	Il s'agit d'interférences qui peuvent apparaître à n'importe quel moment du processus et qui empêchent une bonne communication. Ces bruits peuvent être physiques (tout bruit extérieur qui empêche l'émetteur et le récepteur de s'entendre ou les distrait) ou psychologiques (manque d'habiletés à émettre ou à recevoir un message). Soulignons que certains auteurs utilisent plutôt le terme « filtre » pour montrer comment l'histoire personnelle, l'état actuel de la personne ou sa capacité d'attention empêchent ou déforment la communication.

En relation d'aide, une communication efficace fait appel à certaines habiletés que doit maîtriser un intervenant. Les six habiletés de base pour une communication efficace à l'étape de prise de contact sont : la communication non verbale, le reflet, la reformulation, la clarification, la focalisation et le silence.

La **communication non verbale** selon O'Hare (2009) constitue une puissante habileté de communication utilisée dans les sociétés occidentales qui consiste à établir un contact visuel avec la personne. Cette habileté permet de manifester notre intérêt et toute notre attention à la personne et traduit une forme d'engagement psychologique envers autrui. Elle peut toutefois paraître inconfortable, voire intrusive, pour certains clients plus intimidés ou anxieux : l'intervenant doit alors doser l'intensité de son regard soit en prenant des notes ou en détachant son regard à l'occasion. Pour certaines cultures, un contact visuel peut par ailleurs être considéré comme une impolitesse, voire un affront : l'intervenant doit alors utiliser la communication non verbale en manifestant son intérêt par une posture et une gestuelle traduisant son accueil et son respect.

Dans ce même ordre d'idées, la communication non verbale comprend également ce que O'Hare (2009) appelle les comportements non verbaux (*nonverbal behaviors*). Ceux-ci englobent les réactions faciales, corporelles et physiques que l'intervenant communique, parfois même inconsciemment. La célèbre étude du professeur Albert Mehrabian⁴ démontre d'ailleurs que dans la communication humaine, les mots ne comptent que pour 7 %, le ton de la voix pour 38 %, l'expression faciale pour plus de 55 %.

Les intervenants sociaux n'ayant pas nécessairement une formation d'acteur, il peut être pertinent qu'ils prennent conscience de la communication de plusieurs émotions (compassion, dégoût, intérêt, peur, etc.) à travers leurs réactions faciales à l'aide d'un miroir.

Les postures corporelles (par exemple, bras croisés, regarder sa montre, s'éloigner du client, etc.) sont également évocatrices d'une attitude de fermeture. Il convient donc d'être attentif à nos comportements non verbaux, car pour reprendre une idée de Gregory Bateson, il est impossible de ne pas communiquer.

4. Voir l'étude sur Internet : http://changingminds.org/explanations/behaviors/body_language/mehrabian.htm.

Le **reflet** est l'habileté par laquelle l'intervenant traduit en paroles les *sentiments ou émotions de la personne aidée*. Le reflet permet à la personne aidée d'avoir accès à son univers subjectif; celle-ci peut alors plus facilement mettre des mots sur ce qu'elle vit et reconnaître les émotions sous-jacentes à certaines réactions (ex.: la colère derrière la tristesse). Il permet aussi de rassurer la personne en dédramatisant ce qu'elle vit (Hétu, 2007: 61).

La **reformulation** «consiste à redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ou plus explicite ce que le client vient d'exprimer, et cela de telle sorte qu'il obtienne l'accord du [client]» (Mucchielli, 2007: 61). Cette habileté permet à l'intervenant de respecter ce que le client vient de lui dire et de lui démontrer qu'il l'écoute et s'efforce de bien le comprendre. En se reconnaissant dans la reformulation, le client arrive à mieux se comprendre et il se sent incité à continuer de s'exprimer.

La **clarification** selon O'Hare (2009: 126) constitue une habileté de communication qui, au-delà de la reformulation, consiste à offrir à la personne aidée un portrait d'ensemble cohérent de ce qu'elle vient d'exprimer (émotions), de dire (paroles) et de manifester (comportements). La clarification permet de communiquer au client non seulement que vous saisissez les différentes dimensions des faits et émotions qu'il vous a confiés, mais que vous commencez à avoir une vue d'ensemble de ce qui fait problème. Pour reprendre une métaphore actuelle, la clarification consiste en une image d'une caméra digitale: plus le signal électronique est clair, plus l'image est claire. En ce sens, la clarification est essentiellement descriptive, et non interprétative. Une façon de vérifier que l'intervenant a fait une bonne clarification, c'est lorsque le client répond: «C'est exactement ce que je veux dire.»

La **focalisation** est utilisée pour inviter la personne aidée «à faire la lumière sur son problème en se centrant sur un point précis, qu'il s'agisse d'un événement ou d'une situation, d'un sentiment, d'une idée ou d'un projet» (Hétu, 2007: 70). La focalisation peut prendre la forme d'une question ouverte (Comment cela s'est-il passé?) qui permet à la personne aidée de poursuivre l'exploration de son expérience. Elle peut aussi consister à reprendre un mot ou une expression qui semble important pour l'aidé:

- J'aurais aimé que ma mère m'encourage.
- Vous auriez aimé qu'elle vous encourage? (focalisation par répétition).

Le **silence**, comme mode de communication, traduit la décision de l'intervenant de s'abstenir d'intervenir verbalement. «Le silence de l'aidant constitue un outil majeur de la relation d'aide, et on doit le considérer comme une façon signifiante d'interagir plutôt que comme un temps mort» (Hétu, 2007 : 48). Faire silence après l'expression par la personne aidée d'une expérience importante pour elle est une façon de focaliser et de l'encourager à poursuivre son récit.

Un silence délibéré est une excellente façon d'accueillir ce que la personne aidée exprime et d'exprimer de l'empathie quand celle-ci vit une émotion ou se rappelle un événement qui la touche. Le silence a une grande importance lors de la prise de contact, car il permet d'ajouter de la profondeur dans la relation et permet de laisser beaucoup de place à la personne aidée en démontrant que l'on veut respecter son rythme.

Selon Bohart (2001), le silence est une façon privilégiée pour l'intervenant de communiquer au client sa compréhension empathique. Hétu (2007) soutient que lors d'un entretien de prise de contact, on peut appliquer la règle de quatre ou cinq silences pour une intervention verbale.

4. QUELQUES ENJEUX DE LA PRISE DE CONTACT

La prise de contact étant l'occasion de la première rencontre en face à face entre l'intervenant et la personne aidée, il s'agit donc d'une phase critique dans la démarche d'aide. De nombreux enjeux liés au processus même de demander de l'aide peuvent être présents pour le client, par exemple une expérience antérieure pénible ou même traumatisante avec un autre professionnel de la santé, un sentiment de culpabilité ou de honte face au problème vécu, différentes peurs liées à l'inexpérience ou un manque d'information sur la relation d'aide, etc.

Des enjeux sont également présents pour l'intervenant social, selon la dynamique institutionnelle selon la dynamique reliée à la problématique présentée par le client, par exemple : le stress ressenti à l'urgence psychosociale (clinique sans rendez-vous), l'ignorance de la problématique à laquelle il sera confronté (crise suicidaire, psychopathologique, etc.). Voici donc quelques enjeux fréquemment rencontrés au moment de la prise de contact.

4.1 MÉFIANCE

La méfiance de la personne aidée est généralement liée à la plus ou moins grande capacité de l'intervenant de démontrer qu'il est digne de confiance. Sur ce plan, lors de la prise de contact, la confidentialité est souvent en jeu qu'il faut résoudre. La confidentialité fait référence au droit à la vie privée. Elle se traduit par le secret professionnel qui est à la base du lien de confiance entre le client et l'intervenant. Il est donc important de préciser dès le début que les propos de la personne sont strictement confidentiels et qu'ils ne seront pas dévoilés, sauf dans les cas exceptionnels où sa vie ou celle d'autres personnes pourraient être en danger.

La méfiance est souvent reliée aux expériences antérieures vécues négativement par le client, en raison de maladresses de l'intervenant ou du caractère pénible de l'intervention (ex. : aide sous contrainte à la suite d'une crise psychosociale). Elle peut également résulter de la désinformation face au service d'aide ou du fait qu'il s'agit de la première expérience de démarche d'aide. Les attitudes de l'intervenant (respect, assurance et capacité de susciter la confiance) sont alors essentielles pour contrer ce premier réflexe défensif.

4.2 AMBIVALENCE FACE AU CHANGEMENT

À la prise de contact, la personne aidée, bien qu'étant présente et en accord pour participer à l'entrevue, peut manifester divers degrés d'ambivalence face au changement à apporter dans sa vie. Il s'agit là d'un phénomène normal et fréquent : le statu quo, même souffrant, peut souvent paraître moins pire que l'inconnu que représente le changement. Berg et Miller (1998) ont ciblé trois concepts pouvant traduire les différentes attitudes des clients en début de démarche d'aide.

L'attitude du *visiteur* traduit la position du client qui considère qu'il n'y a pas vraiment de problème ou que le problème concerne quelqu'un d'autre. Avec ce type d'attitude, l'entretien de prise de contact ne débouche sur aucune demande d'aide ni aucun objectif particulier, que ce soit par le client ou l'intervenant. Ce type de relation peut se produire notamment dans un contexte d'aide sous contrainte, à la suite d'une référence

vers une ressource non appropriée ou lorsque la démarche d'aide est faite pour se conformer à un tiers. L'intervenant peut alors convenir avec le client qu'il n'y a pas de problème exigeant une intervention sociale, mais il reste disponible à l'aider si éventuellement il rencontre des difficultés sur lesquelles il veut travailler.

Le client est *demandeur* lorsque, pendant ou à la fin de l'entretien, une demande ou un objectif a été conjointement formulé par le client et l'intervenant, mais sans déboucher sur des étapes concrètes que le client veut entreprendre pour amener une solution. Le client ayant l'attitude du demandeur peut bien décrire sa demande d'aide, mais il a du mal à se voir comme faisant partie de la solution : il estime que le changement doit provenir de l'autre.

L'attitude de *l'acheteur* est présente lorsque, pendant ou à la fin de l'entretien, une entente a été conjointement conclue quant à une demande ou à un objectif et, de plus, que le client se considère comme faisant partie de la solution et qu'il est prêt à faire quelque chose en ce qui concerne le problème. De son côté, l'intervenant est d'accord pour travailler avec le client sur l'objectif retenu et croit en sa capacité de le diriger vers une solution.

4.3 TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT

La prise de contact étant l'étape de l'intervention où l'alliance de travail commence à se construire, il arrive très souvent que l'intervenant ressente de l'inconfort face à certaines valeurs de la personne aidée. Qu'il s'agisse du type de problème présenté (agression sexuelle, maltraitance, etc.) ou des valeurs en contradiction avec celles de l'aidant (croyances religieuses, hygiène, encadrement des enfants, etc.), l'inconfort ressenti signale que quelque chose dérange l'intervenant et l'empêche d'être entièrement disponible au client. La relation avec le client réactive les peurs, les fragilités, ce qui déclenche les mécanismes de défense. C'est ce que la psychanalyse appelle le transfert et le contre-transfert.

Le transfert traduit l'idée que dans sa relation avec l'aidant, l'aidé transpose les mécanismes d'adaptation qu'il connaît déjà et qu'il utilise dans d'autres contextes, y compris les mécanismes dysfonctionnels. Par exemple, il peut réagir à l'intervenant en adoptant les comportements

qu'il privilégie généralement face aux figures d'autorité: résistance, soumission, etc.

Par ailleurs, le contre-transfert exprime que l'aidant, de son côté, aborde l'aidé avec ses vulnérabilités et ses mécanismes habituels d'adaptation. Il peut alors soit être en réaction (ex.: le client lui rappelle son père avec qui il était en conflit), soit vivre du rejet face au client (ex.: une mère qui abandonne ou ne protège pas son enfant, ou un homme incestueux).

Il importe de prendre conscience que l'inconfort est une réactivation de notre passé; il n'est pas nécessairement relié à la situation présente: le client ne nous en veut pas personnellement, c'est le passé qui resurgit dans la relation présente. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit qu'une mère négligente ou un père maltraitant ont besoin d'aide et sont souvent dans un contexte qui exige qu'on les accompagne pour améliorer leur situation et celle de leurs enfants.

Pour bien gérer une situation de transfert et de contre-transfert, il importe tout d'abord d'*agir* et non de *réagir*. Agir, c'est d'abord se centrer sur soi-même en demeurant attentif à ses propres signes d'inconfort (tensions musculaires, froncement des sourcils, etc.), en identifiant ses émotions (peur, colère, frustration) et en explorant leur origine, et c'est également se recentrer sur ce que vit ou dit le client.

CONCLUSION

Ce chapitre a présenté les grandes étapes de la prise de contact, une phase déterminante dans la poursuite du processus de changement. Nous avons vu que pour créer rapidement un lien de confiance avec la personne, le travailleur social doit tenir compte de la demande d'aide lors de la première rencontre en face à face et respecter les différentes composantes de cette première étape du processus d'intervention. Il s'agit de l'établissement d'une relation de confiance et de l'analyse sommaire de la situation présentée pour décider, au terme de cette exploration, si la situation nécessite simplement de donner de l'information ou s'il faut procéder à une orientation, à une référence ou à une prise en charge. Ce chapitre a également présenté les principales habiletés de base (empathie, conscience de soi, authenticité, assurance) et de communication nécessaires à cette étape du processus d'intervention. Un certain nombre d'enjeux

ont été évoqués (méfiance, ambivalence face au changement) qui nous amènent à rappeler que l'intervention sociale personnelle est d'abord et avant tout une expérience relationnelle vécue par deux êtres humains, et que la qualité de cette rencontre est toujours une occasion de croissance, autant pour le travailleur social que pour le client. Il est donc toujours possible de voir les écueils liés au transfert et au contre-transfert comme autant d'occasions pour se connaître et tenir compte de ses limites afin d'éviter l'épuisement professionnel.

CHAPITRE 3

ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

Marc Boily et Sonia Bourque

L'évaluation d'une situation ou d'un problème est préalable à tous les types de services professionnels exigeant une expertise. Cette évaluation, qui débouchera sur un avis et sur une proposition de moyens pour corriger la situation ou le problème pour lequel une consultation est demandée, s'avère une étape essentielle du *processus d'intervention*. Une intervention spécialisée sans cette évaluation préalable comporte des risques et peut causer des préjudices. Le client, qu'il soit une personne, un groupe de personnes, un organisme, une institution d'État ou autre, aura ainsi des attentes quant à cette évaluation, au *processus d'évaluation* et à la manière de faire et de présenter les résultats de cette évaluation¹.

-
1. Le public ainsi que les organismes qui encadrent la pratique professionnelle auront habituellement les attentes suivantes : que la personne qui réalise cette évaluation ait les compétences pour le faire ; que ce processus d'évaluation et le rapport qui s'ensuit soient réalisés avec rigueur, clarté et selon des normes ; qu'ils soient relativement standard d'un professionnel à l'autre d'une même discipline ; qu'ils permettent de comprendre la situation ou le problème, sa gravité, son caractère d'urgence, ses causes et cela en expliquant l'influence des éléments en présence ; qu'ils soient appuyés sur des connaissances à jour ; qu'ils posent un regard sur les possibilités de solutions dont, si c'est le cas, celles déjà tentées et en proposent si c'est possible ; que l'on puisse cerner l'ampleur des solutions proposées et toutes leurs conséquences ainsi que ce qu'elles nécessiteront en termes d'investissement personnel ou social dont les coûts et les résultats attendus – ce qui permettra de prendre une décision éclairée quant à cette mobilisation qu'exigeront les solutions proposées ; et qu'ils permettent de comprendre les conséquences de la non-action pour résoudre le problème.

D'ailleurs, ce processus est habituellement enseigné et ensuite encadré par des organismes d'État et des associations professionnelles. Il est souvent réglementé. Il en est ainsi pour plusieurs types de services professionnels².

Ainsi, l'évaluation précédera l'intervention et comprendra, par exemple, un traitement médical, une démarche judiciaire, une réparation à une propriété, etc. L'évaluation précède le début de l'intervention, tout en étant, en elle-même, une intervention, un service. Certains professionnels, de diverses disciplines, se spécialisent d'ailleurs dans l'offre de ce type d'expertise. Bien que l'évaluation se situe au début du *processus d'intervention*, dans certains cas, elle s'ajuste aux réalités rencontrées, aux phénomènes qui apparaissent au cours de l'intervention.

Par exemple, en appliquant un traitement médical, après une évaluation qui entraîne un diagnostic, le médecin ajustera son traitement et parfois précisera ce diagnostic en fonction des réactions de la personne; l'architecte consulté par un client pour un problème de fondations d'une maison pourrait, après évaluation, suggérer de soulever cette maison pour ne réparer que certaines parties des fondations mais, après le début des travaux, il peut constater d'autres éléments ou d'autres anomalies présentes dans cette maison (l'objet évalué) ou dans son environnement – ce qui amène une nouvelle perception du problème ou même de la manière de le solutionner. L'exercice sera un peu plus facile dans des situations moins complexes, par exemple évaluer le problème que présente un objet, dont la solution est simple et n'entraîne pas de réaction ou d'influence externe sur celui-ci. Il est en effet relativement facile d'évaluer le problème d'un ordinateur dont l'écran ne fonctionne plus pour ensuite remplacer cet écran par le bon produit en fonction des autres caractéristiques de cet ordinateur.

Ainsi, dans certains cas plus complexes, le début de l'intervention visant à solutionner un problème provoque des réactions chez l'objet ou

2. Au Québec, les ordres professionnels jouent ce rôle. Dans le domaine des relations humaines, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, adoptée en 2009, reconnaît d'ailleurs le risque de préjudice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Elle va même jusqu'à réserver, aux seuls membres de certains ordres professionnels, dont les travailleurs sociaux, certaines activités d'évaluation dans certains domaines.

dans l'environnement proche ou éloigné de l'objet, ce qui suggère de garder ouvert le *processus d'évaluation*. Cette veille, tout au long de l'intervention, permet de porter une attention à ces réactions, d'ajuster l'évaluation, le diagnostic et le traitement en tenant compte de ces réalités complexes. On évite ainsi de porter un regard partiel, voire de banaliser le problème ou les solutions. Le *processus d'évaluation* et le *processus d'intervention* sont donc intimement liés. Ils comportent cependant chacun des caractéristiques propres.

Les chapitres qui précèdent et qui suivent témoignent des caractéristiques du *processus d'intervention* auprès des personnes, et ce, pour la discipline du travail social. Il sera question, dans le présent chapitre, des caractéristiques propres au *processus d'évaluation psychosociale* réalisé auprès des personnes. On y aborde, entre autres, la production du rapport d'évaluation psychosociale qui témoigne de ce processus. Un modèle de rédaction d'une évaluation psychosociale y est d'ailleurs proposé afin d'améliorer l'harmonisation de ces rapports chez les professionnels de cette discipline. Le contenu de chacune des parties sera cependant adapté aux différents contextes d'évaluation selon les clientèles, les problématiques et les milieux de pratique.

1. EN QUOI CONSISTE LE PROCESSUS D'ÉVALUATION ?

L'objet du processus d'évaluation en intervention sociale personnelle concerne une personne en particulier tout en la considérant en interaction avec son environnement subissant le problème ou réagissant à celui-ci ou à l'intervention. L'expression *système-client* permet de rendre compte de cette réalité. Le processus d'évaluation s'appuie sur une méthodologie rigoureuse, car l'intervention doit s'ajuster au fur et à mesure, en fonction des réalités observées et de celles que l'intervention provoque chez la personne ou chez les personnes composant son environnement. Le processus d'évaluation est ainsi évolutif, comme pour tous les problèmes complexes. En ce sens, devrions-nous dire qu'il s'agit d'un film ou d'une série de photos ? Postulons qu'il s'agit plutôt d'une photo unique dont l'image se clarifie, même en perspective.

Ce processus permet de comprendre la situation sociale ou le problème social vécu par une personne et de formuler une opinion

professionnelle qui sert de base pour l'action (Gambrill, 2006; Johnson et Yanca, 2010; Sheafor et Horejsi, 2006; Timberlake et collab., 2008). En d'autres mots, ce processus s'avère une assise sur laquelle le travailleur social s'appuie pour planifier les interventions. L'évaluation est en quelque sorte une photographie prise sous un angle particulier et à un moment précis dont le résultat guidera l'intervention (De Robertis, 2007; Meyer, 1993; Sheafor et Horejsi, 2006). À cette fin, le travailleur social observe, recueille, analyse et reformule les informations concernant la personne selon la perspective propre à sa discipline professionnelle.

Ce processus s'effectue dans différents contextes et peut ainsi avoir différents buts. L'évaluation peut être requise dans les cas suivants : orienter l'intervention que nécessite la situation ou le problème social de la personne ; la diriger vers le bon service, le cas échéant ; l'orienter vers la bonne ressource d'hébergement ; lui donner accès à des services spécialisés ou limités à une clientèle ; donner un avis dans le cadre d'une décision à venir d'un tribunal ou de certaines lois de protection sociale dont, par exemple, les lois de la protection de personne inapte, d'adoption, de protection de l'enfance, ou donner un avis sur les droits de garde d'enfants, d'accès à des visites aux enfants ou sur le processus de médiation lors de séparation de parents.

L'évaluation effectuée de manière inadéquate peut donc avoir des impacts fâcheux. Des informations incomplètes peuvent entraîner l'absence ou la fin d'un service, ce qui risque de porter préjudice à des personnes qui en ont besoin. Ce processus d'évaluation, dont le rapport constitue sa concrétisation est plus ou moins exhaustif, selon le contexte dans lequel il est fourni. Pensons notamment à une évaluation réalisée en contexte d'urgence et une autre qui se fait dans un cadre légal (Ames, 1999; OPTSQ, 2006). L'évaluation sera plus ciblée et succincte lors d'une intervention d'urgence alors qu'elle sera plus étoffée s'il agit d'évaluer un risque pour orienter une décision d'un tribunal ou préciser un diagnostic médical. Mais quel que soit le contexte, ce processus porte sur la situation sociale actuelle, afin d'articuler une opinion professionnelle, d'énoncer des recommandations ou d'élaborer un plan d'intervention qui permettent d'éviter une action « tous azimuts » et que le professionnel perde de vue l'essentiel, soit sur quoi et pourquoi il intervient à ce moment auprès du système-client (De Robertis, 2007).

2. PERSPECTIVE GUIDANT LE PROCESSUS D'ÉVALUATION EN TRAVAIL SOCIAL

Le processus d'évaluation vise à comprendre la situation sociale de la personne qui, elle, s'inscrit à l'intérieur d'un contexte social selon une perspective d'influence, d'interaction personne-environnement. Le fonctionnement social est un processus par lequel la personne répond à ses besoins physiques, psychologiques et sociaux en fonction de ses caractéristiques et de ses aspirations, en interaction avec son environnement. Il renvoie aux capacités d'une personne à assurer son bien-être et à réaliser ses activités de la vie quotidienne pour satisfaire ses besoins en fonction des attentes, ressources, obstacles et possibilités de son environnement (Barker, 2003 ; Sheafor et Horejsi, 2006).

Les caractéristiques de la personne en interaction avec celles de son environnement influencent le fonctionnement social de celle-ci. Elles sont mises en perspective pour expliquer la situation problématique et, ainsi, traduire cette dynamique (De Robertis, 2007 ; Timberlake et collab., 2008). Il importe de prendre en considération ces éléments lors du processus d'évaluation de la situation sociale ou du problème social auquel la personne est confrontée.

Au Québec, le projet de loi n° 21, adopté en juin 2009, donne un sens particulier à la notion de fonctionnement social comme objet du processus d'évaluation du travailleur social. Il est même considéré comme son champ d'exercice, lequel est défini ainsi :

[...] évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre 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 (Projet de loi n° 21, 2009 : 4).

Cette nouvelle définition du champ d'exercice de la profession peut laisser entendre que la personne porte la responsabilité de ce qui se produit comme situation problème, cela à cause de son fonctionnement social. Elle suggère que l'objet du processus d'évaluation est le fonctionnement social de la personne. Cette définition témoigne de la difficulté identitaire de la profession. L'objet du processus d'évaluation devrait plutôt être la situation sociale, le problème social vécu par une personne et pour lequel

elle demande un service. La lentille servant à porter ce regard sur l'objet, qu'est la situation sociale ou le problème social, devrait être l'interaction personne-environnement (De Robertis, 2007 ; Gambrill, 2006 ; Johnson et Yanca, 2010 ; Pillari, 2002 ; Sheafor et Horejsi, 2006 ; Timberlake et collab., 2008) comme ayant un impact sur le fonctionnement social, la situation sociale et l'apparition ou l'exacerbation de difficultés. C'est selon nous ce qui constitue la perspective du travail social auprès des personnes. Elle représente la lentille utilisée pour photographier l'objet. Bien que cet objet et cette lentille soient déterminants pour le processus d'évaluation, d'autres aspects influenceront son exactitude.

3. PROCESSUS D'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE : UNE ACTIVITÉ CONTINUE, INTERACTIVE ET RÉFLEXIVE

La qualité du processus d'évaluation psychosociale dépend de la manière de considérer le problème, ses dimensions et sa profondeur. La cueillette d'informations doit alors être continue, interactive et réflexive, ce qui permettra une plus grande précision. Ces trois caractéristiques influencent la cueillette et l'analyse des informations ainsi qu'éventuellement la formulation de l'opinion professionnelle³. Premièrement, l'évaluation débute dès la prise de contact avec le système-client. Toutefois, elle n'est pas circonscrite qu'en début de processus d'intervention ; elle est continue, dynamique et non linéaire (De Robertis, 2007 ; Pillari, 2002 ; Wilson et collab., 2008). En ce sens, elle se poursuit ou s'ajuste tout au cours du processus d'intervention étant donné que d'autres informations, découlant souvent de l'intervention, peuvent induire une nouvelle compréhension de la situation et, même, que celle-ci peut se modifier (De Robertis, 2007 ; Pillari, 2002 ; Wilson et collab., 2008). Une veille constante, tout au long de l'intervention, s'impose.

Deuxièmement, l'évaluation est interactive et réflexive tant pour la cueillette et l'analyse des informations que pour la formulation éventuelle de l'opinion professionnelle. Ces phases sont interreliées et non linéaires.

3. La sixième partie de ce chapitre décrit les éléments à explorer lors de la cueillette des informations ainsi que ceux à prendre en considération pour l'analyse et pour la formulation de l'opinion professionnelle.

Le processus d'évaluation exige des allers-retours entre celles-ci pour clarifier, approfondir les informations et obtenir une meilleure compréhension de la situation.

Lors de la cueillette des informations, Johnson et Yanca (2010) proposent d'explorer la situation de deux façons : horizontalement et verticalement. L'exploration horizontale vise à examiner tous les aspects de la situation du client, afin de détecter les problèmes que ce dernier rencontre, tandis que certains aspects plus spécifiques sont considérés verticalement, en profondeur, pour mieux les comprendre dans le but de trouver des solutions à ces problèmes ou, du moins, d'en atténuer les effets. Des allers-retours entre les explorations horizontale et verticale s'avèrent nécessaires pour obtenir une compréhension plus juste de la situation, une photographie plus précise.

Ce processus d'évaluation itératif conduisant à la cueillette d'informations plus précises devrait permettre une formulation d'hypothèses cliniques sur lesquelles l'intervention s'appuiera. Il constitue la construction des dimensions qui doivent être considérées avant de se faire une opinion sur la sévérité et l'urgence de la situation (Timberlake et collab., 2008).

4. PLACE DE LA PERSONNE, DU CLIENT, COMME ACTEUR DANS LE PROCESSUS D'ÉVALUATION

La photographie d'une personne ne peut être prise sans son consentement. Pour cette prise de photographie somme toute intime, la participation et la collaboration de la personne à toutes les étapes de l'évaluation sont essentielles, voire incontournables. Cet assentiment permettra d'avoir son avis sur la qualité de celle-ci, de retenir les éléments à considérer. Cette position ontologique en travail social se réfère aux valeurs de cette discipline. Elle permet de comprendre la situation selon le point de vue de la personne la plus concernée par cette photographie (Pillari, 2002; Wilson et collab., 2008). Certains auteurs vont jusqu'à suggérer un rôle actif et égalitaire de cette personne pour la cueillette et l'analyse des informations ainsi que la formulation de l'opinion professionnelle (Johnson et Yanca, 2010; Timberlake et collab., 2008; Turner, 1999). Experte de

sa situation, elle est la mieux placée pour décrire et expliquer ce qu'elle vit (Johnson et Yanca, 2010).

Cette interaction et cette réflexion permettent une concertation entre le travailleur social et la personne concernée afin d'obtenir ses impressions sur les informations recueillies ou à recueillir. Ceci permettra d'élucider les significations à leur accorder pour la compréhension de la situation sociale et des problèmes engendrés, ainsi que leurs impacts déterminants dans sa vie. Collaborer avec la personne et partager avec elle l'analyse que « l'évaluateur » fait de la situation ainsi que son opinion professionnelle donnent un sens aux faits, aux informations et aux observations, ce qui est essentiel (Timberlake et collab., 2008).

Habituellement, la personne n'est pas seule sur une photographie de ce type. Il y a, par exemple, des proches, un enfant, un frère, une amie, des connaissances ou des passants. Avec son autorisation, la participation de ses proches pour cette prise de photographie se révèle pertinente, voire essentielle. Ces personnes sont susceptibles de fournir une autre perspective sur la situation problématique (Gambrill, 2006; Kagle, 1991). La consultation d'autres professionnels ou de rapports rédigés par ceux-ci peut également s'avérer éclairante (Johnson et Yanca, 2010; Kagle, 1991; Keefler, 2005). Le cas échéant, le rapport d'évaluation psychosociale contiendra des résumés, en précisant les sources.

Enfin, la participation et la collaboration du système-client au processus d'évaluation favoriseront la distinction entre les faits et les présuppositions. Les présuppositions ne s'appuient pas sur un fait et un manque d'informations empêche de les confirmer ou de les infirmer (Timberlake et collab., 2008). En plus de préciser des éléments pertinents, l'implication de ces personnes au processus d'intervention s'avère un levier pour sa réalisation.

En résumé, pour la cueillette et l'analyse des informations ainsi que pour la formulation de l'opinion professionnelle, trois questions s'imposent aux travailleurs sociaux : 1) Quelles sont les informations pertinentes à prendre en considération ? 2) Pourquoi sont-elles pertinentes ? 3) Comment pourrait-on les organiser (Gambrill, 2006) ? En ce sens, les informations recueillies et choisies le sont en fonction de leur pertinence et de leur nécessité pour la compréhension de la situation du système-client (Timberlake et collab., 2008).

5. COMPOSANTES DU RAPPORT D'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

Cette partie présente les éléments devant se retrouver sur la photographie, dans un rapport d'évaluation psychosociale. Elle suggère, par le fait même, les opérations à réaliser et les informations à recueillir afin de placer les divers éléments dans cette photographie, travail qui se concrétise par un rapport d'évaluation, dont on donne ici un modèle.

Cette photographie présente divers éléments: la situation sociale ou le problème social qui amène la demande de service (sa durée, son évolution, son niveau de gravité); les besoins psychosociaux insatisfaits ou perturbés par cette situation; les conditions de vie de la personne et les situations difficiles reliées à la situation sociale ou au problème social (facteurs de stress); ses capacités physiques, émotionnelles, sociales et cognitives pour résoudre les difficultés; ses limites et ses forces; la qualité de sa motivation et les obstacles à celle-ci. Elle tiendra compte des interactions du système-client avec les diverses composantes de son environnement dont son réseau social, son milieu familial, les contraintes économiques et politiques.

Une attention particulière doit être portée à la description du réseau et de l'environnement dans lequel le système-client évolue: la qualité des liens réciproques entre celui-ci et les composantes de son réseau et de son environnement, la disponibilité des ressources de l'environnement et les contraintes liées à l'existence, à la nature ou à l'accès à ces ressources. Finalement, une analyse des observations recueillies permettra de formuler une opinion professionnelle et des recommandations (Gambrill, 2006; Johnson et Yanca, 2010; OPTSQ, 2006; Sheafor et Horejsi, 2006; Timberlake et collab., 2008). Nous proposons ce modèle en nous inspirant des écrits scientifiques (Gambrill, 2006; Johnson et Yanca, 2010; Keebler, 2005; OPTSQ, 2006; Sheafor et Horejsi, 2006; Timberlake et collab., 2008). Il se divise en cinq points:

- 1) Contexte de l'évaluation.
- 2) Caractéristiques de la personne.
- 3) Caractéristiques de l'environnement.
- 4) Analyse et synthèse dans une perspective de fonctionnement social.
- 5) Opinion professionnelle.

5.1 CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Une brève description du contexte de l'évaluation situera les attentes et les limites que le lecteur peut avoir en lisant ce rapport en tenant compte du mandat confié au professionnel, selon la place qu'il occupe dans le processus de l'offre de service. Les attentes seront différentes selon qu'il s'agit d'effectuer une évaluation dans un contexte d'urgence psychosociale, de documenter le fonctionnement social afin de préciser un diagnostic médical et d'orienter une intervention, ou de soumettre un rapport dans le cadre d'une loi. Cette brève description du contexte souligne sommairement les caractéristiques de la personne visée par le service, la demande de service, la situation actuelle, les besoins exprimés, les sources des informations et les moyens utilisés pour les recueillir.

5.1.1 Identification du client

L'identification du client décrit sommairement les caractéristiques de la personne puisqu'elles sont abordées plus en détail dans une autre section. On trouvera le sexe, l'âge et les autres caractéristiques utiles à souligner dès le départ pour bien circonscrire cette identification en relation avec la demande de service : la scolarité, l'état civil, l'organisation du ménage, l'origine ethnique, la religion, la langue parlée, l'occupation, les sources de revenu, les responsabilités parentales et familiales (Gambrill, 2006 ; Johnson et Yanca, 2010 ; Keebler, 2005 ; OPTSQ, 2006 ; Sheafor et Horejsi, 2006 ; Timberlake et collab., 2008).

5.1.2 Sources des informations

Il s'agit d'énumérer les sources ayant permis de recueillir les informations sur la situation de la personne et, s'il y a lieu, du système-client. On doit préciser la période couverte par ces informations, les personnes rencontrées (le client, les proches, les professionnels), les dates ainsi que les documents consultés, leur provenance et les autorisations⁴ accordées par les personnes concernées, ce qui atteste de l'exactitude de l'évaluation (Kagle, 1991 ; Keebler, 2005). Il faut s'assurer de la pertinence et de la crédibilité des informations choisies (Keebler, 2005). Pour garantir une rigueur professionnelle, des guillemets encadreront les extraits provenant d'autres

4. Les autorisations signées lorsque requises se trouvent dans le dossier du client.

sources que le rapport d'évaluation lui-même et pour lesquels on trouvera la référence, le nom du professionnel et la date.

5.1.3 Demande de service

Il s'agit d'une description des circonstances ou des motifs qui amènent la personne ou le système-client concerné à cette demande de service. On y aborde aussi l'identification du service ou de l'organisme, la date de la demande, le moment où le service est offert et le degré d'urgence lié à la situation. La demande de service peut provenir :

- De la personne concernée ou de ses proches.
- D'un autre professionnel.
- De l'établissement où exerce le professionnel.

Dans certains cas, une situation ou un problème social vécu par la personne sera à l'origine de sa demande. Une demande faite par l'individu lui-même correspond généralement à un problème qu'il a personnellement observé ou à un besoin immédiat qui requiert une intervention (Meyer, 1993). Dans d'autres cas, cette demande se fait à l'initiative de proches, par un autre professionnel ou une direction d'établissement. Situer l'acteur qui amorce cette demande est essentiel. L'engagement dans le processus d'aide peut différer selon la personne qui sollicite le service (Keebler, 2005).

La demande peut provenir d'un professionnel appartenant à la même équipe interdisciplinaire qui a décelé un problème sur lequel il veut que l'intervention porte, sans nécessairement considérer la situation plus globale de la personne. Certaines demandes de service peuvent même laisser entendre que cet autre professionnel a cerné « le problème » et que la demande consiste à mettre en place « la » solution. Dans ces circonstances, l'évaluation psychosociale permet d'analyser la situation globale de la personne et de mettre à profit le jugement professionnel pour émettre les recommandations qui correspondent aux besoins de celle-ci.

Cette demande peut parfois répondre à un mandat confié par un établissement, ou un de ses programmes, ou réalisé dans le cadre d'une ordonnance d'un tribunal ou requise dans le cadre d'une loi de protection sociale, mandat qui peut s'éloigner des besoins du client. Il se peut, après évaluation et analyse de l'ensemble de la situation, que les conclusions

et l'orientation diffèrent de ce qui était au départ signalé comme « le » service demandé.

5.1.4 Situation actuelle

On y présente la description de la situation sociale ou des problèmes exprimés par le système-client. Les problèmes renvoient aux difficultés à résoudre ou, du moins, à l'atténuation de leurs effets (De Robertis, 2007). Ils font référence à une détresse ou à un malaise ressenti par le client ou ses proches. Ils sont définis par la personne ou le système-client. La perception du système-client des problèmes et de leurs impacts est alors cruciale pour aider à la compréhension de la situation (Keebler, 2005). Bien que les problèmes soient définis au départ, bien souvent, ils se clarifient au fur et à mesure du processus d'évaluation. Le rôle du travailleur social consiste à les comprendre. Le jugement professionnel et les connaissances sont mis à contribution pour « transformer la demande du client en un problème sur lequel l'intervenant va travailler » (Meyer, 1993 : 48). Dans cette partie, le travailleur social documente, selon la perception de la personne ou du système-client, les raisons pour lesquelles les problèmes sont présents et ce qui a été fait dans le passé pour les résoudre (Timberlake et collab., 2008). La description des éléments déclencheurs des problèmes et des moyens utilisés dans le passé pour les résoudre incite à une meilleure compréhension de leurs effets sur la vie quotidienne du système-client :

- Quels sont les problèmes ?
- Qui est affecté par eux ?
- À quel moment sont-ils apparus ?
- Quels sont leurs impacts sur le système-client ?
- Comment peuvent-ils être résolus ? (Gambrill, 2006 ; Keebler, 2005 ; Sheafor et Horejsi, 2006 ; Timberlake et collab., 2008).

5.1.5 Besoins de la personne et de ses proches

Dans cette première partie du rapport, on précise les besoins psychosociaux satisfaits ou insatisfaits concernés par le problème présenté, tout en survolant les autres besoins de la personne. Ce survol permet le relevé non seulement de points faibles mais d'autres pouvant être considérés comme des forces. Les besoins représentent ce qui est nécessaire à la

personne pour son développement et son fonctionnement. Ils rejoignent également ses aspirations et ses désirs (De Robertis, 2007 ; Johnson et Yanca, 2010). Les besoins diffèrent en fonction de l'âge, des attentes, des exigences, des valeurs et des croyances de la personne et de son groupe d'appartenance (Johnson et Yanca, 2010).

La pyramide des besoins de Maslow propose une classification des besoins selon cinq niveaux d'importance subordonnés les uns aux autres, soit : 1) les besoins physiologiques ou de survie, 2) les besoins de sécurité, 3) les besoins d'appartenance, 4) les besoins d'estime et 5) les besoins de réalisation de soi (Johnson et Yanca, 2010). Une réponse insatisfaisante fait référence à une carence ou à une frustration qui entraîne une souffrance, un risque pour la survie, le bien-être ou l'intégration sociale de la personne. Dans le processus d'évaluation, il est pertinent de documenter les besoins qui sont satisfaits totalement, partiellement et aucunement. Plus encore, il faut décrire de quelle façon les besoins sont exprimés et s'ils sont appropriés sur les plans physique et psychologique (Sheafor et Horejsi, 2006). On détaille également les moyens adoptés par le client, tant dans le passé que dans la situation présente, pour satisfaire aux exigences de ses besoins. Les besoins des proches peuvent différer de ceux du client. Ils peuvent traduire l'expression des limites, des difficultés ou des conflits que l'entourage éprouve.

5.2 CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE

La description des caractéristiques personnelles du client fait partie intégrante du rapport d'évaluation psychosociale (Gambrill, 2006 ; Johnson et Yanca, 2010 ; Kagle, 1991 ; Keefler, 2005 ; Meyer, 1993 ; Sheafor et Horejsi, 2006 ; Timberlake et collab., 2008). Celles-ci brossent un tableau de la personne dans sa globalité. Plusieurs éléments sont ainsi pris en considération. On retrace l'histoire sociale de la personne et l'influence de cette histoire sur sa vie et on explique son identité socioculturelle : origine sociale, religion, ethnie, croyances et valeurs culturelles. Sa trajectoire d'immigration est décrite (le cas échéant). Ses parcours scolaire, d'emploi et occupationnel font aussi partie du tableau. Il est primordial de détailler les forces, habiletés, compétences et aspirations de la personne de même que ses habitudes de vie. Si la personne éprouve, par exemple, un problème de santé, les principales caractéristiques de ce problème sont

spécifiées : évolution dans le temps, sévérité, manifestations spécifiques (symptômes), effets sur la personne et son entourage. On décrira aussi les moyens qu'elle utilise pour diminuer les impacts du problème de santé.

Les facteurs de protection et les facteurs de risque présents chez la personne, comme c'est le cas pour ceux présents dans l'environnement, influencent le développement ou l'exacerbation des problèmes. En tenir compte pour dresser un portrait global de la situation s'avère pertinent. La présence de plusieurs facteurs de protection tant chez la personne que dans son environnement favorise le processus de résilience. Pour Cyrulnik (2001), « la résilience n'est pas un catalogue de qualités que posséderait un individu. C'est un processus qui, de la naissance à la mort, nous tricote sans cesse avec notre entourage » (p. 279). Notre regard ne devrait donc pas porter uniquement sur les caractéristiques de l'individu et ses capacités à composer avec les situations de vie difficiles. Il doit tenir compte de l'interaction des caractéristiques personnelles et du contexte social dans lequel la personne vit. La résilience s'explique par l'effet médiateur de facteurs personnels et environnementaux. Le soutien familial et social joue alors un rôle fort important pouvant contribuer à la résilience. Ce soutien peut faire toute la différence et influencer le développement, l'exacerbation ou l'atténuation des problèmes qu'éprouve par la personne.

Les facteurs de protection influencent positivement la situation du client. Par exemple, un entourage qui soutient le client dans ses difficultés représente un facteur de protection. À l'inverse, la présence de facteurs de risque rend la personne plus vulnérable face aux problèmes. Ces facteurs favorisent l'apparition ou le maintien d'une situation problématique (Timberlake et collab., 2008). De telles conditions ont un effet de rétroaction sur les problèmes, soit en favorisant leur émergence, soit en entraînant une détérioration encore plus marquée de la situation de vie du client.

En résumé, cette partie de l'évaluation vise à décrire les caractéristiques de la personne qui ont une influence sur le développement ou l'exacerbation des problèmes vécus par la personne ou le système-client. Une description de la personne dans sa globalité est ainsi réalisée. Cette partie de l'évaluation répond aux questions suivantes : Quelles sont les ressources de la personne (forces, habiletés, compétences, facteurs de protection) ? Est-ce qu'il y a des facteurs de risque qui la rendent plus vulnérable ? Quels sont-ils ?

5.3 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT

Cette partie consiste à décrire les caractéristiques de l'environnement, lequel est composé de deux dimensions : 1) immédiate et 2) sociétale (Gambrill, 2006; Kagle, 1991; Keebler, 2005; Meyer, 1993; Sheafor et Horejsi, 2006; Timberlake et collab., 2008). L'environnement immédiat fait référence aux interrelations entre la personne et les différents acteurs qui composent son milieu de vie. Ici, on décrit la composition du réseau du client dont les membres de sa famille, les amis, le voisinage, les collègues de travail. Il importe de mentionner la qualité des liens entre le client et les membres de son réseau.

On brosse également un tableau des conditions de vie et du quartier dans lequel le client habite. Par exemple, ce tableau mentionne les conditions d'habitation, le transport en commun, les installations de loisir et l'environnement physique sans oublier les ressources formelles et leur accessibilité : institutions scolaires ou religieuses, établissements de santé et de services sociaux, organismes communautaires.

L'environnement sociétal renvoie aux valeurs, aux normes ainsi qu'aux politiques sociales et économiques d'une société et de la communauté d'appartenance de la personne. Le système de *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, CIF (OMS, 2001) propose une classification des facteurs environnementaux. Ce manuel de référence définit ces facteurs environnementaux ainsi que chacune de leurs composantes. L'utilisation de cet instrument favorise plus de rigueur, une plus grande cohérence et l'appropriation d'un langage commun. La majorité des dimensions soulevées par certains auteurs sont présentes dans ce système de classification. On y trouve aussi les facteurs environnementaux se rattachant aux dimensions sociales ou physiques du contexte social. « [Ceux-ci] ont un impact sur toutes les composantes du fonctionnement et du handicap » (OMS, 2001 : 8). Dans la perspective de la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, ils sont organisés selon deux niveaux différents. Le niveau *individuel* représente l'environnement le plus près ou immédiat de l'individu : les caractéristiques physiques et matérielles de l'environnement auxquelles la personne est directement exposée et les contacts directs avec les autres (membres de la famille, connaissances, pairs ou étrangers). Le niveau *sociétal* représente l'environnement plus global. Ce sont les éléments ayant cours dans le

milieu et qui ont un impact sur l'individu et sa conduite (culture, valeurs, idéologie, mais aussi règles formelles et informelles de la société dans laquelle la personne évolue). Ces facteurs comprennent aussi les structures sociales, les politiques sociales, les lois, les règlements et les services. Les facteurs environnementaux décrits dans le CIF sont : 1) les produits et systèmes techniques (cette dimension renvoie aux conditions matérielles et financières); 2) l'environnement naturel et les changements qui lui sont apportés par l'homme; 3) le soutien et les relations; 4) les attitudes des membres de la communauté ou qui découlent du contexte social et 5) les services, systèmes et politiques (OMS, 2001).

Cette partie de l'évaluation permet ainsi de détailler les ressources et les limites de l'environnement du client et le potentiel de l'environnement pour s'adapter à la situation problématique. Des environnements différents peuvent avoir un impact très variable sur une personne. La connaissance des facteurs de protection et des facteurs de risque présents dans l'environnement est essentielle à la compréhension de la situation ou du problème social.

Cette partie de l'évaluation décrit le contexte social dans lequel vit la personne et la qualité des caractéristiques de l'environnement. Elle répond aux questions suivantes : Quelles sont les ressources de l'environnement (facteurs de protection) ? Quelles sont les possibilités qu'offre l'environnement ? Quels sont les facteurs de risque ?

5.4 ANALYSE SYNTHÈSE DANS UNE PERSPECTIVE DE FONCTIONNEMENT SOCIAL

Les informations recueillies soutiennent l'analyse et la synthèse de la situation. Cette partie reflète la compréhension de la situation problématique par le professionnel (Keefler, 2005). Elle reprend les éléments significatifs des problèmes présentés, des besoins, des caractéristiques personnelles et environnementales ainsi que leurs impacts sur le fonctionnement social de la personne. Elle traduit les interrelations et les interinfluences entre la présence des problèmes et leurs impacts sur le fonctionnement social de la personne.

Dans un premier temps, il importe de cerner et de comprendre les problèmes et leur genèse : la nature des problèmes, leur évolution dans

le temps, leur gravité, leurs causes, leurs conséquences pour la personne et son entourage, ce qui a été fait dans le passé pour résoudre ces problèmes, la motivation et les forces du client et de ses proches pour les résoudre ainsi que les ressources et possibilités qu'offre l'environnement (Timberlake et collab., 2008). Il est important de s'attarder à la définition des problèmes afin de bien cerner les déclencheurs et leurs effets sur la vie quotidienne du client (Gambrill, 2006; Sheafor et Horejsi, 2006). Il ne faut pas croire qu'il est facile de bien circonscrire et de nommer un problème⁵. La manière de le voir dépend de plusieurs facteurs, dont le mandat et les perspectives théoriques du professionnel.

Dans un deuxième temps, on explique le fonctionnement social actuel de la personne en soulignant l'écart, s'il y a lieu, avec un fonctionnement antérieur. Il s'agit alors d'analyser les interactions entre les caractéristiques personnelles et environnementales du client. Le fonctionnement social renvoie aux interactions entre les caractéristiques d'une personne et celles de son environnement pour assurer son bien-être et pour réaliser ses activités de la vie quotidienne en vue de satisfaire ses besoins (Barker, 2003; OPTSQ, 2006; Sheafor et Horejsi, 2006). C'est un processus par lequel la personne répond à ses besoins physiques, psychologiques et sociaux en fonction de ses caractéristiques en interaction avec le contexte social dans lequel elle vit. L'accomplissement des rôles sociaux constitue une partie importante du fonctionnement social. La personne peut assumer les rôles suivants: a) rôles familiaux (parent, conjoint, enfant, frère, sœur); b) rôles interpersonnels (amant, ami, voisin, membre d'un groupe); c) rôles reliés à l'occupation (travailleur, étudiant); d) rôles associés à des situations de vie particulières (consommateur, usager hospitalisé/hébergé,

5. Une autre difficulté majeure est due au fait que les travailleurs sociaux utilisent très peu d'outils de classification, que ce soit pour déterminer des problèmes, des dimensions du fonctionnement social ou des facteurs environnementaux. Pourtant, l'utilisation d'un système de classification permet une plus grande objectivité, une plus grande rigueur, et l'appropriation d'un langage commun. Sur le plan de la recherche, il peut être pertinent de recourir à ces outils pour mesurer l'ampleur de certains problèmes dans une population donnée et, ainsi, développer des stratégies de prévention et d'intervention qui conviendront à leurs besoins. Citons en exemple le système de *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (OMS, 2001) qui est reconnu internationalement et dont l'utilisation est fortement conseillée aux travailleurs sociaux, ou l'instrument *Person-in-Environment System: the PIE Classification System for Social Functioning Problems* (Karls et Wandrei, 1994), un système de classification développé pour des travailleurs sociaux américains.

utilisateur de services, personne détenue ou en probation, immigrant/réfugié) (Karls et Wandrei, 1994).

Afin de cerner les impacts des problèmes sur le fonctionnement social, la description réalisée par le professionnel doit permettre de distinguer la qualité de ce fonctionnement avant leur apparition à moins qu'ils n'aient pas d'influence sur ce fonctionnement. Il faut alors procéder à l'exploration de la réalisation des activités courantes et de l'exercice des rôles sociaux qui permettent la survie et l'épanouissement au sein de la société, avant l'apparition de la situation problématique. On prend en considération certaines caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle) et ce qui est valorisé par la personne, son groupe d'appartenance et le contexte social (Sheafor et Horejsi, 2006; Timberlake et collab., 2008). Est-ce que le fonctionnement social de la personne correspond à ses attentes, à celles de sa famille et à celles de la société à laquelle elle appartient? Quel rôle le client souhaite-t-il exercer pour se sentir épanoui? Est-ce qu'un fonctionnement social limité influence l'exercice de ses rôles sociaux? Lesquels? Dans cette partie, il faut également mentionner si d'autres personnes dans l'entourage du client sont affectées par le fonctionnement social altéré. Si oui, de quelles façons le sont-elles et quelles réponses offrent-elles?

Retenons que les problèmes vécus par la personne peuvent entraîner un fonctionnement social limité ayant des conséquences sur elle ou son entourage. À l'inverse, ils peuvent être causés par un fonctionnement social altéré qui amène une réponse insatisfaisante aux besoins de base, de bien-être ou d'intégration sociale. Il se peut également que la personne vive des difficultés qui mettent en péril sa sécurité ou celle des autres: par exemple, si elle a des idéations suicidaires ou homicidaires. Lors de l'évaluation, il est très important de prendre en considération cet élément afin de mettre en place, avec la personne, des moyens pour assurer sa protection ou bien celle d'autres individus. Ces problèmes peuvent aussi produire des conflits sociaux résultant de l'interaction entre la personne et son environnement. Ces conflits sont très souvent l'expression des limites de la société envers les difficultés de fonctionnement social de la personne ou l'expression des limites de celle-ci envers les exigences, les valeurs et les normes sociales. Les travailleurs sociaux doivent faire preuve d'une certaine souplesse en ce qui a trait aux situations qui renvoient à la notion de normalité. Cette notion doit être interprétée selon les valeurs du client et non selon les valeurs du professionnel, tout en tenant compte de ce qui

est acceptable socialement dans la communauté où le comportement est observé.

Cette partie du rapport vise à refléter la compréhension qu'a le travailleur social de la situation du client. Elle vise à documenter, d'une part, les problèmes et, d'autre part, le fonctionnement social de la personne, deux composantes interreliées. Le travailleur social y précise : Quels sont les problèmes rencontrés par le client ? Quelle est la genèse de cette situation sociale problématique ? Quelles sont les stratégies adoptées par le système-client ? Quels sont les résultats ? Quelles sont les attitudes du client et de ses proches envers ces problèmes ? Quelles sont les conséquences de ces problèmes pour la personne et ses proches ?

Sur le plan du fonctionnement social, l'information collectée vise à établir : Quelle est l'influence des caractéristiques personnelles et celles de l'environnement sur le fonctionnement social de la personne ? Quelles sont les conséquences des problèmes sur le fonctionnement social de la personne ? Quel était son niveau de fonctionnement social avant l'apparition des problèmes ?

5.5 OPINION PROFESSIONNELLE

L'évaluation se termine par une appréciation de la situation et des recommandations (Kagle, 1991). En se basant sur son analyse, le travailleur social se positionne sur les problèmes que vise l'intervention et il fait ressortir les forces et les ressources du système-client. Le meilleur intérêt du client le guide dans la formulation de son opinion professionnelle. Il s'appuie sur ses connaissances scientifiques et expérientielles ainsi que sur les valeurs du travail social. Il est primordial que le travailleur social partage son opinion professionnelle avec le client et qu'il écrive l'avis du client sur ce point. Le travailleur social émet des recommandations pour dénouer les problèmes ou en atténuer les effets, afin de favoriser la participation citoyenne du client. Encore ici, les recommandations sont partagées avec le client et son avis est inscrit dans le rapport.

CONCLUSION

Une évaluation psychosociale traduit, sous forme d'analyse, la réflexion du travailleur social. Celui-ci y précise les éléments pertinents et essentiels à la compréhension de la situation. Il évite donc d'y mettre l'accent sur les problèmes et les éléments du passé qui ne sont pas indispensables à la compréhension de la situation pour laquelle on requiert ses services à ce moment et dans ce contexte précis (Sheafor et Horejsi, 2006).

Cette démarche demande de la rigueur et s'appuie sur le jugement du professionnel, étant donné que les recommandations ont par la suite des impacts significatifs sur la vie du client. Il est ainsi important et nécessaire que le travailleur social réalise l'ensemble de l'évaluation conformément à un processus méthodologique rigoureux. Dans le cas contraire, la qualité de l'évaluation peut en souffrir, et cela aura ultimement des conséquences négatives pour la personne, voire pour ses proches. Au-delà de l'évaluation, il y a également le lien de confiance que le travailleur social établit avec les clients, lien primordial pour que ces derniers se confient à lui. Il ne faut pas oublier qu'une personne qui sollicite un service auprès d'un professionnel est susceptible de ressentir une grande souffrance et une détresse qui la placent en position de vulnérabilité. Le processus d'évaluation doit permettre de comprendre ce que vit la personne et, plus encore, de la soutenir dans la réappropriation de son pouvoir par une mobilisation des ressources personnelles et environnementales qui peuvent permettre d'atteindre cet objectif.

Tableau synthèse

DIMENSIONS	ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER
1 - Contexte de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Identification du client • Sources des information • Demande de service • Situation actuelle • Besoins de la personne et de ses proches
2 - Caractéristiques de la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Histoire sociale • Identité socioculturelle : origine sociale, religion, ethnie, croyances, valeurs culturelles • Trajectoire d'immigration (le cas échéant) • Parcours scolaire, d'emploi et occupationnel • Forces, habiletés, compétences et aspirations • Habitudes de vie • Problème de santé
3 - Caractéristiques de l'environnement	<p>Immédiat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composition du réseau : membres de la famille, amis, voisins, collègues de travail • Qualité des liens avec les membres du réseau • Conditions de vie et du quartier • Ressources formelles et accessibilité <p>Sociétal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politiques sociales et économiques • Valeurs, normes de la société et du groupe d'appartenance
4 - Analyse et synthèse dans une perspective de fonctionnement social	<ol style="list-style-type: none"> 1) Compréhension du problème 2) Fonctionnement social : analyse des interactions entre les caractéristiques personnelles et environnementales 3) Interinfluence entre les problèmes et le fonctionnement social
5 - Opinion professionnelle	<ol style="list-style-type: none"> 1) Appréciation de la situation problématique 2) Recommandations pour dénouer la situation problématique ou en atténuer les effets

CHAPITRE 4

ÉLABORATION DU PLAN D'INTERVENTION

Gilles Tremblay

Avant de procéder à la mise en place des actions, il convient de bien planifier l'intervention. Un peu comme pour l'étape d'évaluation, il s'agit d'un processus à réaliser avec le système-client. Il ne suffit pas que le travailleur social rédige un simple document, seul dans son bureau, avec pour unique objectif de l'ajouter au dossier. L'élaboration du plan d'intervention constitue une étape importante de l'ensemble du processus d'intervention. Il importe de s'y arrêter particulièrement, d'autant plus que la manière de l'élaborer conditionne l'intervention elle-même. Par ailleurs, l'élaboration du plan d'intervention constitue souvent la « bête noire » des intervenants. Formuler des objectifs représente souvent une tâche ardue.

Nous expliquerons dans ce chapitre comment réaliser cette étape de manière aisée tout en respectant les « règles de l'art ». Tout d'abord, quels sont les motifs qui exigent d'élaborer un plan d'intervention, incluant les aspects légaux ? Ensuite, nous formulerons les cinq questions fondamentales régissant un contrat d'intervention. Puis, nous distinguerons les principaux points qui différencient un plan d'intervention, un plan de services individualisé, un plan de services adapté et un plan d'intervention pour la famille d'accueil. Par la suite, nous poserons certains éléments de base que doit comprendre le plan d'intervention : la détermination des

objectifs, le relevé de moyens pour y arriver et la clarification des modalités de leur mise en action, soit l'établissement d'un échéancier et la répartition des responsabilités.

1. POURQUOI ÉLABORER UN PLAN D'INTERVENTION ?

Le plan d'intervention doit être formulé relativement tôt dans le processus d'intervention. En fait, c'est l'étape qui suit l'évaluation : une fois qu'il y a entente avec le système-client sur le (ou les) problème(s) sur le(s)quel(s) doit porter l'intervention, il doit y avoir entente sur ce qui sera fait dans l'intervention. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) adoptée en 1991 établit clairement que tout professionnel de la santé et des services sociaux doit fournir toute l'information à la personne pour qu'elle puisse faire un choix éclairé quant au traitement qui lui est suggéré. Elle doit donc en connaître les grands paramètres : ce qui est visé par l'intervention, ce qui sera fait, les risques associés, le temps prévu, etc. La *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* et la *Loi sur l'instruction publique* font également référence au plan d'intervention et au plan de services individualisé selon des principes similaires.

Dans sa norme numéro 2, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec considère l'obtention du consentement du client comme « une étape incontournable de l'exercice de la profession [...] dans quelque milieu que ce soit » (OTSTCFQ, 2005 : 13). L'Ordre y indique que le consentement doit être :

Manifeste, en ce sens que la personne sait ce à quoi elle consent ;

Libre, sans aucune pression ou discrimination, en toute confiance ;

Éclairé, c'est-à-dire que la personne dispose de toutes les informations nécessaires pour donner son consentement ;

À des fins spécifiques pour une durée déterminée : autrement dit, la personne doit connaître et les objectifs poursuivis et la durée de l'intervention.

Bien sûr, en cas d'urgence ou de force majeure, la situation se pose autrement. Ainsi, en cas de danger imminent de mort ou de blessures

graves à l'égard du client, d'une autre personne identifiable ou d'un groupe spécifique, le *Code de déontologie* de l'OTSTCFQ prescrit qu'un professionnel doit poser les gestes requis par la situation, quitte à agir sans le consentement des personnes concernées. Toutefois, ces situations doivent être balisées, exceptionnelles et bien documentées dans le dossier. Cela peut être le cas notamment lors de situations couvertes par la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) ou encore la *Loi concernant les personnes dont l'état mental constitue un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Par exemple, dans le cas de la LPJ, l'intervenant vise la collaboration des parents; toutefois, à défaut de leur collaboration, si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, des actions devront être posées. Le Tribunal de la jeunesse devra statuer par la suite.

On comprend aussi que dans certaines situations, le consentement libre peut être plus restreint, notamment lorsque les services sont imposés par une cour de justice, qu'ils sont encadrés par les services correctionnels, le *Code criminel* ou encore la *Loi sur la protection de la jeunesse* ou la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA). Il n'en demeure pas moins que, même si l'aide est contrainte, l'intervenant doit s'assurer que la personne saisisse bien quelles interventions seront réalisées et à quelles fins.

2. DIFFÉRENCIER CONTRAT ET PLAN D'INTERVENTION

Défini succinctement, un contrat est un accord entre des parties en cause, une convention. Il s'agit donc d'une entente entre le travailleur social et le système-client. Le contrat n'est pas une fin en soi, mais bien un outil d'intervention utilisé en travail social depuis plusieurs années. Il doit répondre à cinq questions :

- Quelles sont les personnes concernées par le présent contrat (Qui) ?
- Sur quel(s) problème(s) portera l'intervention (Quoi) ?
- Comment allons-nous nous y prendre (orientation générale) ou quel type d'intervention sera-t-il possible de réaliser (Comment) ?
- Combien de temps environ cela devrait-il prendre ?
- Est-ce que toutes les personnes concernées sont d'accord avec le présent contrat ?

VIGNETTE CLINIQUE : UN EXEMPLE DE CONTRAT THÉRAPEUTIQUE

Simone contacte les services sociaux pour avoir de l'aide : ses deux adolescents se querellent constamment, ce qui dérange considérablement la vie familiale. Après deux rencontres avec le couple parental, Simone et Jean-Louis, et les deux adolescents, Pierre et Thomas, le travailleur social établit avec la famille que les altercations entre les adolescents trouvent souvent leur source dans des règles appliquées de manière inconsistante pour lesquelles il n'y a pas d'entente au sein du couple parental. Après discussion avec la famille, il est convenu de travailler sur deux plans différents : 1) la communication et la bonne entente au sein du couple et 2) les règles familiales pour lesquelles tous les membres de la famille seront visés. Dans un premier temps, trois rencontres sont prévues avec le couple pour travailler sur le premier plan et suivront trois autres rencontres avec cette fois toute la famille. Tous les membres de la famille se disent en accord (entente verbale) avec cette orientation et prêts à y participer.

Dans les écrits dans le domaine, on trouve deux positions : 1) le contrat est fait avant le plan d'intervention et sert d'engagement sur des orientations qui seront élaborées davantage dans le plan sous forme d'objectifs et de moyens plus spécifiques ; 2) le plan d'intervention sert de contrat, ce dernier ne faisant que formaliser l'accord sur le plan convenu. Dans ce chapitre, plutôt qu'une étape comme telle dans le processus d'intervention, le contrat devient en quelque sorte une technique à utiliser tout au long de l'intervention. Il permet à chaque fois de faciliter l'engagement du système-client sur des bases claires tout en réduisant les écarts quant aux attentes entre l'intervenant et le système-client ou encore au sein même du système-client. Il « apporte une direction et focalise les activités du travailleur social et du client sur des points précis préalablement définis. [...] Il apporte un sentiment de sécurité et de confiance : on sait où l'on veut aller » (De Robertis, 1994 : 142). Cette façon de faire a l'avantage de dégager rapidement une orientation au travail à accomplir et de s'assurer de la motivation du système-client. Simple d'usage, le contrat peut être modifié au fur et à mesure de l'intervention. Il s'agit, à chaque fois, de s'assurer d'avoir une entente explicite et mutuelle entre les parties quant aux gestes à poser pour atteindre un objectif. Il peut donc être formulé très tôt dans le processus : par exemple, dès la première rencontre, un « contrat » ou pacte est établi avec une personne suicidaire concernant le non-passage à l'acte.

Selon la situation, le contrat peut être oral ou écrit. Dans de nombreuses situations relativement simples, il correspond aux exigences minimales de la LSSSS en ce qui concerne le plan d'intervention. Dans les situations qui ne nécessitent que quelques rencontres, un plan d'intervention n'est pas toujours élaboré en détail. Cependant, le contrat doit comprendre tous les éléments clés pour permettre au système-client de savoir dans quoi il s'engage. Dans les situations plus complexes, notamment pour certaines catégories de clientèles, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prescrit cependant qu'un plan d'intervention détaillé doit être formulé¹. On pense aux personnes handicapées, aux personnes en perte d'autonomie, à celles ayant un trouble mental grave pour qui, souvent, plusieurs services doivent être mis en place. De plus, dans les dossiers relevant de la Direction de la protection de la jeunesse, le plan d'intervention est obligatoire en tout temps.

Il convient de bien choisir les termes du contrat et de s'assurer que les conditions de base soient remplies pour atteindre le but recherché. Par exemple, Annette demande de l'aide pour ce qu'elle reconnaît comme un problème de communication malsaine au sein de son couple. On comprend que si le problème exprimé réside sur le plan de la communication dans le couple, pour pouvoir y remédier, il faut que les deux membres du couple soient présents. Le premier travail à effectuer sera donc d'outiller Annette pour qu'elle ait une bonne discussion avec son conjoint pour le convaincre de se joindre à la démarche. Il serait alors malvenu d'établir un contrat pour améliorer la communication au sein du couple avec Annette seule.

De même, le contrat doit aussi être pertinent et approprié au mandat de l'établissement et plus particulièrement du service pour lequel l'intervenant travaille, tout comme il doit correspondre aux qualifications de l'intervenant. Par exemple, un intervenant qui travaille à l'application de mesures² dans le cadre de la *Loi sur la justice pénale pour adolescents*

-
1. Selon l'article 102 de la LSSSS, « un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27^e de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis ».
 2. La Direction de la protection de la jeunesse, dans le système québécois, prévoit trois étapes: 1) la réception et le traitement des signalements, qui vise à assumer un premier niveau de filtrage en vue de déterminer, selon les premières informations disponibles, si

auprès d'un jeune pour lequel aucun signalement n'a encore été effectué, ne peut agir comme représentant du Directeur de la protection de la jeunesse même s'il travaille dans le même établissement. De même, un intervenant ne peut proposer d'amorcer un processus de médiation familiale visant une entente qui serait corroborée par la cour s'il n'est pas reconnu comme médiateur par son ordre professionnel. Bref, avant d'établir un contrat, il faut s'assurer d'avoir les qualifications nécessaires de même que le mandat pour ce faire.

3. PLAN D'INTERVENTION, PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ, PLAN DE SERVICES ADAPTÉ ET PLAN D'INTERVENTION POUR LA FAMILLE D'ACCUEIL

Différents types de plans existent selon les besoins en cause. Le premier type, et sans doute le plus commun et le plus connu, est le **plan d'intervention**. Dans son *Cadre de référence*, le Centre jeunesse de Québec (1998: 4) le définit ainsi :

un processus structuré par lequel un intervenant en fonction de son mandat et avec la participation de la personne ou de son représentant, identifie ses besoins, détermine les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser pour y parvenir et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis.

Le plan d'intervention (PI) peut être **unidisciplinaire**, engageant exclusivement le travailleur social ou la travailleuse sociale et le système-client; il peut aussi s'appliquer à des intervenants de disciplines différentes œuvrant dans un même établissement. Par exemple, le dossier d'une personne âgée suivie par le CLSC de son territoire peut comprendre un plan d'intervention établi avec la travailleuse sociale, un autre avec l'infirmière et un troisième avec l'ergothérapeute. Un tel plan peut comprendre un plan d'intervention **multidisciplinaire** qui coordonne les services offerts par les intervenants de différentes disciplines d'un même

le signalement reçu indique qu'il y a présomption que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis au sens de la LPJ; 2) si tel est le cas, l'étape suivante vise à évaluer la situation en profondeur, à déterminer s'il y a bel et bien menace à la sécurité ou au développement de l'enfant et à déterminer l'orientation requise; 3) enfin, la troisième étape consiste à s'assurer de l'application des mesures déterminées lors de l'évaluation et à assurer le suivi du dossier selon les normes en vigueur.

établissement³. Notons que certains auteurs, notamment Côté, Pilon, Dufour et Tremblay (1989), préfèrent conserver l'appellation plan d'intervention pour le travail thérapeutique entre un professionnel spécifique et une personne. Dès qu'il y a plusieurs types de professionnels concernés, le terme plan de services individualisé est appliqué. Cela ne constitue pas cependant le choix arrêté par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous verrons un peu plus loin certains principes de base de l'élaboration d'un plan d'intervention, mais notons que dès le départ, particulièrement en travail social, il s'agit d'un processus qui se fait avec la (ou les) personnes(s) concernée(s) ou, à défaut, par exemple dans le cas des enfants ou encore des personnes inaptes, avec leurs représentants légaux. Le client est donc partie prenante du début à la fin du processus.

Par ailleurs, lorsque les services fournis par différents organismes sont requis, il convient alors d'établir ce qu'on appelle un **plan de services individualisé** (PSI). Le PSI s'applique particulièrement, quelle que soit la problématique, lorsque des services de santé et des services sociaux sont requis pour une période prolongée et impliquent plusieurs ressources. On parle aussi d'un niveau de complexité et d'un niveau d'engagement qui exigent une réponse coordonnée. Il est obligatoire pour certaines catégories de clientèles⁴. Il s'agit habituellement des personnes qui ont une déficience intellectuelle ou physique, de celles qui connaissent un problème de santé mentale grave ou un problème de toxicomanie, des mères en difficulté d'adaptation, des personnes âgées et des jeunes en difficulté (MSSS, 1992: 37). Toutefois, chaque type de clientèle est aux prises avec des problèmes et des contextes spécifiques qui exigent des adaptations du modèle général. Par exemple, Turcotte (1992) démontre que la participation active des parents du début à la fin du processus est vue comme fondamentale dans la philosophie du PSI. Même si elle est souhaitée aussi

3. L'article 102 de la LSSSS précise également: «Le plan d'intervention doit assurer la coordination de services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés par l'établissement.»

4. L'article 103 de la LSSSS indique que «lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27^e de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé».

en protection de la jeunesse, elle ne s'avère pas toujours possible, compte tenu des exigences liées à la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Les parents réagissent parfois agressivement au contexte d'autorité.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (1992: 31) définit ainsi le PSI:

une démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale tout en assurant sa protection.

Comme pour le plan d'intervention, la personne joue un rôle actif du début à la fin du processus⁵. Il ne s'agit donc pas de convoquer les intervenants au dossier sans la personne concernée pour décider de quoi que ce soit. En effet, comme le disait si bien Boisvert (1990: 7): « Qui est mieux placé que la personne elle-même et sa famille pour définir ses besoins et ses goûts en ce qui a trait à sa vie, ses activités à la maison, au travail, ses loisirs, son alimentation, son habillement, ses amis, sa vie sexuelle et spirituelle. » L'élaboration d'un PSI exige de prendre en considération tous les services, de même que la personne et sa famille comme des partenaires égaux; chacun contribue à mieux comprendre la situation de même qu'à orchestrer une solution visant le mieux-être de la personne et lui permettant de jouer pleinement ses rôles sociaux. Cependant, le MSSS (1992) reconnaît la présence d'une réserve, à savoir que la protection demeure un principe fondamental qui prévaut sur des orientations que la personne ou son représentant voudrait adopter. Ainsi, par exemple, la sécurité et le développement d'un enfant doivent encadrer le PSI à établir avec ses parents. On peut aussi penser à certaines limites que pourrait avoir un PSI établi avec une personne dont l'état mental constitue un danger pour elle-même ou pour autrui.

À plusieurs égards, la pratique liée au **plan d'intervention adapté** (PIA) en milieu scolaire s'apparente à celle du PSI. Encadré par la *Loi de l'instruction publique* (art. 96.14), le PIA est de mise pour les élèves handicapés et ceux en difficulté d'apprentissage ou d'adaptation. Sous la

5. À cet effet, l'article 104 de la LSSSS prescrit que « chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'usager tel que le prévoit l'article 10 ».

responsabilité de la direction de l'école, le PIA regroupe l'élève, ses parents ou tuteurs, le titulaire de la classe ainsi que les intervenants concernés, soit ceux qui relèvent de l'école de même que ceux qui relèvent du CLSC ou encore d'autres organismes. Cependant, s'il ne regroupe que des intervenants de l'école, il s'apparente davantage au plan d'intervention multidisciplinaire dont nous avons parlé précédemment.

Par ailleurs, le **plan d'intervention pour la famille d'accueil** a ceci de particulier qu'il ne touche pas l'ensemble du plan d'intervention prévu avec le système-client, mais vise à définir l'apport spécifique de la famille d'accueil. Il aide à orienter celle-ci dans son rôle auprès de l'enfant placé. Rappelons que certaines informations au dossier ne peuvent être divulguées à la famille d'accueil, notamment certains passages qui touchent les parents et qui n'ont pas d'incidence directe sur le suivi à faire auprès de l'enfant. Il n'en demeure pas moins que la famille d'accueil représente un partenaire de premier ordre et qu'elle a besoin d'avoir en main les outils nécessaires pour répondre aux objectifs du placement. Ainsi, le plan doit permettre de répondre aux trois questions suivantes (Fournier, Moisan, Fougeras et Laquerre, 2000: 200):

- Quels sont les besoins du jeune ?
- Quels sont les objectifs à atteindre dans le cadre du placement ?
- Quels sont les moyens à utiliser ?

Ainsi, on devrait y retrouver les informations de base sur le jeune (nom, date de naissance, etc.), sur ses habitudes de vie (école fréquentée, habitudes alimentaires, hygiène, etc.), sur sa santé (allergies, médication, médecin de famille, etc.), de même que des données sur le placement (durée prévue, modalités de contacts avec les parents, etc.) (Fournier et collab., 2000: 199). Ce plan ne devrait pas être « imposé » à la famille d'accueil mais élaboré avec elle, du moins dans la précision des objectifs et des moyens. Rappelons au passage que, trop souvent, le concept de famille d'accueil se résume à la mère d'accueil alors qu'en fait, tous les membres de la famille jouent un rôle important dans le succès ou l'échec du placement. En conséquence, tous devraient être mis à contribution dans l'élaboration du plan d'intervention de la famille d'accueil (Dallaire-Tremblay, 2008).

3.1 PRINCIPES DE BASE DANS L'ÉLABORATION D'UN PI ET D'UN PSI

Au-delà de la structure de présentation qu'un organisme ou un intervenant désire donner au plan, certains principes de base demeurent, que l'on parle d'un PI, d'un PSI ou d'un PIA. Celui-ci s'inscrit d'abord dans un cadre légal et il doit **respecter en tout point les droits du système-client**. En outre, il doit **s'inscrire dans le cadre du mandat** confié au travailleur social, soit par son employeur (mandat de l'établissement et plus particulièrement du service au sein duquel il travaille) ou encore selon l'entente établie avec le client, notamment en pratique privée. Par exemple, si le mandat consiste à réaliser une médiation familiale dans un processus de séparation conjugale, si le travailleur social détecte le besoin d'une psychothérapie individuelle chez un des parents, il doit alors le diriger vers un autre service, mais non pas établir un plan thérapeutique avec ce parent. De plus, le PI doit respecter les principes inscrits dans les lois et réglementations, par exemple la primauté et le respect de l'autorité parentale. Dans le même ordre d'idées, il doit aussi **respecter le code déontologique de la profession** profondément marqué par le respect, l'intégrité et la dignité des personnes. C'est le cas notamment de la confidentialité : même dans un travail multidisciplinaire ou en partenariat avec d'autres organismes, par exemple dans l'établissement d'un PSI, tout n'a pas à être révélé. Il appartient au travailleur social de bien préciser avec le système-client les informations qui pourraient être transmises aux autres intervenants.

Le PI **est par nature individualisé**. Ainsi, même si certains moyens utilisés peuvent être semblables d'une personne à l'autre dans un même service, il n'en demeure pas moins que le plan d'intervention doit fondamentalement s'appliquer à la personne (ou système-client) et non simplement répéter des objectifs standardisés peu importe la situation particulière vécue. La personne doit sentir qu'elle est unique et que le plan élaboré s'applique spécifiquement à elle.

De plus, **le système-client doit être impliqué dans le processus du début à la fin**. Nous ne le répèterons jamais assez : c'est avec la ou les personne(s) concernée(s) qu'un PI ou un PSI est préparé. Cela permet de s'assurer que le plan réponde bien aux besoins et que le système-client s'implique dans l'action par la suite. En aucun temps, le travailleur social ne devrait permettre que des intervenants se concertent pour imposer un

PI ou un PSI à un système-client. La concertation doit être faite d'abord et avant tout avec les personnes concernées, c'est-à-dire celles sur qui porte l'intervention. Rappelons que la manière d'élaborer un PI est déjà une forme d'intervention. Un PI réalisé avec la personne redonne à celle-ci du pouvoir sur sa vie alors qu'un PI imposé reconduit les pouvoirs hiérarchiques de la société et infantilise la personne. Le travail social valorise une approche collaboratrice au sein de laquelle le pouvoir est partagé.

Le PI doit être **rédigé dans un langage clair et accessible**. Son contenu doit être compris par le système-client si on veut favoriser sa participation pleine et entière. Cela est essentiel si on désire que la personne s'approprie la démarche. En ce sens, il est utile de choisir des mots issus du vocabulaire d'usage du système-client. Trop souvent, les PI comportent nombre de termes utilisés par les professionnels qui n'ont pas de sens réel pour les personnes concernées.

De plus, bien qu'il porte sur un (ou des) problème(s) spécifique(s) bien défini(s), le PI reconnaît et **mise sur les forces du système-client**. Car la personne n'est pas le problème: même si elle vit une difficulté, cela ne l'empêche pas d'avoir un potentiel sur lequel miser. De même, le PI doit pouvoir s'appuyer sur les ressources entourant la personne, dont une saine utilisation de son réseau naturel et des ressources de la communauté.

Que ce soit un plan d'intervention multidisciplinaire dans un établissement ou un PSI, son élaboration doit se réaliser dans un **esprit de collaboration franche et efficace, centrée sur le client** et non dans un esprit de compétition entre professionnels ou organismes. La personne est au centre et doit le demeurer jusqu'à la fin. L'établissement d'un PI ou d'un PSI n'est pas le moment pour discuter des conflits ou mésententes qui peuvent exister entre professionnels ou entre organismes concernant leurs compétences spécifiques. Il existe d'autres lieux pour ce faire (les tables de concertation, notamment). La prise de décision par consensus est privilégiée.

Enfin, le PI ou le PSI **porte sur les finalités désirées par le système-client** et non sur le travail de l'intervenant. Cela signifie que la formulation doit représenter la situation désirée par le système-client et non pas être centrée sur les tâches que doit accomplir le travailleur social. Par exemple, dans le travail avec une personne sans logement, l'objectif ne doit pas être formulé comme s'il s'agissait d'une tâche pour

l'intervenant, par exemple « Trouver un logement à madame Y », mais la formulation doit être clairement centrée sur la personne elle-même : « que madame Y trouve un logement qui lui convienne ». Rappelons que le PI (il en est de même pour le PSI) s'adresse au système-client : c'est avec lui qu'il doit y avoir une entente. Ceci n'empêche pas que le PI ou le PSI puisse prévoir la mobilisation d'autres personnes, même si elles ne sont pas incluses pour autant dans le contrat. Par exemple, en soutien à domicile, le PI doit être préparé particulièrement avec la personne âgée en perte d'autonomie, à moins que des déficits cognitifs importants l'en empêchent. Dans ce cas, l'entente se fera avec son représentant. Cette décision n'exclut pas le fait que d'autres personnes (enfants, voisins ou amis) puissent être mobilisées pour certains volets du PI. De même, la gardienne peut être impliquée dans le PI réalisé avec une jeune famille, mais elle n'a pas à signer ou à donner son accord sur le plan.

3.2 STRUCTURATION DU PLAN D'INTERVENTION

La structure de base d'un plan d'intervention est en bonne partie déterminée par le contenu prescrit par la LSSSS. Selon la loi, le plan doit permettre : « d'identifier ses besoins [ceux de la personne cliente], les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront être fournis » (article 102). Il doit aussi contenir un échéancier quant à son évaluation ou sa réévaluation et à sa révision (article 104). Enfin, dans le cas d'un PSI, il doit aussi déterminer qui coordonnera le PSI (article 103).

3.2.1 Besoins

Le concept de besoin renvoie ici au problème exprimé, qu'on pourrait appeler aussi besoin non comblé. Il représente une situation problématique pour le système-client que celui-ci veut résoudre. Normalement, le (ou les) problème(s) qu'on vise à résoudre, a (ont) déjà été clairement cerné(s) lors de l'étape précédente et validé(s) lors de l'établissement du contrat de travail. Par ailleurs, « la définition du problème doit partir de ce qui est perçu par le client comme étant l'essentiel de sa demande, ce qui est pour lui le plus urgent, ce qui le motive à agir » (De Robertis, 1981 : 154). Il doit parfois y avoir un ordre dans lequel traiter les problèmes. De Robertis propose deux critères qui doivent servir de repères

dans la priorisation des problèmes sur lesquels travailler : 1) le sentiment d'urgence ressenti, ce qui favorise la motivation et la mobilisation de la personne ; 2) la possibilité de résoudre totalement ou du moins partiellement le premier problème traité avec le maximum de chance, favorisant ainsi un succès qui sera générateur d'énergie nouvelle pour les autres changements espérés. Il se peut que le problème le plus criant aux yeux du travailleur social ne soit pas celui priorisé par le système-client. Il convient de se rappeler qu'il s'agit de la réalité de la personne qui prime et que notre rôle est de la soutenir. Il vaut mieux alors simplement souligner que le problème qui nous apparaît fondamental devra être abordé, tout en reconnaissant le choix qui est fait à ce moment du processus.

Un part importante du travail à cette étape est de reformuler le(s) problème(s) soulevé(s) sous forme de besoins. Par exemple, un problème de consommation abusive d'alcool peut être redéfini comme un besoin de sobriété. Ou encore, un problème d'abus physique d'un parent envers son enfant peut être formulé en différents besoins : par exemple, arrêter l'abus, mieux gérer ses émotions, apprendre comment discipliner correctement son enfant sans usage de coups (Kirst-Ashman et Hull, 1993).

3.2.2 Buts et objectifs

Les auteurs ne s'entendent pas tous sur le point suivant : doit-on parler de buts et objectifs ou d'objectifs généraux et spécifiques ? Nous n'entrerons pas ici dans les subtilités concernant les distinctions qui sont à la base de cette nomenclature différente. Pour faciliter les choses, nous choisissons la première nomenclature. Ainsi, le **but** est en quelque sorte l'inverse de la situation problématique, soit la situation désirée à la fin de l'intervention (Johnson, 1992 ; Poulin, 2000). Il est établi rapidement pour déterminer dans quelle direction se fera l'intervention (Kirst-Ashman et Hull, 1993). C'est en quelque sorte l'orientation générale dont nous avons parlé lors du contrat. Contrairement aux objectifs, les buts n'ont pas à être mesurables.

Rappelons qu'un but doit être formulé de telle sorte qu'il soit accessible, c'est-à-dire que le client peut agir sur ce problème désigné dans le sens prévu et que le travailleur social est en mesure de l'aider. Par exemple, une personne atteinte de schizophrénie incommodée par les effets secondaires de la médication désire arrêter celle-ci. Le problème peut être restructuré avec la personne pour l'aider à formuler son besoin (ne plus

être incommodée par les effets secondaires de la médication) et définir un but approprié (parler avec mon médecin pour trouver une médication ou ajuster la médication actuelle pour ne plus être incommodée par les effets secondaires). En fait, le but doit être formulé de manière suffisamment précise et spécifique pour que la personne ait de l'emprise et puisse réellement déterminer par la suite si son besoin a été comblé. Notons également qu'il doit être formulé en des termes positifs. Par exemple, il vaut mieux éviter d'écrire «que je ne frappe plus mon enfant» et choisir une formulation de type «que je discipline mon enfant adéquatement sans utiliser la fessée».

Une fois le (ou les) but(s) déterminé(s), il convient de le(s) décliner sous une forme plus concrète et mesurable. Il est souvent difficile d'atteindre un but directement; la plupart du temps, il faut passer par différentes étapes intermédiaires. Les **objectifs** représentent des intentions qui décrivent ce qui est attendu à la suite des diverses actions qui seront posées.

Les principales règles dans le choix des objectifs résident dans les 2 M et les 2 R:

Mesurables, en ce sens qu'on doit être en mesure de vérifier si un objectif est atteint. De plus, les objectifs ne sont pas tous atteints au même niveau. Le fait qu'ils soient mesurables permet de déterminer les points de fragilité qui restent présents à la fin de l'intervention sur lesquels le système-client devra porter son attention dans l'avenir. Aussi, la personne peut plus facilement préciser son cheminement et son niveau de satisfaction lorsque les objectifs sont mesurables.

Motivants, autrement dit, ils doivent susciter l'intérêt et la motivation du système-client. Ils doivent représenter un défi sans être trop exigeants et devenir inatteignables. Réussir à relever un défi représente une source de valorisation personnelle importante.

Réalistes, c'est-à-dire qu'on doit s'assurer qu'ils puissent être atteints. Il vaut mieux de «petits pas» (ou étapes) réussis qu'un grand projet qui a échoué.

Réalisables, dans le sens qu'on doit s'assurer d'avoir en main les moyens nécessaires pour les atteindre ou du moins qu'il soit possible de pouvoir mettre en place les conditions nécessaires pour y arriver.

Comme les buts, les objectifs doivent être formulés de manière positive. On doit préféablement choisir des verbes d'action, plutôt que des verbes d'état. Certains auteurs proposent d'utiliser l'indicatif (Sheafor et Horejsi, 2006), d'autres le futur (Kirst-Ashman et Hull, 1993; Johnson, 1992). Pour notre part, nous suggérons fortement de les formuler au subjonctif, ce qui favorise la motivation à se mettre en action. Cela permet aussi à la personne de sentir que c'est « son » plan d'intervention, surtout quand il est écrit à la première personne. Il est suggéré d'utiliser le plus possible les mots que la personne elle-même adopte (Poulin, 2000), cela l'aidera à ce que l'objectif prenne tout son sens pour elle.

L'ordre dans lequel les objectifs sont inscrits est aussi important puisqu'ils représentent des étapes, souvent séquentielles, dans l'atteinte du but fixé (Johnson, 1992). Contrairement à un but, un objectif doit être suffisamment précis et déterminé pour viser à ce qu'il soit la plupart du temps accompli en deux ou trois mois ou quelques semaines (Sheafor et Horejsi, 2006). L'atteinte du but peut, quant à elle, nécessiter plusieurs mois.

3.2.3 Moyens

Une difficulté courante dans la formulation d'un objectif est de confondre objectif et moyen. Un moyen est ce qui sera mis en branle pour atteindre l'objectif. Pour utiliser les termes anglais, le moyen est un « input » et l'objectif est l'« output » (Sheafor et Horejsi, 2006). Par exemple, « Que monsieur ait un suivi psychosocial (ou une thérapie) » ne représente pas un objectif mais un moyen, l'objectif étant ce qui est visé par le suivi ou la thérapie.

Par moyens, on entend toutes les activités (outils, instruments, actions, exercices, etc.) qui seront mises en place pour atteindre un objectif. Il peut s'agir de moyens qui seront mis en action par le système-client tout aussi bien que par le travailleur social. Cela peut inclure aussi des activités organisées par des collaborateurs qui auront ainsi un rôle à jouer dans l'intervention. Ces collaborateurs peuvent être des personnes du réseau de soutien tout comme des organismes du milieu.

Le concept de moyen s'apparente à certains égards à celui de tâches que l'on retrouve dans les approches centrées sur les tâches ou en résolution

de problèmes (Sheafor et Horejsi, 2006). Il s'agit d'activités souvent à court terme qui permettent d'avancer vers la réalisation d'un objectif.

Concrètement, un moyen est habituellement formulé en commençant par un nom. Par exemple, pour un objectif visant à ce que la personne utilise les messages « je » pour exprimer ce qu'elle ressent plutôt que des messages « tu » qui critiquent les autres; un moyen pourrait être « jeu de rôle lors d'une rencontre au cours duquel les messages "je" seront pratiqués ». Autre exemple, pour un objectif qui serait de l'ordre « Que j'aie du soutien pour maintenir ma sobriété », un moyen pourrait être formulé ainsi : « Participation trois fois la semaine aux rencontres des AA ».

3.2.4 Échéancier

La dernière obligation légale consiste à déterminer l'échéancier. Pour ce faire, la personne doit avoir une bonne idée du temps que durera l'intervention dans sa totalité. Plus concrètement, il convient aussi d'établir des échéances précises pour l'atteinte de chaque objectif et parfois de prévoir la date de la réalisation d'un moyen spécifique. Il s'agit en quelque sorte de déterminer avec la personne quand elle pense que chacun des objectifs sera atteint. Pour ce faire, cela exige de regarder avec la personne les obstacles qui risquent de se présenter à elle et comment elle pourra les surmonter.

L'échéancier doit prévoir également des dates de révision du PI de même que le moment de l'évaluation de l'intervention (LSSSS, art. 104).

3.2.5 Responsabilités et indicateurs de réussite

On recommande également l'inclusion de deux autres éléments. D'abord, il convient de définir les **responsabilités** : qui fera quoi, qui mettra en œuvre tel et tel moyen. Préciser qui prend la responsabilité permet d'éviter qu'une action souhaitée ne se réalise pas parce que personne n'a prévu la prendre en charge.

Par ailleurs, dans le cas d'un PSI, non seulement doit-on déterminer qui est responsable de telle et telle action, mais les divers organismes doivent se concerter et convenir de l'intervenant qui coordonnera le PSI. Le **coordonnateur du PSI** joue un rôle déterminant. Notons que la personne cliente peut coordonner son propre plan de services individualisé;

dans un tel cas, on conviendra quand même du principal intervenant à la soutenir au besoin.

Enfin, plusieurs auteurs notent l'importance de déterminer à l'avance quel niveau de performance est souhaité pour chaque objectif. Quel niveau la personne juge-t-elle raisonnable d'accomplir pour qu'elle considère avoir atteint son objectif et qu'elle soit satisfaite de sa performance? On se rappelle que vaut mieux des objectifs modestes et atteignables que des grands projets difficiles à réaliser dont le succès est risqué.

Les **indicateurs de résultat** permettent en quelque sorte de mesurer l'état d'avancement en cours de route et, à la fin, le niveau de réussite. Poulin (2000) insiste sur la responsabilité éthique des intervenants de se donner des moyens pour évaluer adéquatement leurs interventions. Il rappelle que plusieurs instruments de mesure sont disponibles pour ce faire : journal de bord rédigé par la personne, grille d'observation, échelles pour illustrer le niveau du problème au départ, en cours de route et à la fin du processus (par exemple, niveau de l'anxiété ressentie), ou encore échelles d'atteinte des objectifs. On peut aussi intégrer diverses mesures standardisées élaborées pour couvrir divers types de comportements ou problèmes, incluant l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, la communication dans la famille, les troubles du comportement d'un enfant, etc. Nous renvoyons ici le lecteur aux diverses méthodes qui ont été développées pour évaluer une intervention selon un système unique. Selon Beaudoin (1992: 55), le choix des instruments doit être guidé par les critères suivants :

- La mesure doit être validée, fiable et mesurer directement le problème que la personne veut modifier.
- Elle doit être directement et immédiatement pertinente par rapport à ce qui est désiré.
- Elle doit respecter les caractéristiques de l'intervention.
- Elle doit être acceptable par le système-client, bien comprise par celui-ci et facile à utiliser.
- Autant que possible, il faut utiliser plus d'une mesure.

De nombreux indices peuvent être choisis pour indiquer le niveau d'atteinte d'un objectif. Plutôt que de choisir des méthodes très sophistiquées, il convient avant tout que le processus demeure simple d'usage et

clair pour le système-client. C'est d'abord à lui qu'on s'adresse et c'est pour lui que le travail est effectué, pour qu'il atteigne les résultats escomptés.

CONCLUSION

Au cours de ce chapitre, nous avons résumé les principaux éléments qui doivent faire partie du processus d'élaboration d'un plan d'intervention. Nous avons d'abord clarifié les règles légales qui encadrent la pratique du PI et du PSI pour ensuite distinguer un PI d'un contrat thérapeutique. Nous avons énoncé les cinq questions à la base du contrat. Puis, nous avons nommé les principaux points communs et établi les distinctions entre le plan d'intervention, le plan de services individualisé, le plan de services adapté et le plan d'intervention pour la famille d'accueil. Après avoir cerné les principes régissant l'élaboration d'un PI et d'un PSI, nous en avons donné les composantes spécifiques que nous devrions retrouver dans un document écrit ou dans le cadre des notes évolutives : les besoins du système-client, les buts et objectifs, les moyens, l'échéancier, les responsabilités et enfin les indicateurs de réussite ou d'atteinte de résultats.

CHAPITRE 5

EXÉCUTION DE L'ACTION EN INTERVENTION SOCIALE PERSONNELLE

Marie Drolet et Madeleine Dubois

Le but du travail social étant de générer un processus de solution de problème fondé sur les forces de la personne et de son milieu de vie (Timberlake, Zajicek-Farber et Anlauf Sabatino, 2008), le plan d'intervention s'actualise dans un travail dynamique visant à faciliter les interactions et à mettre en place des activités contribuant à l'atteinte des objectifs établis dans le contrat. Afin d'optimiser l'engagement vis-à-vis de ce processus, la travailleuse sociale s'appuie sur une gamme de connaissances et d'habiletés résultant de données probantes et ancrées dans une réflexion critique. Ce travail engage l'intervenant et la personne-cliente dans un processus de réflexion continue sur soi et sur l'action, en tenant compte des contextes diversifiés dans lesquels se met en œuvre le travail social.

Après avoir défini et situé l'étape de travail, nous présenterons les rôles de la travailleuse sociale qui y sont davantage associés. Par la suite, nous décrirons les habiletés qui nourrissent le travail avec la personne en fonction du contexte social de l'action. Nous préciserons certaines particularités du travail dans des contextes d'autorité et d'interdisciplinarité. Ce chapitre sera complété par quelques réflexions sur les dilemmes éthiques.

1. SITUER L'ÉTAPE DE TRAVAIL

La mise en œuvre des décisions émanant de l'élaboration du plan nécessite le recours à des tâches précises et progressives que la travailleuse sociale et la personne mettent en place pour atteindre les objectifs précisés dans le contrat. À cette étape, les intentions de changement se transforment en actions concrètes visant des résultats observables dans les diverses sphères du quotidien touchées par le plan d'intervention. La travailleuse sociale et la personne s'investissent alors dans une démarche visant à concrétiser l'engagement dans l'action, d'où l'appellation étape de travail.

L'un des éléments incontournables du savoir-être et du savoir-faire sur lesquels s'appuie la travailleuse sociale pour faciliter la transposition des objectifs en action est **l'écoute**. Après avoir rédigé le contrat ou lu le dossier de la personne qui consulte, et possiblement en avoir discuté avec ses collègues, la travailleuse sociale a acquis certaines informations pouvant orienter ses perceptions. Il est alors d'autant plus important qu'elle intensifie son écoute de la vision exprimée par la personne elle-même, tout en demeurant conscient des facteurs pouvant influencer l'interaction, entre autres les similitudes et les différences en matière de genre, d'âge, de culture, d'expériences ou de vécu. Afin d'affiner sa compréhension, elle doit mettre en lumière la façon dont la personne comprend et explique la situation qu'elle vit et ce qui l'amène à consulter. Elle se met donc à l'écoute d'émotions ambivalentes ou plus difficiles à exprimer, tout en suspendant son jugement et en évitant de minimiser une situation qui peut lui sembler moins importante ou anodine, ou de rassurer de façon trop rapide, banalisant ainsi une situation dont elle ne comprend pas nécessairement toute la portée et la signification. Il s'agit d'abord d'exprimer son empathie et de vérifier sa compréhension sans imposer ses opinions.

1.1 CERNER LES CIBLES D'ACTION

Comme les objectifs retenus dans le contrat peuvent impliquer diverses cibles d'action, il devient important de les passer en revue afin de choisir celles que la personne souhaite privilégier, puis de cerner les tâches précises à accomplir, en spécifiant les qui, quoi, comment et quand. Ces

tâches peuvent impliquer diverses actions que la personne choisit de faire, notamment :

- par rapport à elle-même (ex. : relaxation, affirmation de soi, estime de soi);
- dans ses interactions avec les personnes de son entourage (ses enfants, son conjoint, ses amis, ses parents, les membres de sa famille élargie);
- avec les ressources de son réseau formel (son employeur, l'enseignant ou la direction de l'école de ses enfants, une gestionnaire de cas, la direction d'un établissement de santé);
- au sein du contexte social où elle évolue (par exemple : amorcer avec des personnes de son entourage des revendications ou des initiatives menant à l'amélioration de la qualité de vie dans leur quartier ou leur communauté).

2. RÔLES DE LA TRAVAILLEUSE SOCIALE

Plusieurs rôles font partie du domaine de pratique de la travailleuse sociale. Le choix des rôles qui faciliteront le travail dépend des éléments suivants :

- 1) Les objectifs de l'intervention.
- 2) La raison d'être et la mission de l'organisme.
- 3) Le contexte organisationnel.
- 4) Les lois qui régissent l'organisme ou qui circonscrivent son champ d'intervention (par exemple : la *Loi sur la protection de la jeunesse* du Québec ou la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* de l'Ontario).
- 5) La nature du travail ou du poste qu'occupe la travailleuse sociale.
- 6) Les modèles de pratique privilégiés ainsi que les approches et le type d'intervention choisis par l'organisme ou l'intervenante.

La sélection des rôles va faciliter l'orientation des démarches vers le but fixé, en plus d'encourager la réflexion sur les actions à poser. Cependant, peu importe les rôles qu'elle assume, la travailleuse sociale doit maintenir flexibilité et souplesse dans son action, faire appel à la compétence des personnes, et être consciente de la pression accrue que certains

rôles pourraient leur occasionner (la défense des droits, par exemple). Ainsi, même si certaines actions lui semblent plus efficaces, la travailleuse sociale est guidée d'abord par le souci de générer le moins de pression possible pour la personne et de respecter son rythme et ses choix (Goldberg Wood et Middleman, 1989).

Les rôles suivants se prêtent particulièrement à l'intervention sociale personnalisée.

- **Accompagnement**: offrir de l'appui et de l'écoute à des personnes qui sont confrontées à certaines difficultés ou à des passages plus difficiles dans leur vie, en soutenant leur capacité de prendre des décisions et de gérer leur vie.
- **Agent de changement**: chercher à susciter des changements personnels, organisationnels, institutionnels et politiques, en mobilisant les ressources de la personne et de son environnement.
- **Aiguillage**: faire des liens entre les besoins des personnes et les ressources de la communauté, ce qui exige une bonne connaissance des ressources, des types de services offerts et des procédures d'accueil pour informer les clients sur leur utilité et leurs limites.
- **Coordination**: assurer la complémentarité des services ou des ressources; développer et maintenir des réseaux pour faciliter la prestation de services.
- **Défense des droits**: s'engager dans des actions visant à augmenter le pouvoir d'agir d'individus marginalisés ou opprimés. Ce rôle est plus conflictuel parce qu'il implique, au départ, des revendications ou des luttes. Afin d'éviter d'ajouter aux pressions vécues par la personne, il importe de procéder avec prudence, en respectant la volonté et le désir d'agir des personnes et en dirigeant les actions vers les instances appropriées dans la hiérarchie ou la bureaucratie pour prévenir une escalade des situations.
- **Évaluation**: le rôle d'évaluation fait partie intégrante des tâches de l'intervenant; des bilans réguliers des facteurs contribuant à une situation ou à une problématique s'imposent afin d'adapter l'action en fonction de l'évolution de la situation.
- **Éducation**: obtenir des renseignements, diffuser des informations, partager ses connaissances, démystifier certaines situations et croyances au sujet d'individus ou de groupes.

- **Facilitation** : suggérer des activités et mobiliser les énergies pour susciter l'entraide, augmenter le pouvoir d'agir, aider à maintenir le cap sur les objectifs, approfondir la réflexion sur un sujet ou un enjeu et valider les sentiments et les opinions.
- **Initiation** : soulever l'intérêt de la personne face à des difficultés ou à des problèmes qui la concernent et qui émanent de l'application de divers programmes ou politiques ; travailler à améliorer les ressources existantes en exerçant de la pression pour que soient développés d'autres services lorsque des lacunes ou des besoins sont ciblés.
- **Planification** : planifier, en collaboration avec la personne-cliente, les étapes de la mise en place de suivis ou d'activités, anticiper les obstacles et générer des solutions de rechange.

3. ART D'INTERVENIR AVEC LA PERSONNE

Pendant l'étape de travail, l'intervention s'appuie sur un ensemble de compétences relevant à la fois du savoir-faire et du savoir-être. La travailleuse sociale étant invitée à partager l'univers et les réalités d'une autre personne, l'importance de la conscience de soi ne saurait être trop soulignée ; il est essentiel qu'elle demeure conscient que ses propres biais peuvent colorer les perceptions qu'elle se fait de la situation, au fur et à mesure de l'évolution de celle-ci. Un autre aspect incontournable du savoir-faire est l'importance de travailler avec les forces de la personne et de miser sur le sens qu'elle attribue aux situations pour constituer le point d'appui de l'intervention. Voici d'autres compétences de l'ordre du savoir-faire et du savoir-être essentielles pour générer et soutenir le changement.

3.1 LANGAGE DE L'ÉCOUTE

Les habiletés de communication, qui se situent au cœur de tout processus d'intervention, reposent sur un apprentissage sans cesse renouvelé. Comme le souligne Autès : « Le travail social se raconte. Parce qu'à chaque fois les circonstances, les modes de faire ont été différents, spécifiques, marqués par les temps, les lieux, les personnes » (1999 : 250). Il s'agit donc pour la travailleuse sociale de développer non pas des techniques, mais

plutôt un art qui se construit et qui se renouvelle constamment par l'attention vigilante portée aux paroles, au langage non verbal et aux silences. L'attention portée au langage par des habiletés d'écoute très aiguisées permet à l'intervenante de comprendre le sens que la personne donne à son expérience, à son vécu, à son problème. L'écoute empathique vise toujours à « libérer la parole de l'autre » (Freire, 1982).

3.1.1 Créer un espace de dialogue

L'adage voulant qu'on puisse parler la même langue, sans pour autant partager le même langage, s'applique tout à fait aux situations d'intervention. Il est donc essentiel de porter une attention à son langage et à celui de l'autre, au choix des mots, à leur signification selon les différents contextes, groupes ou cultures. Le langage n'est pas seulement utilitaire, il façonne nos expériences, nos perceptions, nos réactions, nos agissements (Foucault, 1969; Paquin, 2006). Le discours est une façon de donner un sens aux gestes qu'on pose, aux choix qu'on fait, aux rôles qu'on assume. Le discours n'est pas uniquement personnel, il est fabriqué dans un contexte social, politique, historique, économique et culturel. Les récits sont donc toujours à la fois personnels et collectifs (Brown, 2003; Clark, 2003).

Le rôle de la travailleuse sociale est d'aider la personne à découvrir, à décoder ou à amplifier le sens attribué aux expériences et aux récits qu'elle rapporte, en créant, grâce à l'écoute, un espace lui permettant de se réengager (Cooper et Lesser, 2005). En plus de faciliter la compréhension, l'intervenante lance une invitation à reconcevoir le sens et à découvrir les nouvelles possibilités que cela apporte. Comment la personne-cliente se représente-t-elle son expérience? Quelles sont les autres représentations possibles? L'écoute peut amener la personne à découvrir des possibilités inédites, en dégageant d'autres façons de percevoir certains problèmes ou expériences.

Par une écoute empathique et attentive, la travailleuse sociale cherche à comprendre de quelle façon les récits présentés par la personne orientent ses perceptions, ses réactions, ses désirs, ses actions et ses comportements (White et Epston, 1990). Souvent très aiguisée pendant les étapes initiales d'une intervention, l'attention accordée à l'écoute peut parfois s'amenuiser dans les étapes subséquentes du travail. Maintenir la qualité de l'écoute exige donc une grande vigilance.

3.1.2 Communication non verbale

Le non-verbal constitue une partie intégrante de la communication. Tout comme les mots, la communication non verbale peut avoir plusieurs significations et elle contribue souvent à amplifier, ou parfois à contredire, le sens des mots. Afin de bien comprendre la teneur des propos de son interlocuteur, la travailleuse sociale doit percevoir ses messages non verbaux et l'inviter à discuter du sens qu'ils revêtent. Selon Kadushin (1990: 268-299), le non-verbal peut s'exprimer dans plusieurs éléments de la communication, qu'il distingue en fonction des sept catégories suivantes :

- La chronométrie englobe ce qui est relié au temps; par exemple, le fait de se présenter en retard à une entrevue, le rythme et la cadence du débit langagier, les pauses, les silences.
- Les odeurs comprennent notamment les états émotifs se transmettant par des changements subtils d'émanations corporelles, les réactions aux différentes odeurs.
- Les diverses formes de toucher telles que donner ou non une poignée de main, les expressions d'empathie ou de soutien exprimées par des gestes, lesquelles sont souvent définies par des normes culturelles.
- La présentation ou «l'emballage» qui se traduit par la façon de se présenter, le style de vêtements.
- Le paralinguistique inclut ce qui est contigu au langage, notamment le ton de la voix, l'articulation, l'accent sur certains mots, l'intensité dans la voix.
- La proxémique s'intéresse à l'organisation de l'espace dans les relations interpersonnelles, par exemple, l'aménagement de cet espace et l'utilisation qu'on en fait pour se sentir à l'aise ou, encore, pour marquer le lien entre soi et son interlocuteur.
- Le langage corporel kinesthésique comporte le mouvement des yeux, des mains, des pieds, la façon de s'asseoir.

Les codes pour déceler la signification du langage non verbal sont intimement liés aux milieux de vie et aux contextes ethnoculturels. Afin d'assurer la clarté et la transparence des échanges, l'intervenant doit non seulement se renseigner sur les sens attribués par l'autre personne aux messages non verbaux perçus, mais elle doit être également très

consciente de la teneur de son propre langage non verbal et sensible à toute incompréhension qui peut en résulter.

3.2 TRAVAILLER AVEC LES SILENCES

Dans notre société, le silence est souvent associé à l'absence de voix, à un manque de pouvoir, à la défaite, comme le reflètent les expressions « condamner au silence », « réduire au silence », ou encore à une absence de communication, comme dans l'expression « la majorité silencieuse ». Malgré ce sens commun qu'on lui attribue, le silence n'en demeure pas moins une forme d'expression très puissante. Comme le silence peut, particulièrement dans la société occidentale, être source de malaise, il n'est pas inhabituel qu'il provoque de l'anxiété et qu'il soit interprété comme problématique. Si le flot de paroles crée chez l'intervenante un faux sentiment de sécurité, l'assurance qu'elle « contrôle » bien l'entrevue, le silence peut la déstabiliser. Selon Shulman (2006: 121), la capacité de dialoguer sur les silences fait partie des habiletés d'intervention traduisant le plus l'empathie et le souci (*caring*) de l'intervenante. Il est donc essentiel pour la travailleuse sociale de savoir interpréter et utiliser les silences.

Reconnaître la richesse que recèle le silence peut faciliter le décodage des multiples significations dont il est porteur. Ainsi, le silence peut refléter de l'anxiété ou de la colère, il peut signifier que la personne réfléchit aux implications ou à la signification de l'échange précédent ou il peut avoir déclenché des émotions fortes qui émergent difficilement ou lentement. Le silence peut par ailleurs traduire de l'ambivalence chez la personne, il peut masquer des émotions difficiles à exprimer, comme de la colère envers l'intervenante ou ce qu'elle représente, tout comme il peut survenir lorsque la conversation touche un élément perçu comme tabou. Lorsque l'intervenante n'a pas capté la signification d'un message ou l'a mal décodé, le silence peut être une façon polie pour la personne de le signifier. Il peut être une forme de résistance, de contestation (d'où l'expression « une attaque massive de silence » dans le monologue de Richard Desjardins intitulé *Les veuves*), ou encore, être perçu comme la seule forme de pouvoir ressenti dans une relation en contexte d'autorité.

La réponse au silence doit tenir compte de sa signification, d'où l'importance d'être sensible aux facteurs culturels qui l'influencent. Le décodage du silence requiert une prise de conscience de son propre niveau

d'aise face aux silences et un travail d'autoréflexion sur ses propres façons d'y réagir. Comprendre la teneur des silences repose nécessairement sur l'exploration, avec la personne, du sens qu'elle leur attribue. L'utilisation de techniques comme l'exploration, le reflet ou la prescription de temps de silence pourra faciliter l'interprétation des silences. En voici des exemples.

« Vous me semblez plus silencieuse depuis quelques moments... Est-ce qu'il y a quelque chose de spécifique auquel vous pensez ? »

« Votre silence me porte à croire que nous pourrions avoir touché à un sujet difficile. »

« Je reconnais l'importance du temps dont vous avez besoin pour y penser ; on peut s'accorder des moments de réflexion si vous le souhaitez. »

3.3 POSER DES QUESTIONS QUI INVITENT AU DIALOGUE

L'intervention exige que la travailleuse sociale ouvre la communication pour amener la personne à préciser, à clarifier ou à élaborer certains aspects de son discours. Cette invitation au dialogue est essentielle, mais délicate. Le but, la nature et la formulation des questions adressées à la personne sont donc très importants. Les questions doivent toujours être reliées au processus de travail et viser une meilleure compréhension ou un éclairage approfondi de la situation. Il importe de bien comprendre comment la formulation de certaines questions peut faire en sorte de dévier la conversation vers une solution qui est celle de l'intervenante plutôt que de stimuler la réflexion permettant une compréhension plus éclairée de la situation. L'exemple suivant en donne une illustration.

Cliente : « Je me sens très stressée, nerveuse et anxieuse quand je fais face à des examens. »

Intervenante : « C'est normal, mais avez-vous une bonne méthode pour gérer votre stress ? »

Afin de rester centrée sur les préoccupations de la cliente, l'intervenante devrait plutôt demander :

« Les examens peuvent en effet être une importante source de stress. Qu'est-ce qui vous arrive lorsque vous êtes nerveuse et anxieuse face à un examen ? »

Une question claire ne porte préférablement que sur un seul objet. Poser une question à la fois plutôt que d'aborder plusieurs sujets dans la même question est particulièrement important lorsque la personne fait face à des difficultés cognitives ou si l'entretien se déroule dans une langue autre que sa langue maternelle.

Inviter au dialogue exige le recours à des questions ouvertes plutôt qu'à des questions fermées qui, comme l'indique leur appellation, ferment la discussion ou laissent peu de place à la nuance. Par exemple, plutôt que de demander « Vous voulez retourner aux études ? », il est préférable de privilégier une formulation plus ouverte, telle que : « Que représente pour vous un retour aux études ? » Les questions ouvertes invitent à l'interaction et au partage de réflexions. Elles offrent des choix et permettent à la personne d'exprimer ses pensées et ses sentiments et de les approfondir dans ses propres mots et à son rythme. Elles invitent la personne à parler d'elle-même et nourrissent aussi un échange relationnel, tremplin de la mise en action. Les mots suivants sont plus susceptibles de résulter en une formulation ouverte lorsqu'il s'agit d'introduire une question : où, quand, comment, avec qui, à propos de quoi, de quelle manière et pendant combien de temps, etc. Les questions qui s'amorcent par « Qu'est-ce qui » sont aussi très adaptables et elles reflètent l'intérêt de l'intervenante à mieux comprendre le sens donné à une expérience. Voici quelques exemples de questions ouvertes engageant le dialogue :

« Décrivez-moi votre réaction lorsque... Parlez-moi de vos attentes face à votre fille... »

« Ma collègue à qui vous avez parlé au téléphone m'a donné certaines informations au sujet de ce qui vous amène à consulter, mais cela m'aiderait à mieux comprendre si vous me l'expliquiez dans vos propres mots. »

« Qu'est-ce qui se passe lorsque... ? »

« Qu'est-ce qui, selon vous, aurait besoin d'être changé ? »

« Qu'est-ce qui va vous indiquer que vous avez fait les changements que vous souhaitez ? »

« Comment reconnaissez-vous que vous êtes arrivé à un tel point de frustration ? »

« Qu'est-ce qui, selon vous, risque d'arriver si la situation ne change pas ? »

Certaines questions ont pour but d'amener la personne à se concentrer sur des points précis de sa situation, ce qui permet de partialiser les problèmes et d'approfondir les préoccupations qui s'y rattachent. Il s'agit, en somme, d'amener la personne à préciser des propos vagues ou d'ordre général, une habileté que Shulman (2006) nomme « aller du général au particulier ». Les questions pour faciliter cette démarche encouragent la clarification, les exemples et les narrations plus élaborées. En invitant la personne à donner plus de détails, la travailleuse sociale peut lui ouvrir la porte à une prise de conscience de ses stratégies ou de ses réactions et des modifications qu'elle peut y apporter. Voici quelques exemples :

« Vous dites que vous avez fait face à des défis que vous avez su relever. Ça m'aiderait à mieux comprendre si vous me donniez un exemple. »

« Il semble que vous avez vécu une relation difficile avec votre père. Si vous avez le goût d'en parler davantage, ça m'aiderait à mieux comprendre comment vous avez vécu cette situation. »

« C'est au souper que les arguments commencent souvent entre toi et ton frère. Peux-tu me décrire une scène d'une telle chicane ? »

« Tu dis que tu essaies de trouver des moyens pour jouer avec les autres filles dans la cour de récréation. J'aimerais que tu me parles d'une fois où tu as fait ça. Comment les choses se sont-elles passées ? »

3.4 DONNER DU SOUTIEN ET DE L'ENCOURAGEMENT

Le soutien et l'encouragement incitent à la poursuite du travail. L'intervenante manifeste son soutien en reconnaissant les difficultés et les ambivalences inhérentes à tout changement, tout en se gardant de minimiser les situations présentées, de diminuer ou de réfuter le sens que la personne leur attribue. Encourager l'exploration d'émotions plus difficiles à exprimer et la discussion de sujets pénibles exige nécessairement l'expression authentique d'empathie ; la travailleuse sociale doit faire preuve d'une présence attentionnée qui va au-delà des aspects techniques

et souvent mécanisés de questions telles que « Comment vous sentez-vous ? ».

3.4.1 Recadrage

Le recadrage est une habileté d'intervention tablant sur les forces de la personne, en lui suggérant une lecture alternative d'elle ou d'une expérience. Il consiste à présenter une situation selon un éclairage différent, invitant la personne à la percevoir ou à la caractériser sous un autre angle, à la situer en quelque sorte dans un autre cadre (Bandler et Grinder, 2005). Le recadrage cherche à ouvrir la porte à une relecture des faits, à la découverte d'une signification jusque-là méconnue. La situation reste la même, mais la perception qu'on en a se modifie, transformant le rapport entretenu avec celle-ci. Le recadrage est une habileté qui exige d'être maîtrisée et utilisée de façon réfléchie car il ne consiste pas du tout à dédire ou à minimiser les perceptions ou l'expérience du client, pas plus qu'à imposer la lecture qu'en fait l'intervenante, mais bien à ouvrir la voie à une manière autre de s'engager ou de dialoguer avec son expérience ou d'y faire face (Trevithick, 2005). Bien comprise et utilisée judicieusement, cette habileté peut se révéler très utile en intervention.

3.5 RECONNAÎTRE LES ENTRAVES OU LES BARRIÈRES AU CHANGEMENT

Le travail d'intervention exige la reconnaissance des barrières qui font obstacle au changement, particulièrement dans un contexte d'autorité ou dans un cadre non volontaire, qui est souvent celui dans lequel se situe l'intervention sociale personnelle. Nommer ouvertement les barrières et les résistances peut susciter une discussion des enjeux liés à l'autorité au sein de la relation d'intervention, mais aussi dans d'autres sphères de vie de la personne, et peut faciliter la prise de conscience de difficultés qui en résultent et de leur influence sur son vécu.

3.5.1 Confrontation comme habileté d'intervention

La confrontation, souvent associée à tort à une forme d'agressivité ou à une manifestation de l'autorité et du pouvoir de l'intervenante, est

une habileté d'intervention visant à susciter l'autoréflexion. Il s'agit d'une rétroaction, d'un partage d'informations, d'observations ou de questionnement visant à faciliter l'autoréflexion et la compréhension (Shulman, 2006). Son utilisation en intervention exige d'abord que l'intervenante reconnaisse la relation de pouvoir ou d'autorité dans laquelle elle se situe, et qu'elle tienne compte du fait que les personnes qui ont vécu de l'humiliation ou de l'oppression peuvent être extrêmement sensibles à toute forme de confrontation (Trevithick, 2005). Cette stratégie n'a donc sa place que dans une relation d'intervention ancrée dans le respect et la compréhension. La confrontation sert alors à relever certaines incongruités qui traduisent l'ambivalence d'une personne face à une situation et à les mettre en lumière. Egan et Forest (1987) soulignent l'importance pour l'intervenante d'être elle-même disposée à être remise en question face à ses propres contradictions, le cas échéant. Le recours à la confrontation est plus susceptible d'être utile si la travailleuse sociale procède de façon méthodique (Egan et Forest, 1987) :

- a) en partageant toute l'information pertinente relevée ou notée qui fait l'objet d'un questionnement;
- b) en explorant avec la personne des liens possibles entre certains propos dans son récit ou entre certains de ses comportements dans des circonstances différentes et les incongruités apparentes qu'ils recèlent. Il pourrait, par exemple, s'agir d'incongruités entre deux affirmations, entre la parole et l'action, entre les paroles et le langage non verbal, ou encore entre les propos tenus par deux personnes en présence au sujet de la même situation;
- c) en partageant ses observations et en nommant les éléments de la situation qui lui semblent incongrus concernant les : qui, quoi, comment, de quelle façon, dans quelles circonstances, etc.;
- d) en vérifiant avec la personne la signification qu'elle attribue à l'incongruité : « D'une part, vous dites, ou vous faites, et d'autre part, vous dites et vous faites... L'avez-vous remarqué? Qu'est-ce que ça signifie?... Comment expliquez-vous ceci? » Il s'agit d'explorer les perceptions de la situation, de chercher les explications possibles pour favoriser le dialogue et la clarification, et non de rendre mal à l'aise;
- e) en soulignant la difficulté d'être porteur de contradictions et en mettant l'accent sur l'importance de se donner du temps pour réfléchir

afin de prendre la décision la plus éclairée possible, en normalisant et en offrant du soutien dans cette démarche.

4. ART D'INTERVENIR DANS LE CONTEXTE SOCIAL

Le travail social personnel vise notamment à améliorer les interactions entre le client et son environnement (Timberlake, Zajicek-Farber et Anlauf Sabatino, 2008). Même s'il incombe tout d'abord à la personne de bonifier ses échanges avec son milieu, la travailleuse sociale y contribue en facilitant cet arrimage. Les systèmes informels et formels entourant la personne doivent être mis à contribution pour l'accueillir et la soutenir dans son cheminement.

4.1 MOBILISER LES RESSOURCES DU CONTEXTE SOCIAL

Une des premières tâches de la travailleuse sociale est de déterminer avec la personne **ses aspirations, ses attentes, ses forces et ses compétences, afin d'éveiller en elle un espoir qui l'amènera à se mobiliser.** À travers cette démarche, l'intervenante va interpeller les rêves de la personne (Saleebey, 2009). Il s'agit de structurer un parcours construit à l'aide de petits pas successifs marqués d'expériences de succès. La travailleuse sociale invite la personne-cliente à identifier les personnes significatives de son réseau informel et formel qui peuvent l'aider à cheminer dans ce parcours. Le but est d'atteindre une insertion sociale dans laquelle elle s'épanouit et reçoit de ses actions des rétroactions positives venant de son environnement. Sullivan et Rapp (2009) soulignent qu'elle doit y jouer un rôle qui a du sens pour elle et son entourage.

Les ressources mobilisées dans la communauté ne sont pas exclusivement des organismes formels ou liés aux services sociaux; le réseau informel doit également être mis à contribution. Les ressources de ce réseau peuvent être « une personne ou un parc, une famille ou un groupe de bavardage sur Internet » (traduction libre, Sullivan et Rapp, 2009 : 239). Par exemple, un échange de gardiennage ou une cuisine collective peuvent être organisés entre les voisins d'un édifice à logements; une aînée peut aider un enfant d'âge scolaire à faire ses devoirs; un adolescent peut faire la lecture à une personne âgée; l'entraîneur d'une équipe sportive ou

d'un groupe culturel peut soutenir un jeune en difficulté; un adulte ex-psychiatisé peut s'investir dans un jardin communautaire; une personne avec un handicap intellectuel peut contribuer à une équipe sportive ou à une entreprise. En mettant à contribution les multiples aspects de la vie sociale (logement, travail, loisirs, santé et autres), ces milieux fournissent des occasions privilégiées pour faire des expériences, transférer des acquis, se valider, développer un sentiment d'appartenance et acquérir une meilleure estime de soi.

Comme la travailleuse sociale intervient souvent auprès de personnes vulnérables, isolées ou socialement exclues qui affrontent des difficultés quotidiennes et ont parfois peu de pouvoir pour améliorer leurs conditions matérielles de vie, il lui appartient de les stimuler et de les mobiliser pour qu'elles profitent des services offerts dans leur communauté (De Robertis, 2007). Ces services viennent de diverses institutions, des équipements sportifs, culturels, de loisirs ou autres présents dans leur milieu, des organismes communautaires et des groupes d'entraide. Ces deux derniers milieux d'intervention, très proches de la communauté, ne se définiront pas d'abord comme des distributeurs de services, mais comme des milieux de vie. Certains d'entre eux s'engageront dans des actions plus politiques de défense des droits de leurs usagers avec la participation active de ceux-ci.

Pour jouer un rôle de facilitateur entre la personne et son environnement, la travailleuse sociale se doit d'être au fait des ressources et activités présentes dans la communauté qu'elle dessert. Elle en informe la personne, peut à l'occasion la conseiller et la motiver dans le but qu'elle se mette en action. Mais c'est d'abord à la personne elle-même de prendre contact avec ces ressources, de demander d'y avoir accès, de s'y inscrire et s'y engager. Le fait de poser de tels gestes concrets facilitera son insertion dans ces nouveaux milieux, son engagement vis-à-vis de ces ressources, sa participation active, puis un plus grand ou plus long maintien de son implication.

Or, les clientèles vulnérables ou marginalisées avec lesquelles les travailleuses sociales interviennent sont souvent victimes d'étiquetage et de stigmatisation (De Robertis, 2007). Il est de la responsabilité de la travailleuse sociale de neutraliser ce processus d'exclusion. En tant que facilitateur, elle contribue alors à en ouvrir l'accès et à réduire les barrières institutionnelles. Elle devient « le porte-parole des intérêts de la personne,

il est ainsi amené à intercéder en sa faveur auprès des autres» (De Robertis, 2007 : 289). Elle établit le premier contact avec ces organismes, parfois en présence ou avec la participation de la personne, les informe, avec l'accord de cette dernière, de ses besoins particuliers et formule une demande officielle de services. Elle use consciemment du pouvoir associé à son statut de professionnelle et d'employée d'une organisation pour permettre l'accès aux services et le nivellement des barrières.

4.2 RECONNAÎTRE LES CONTRAINTES DU SYSTÈME ET TRAVAILLER DANS LES INTERSTICES

Les systèmes des services sociaux, de santé et d'éducation affrontent actuellement de très nombreuses contraintes économiques et organisationnelles. Celles-ci se traduisent en critères de sélection qui ont pour effet de **limiter l'accès aux services**. On constate aussi que plusieurs acteurs peuvent être appelés à contribuer au plan de services. Ce contexte très complexe nécessite de la concertation et de la coordination. Ce dernier rôle est souvent dévolu à la travailleuse sociale. Ses tâches sont généralement celles de **coordination, de négociation, voire de défense des droits**. Faire des **choix éclairés** vis-à-vis de ces tâches exige donc qu'elle réfléchisse sur son rôle, sur sa place à l'intérieur de son organisme et sur ses **valeurs**. Un cadre d'analyse écosystémique lui sera utile pour comprendre et agir à l'intérieur de ce contexte, et pour faire en sorte que ses actions aillent dans le sens des intérêts de la personne-cliente « pour obtenir une reconnaissance de droit, une prestation en nature ou en espèces » (Blanc et Gonzalez, 2007 : 302).

La principale compétence que doit alors développer la travailleuse sociale est la capacité de détecter les interstices et de saisir les possibilités qu'elles offrent. Les organisations ont en effet des règles du jeu internes. Selon Blanc et Gonzalez (2007), la construction d'un argumentaire en faveur d'une personne peut reposer sur les cinq éléments suivants :

- 1) Les règlements qui concernent la demande à formuler.
- 2) Le niveau hiérarchique à interpeller.
- 3) Les intérêts officiels et officieux de chaque partie.
- 4) L'argumentation venant du système sur laquelle s'appuyer.
- 5) Les voies de recours ou d'appel.

Les objectifs officiels et cachés des organisations, leurs règlements, leurs réseaux de pouvoir formels et informels, les conduisent à des rapports fondés sur de la coopération, mais où on peut également détecter de la compétition. C'est ainsi que des contradictions peuvent apparaître entre le discours tenu par une organisation et ce qu'elle offre en réalité (Blanc et Gonzalez, 2007). Cette brèche devient une ouverture dont la travailleuse sociale peut prendre avantage. Mettre en lumière cette contradiction lui fournit une assise sur laquelle appuyer son argumentaire en faveur de la mise en place des services concordant avec les discours officiels. Le respect de l'échelle hiérarchique d'une organisation s'avère souvent une stratégie efficace pour atteindre ses buts. Le ton employé est également important : les façons de faire les plus diplomatiques atteignent mieux leur but. Dans de tels contextes, des habiletés de médiation seront particulièrement utiles pour établir des liens plus positifs entre des clients et certains milieux. Nugent (2001) distingue cinq étapes à ce processus de résolution de problèmes :

- 1) Planter un rapport entre les deux parties où les émotions négatives sont neutralisées, après avoir été ventilées.
- 2) Définir les différends en termes de comportements qu'il est possible de changer.
- 3) Susciter auprès des deux parties concernées le plus d'options de solutions alternatives possible.
- 4) En installer une où les parties sont toutes les deux gagnantes.
- 5) Évaluer l'efficacité de cette solution par rapport au différend initial.

4.3 PARTICULARITÉS DE L'INTERVENTION EN CONTEXTE D'AUTORITÉ

De nombreuses travailleuses sociales œuvrent dans des institutions qui ont un mandat de venir en aide à des clients pour les protéger ou pour protéger la société. Dans de telles circonstances, la travailleuse sociale exerce une fonction de contrôle social dans le cadre d'une organisation légalement mandatée pour «régulariser, diriger ou restreindre les activités et les comportements d'un client» (traduction libre, Heinonen et Spearman, 2001 : 108). La notion de contrôle social a longtemps été opposée à celle de l'aide et à des principes directeurs du travail social comme

l'acceptation de l'autre, l'attitude de non-jugement, la confidentialité, le droit à la vie privée, l'engagement de la personne-cliente, le respect de son pouvoir d'agir et la justice sociale. Mais au cours des années 1990, plusieurs auteurs se sont accordés pour considérer qu'en contexte de protection sociale, il peut être nécessaire de limiter l'autodétermination du client : « le droit du client est parfois limité par sa capacité de prendre des décisions jugées positives ou constructives, d'après les lois et les normes socialement acceptées par la société, et par le mandat de l'organisme vers lequel il est dirigé » (Trottier et Racine, 1992 : 13-14). En se fondant sur les codes d'éthique canadien et américain des travailleurs sociaux, Heinonen et Spearman (2001) soulignent que la capacité décisionnelle de la personne peut être restreinte quand elle présente un danger pour elle-même ou pour les autres, que ses plans sont jugés « irréalistes, irraisonnables ou peuvent blesser » (traduction libre, p. 173). L'intervenante prend alors les décisions la touchant en fonction de son « meilleur intérêt », et ce, souvent avec l'aide du système judiciaire.

Trois critères définissent une intervention en contexte non volontaire ou d'autorité : 1) la personne-cliente se sent obligée de demeurer dans la relation ; 2) les choix effectués à l'intérieur de cette relation sont faits sous l'effet de la contrainte ou de la coercition parce que les impacts de la quitter sont trop élevés ; 3) la personne se sent donc profondément désavantagée, voire contrôlée (Rooney, 1992 : 4-5). Heinonen et Spearman (2001) distinguent deux catégories de personnes non volontaires : les personnes qui reçoivent des services sociaux mandatés à partir d'une loi provinciale ou fédérale et les personnes qui demandent de l'aide sous la pression de leur entourage immédiat. On remarque chez ces personnes une grande résistance à la présence de la travailleuse sociale dans leur vie. Généralement, elles ne se reconnaissent pas comme ayant un problème et elles peuvent le transférer à la personne qui a demandé de l'aide pour elles. Elles ont peu ou n'ont pas de motivation à entreprendre des changements qu'elles n'ont pas nécessairement souhaités, ce qui les amène à déjouer et contrecarrer l'intervenante. Bref, ces personnes demeurent dans le processus vu les contraintes qui leur sont imposées, en particulier pour satisfaire à des exigences légales ou autres, par crainte de perdre une conjointe, des enfants, un emploi.

L'autorité professionnelle ou légale que détient une travailleuse sociale peut devenir un outil pour susciter la motivation (Rooney, 1992 ;

Simard et Turcotte, 1992). Le rapport d'influence qui s'installe sert à : 1) motiver la personne à recevoir le service ; 2) l'amener à changer sa définition du problème ; 3) comprendre ou reconnaître la définition qu'en a son entourage ou la société à travers certaines de ses instances ; 4) accepter une solution autre que celle souhaitée au départ ; 5) entreprendre un processus de changement. L'intervention doit alors déboucher sur une redistribution graduelle du pouvoir de la travailleuse sociale vers la personne. Ce partage s'effectue grâce à une délimitation claire des paramètres de l'intervention. Le fait d'expliquer le contexte social, la perspective de protection, les limites et les possibilités d'intervention qu'imposent l'encadrement organisationnel et l'aspect légal permet d'impliquer la personne-cliente dans les décisions (Rooney, 1992 ; Rooney et Bibus, 2001) et de démystifier le contexte d'autorité.

La travailleuse sociale cherche en fait à installer une « congruité motivationnelle », c'est-à-dire un accord entre la motivation de la personne et les services qu'elle a à lui fournir (Rooney, 1992 ; De Jong et Berg, 2001). Elle voit alors les résistances du client comme partie intégrante du processus d'intervention ; celles-ci deviennent normalisées (Guay, 2009 ; Gold, 2008 ; Madsen, 2007 ; Rooney et Bibus, 2001) et l'intervenante invite le client à nommer ses résistances, à verbaliser les sentiments d'ambivalence ou autres émotions qui y sont sous-jacents (Gold, 2008).

Turnell et Edwards (1999) mettent de l'avant des principes directeurs de la pratique mandatée de protection. Ces auteurs affirment que ces principes, qui s'inscrivent dans la perspective de la pratique axée sur les forces (Saleebey, 2009), sont essentiellement des buts à atteindre. Ils s'articulent autour des idées suivantes :

- Toute personne vaut la peine qu'on travaille avec elle et possède des capacités pour changer.
- Dans un contexte de protection des enfants et des adolescents contre la maltraitance de leurs parents ou autres tuteurs, l'intervenante travaille avec des personnes et non pas avec des abuseurs.
- Outre les risques d'abus ou les dangers touchant la sécurité, le bien-être et le développement que ces enfants ou adolescents affrontent, il importe de reconnaître les signes de sécurité, soit les forces et compétences des parents et du milieu. L'intervention doit se centrer sur celles-ci et toujours tenter de les accroître.

- La travailleuse sociale doit être à l'écoute de la personne et savoir ce que cette dernière veut. Elle va à fond dans son investigation, cherche des détails, des faits précis et des indicateurs clairs. Elle peut alors formuler une conclusion avec cet ensemble de faits, proposer des choix et structurer un plan construit sur des petits changements menant progressivement vers des réussites,
- Les entrevues avec les personnes-clientes sont considérées comme un lieu d'échange où ces dernières peuvent essayer de nouveaux comportements.

Lorsque le travail social se fait avec des clientèles volontaires, des enjeux de pouvoir et d'autorité sont également présents. Le fait que les travailleuses sociales s'attendent à rencontrer des personnes qui se présentent de leur propre initiative, avec lesquelles il est possible de mettre en place une relation de confiance et de coopération (De Jong et Berg, 2001), occulte parfois le pouvoir et l'autorité détenus par la travailleuse sociale. Son expertise et son statut social, d'une part, et la situation de fragilité qu'entraîne une demande d'aide ainsi que la vulnérabilité sociale que vivent de nombreuses personnes, d'autre part, construisent un contexte de déséquilibre où la travailleuse sociale se retrouve dans une position d'autorité, même si elle n'intervient pas en contexte d'autorité. C'est pourquoi l'intervention en travail social personnel est souvent critiquée.

4.4 TRAVAIL EN CONTEXTE D'INTERDISCIPLINARITÉ

Intervenir exige de plus en plus que les travailleuses sociales développent l'art de naviguer dans des contextes de travail interdisciplinaires, qu'il s'agisse de la protection des enfants et des adolescents, du travail social scolaire ou de l'intervention dans le champ de la santé (Drolet et Dubois, 2009). Pour saisir le concept d'interdisciplinarité, il importe au départ de cerner celui de discipline. Une discipline se définit comme une «institutionnalisation des pratiques de recherche et d'enseignement autour d'une communauté professionnelle, d'institutions» (Fourez, 1998: 32). Ces savoirs construits deviennent standardisés, car ils sont inscrits sur des perspectives historiquement stabilisées qui permettent de cumuler des connaissances, d'en déterminer les balises, d'établir des normes à atteindre et d'en statuer l'identité.

Deux lectures traversent les questions concernant l'interdisciplinarité et permettent d'en saisir les enjeux (Lenoir et Sauvé, 1998; Couturier et Dumas-Laverdière, 2008). L'interdisciplinarité y est considérée comme :

une synthèse conceptuelle: on se réfère à l'organisation d'une forme de métathéorie qui permettrait une conceptualisation plus globale des problèmes, et éviterait ainsi la parcellisation des savoirs ou l'hyperspécialisation des disciplines;

une approche instrumentale et pragmatique: des acteurs mettent ensemble des réponses empiriques concrètes qui permettent de mieux saisir des questions complexes. Ils vont alors au-delà de leurs façons de faire, souvent disciplinaires, pour les mettre en commun, d'où émerge un langage commun.

Quel que soit le cadre de référence adopté, travailler en contexte interdisciplinaire exige une étroite collaboration entre tous les professionnels. Cette collaboration implique un partage de philosophie, de responsabilités, d'informations et de décisions entre les membres d'une équipe; l'expertise de chacun est mise à contribution, ce qui entraîne une forme d'interdépendance constructive où le pouvoir est partagé entre les membres (D'amour, Ferrada-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005). Ce travail de concertation exige de chaque professionnelle une communication ouverte et honnête, un respect des autres de même qu'une confiance mutuelle. Cependant, des tensions peuvent émerger à l'intérieur de telles équipes quand un membre s'enracine trop dans sa discipline, et qu'il ne reconnaît, ne comprend ou ne respecte pas les rôles et expertises des autres (Kvarnström, 2008).

Les conditions organisationnelles se répercutent sur la concertation interdisciplinaire. Selon Kvarnström (2008), une différence de statut entre des professions établira la plus ou moins grande influence de certaines professions sur d'autres. La façon d'aborder les problèmes qui est privilégiée par les disciplines se répercute également sur la concertation interdisciplinaire. Dans le champ de la santé, Couturier et Dumas-Laverdière (2008) constatent que les intervenantes en travail social et en sciences infirmières n'ont pas toujours le même mode d'analyse: les premières mettent en évidence la complexité des difficultés que rencontrent les personnes, alors que les secondes cherchent à atteindre une compréhension unifiée des problèmes. Dans le domaine scolaire, les travailleuses sociales

insisteront sur la particularité vécue par un élève, sa famille, sa communauté et les conditions de vie qu'ils affrontent alors que leurs partenaires analyseront le quotidien à partir de considérations plus académiques (Drolet, Dubois et Zloteanu, 2008). Bref, les enjeux de l'interdisciplinarité vont bien au-delà des personnes; ils requièrent une identité professionnelle circonscrite, solide et ouverte, ainsi qu'une contextualisation et une compréhension organisationnelle.

5. ÉTHIQUE

Les codes de déontologie en travail social précisent les normes exigées dans l'exercice de la profession et offrent des balises qui guident les pratiques d'intervention. Certaines lignes de conduite sont spécifiques et concrètes, offrant des directives claires au sujet de comportements proscrits ou d'actions susceptibles de nuire aux personnes. D'autres éléments reposent sur des principes plus généraux qui caractérisent les valeurs vers lesquelles doit tendre l'intervention. Les codes de déontologie n'offrent pas nécessairement de directives quant à la façon d'agir dans certaines circonstances plus complexes, faisant appel à des valeurs qui s'entrechoquent ou qui sont contradictoires, selon la perspective ou la lunette avec laquelle elles sont analysées. La travailleuse sociale est alors confrontée à des dilemmes éthiques ou à des dilemmes d'ordre moral. Un dilemme éthique survient lorsqu'une travailleuse sociale fait face à un choix paradoxal, mettant en présence des responsabilités professionnelles et des valeurs qui sont en conflit ou qui semblent l'être. Les auteurs ont présenté diverses définitions du dilemme éthique, dont voici deux exemples :

[...] une situation où deux ou plus des principes moraux du code de déontologie s'opposent et où il faut une réponse qui doit respecter un ou plusieurs principes au détriment d'un ou de plusieurs autres principes (Kugelman-Jaffee, 1990, cité dans Cossom, 1993: 86).

Un choix d'action pose un dilemme éthique lorsque l'action envisagée entraîne des conséquences à la fois positives et négatives sur soi, autrui et son environnement (Legault, 2000: 105).

Les transformations sociales et politiques des dernières décennies soulèvent dans leur sillage des enjeux éthiques d'ordre macrosystémique de plus en plus complexes. On pense, par exemple, à la diminution constante des transferts sociaux, des ressources financières consenties aux

organismes communautaires, au développement de technologies biomédicales sophistiquées qui mènent à des choix moraux difficiles ou à celui de technologies de communication de plus en plus envahissantes et à leur impact sur la protection de la vie privée. La diversité accrue des nos sociétés met en présence des valeurs dont le poids et la portée sont modulés par diverses perspectives. Ces facteurs se répercutent sur la pratique, complexifiant la nature et la portée des dilemmes qui s'y vivent. Au niveau microsystemique, des dilemmes émanent de facteurs individuels liés à la diversité des situations et des réalités des personnes. Ces dilemmes peuvent être classifiés selon la typologie suivante (Reamer, 1995):

TYPES DE DILEMMES	EXEMPLES
Choix difficiles entre deux ou plusieurs devoirs ou obligations conflictuels envers des instances à qui l'intervenante est redevable ou envers qui elle a des obligations.	Situation où une adolescente ne veut pas que ses parents sachent qu'elle est enceinte. L'intervenante peut être confrontée à des enjeux de confidentialité et de droit à la vie privée s'opposant à ses responsabilités envers le parent, dictées par le contexte de travail dans lequel elle se situe.
Conflits entre les valeurs personnelles de l'intervenante et celles de la personne auprès de qui elle intervient.	La femme qui sollicite l'aide de l'intervenante pour accéder à une clinique d'avortement alors que ses valeurs religieuses lui interdisent de soutenir l'avortement ou les interruptions de grossesse.
Conflits entre les valeurs personnelles et professionnelles de l'intervenante et celles de l'employeur.	Une jeune fille vient voir une travailleuse sociale scolaire parce qu'elle est enceinte et qu'elle veut des renseignements au sujet de l'avortement. En tant que travailleuse sociale, l'intervenante croit à l'importance que l'étudiante fasse un choix éclairé. L'employeur est un conseil scolaire catholique et il interdit que la question de l'avortement fasse partie des choix présentés aux étudiantes.
Conflits entre les valeurs personnelles et les valeurs promues par la profession.	Le code de déontologie interdit la discrimination envers les personnes homosexuelles : l'intervenante doit faire une évaluation familiale en vue d'une adoption et il est convaincu qu'un couple hétérosexuel offre un meilleur foyer à l'enfant.

5.1 ÉTAPES POUR L'EXPLORATION ET LE QUESTIONNEMENT DE DILEMMES EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE

Il n'existe aucune formule précise pour résoudre les dilemmes en matière d'éthique. Il est cependant **important d'aborder les dilemmes de façon réfléchie et systématique, afin de mesurer l'ampleur et la portée des choix à faire**. Reamer (1995: 64-67) propose une série d'étapes pour orienter les réflexions; mais aucune ligne de conduite, peu importe sa spécificité, ne peut fournir des solutions définitives à de tels dilemmes si complexes.

- Déterminer clairement les enjeux éthiques, en précisant les valeurs et les responsabilités visées par le conflit.
- Identifier les individus, les groupes et les organismes susceptibles d'être touchés ou affectés par la décision à prendre.
- Tenter de tracer tous les recours ou les plans d'action possibles et identifier les participants visés par chacun de ceux-ci, ainsi que les avantages, les risques et les limites qui s'y trouvent associés pour chaque personne.
- Examiner les pour et les contre de chaque plan d'action, en tenant compte:
 - des théories, des principes et des lignes de conduite liés à l'éthique (perspectives de déontologie et principes d'éthique téléologique selon lesquels certains principes ou droits ont préséance sur d'autres);
 - du code de déontologie et des enjeux légaux;
 - de la pratique du service social, de la théorie et des approches pertinentes;
 - des valeurs de chaque personne dans la situation (religieuses, culturelles, politiques et idéologiques), et plus particulièrement les valeurs qui sont en conflit avec les siennes propres.
- Consulter un collègue, un superviseur et les personnes qui ont de l'expertise dans les domaines appropriés (avocats, personnel administratif, autorités dans les domaines, etc.).
- Prendre une décision et documenter le processus de prise de décision.
- Évaluer la décision et faire un suivi documenté.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons tracé les paramètres de l'étape du travail en intervention sociale personnelle, qui a pour but de transformer en action les engagements émanant du contrat établi lors des phases initiales. Peu importe le contexte dans lequel se situe l'intervention, le travail qu'elle engendre doit toujours engager l'intervenante et la personne-cliente dans un processus mutuel de réflexion et d'action qui tient compte à la fois des particularités de la situation et du sens que la personne lui attribue ainsi que des dimensions sociales, culturelles et systémiques dans lesquelles elle évolue. Ce travail d'intervention se fait avec la personne, mais il agit aussi sur les systèmes formels ou institutionnels au sein desquels évolue la travailleuse sociale et sur les systèmes informels et formels avec lesquels doit composer la personne. Ce travail d'action « où tout est toujours à refaire, à reprendre, à recommencer, au sens où ce n'est jamais deux fois la même chose » (Autès, 1999 : 249), exige de la travailleuse sociale des habiletés qui se construisent à partir d'un savoir-faire et d'un savoir-être sans cesse renouvelés. Prenant forme et se transformant dans le dialogue, ces savoirs sont activés dans le but de mobiliser les forces de la personne-cliente, de déceler les contraintes des systèmes qui sont sources de difficultés et d'activer les ressources et les possibilités, parfois cachées, qu'ils recèlent. Ce travail dynamique vise à faciliter des interactions sociales pertinentes pour la personne-cliente et à lui permettre d'atteindre les objectifs recherchés dans l'intervention.

CHAPITRE 6

FIN DE L'INTERVENTION

Daniel Turcotte

Même si la fin de l'intervention est une étape inévitable, puisque par définition toute relation thérapeutique doit avoir un terme (Bembry et Ericson, 1999), et qu'elle est généralement reconnue comme une étape cruciale du processus d'intervention (Anthony et Pagano, 1998), elle a fait l'objet de peu d'attention de la part des chercheurs (Johnson et Yanca, 2007). Bien qu'il y ait peu de recherches sur cette étape du processus d'intervention, les connaissances acquises au fil de la pratique (*practice wisdom*) ont amené les travailleurs sociaux à reconnaître l'importance de faire en sorte qu'elle soit vécue positivement (Bogo, 2006).

Pour tirer le meilleur parti possible de cette étape importante, une attention particulière doit être accordée au contexte dans lequel elle se produit. Plusieurs circonstances peuvent provoquer la fin de l'intervention. Dans les meilleures conditions, elle se terminera parce que les objectifs établis au départ sont atteints. Mais elle peut également se produire dans des circonstances plus difficiles, parce que le client abandonne la démarche ou que le travailleur social quitte son poste. Poulin (2005) établit une distinction entre les fins planifiées et les fins non anticipées. Les premières se produisent lorsque la durée de l'intervention prévue au départ est finie ou lorsque la personne et le travailleur social conviennent conjointement que les objectifs sont atteints. Les secondes regroupent toutes les situations non anticipées au début du processus, notamment l'abandon du client, le départ du travailleur social et le transfert vers une

autre ressource. Ces dernières situations exigent une attention particulière du travailleur social pour éviter que la personne en ressorte avec de la déception, de la frustration ou de la colère à l'égard des services

Mais quelles que soient les circonstances, il est important que le travailleur social aide la personne à faire en sorte que cette étape consolide les effets de l'intervention. Lorsqu'elle est vécue positivement, l'étape de fin fournit l'occasion de passer en revue les progrès réalisés depuis la première entrevue, d'aider la personne à reconnaître sa contribution dans l'apparition de ces progrès, de la préparer aux suites de l'intervention et de l'accompagner dans cette transition qui résulte du fait de mettre un terme à la relation étroite qui s'est installée entre l'intervenant et le client au fil des entrevues (Bogo, 2006).

Ce chapitre présente des informations susceptibles d'aider le travailleur social à bien planifier la fin de l'intervention et à faire en sorte que cette étape soit vécue positivement. Le contenu est structuré en fonction des **trois tâches principales** qui doivent guider les actions du travailleur social à cette étape :

- Mesurer les changements produits.
- Consolider le transfert des acquis.
- Gérer la dimension émotionnelle de la fin.

Une place prépondérante est accordée à la mesure des changements, car il s'agit trop souvent d'une dimension négligée en travail social. Pourtant, les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux précisent que le travailleur social doit démontrer des aptitudes pour « déterminer avec le client le degré de réussite du contrat » et « mesurer son efficacité par l'indice déjà prévu » (OPTSQ, 1993: 6). Conséquemment, la capacité d'évaluer et d'interpréter les effets de l'intervention figure dans le référentiel de compétences de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OPTSQ, 2006). La mesure des changements fournit au travailleur social et au client l'occasion de **prendre conscience des progrès réalisés et de préciser les éléments qui ont contribué à l'amélioration de la situation**. S'il est essentiel d'examiner avec attention les résultats de l'intervention, cette information doit être mise en relation avec la façon dont elle se déroule et avec les conditions dans lesquelles la personne évolue, de façon à pouvoir reconnaître les éléments qui ont facilité ou fait obstacle au changement.

L'évaluation permet de juger du cheminement de la personne, tout en mettant en évidence ses compétences et les ressources dont elle dispose. Le travailleur social peut en tirer des informations de premier ordre pour améliorer son action ; elle va lui permettre de discerner les attitudes et techniques qui se sont révélées particulièrement aidantes et celles qui ont produit moins de résultats. Avec la montée de la pratique fondée sur des données probantes, il est impératif que les travailleurs sociaux accumulent un savoir systématique sur leurs pratiques afin que leur processus de prise de décision soit transparent, justifié et fondé (Howard, McMillen et Pollio, 2003 ; Pollio, 2002, 2006). Dans le contexte actuel, le travailleur social ne peut plus développer un plan d'intervention sans s'appuyer sur les connaissances les plus récentes en matière de meilleures stratégies d'intervention (Sheafor et Horejsi, 2006). Plusieurs auteurs reconnaissent que les données qualitatives basées sur des études de cas ou des discussions de groupe, les données collectées de façon systématique par les intervenants en utilisant la méthode de l'évaluation sur système unique ainsi que les analyses critiques de la pratique personnelle contribuent à enrichir les connaissances disponibles sur les interventions les plus efficaces (Pollio, 2002). Ainsi, les intervenants ne doivent pas se limiter à être des consommateurs des données probantes, ils doivent eux-mêmes contribuer à leur production (Mullen, Bledsoe et Bellamy, 2008 ; Thyer, 2008). Comme le mentionne Bogo (2006), la rétroaction fournie au cas par cas par les clients représente la forme de supervision et d'éducation continue la plus utile qu'un travailleur social puisse recevoir.

Selon Sheafor et Horejsi (2006), la philosophie derrière l'évaluation, c'est que le changement qui se produit dans le cadre d'une intervention peut être mesuré pour les raisons suivantes : (1) s'il n'y a pas de problème ou de situation négative, il n'y a pas nécessité d'intervenir ; (2) si un problème ou une situation négative existe, cette réalité peut être mesurée ; (3) si cette réalité peut être mesurée, alors la façon dont elle change peut être documentée.

1. MESURER LES CHANGEMENTS PRODUITS

Pour être en mesure de déterminer le moment pertinent de mettre fin à l'intervention, il est nécessaire de faire une **évaluation continue des progrès réalisés**. En effet, même si les écrits sur la thérapie brève ont

fait ressortir l'effet mobilisateur d'une durée d'intervention limitée, c'est l'atteinte des objectifs et non la durée prévue au départ qui doit guider la décision de poursuivre ou de mettre fin à l'intervention (Johnson et Yanca, 2007). Évidemment, dans certaines circonstances, la décision de terminer l'intervention ne relève pas du travailleur social : c'est le cas dans les situations d'abandon de la démarche par le client ou lorsque la durée prévue dans une décision judiciaire est atteinte. Mais quelles que soient les circonstances, il est nécessaire que le travailleur social **prévoie avec la personne, au moment de l'entente sur le plan d'intervention, que la décision de poursuivre ou d'arrêter l'intervention s'accompagnera d'une évaluation conjointe de l'évolution de la situation du client.** Dans tous les cas, la décision de mettre un terme à l'intervention devrait être une décision prise conjointement après une évaluation de la situation.

Cette exigence pose évidemment la nécessité de procéder à une évaluation continue de la réalité de la personne au regard des objectifs de l'intervention. **Être constamment au fait de l'évolution de la situation permet de porter rapidement un jugement sur l'efficacité de l'intervention ; si aucun changement n'est constaté après quelques rencontres, il y a lieu de revoir la stratégie d'intervention.** Elle permet également d'éviter le piège de poursuivre indûment l'intervention soit parce qu'il s'est développé une relation étroite entre la personne et l'intervenant, soit parce que le travailleur social s'efforce de compenser pour l'ensemble des souffrances que la personne a connues dans la passé, soit parce que client et intervenant ont des ambitions exponentielles face aux changements possibles. Il faut garder en tête qu'une personne est appelée à évoluer tout au cours de sa vie et que la relation d'aide n'est pas le seul contexte qui permette le changement. La relation d'aide professionnelle, c'est un service spécialisé qui est utilisé à un moment particulier de la vie d'une personne et dans un but précis qui est spécifié dans les objectifs d'intervention. D'où l'importance de vérifier régulièrement les progrès qui sont accomplis vers l'atteinte de ces objectifs.

Différentes modalités peuvent être utilisées pour faire cette vérification. Certaines ont un caractère plus informel et s'appuient essentiellement sur les impressions de l'intervenant et du client. C'est le cas des bilans, plus ou moins exhaustifs selon le temps disponible, qui sont faits au début ou à la fin de chaque entrevue. Par exemple, dans l'intervention orientée vers les solutions, l'intervenant commence chaque entrevue en demandant : « Qu'est-ce qui s'est amélioré depuis la dernière rencontre ? ».

Et il invite la personne à évaluer sa situation en se positionnant sur une échelle allant de 10 (situation optimale) à 0 (situation la pire) (Beyebach, 2000). Bien que ces questions visent d'abord à instaurer une dynamique de changement vers le résultat souhaité, elles permettent rapidement de déceler s'il y a cheminement vers l'atteinte des objectifs. En raison de leur souplesse et de leur facilité d'utilisation, les modalités informelles d'évaluation sont privilégiées lorsqu'il s'agit d'évaluation continue.

Mais pour faire un bilan de l'intervention et éventuellement prendre la décision d'y mettre un terme, il est nécessaire de s'appuyer sur une mesure plus systématique des changements produits. Cette mesure systématique des résultats est non seulement utile pour avoir de meilleurs appuis à la décision de poursuivre ou d'arrêter l'intervention, mais elle est incontournable pour aider le client à avoir une vision plus précise et concrète des progrès réalisés et pour l'amener à voir sa contribution à la réalisation de ces progrès.

Pour conduire à une décision judicieuse, la mesure des changements doit refléter avec exactitude la réalité de la personne. Or, lorsqu'il s'agit d'évaluer les effets d'une intervention, les sources de biais sont multiples. Certains clients, particulièrement chez les personnes non volontaires, peuvent surestimer les changements dans leur situation pour mettre un terme à l'intervention. D'autres peuvent le faire pour témoigner de leur reconnaissance envers l'intervenant. Certains biais peuvent aussi être attribuables à la nature des questions utilisées pour mesurer les changements. Par exemple, demander à une personne « Jusqu'à quel point avez-vous changé? » va sans doute induire une réponse positive. Par ailleurs, une question vague comme « Est-ce que votre situation s'est améliorée ou détériorée? » risque de conduire à une information qui est davantage de l'ordre de l'impression que du changement réel, si elle n'est pas suivie de questions qui invitent à plus de précision, comme « Pourriez-vous me donner un exemple? ». Lorsque la mesure des changements repose sur la perception du travailleur social, son jugement risque également d'être influencé par le climat de l'entrevue ou par son état d'esprit au moment de l'évaluation. Tout comme les clients, s'il est satisfait du déroulement de l'intervention, il pourra avoir tendance à surestimer les changements.

Deux précautions peuvent contribuer à réduire la présence de ces biais soit: (1) s'assurer de la qualité des procédures d'évaluation qui sont utilisées et (2) faire porter les mesures sur des comportements. En effet, les

comportements traduisent une réalité plus objective que les impressions ou les émotions et c'est généralement à travers les comportements qu'il est possible de percevoir les changements dans les attitudes, les habiletés et les connaissances. Cependant, traduire les objectifs d'intervention en comportements n'est pas facile, même s'il s'agit d'un exercice qui contribue généralement à l'efficacité de l'intervention. En outre, il est possible que l'intervention produise des effets qui n'avaient pas été anticipés au départ; pour cerner ces effets, il est utile de recourir à l'appréciation de la personne et à sa perception des changements produits par l'intervention. Cependant, il est préférable d'éviter de faire reposer l'évaluation des effets d'une intervention exclusivement sur des appréciations subjectives.

Pour cerner les changements et déceler les facteurs qui y sont sous-jacents, il est utile de faire un rappel de la situation qui prévalait au départ, des décisions prises par la personne et l'intervenant au moment de l'élaboration du plan d'intervention et des événements importants qui se sont produits en cours d'intervention. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour apprécier les changements chez une personne. Quelques-unes seront brièvement présentées ici: (1) l'évaluation sur système unique, (2) l'échelle d'atteinte des objectifs, (3) la liste de contrôle des objectifs, (4) l'échelle d'impact différentiel et (5) la mesure de la satisfaction du client.

1.1 ÉVALUATION SUR SYSTÈME UNIQUE

L'évaluation sur système unique est une procédure de mesure des changements produits par une intervention par l'utilisation d'une mesure de base (*baseline*) suivie de mesures subséquentes (Sheafor et Horejsi, 2006). C'est une méthode bien adaptée à la réalité des travailleurs sociaux qui donnent des services sur une base individuelle (Morgan et Morgan, 2009). L'objectif de l'évaluation sur système unique est «de vérifier l'existence d'une relation causale entre l'intervention réalisée et ses effets sur le système qui est l'objet d'intervention» (Beaudoin, 1986: 62). Cette procédure exige une collecte d'informations au moins à deux reprises, soit au début et à la fin de l'intervention, bien que généralement les mesures sont répétées à plusieurs reprises avant, pendant et après l'intervention. Williams, Grinnell et Unrau (2005) distinguent trois étapes dans la réalisation d'une évaluation sur système unique: (1) la détermination des

objectifs d'intervention, qui sont formulés dans des termes mesurables, (2) la sélection de la méthode de mesure et (3) la présentation graphique des données.

Pour être mesurables, les objectifs doivent être traduits en comportements que l'intervention vise à augmenter ou à diminuer. La spécification de ces comportements n'est généralement pas facile, car le client est souvent préoccupé par plusieurs problèmes à la fois et il lui est difficile de statuer sur ceux qui sont les plus importants. Règle générale, les attentes face à l'intervention sont vagues, de sorte que les changements attendus sont multiples et imprécis. Le choix des comportements doit être fait avec soin pour en tirer des informations valides sur les effets de l'intervention. À cet égard, il est préférable de sélectionner des comportements qui sont représentatifs des changements attendus et qui sont facilement observables. En outre, il est préférable de baser l'évaluation sur plusieurs comportements à la fois; bien sûr, l'augmentation du nombre de comportements à mesurer rend l'évaluation plus complexe, mais en contrepartie, cela enrichit le matériel sur lequel s'appuie le jugement sur les effets de l'intervention.

Une fois que les objectifs sont formulés de façon à être mesurables, il faut convenir de la méthode qui va permettre de situer le cheminement de la personne vers l'atteinte de ces objectifs. Différentes modalités peuvent être utilisées pour collecter les informations nécessaires à l'évaluation: le journal de bord, la grille d'observation, l'échelle individualisée, le test standardisé (Turcotte et Tard, 2000).

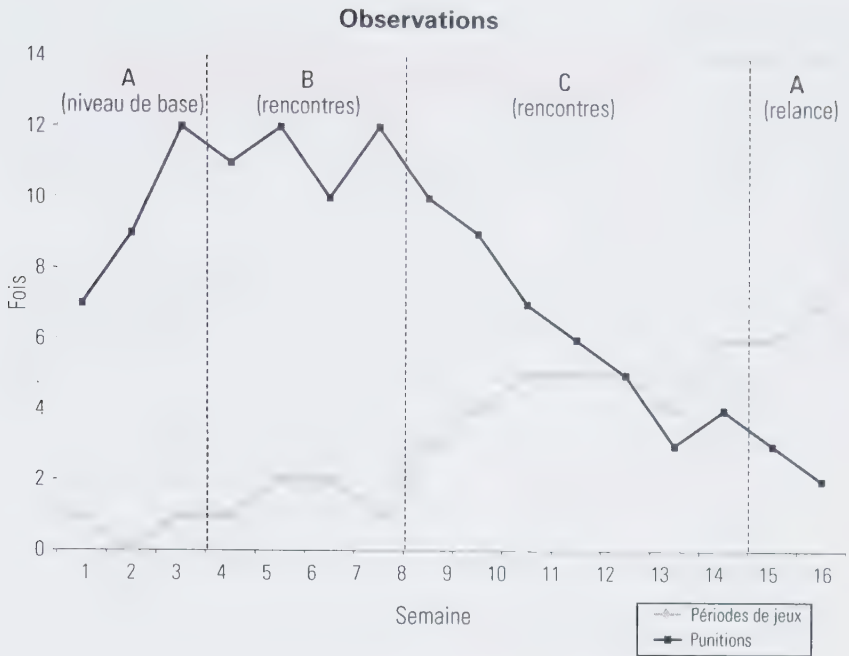
La présentation graphique des données est la troisième étape de la démarche d'évaluation sur système unique. À cette étape, il s'agit de présenter les mesures sous forme de graphique de manière à en faciliter la lecture et l'analyse. Dans la présentation de ces données, l'axe horizontal représente les différents moments de mesure et l'axe vertical, les scores obtenus sur les aspects mesurés. Au départ, il est nécessaire d'établir le niveau de base (*baseline*). Ce niveau est généralement obtenu en mesurant les comportements ou événements ciblés sur une certaine période de jours ou de semaines avant le début de l'intervention. Mais il arrive qu'il soit impossible de prendre ces mesures répétées; dans ce cas, le niveau de base peut être établi de façon rétrospective lors de l'entrevue d'évaluation. Pour éviter que le niveau de base soit fortement influencé par une conjoncture particulière, il est nécessaire de situer l'évaluation sur

une certaine période, par exemple les dernières semaines ou les derniers mois.

Il existe différentes versions de l'évaluation sur système unique. Certaines recourent seulement à un **niveau** de base (A) et à des mesures pendant l'intervention (B). D'autres combinent des mesures sans intervention et des mesures pendant qu'il y a une intervention. Ainsi, une évaluation de type ABA indique la présence d'un niveau de base (A), des mesures pendant l'intervention (B) et de nouvelles mesures après l'intervention (A), lors d'une relance par exemple.

La transcription des données sur un graphique permet de voir rapidement l'évolution de la situation de la personne. L'utilisation de certains logiciels peut faciliter l'organisation visuelle des données (Carr et Burkholder, 1998 ; Dixon, Jackson, Small, Horner-King, Lik, Garcia et Rosales, 2009). La figure suivante illustre les résultats d'une évaluation portant sur l'exercice du rôle parental. Dans le cadre de cette évaluation, la mère devait compter le nombre de fois où elle consacrait au moins 15 minutes continues à jouer avec son enfant et le nombre de fois où elle devait punir son enfant. Pour établir le niveau de base, le travailleur social a demandé à la mère : « Au cours de la dernière semaine, combien de fois vous êtes-vous arrêtée pendant au moins 15 minutes pour jouer avec votre enfant ? Et au cours de la semaine avant ? Et de la précédente ? Au cours de la dernière semaine, combien de fois avez-vous eu à punir votre enfant pour son comportement ? Et au cours de la semaine avant ? Et de la précédente ? ». Par la suite, la mère était invitée à noter dans un carnet le nombre de périodes de jeux et le nombre de punitions.

Le graphique permet de constater qu'avant le début de l'intervention (niveau de base), la mère passait peu de temps à jouer avec son enfant et que la situation se détériorait au point qu'elle devait de plus en plus fréquemment recourir aux punitions pour sanctionner le comportement de son enfant. Le travailleur social avait convenu avec la mère de la rencontrer une fois par semaine pour discuter de ses difficultés avec son enfant (B). Après quatre rencontres, devant l'inefficacité de cette intervention, il a choisi d'inscrire la mère à un atelier parent-enfant offert par un organisme communautaire du quartier, tout en continuant les rencontres hebdomadaires (C). Cette option s'est révélée avantageuse puisque les épisodes de jeux ont augmenté et le recours à la punition a diminué. Ce résultat se maintient deux semaines après la fin des interventions (A).



Donc, selon ces données, l'action combinée de l'intervention individuelle avec la mère et de la participation à l'atelier parent-enfant a fait en sorte que cette situation s'est nettement améliorée.

1.2 ÉCHELLE D'ATTEINTE DES OBJECTIFS (ÉAO)

Une autre stratégie qui peut être utilisée pour mesurer les résultats d'une intervention est l'échelle d'atteinte des objectifs. Il s'agit d'une méthode développée initialement dans le domaine de la santé mentale comme outil d'évaluation misant sur la participation du client à la spécification des objectifs (Mailloux et collab., 2007). L'échelle d'atteinte des objectifs mesure jusqu'à quel point les objectifs d'intervention fixés au départ ont été atteints. Bien qu'elle soit réalisée sur une base individuelle, elle permet d'établir des comparaisons entre différentes personnes puisque la procédure de mesure est toujours la même (Becker et collab., 2000). Au départ, il s'agit de déterminer les objectifs d'intervention, lesquels couvrent généralement quelques aspects de la situation du client. Pour chacun des objectifs, une échelle en 5 points précisant le résultat le

moins favorable (-2), le niveau qui devrait normalement être atteint (0) et le meilleur résultat possible (+2) est rédigée. La démarche d'évaluation consiste ensuite à établir le niveau d'atteinte de chaque objectif en s'appuyant sur des indicateurs observables. Sheafor et Horejsi (2006) distinguent trois étapes pour élaborer une grille qui servira à mesurer l'atteinte des objectifs (ÉAO):

1. Indiquer les aspects du fonctionnement du client sur lesquels l'intervention vise à introduire un changement. Il peut s'agir, par exemple, de la consommation d'alcool, des relations interpersonnelles, de la performance au travail, des pratiques parentales, de la communication avec son enfant. Kiresuk et collab. (1994) recommandent un minimum de trois aspects afin de refléter les diverses dimensions de la réalité d'une personne qui demande de l'aide; Sheafor et Horejsi (2006) suggèrent de ne pas dépasser quatre ou cinq.

Mailloux et ses collaborateurs (2007: 257) donnent des exemples de questions qui peuvent être utilisées avec des parents pour procéder au relevé des aspects touchés par l'intervention. Quelques-unes sont présentées dans l'encadré qui suit.

Parlez-moi de votre enfant : quelles sont ses forces ? Ses faiblesses ?

Qu'est-ce qui vous a amené à demander des services pour votre enfant ?

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus à son sujet ?

À quoi ressemblent ses journées ?

Parlez-moi de votre vie de famille. Quelles sont les choses que vous faites ensemble ?

(Reprendre plus spécifiquement certains aspects du fonctionnement de l'enfant)

Vous avez mentionné être préoccupé par _____.

Pourriez-vous m'en dire plus à ce sujet ?

Quels changements aimeriez-vous voir dans le comportement de votre enfant au cours des prochains mois ?

Quels sont les indices qui pourraient permettre à une personne extérieure à votre famille de constater que la situation de votre famille s'est nettement améliorée ?

2. Établir, pour chaque aspect, une pondération qui indique son niveau d'importance par rapport aux autres. Par exemple, si rétablir la communication avec son enfant est deux fois plus important aux yeux du client que de diminuer sa consommation d'alcool, cet objectif recevra un poids de 20 comparativement à 10 pour la consommation d'alcool.
3. Indiquer, pour chaque aspect, cinq niveaux d'objectifs, en les situant sur une échelle comportant les paliers suivants: (-2): résultat très inférieur aux attentes de départ; (-1): résultat inférieur aux attentes de départ; (0): résultat conforme aux attentes de départ; (+1): résultat supérieur aux attentes de départ; (+2): résultat très supérieur aux attentes de départ. Les énoncés relatifs à ces résultats doivent refléter les besoins et aspirations du client et ils doivent être spécifiques, observables et réalistes.

Idéalement, ces trois étapes devraient être réalisées au moment de l'élaboration du plan d'intervention, mais il n'est jamais trop tard pour préciser avec le client les visées de l'intervention. Donc, il est possible de recourir à cette méthode même si la démarche d'intervention est déjà amorcée. Une fois complétée, la grille devrait être utilisée régulièrement pour mesurer le cheminement vers l'atteinte des objectifs.

L'ÉAO peut être employée pour comparer l'efficacité relative d'interventions qui visent des objectifs différents. Il s'agit alors de calculer un résultat global pour chaque cas et de le comparer à celui obtenu dans d'autres cas. Le lecteur intéressé à cette opération peut consulter le texte de Turcotte et Tard (2000) qui décrit la procédure pour calculer le résultat global.

1.3 LISTE DE CONTRÔLE DES OBJECTIFS

La liste de contrôle des objectifs (*Goal Checklist*) est une méthode qui a été développée par Fraser, Pecora et Haapala (1991) pour évaluer l'efficacité des interventions dans les services à l'enfance. Il s'agit d'une méthode qui mesure les progrès vers l'atteinte des objectifs d'intervention. Contrairement aux méthodes précédentes, la liste d'objectifs n'est pas spécifique à chaque client; elle est basée sur les visées de l'organisme. Par conséquent, elle est bien adaptée aux contextes où les objectifs d'intervention sont

assez semblables pour tous les clients. Ainsi, dans une équipe œuvrant auprès d'une clientèle semblable, les intervenants pourraient élaborer collectivement cette liste et l'utiliser ensuite individuellement pour l'adapter à chaque situation.

L'utilisation de cette méthode débute avec la sélection, par le client et le travailleur social, d'objectifs appropriés à la situation; cette sélection se fait à partir d'une liste énumérant les différents objectifs qui sont visés par l'organisme. Par la suite, en cours de processus d'intervention, l'intervenant et le client reviennent sur cette liste pour évaluer les progrès accomplis en regard de chacun des objectifs retenus. Comme le choix des objectifs est réalisé à partir d'une liste générale, cette méthode exige moins de temps que les précédentes. En outre, elle permet plus facilement l'accumulation des données sur plusieurs clients. En contrepartie, les objectifs sont souvent moins spécifiques et il n'y a pas de mesure de départ.

À titre illustratif, quelques-uns des 17 énoncés de la liste élaborée par Fraser, Pecora et Haapala (1988, cités dans Sheafor et Horejsi, 2006) sont présentés.

LISTE DES OBJECTIFS	AUCUN PROGRÈS	PROGRÈS PARTIEL			OBJECTIF ATTEINT
1. Améliorer les habiletés de communication (utilisation du JE, écoute active, expression des émotions, absence de blâme et d'étiquettes, etc.)	1	2	3	4	5
2. Augmenter les habiletés de résolution de conflits (préciser la source du conflit, envisager des options, s'affirmer sans attaquer, éviter les cris et attaques personnelles, etc.)	1	2	3	4	5
3. Réduire l'anxiété, les inquiétudes ou la peur (exprimer ses inquiétudes, ruminer moins, se sentir plus détendu, etc.)	1	2	3	4	5
4. Développer les habiletés parentales (être plus constant, utiliser des conséquences positives, donner des indications claires, ne pas utiliser les punitions physiques, etc.)	1	2	3	4	5

1.4 ÉCHELLE D'IMPACT DIFFÉRENTIEL

L'échelle d'impact différentiel aborde la perception de la personne sur deux aspects: les changements qui se sont produits dans sa situation depuis le début de l'intervention et les facteurs explicatifs de ces changements. Cette méthode a comme avantage de dépasser la mesure des effets en abordant également les éléments qui ont pu influencer l'évolution de la situation du client, outre la démarche d'intervention. Elle peut être utilisée en examinant spécifiquement les problèmes rapportés par la personne au début de l'intervention (Horejsi, 1972, dans Sheafor et Horejsi, 2006) ou, à l'image de la procédure développée par Magura et Moses (1986), en faisant un retour plus général sur la situation de départ. Essentiellement, cette méthode consiste à situer la condition actuelle de la personne en comparaison avec celle qui existait au début de l'intervention et à apprécier l'influence de l'intervention sur cette évolution. Cette comparaison peut se faire sur un nombre variable d'aspects, selon la complexité de la situation initiale du client et le degré de précision souhaité. Par ailleurs, l'utilisation d'une question générale sur les facteurs de changement va amener le client à cerner les différents éléments qui ont eu une influence, positive ou négative, sur l'évolution de la situation. Voici deux questions inspirées de Horejsi (1972, dans Sheafor et Horejsi, 2006) et Magura et Moses (1986) qui illustrent comment cette méthode peut être utilisée; l'une est spécifique et l'autre, générale.

1. Concernant la fréquence de vos disputes avec votre adolescent au sujet de son travail scolaire, diriez-vous que la situation s'est:

☐ améliorée ☐ détériorée ☐ demeurée la même

Selon vous, quels éléments expliquent que la situation se soit (améliorée / détériorée / demeurée la même)?

Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle eu une influence sur cette évolution?

☐ pas du tout ☐ un peu ☐ assez . ☐ beaucoup

2. Par rapport aux problèmes pour lesquels vous êtes venu demander de l'aide, si vous comparez votre situation actuelle avec celle que vous viviez lorsque vous êtes venu pour la première fois, diriez-vous que la situation s'est :

☐ beaucoup améliorée

☐ un peu améliorée

☐ pas de changement

☐ un peu détériorée

☐ beaucoup détériorée

Selon vous, quels éléments expliquent que la situation se soit (améliorée / détériorée / demeurée la même) ?

Pensez-vous que l'intervention a quelque chose à voir avec ce changement (ou avec l'absence de changement) ?

1.5 MESURE DE LA SATISFACTION DU CLIENT

La satisfaction de la clientèle est une information importante à prendre en considération, car elle fournit des indications sur les éléments qui sont appréciés et ceux qui sont plus controversés. Il faut toutefois se garder d'interpréter cette information comme un indicateur d'efficacité. Lambert, Salzer et Bickman (1998) rapportent des liens allant de minimaux à inexistantes entre la satisfaction et le changement perçu. La mesure de la satisfaction de la clientèle constitue néanmoins une information très utile pour améliorer les services (McMurty et Hudson, 2000; Moore et Kelly, 1996; Royse et collab., 2006).

Il existe plusieurs instruments standardisés pour mesurer la satisfaction. Le *Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)* de Nguyen, Attkisson et Stegner (1983), qui a été développé pour mesurer la satisfaction des usagers de programmes en santé mentale, est sans doute le plus connu. Il a été traduit et validé en français (Sabourin, Pérusse et Gendreau, 1989). Cet instrument est cependant parfois critiqué en raison de son caractère général (Hsieh, 2006). Quelques instruments ont été développés spécifiquement pour les services sociaux; c'est le cas de la *Reid-Gundlach Social Service Satisfaction Scale (R-GSSSS)* de Reid et Gundlach (1983) qui est

constituée de 34 items et du *Client Satisfaction Inventory (CSI)* de McMurtry et Hudson (2000), une échelle qui comprend 25 items dont il existe une version abrégée de 9 items. Voici quelques questions inspirées de cet outil qui invite les répondants à exprimer leur opinion en utilisant une échelle allant de 1 (Jamais) à 7 (Toujours).

Le travailleur social prend à cœur ma situation.

Je reviendrais ici si j'avais besoin d'aide.

J'obtiens le genre d'aide dont j'ai vraiment besoin.

Le travailleur social m'accepte tel que je suis.

Je me sens compris par l'intervenant.

L'évaluation de la satisfaction peut également se faire d'une façon plus informelle, par l'utilisation de questions ouvertes telles que : « Quelle est votre appréciation de l'intervention ? », « Que pensez-vous de la façon dont les choses se déroulent ? », « Avez-vous l'impression que les services répondent à vos attentes ? ». Cependant, considérant que les personnes peuvent être mal à l'aise d'exprimer une opinion défavorable en présence de l'intervenant, il peut être utile de combiner à l'évaluation verbale, une évaluation écrite que la personne peut remplir à l'abri du regard de l'intervenant.

Qu'il s'agisse de la mesure des difficultés, des objectifs ou de la satisfaction, l'important dans une démarche d'évaluation, c'est de porter attention autant aux réussites qu'aux échecs et de la faire dans une orientation constructive, c'est-à-dire en allant chercher les informations qui permettent non seulement de savoir si l'intervention a produit les résultats attendus, mais aussi de comprendre les raisons sous-jacentes aux changements mesurés, et qui offrent des pistes pour l'amélioration des interventions. Si l'évaluation doit être présente tout au long du processus, elle est très importante à la fin de l'intervention, car elle a plusieurs utilités (Anderson, 1997 ; Johnson et Yanca, 2007 ; Timberlake, Zajicek-Farber et Anlauf Sabatino, 2008) :

- Elle permet à l'intervenant de connaître les effets de son intervention.
- Elle fournit des informations qui peuvent lui permettre de développer ses compétences en l'aidant à reconnaître ses forces et ses limites.

- Elle aide à voir l'efficacité de différents modèles ou techniques d'intervention.
- Elle amène la personne à prendre conscience des progrès réalisés.
- Elle constitue une occasion pour la personne d'exprimer ses motifs de satisfaction et d'insatisfaction face à l'intervention.
- Elle contribue au développement de connaissances qui servent de fondement à une pratique basée sur des données probantes.

Qu'elle résulte de l'atteinte des objectifs, de la fin de la période prescrite ou convenue, du désengagement du client ou du départ de l'intervenant, si elle s'accompagne d'une évaluation rigoureuse de l'évolution de la situation, la fin de l'intervention se révélera généralement une étape bénéfique pour le client et l'intervenant. Mais il est également nécessaire que le travailleur social fasse en sorte que les acquis puissent être maintenus et qu'il porte attention à la façon dont cette étape est vécue.

2. PRÉPARER LE MAINTIEN DES ACQUIS

Si l'évaluation de l'intervention permet de mesurer le chemin parcouru, il importe également de mettre en évidence les compétences et les ressources sur lesquelles la personne a pu miser pour améliorer sa situation. La prise de conscience des forces qui étaient déjà présentes dans sa vie et des compétences acquises pendant la démarche d'intervention va l'amener à se sentir mieux outillée pour affronter les nouvelles difficultés qui vont se présenter dans l'avenir. À la fin de l'intervention, il est donc essentiel de faire un retour sur ce que la personne a acquis sur les plans cognitif, affectif et comportemental et d'inventorier les ressources sur lesquelles elle pourra miser dorénavant. Poulin (2005) mentionne que deux habiletés d'intervention concernent l'étape de la fin : la généralisation, qui consiste à aider la personne à transposer dans différentes sphères de sa vie les apprentissages faits pendant l'intervention, et la planification de l'avenir.

Pour aider la personne à cerner ses acquis et à prendre conscience des habiletés développées et du chemin parcouru, il est utile de faire un retour systématique sur le déroulement de chacune des entrevues. Dans cet exercice, le travailleur social doit être le plus concret possible afin d'aider la personne à cerner avec précision les forces sur lesquelles elle

peut maintenant compter pour affronter les situations à venir, tout en étant consciente des zones de vulnérabilité qui sont toujours présentes. À la fin de l'intervention, il est préférable d'orienter les échanges sur les éléments positifs de la réalité du client et sur les volets de sa vie qui sont agréables, satisfaisants et encourageants (Metcalfe, 1998). Comme le soulignent Goldstein, Keller et Sechrest (1996), centrer l'attention sur les problèmes, les situations conflictuelles et les expériences négatives conduit à leur accorder trop d'importance au détriment des composantes plus positives de la vie. Au moment de la fin de l'intervention, le travailleur social doit transmettre à la personne un sentiment d'espoir face à l'avenir, il doit alimenter sa confiance en ses moyens, sans pour autant négliger l'anticipation des périodes difficiles qui vont inévitablement se présenter dans l'avenir, car personne n'en est à l'abri. L'anticipation de situations qui sont susceptibles de se présenter dans un avenir prochain et la connaissance des moyens pour y faire face vont favoriser chez la personne le développement d'un sentiment de confiance en ses capacités.

Dans cet exercice prospectif, il est généralement utile de distinguer les facteurs individuels et les facteurs environnementaux qui ont une influence sur la situation de la personne; cette dernière peut alors plus facilement percevoir sur quoi elle doit miser pour maintenir les changements qui se sont produits pendant la démarche d'intervention et pour transférer ses acquis dans d'autres sphères de sa vie. La capacité de transposer, dans de nouvelles conditions, les acquis faits dans une situation précise est fondamentale pour la personne; c'est ce qui lui permet d'anticiper « l'après intervention » avec sécurité et confiance.

Il est difficile de maintenir des changements lorsqu'ils ne débouchent pas sur des conséquences positives. Il est donc important que le travailleur social développe la sensibilité de la personne aux conséquences positives qui vont résulter des changements apportés dans sa vie, même s'il est également probable qu'elle rencontre des résistances dans son environnement. Apporter des changements dans sa façon de se comporter provoque inévitablement des réactions dans l'entourage; ces réactions sont parfois positives, parfois négatives. La personne doit être consciente de cette situation et elle doit se préparer à faire face à des réactions qui ne seront pas toujours aidantes. Le contexte de vie n'est pas toujours propice à favoriser des changements (Poulin, 2005). Le travailleur social doit amener la personne à anticiper ces réactions pour qu'elle soit en mesure

d'y réagir adéquatement. Un échange l'invitant à exposer sa vision de l'avenir ainsi que la façon dont elle entend y faire face peut l'aider à développer des mécanismes d'adaptation appropriés à ces situations. Il peut même être utile de passer en revue les ressources qui sont disponibles dans la communauté et auxquelles la personne pourra recourir au besoin (Johnson et Yanca, 2007).

Au terme d'une démarche d'aide, il est possible que la personne ait des besoins qui demeurent sans réponse ou qu'elle ne se sente pas suffisamment en sécurité pour affronter l'avenir par elle-même. Dans cette situation, il peut être bénéfique de prévoir quelques entrevues de relance qui vont lui offrir l'occasion de partager avec l'intervenant ce qu'elle vit depuis la fin de l'intervention. Ces contacts peuvent faciliter le maintien et le transfert des acquis faits pendant l'intervention. Le travailleur social doit cependant s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une façon détournée d'éviter de faire face à la fin de l'intervention. C'est pourquoi il est souhaitable que les entrevues de relance se tiennent à un rythme moins intensif et qu'elles soient de plus en plus espacées. Lorsque le rythme des entrevues diminue, la personne se dégage graduellement en réalisant qu'elle peut continuer son cheminement sans le soutien de l'intervenant. Si elle a besoin de services additionnels, le travailleur social peut alors planifier une nouvelle démarche d'intervention en fonction d'objectifs différents ou orienter cette personne vers d'autres services disponibles dans la communauté. À la fin de son intervention, le travailleur social doit s'assurer que la personne saura à qui s'adresser en cas de besoin. Il doit fournir de l'information sur les ressources disponibles et il ne doit pas hésiter à faire des références personnalisées, au besoin.

Poulin (2005) regroupe autour de trois éléments les activités visant le maintien des acquis : (1) faire une évaluation exhaustive des progrès du client, (2) aider le client à transposer dans diverses situations les acquis faits dans le cadre de la démarche d'intervention et (3) développer un plan pour « l'après intervention ».

3. GÉRER LA DIMENSION ÉMOTIONNELLE

Bien qu'inévitable, la fin de l'intervention n'en est pas moins généralement considérée comme une étape difficile sur le plan émotionnel

à la fois pour la personne (Anthony et Pagano, 1998; Baum, 2005; Fortune, 1987; Fortune, Pearlingi et Rochelle, 1992; Kramer, 1990) et pour l'intervenant (Baum, 2007; Martin et Schurtman, 1985; Northen, 1988; Siebold, 1991; Webb, 1985). Les études sur les réactions des clients relèvent des sentiments d'abandon, de perte, de trahison, d'impuissance, de tristesse et d'anxiété (Kramer, 1986; Gelman et collab., 2007) ainsi que des réactions comportementales de colère, de déni et de régression (Bywaters, 1975; Fortune et collab., 1992). Chez les intervenants, on a observé que certains se questionnaient sur leur compétence, avaient tendance à sous-estimer les résultats de leur intervention, pouvaient se remettre en question comme intervenant et se sentaient même coupables d'abandonner leur client (Anthony et Pagano, 1998; Baum, 2007).

Mais la fin de l'intervention peut également provoquer des sentiments positifs de fierté, d'accomplissement, de soulagement et de gratitude (Fortune, 1987; Fortune et collab., 1992; Northen, 1988). En fait, la fin de l'intervention est souvent marquée par l'ambivalence. Ambivalence entre, d'un côté, la satisfaction d'avoir complété la démarche et, de l'autre, l'anxiété devant l'éventualité de poursuivre son cheminement sans le soutien de l'intervenant. Si la fin procure un sentiment de liberté puisque le client et le travailleur social n'ont plus à se présenter aux entrevues, elle s'accompagne également d'une certaine tristesse devant la perte d'une personne devenue significative au fil du temps.

Plusieurs facteurs vont influencer la façon de vivre la fin de l'intervention. Ainsi, tant chez le client que chez le travailleur social, la fin de l'intervention va généralement rappeler des expériences antérieures de séparation; ainsi, la réaction sera plus forte si la personne a vécu des expériences négatives face à des pertes ou des départs (Anthony et Pagano, 1998; Baum, 2005; Johnson et Yanca, 2007). L'importance de la relation thérapeutique dans la vie de la personne a également une influence sur la façon de vivre cette étape: plus cette relation est centrale, plus la fin de l'intervention va provoquer une réaction intense (Baum, 2007).

Le contexte dans lequel se produit la fin de l'intervention a également une incidence; lorsque la fin se produit de façon brutale et imprévue, elle est vécue plus difficilement que si elle est anticipée. Or, plusieurs circonstances peuvent provoquer la fin de l'intervention: retrait du client, départ de l'intervenant, constat d'insuccès de l'intervention mise en place, référence vers un autre organisme, atteinte du temps initialement prévu

au plan d'intervention et atteinte des objectifs (Timberlake et collab., 2008); certaines sont plus difficiles à accepter que d'autres. À l'image des différentes transitions qui se produisent dans la vie, une fin abrupte est susceptible de provoquer davantage de frustration, de colère et de douleur (Baum, 2007; Bostic, Shadid et Blotcky, 1996; Penn, 1990; Siebold, 1991). Par contre, lorsque la fin est planifiée et abordée graduellement avec la personne, elle représente une expérience vécue plus positivement (Fortune, 1987; Gould, 1977). En outre, des études ont démontré que lorsque le travailleur social estime avoir atteint ses objectifs, il a plus de facilité à mettre un terme à l'intervention et il a davantage confiance dans ses compétences (Fortune, 1987; Fortune et collab., 1992; Quintana et Holahan, 1992). Quant à la personne-cliente, lorsqu'elle estime que l'intervention a été efficace, la fin provoque parfois des réactions contradictoires: une grande fierté, mais en même temps une plus grande tristesse de voir l'intervention se terminer (Baum, 2005).

Bien que parfois difficile à traverser, l'étape de la fin de l'intervention constitue une occasion de croissance à la fois pour le travailleur social et le client. En effet, elle offre la possibilité de vivre une expérience de séparation avec un plus grand contrôle que d'autres situations qui se produisent dans la vie (Gelman et collab., 2007). Une fin bien préparée va permettre de prendre conscience des éléments à considérer pour vivre sereinement une séparation (Trevithick, 2005). En ce sens, elle constitue davantage une transition qui amène la personne et le travailleur social à prendre des chemins différents, qu'un épisode de perte (Baum, 2005). Ainsi, lorsque la fin de l'intervention est adroitement dirigée, plusieurs résultats positifs peuvent en être retirés:

- sentiment de compétence et de contrôle;
- sentiment d'indépendance résultant du contrôle accru sur sa vie;
- fierté d'avoir complété la démarche en dépit des périodes plus difficiles;
- espoir retrouvé dans la possibilité d'améliorer sa situation.

Pour que la fin de l'intervention soit vécue de façon positive, la personne doit graduellement apprendre à se dégager de l'intervenant. Pour favoriser ce désengagement, il est souhaitable de commencer les discussions sur la fin bien avant la dernière entrevue. En fait, la fin devrait être abordée dès la première entrevue de façon à bien établir que la relation d'aide est une mesure temporaire orientée vers des objectifs spécifiques.

Mais l'éventualité de la fin de l'intervention doit être soulevée de façon particulière dans les 4 à 6 dernières entrevues (Siebold, 1991). En outre, il est nécessaire de l'aborder en tenant compte des besoins particuliers de la personne. L'intervention auprès de personnes qui ont vécu des pertes répétées, comme les enfants et les adolescents qui ont connu de multiples placements, ou des pertes récentes, comme les personnes endeuillées, exige de porter une attention toute spéciale à la fin de l'intervention (Bembry et Ericson, 1999; Walsh et Meyersohn, 2001; Gelman et collab., 2007).

La fin de l'intervention sera vécue plus positivement si la personne est à même de constater les changements qui se sont produits dans sa vie pendant la démarche d'intervention et si elle se sent capable de les maintenir et de poursuivre son cheminement. À cet égard, le travailleur social doit revenir avec la personne sur les forces qu'il a observées chez elle et sur les progrès qu'elle a accomplis. Le cas échéant, il peut également témoigner des bénéfices que lui-même a retirés de leur démarche, servant ainsi en quelque sorte de modèle (Walsh et Meyersohn, 2001).

Le travailleur social doit être attentif aux comportements de la personne à l'approche de la fin de l'intervention et il doit s'efforcer d'en cerner correctement le sens, ce qui n'est pas une tâche facile, car il est lui aussi affecté par cette situation. Ainsi, il peut avoir tendance à adopter des comportements non appropriés comme devenir plus complaisant, étirer sans motif valable la durée des entrevues ou prendre prématurément ses distances. Le travailleur social doit **donc être conscient de ses propres réactions** face à la fin de l'intervention.

Certains chercheurs se sont intéressés à la situation particulière des étudiants pour qui la fin de l'intervention correspond à la fin de leur stage. Bien que leur réalité présente plusieurs similitudes avec celles des intervenants qui terminent une démarche d'aide avec leur client, elle s'en distingue sous certains aspects. Dans le cas des stages, la fin est déterminée par le calendrier scolaire, calendrier qui ne coïncide pas nécessairement avec les besoins des clients. En outre, les étudiants sont encore en apprentissage d'éléments techniques ou relationnels propres à leur milieu de stage; donc, ils sont moins bien outillés pour guider les clients. De plus, à la fin d'un stage, l'étudiant doit mettre simultanément un terme à plusieurs relations: ses clients, les collègues de travail, le superviseur. Le stage comporte donc des enjeux particuliers dont les étudiants doivent être conscients (Gelman et collab., 2007). Entre autres mesures, il est

recommandé d'être au clair dès le départ avec le client en lui précisant le statut de stagiaire de l'étudiant et la durée du stage (Mason, Auerbach et Beckerman, 2002). En effet, le client a le droit de savoir qu'il sera aidé par une personne en processus de formation qui va partager des informations sur lui et sur le déroulement de l'intervention avec son superviseur. S'il est inconfortable avec cette situation, il peut alors être dirigé vers un autre intervenant (Penn, 1990). Préciser le contexte de stage aide également à établir des balises quant à la nature des objectifs d'intervention qui peuvent être atteints de façon réaliste compte tenu de la durée du stage, tout en favorisant parfois la mobilisation du client (Gelman et collab., 2007). Donc, il faut aborder la fin de l'intervention en considérant le contexte particulier dans lequel elle se produit.

Sheafor et Horejsi (2006: 499) suggèrent huit lignes directrices qui devraient guider le travailleur social au moment de la fin de l'intervention :

1. Il doit faire tout en son pouvoir pour éviter qu'elle se présente de façon abrupte ou inattendue.
2. Il doit expliquer au client qui souhaite mettre un terme à l'intervention de façon prématurée les conséquences possibles de son geste.
3. Lorsque la fin résulte d'une décision à caractère administratif, il doit porter une attention spéciale aux besoins du client et, si nécessaire, il doit intervenir en sa faveur pour prolonger les services.
4. Il doit anticiper les effets de la fin de l'intervention sur l'entourage familial ou le milieu social du client.
5. Il doit éviter de prolonger l'intervention s'il n'a pas de motifs professionnels de le faire.
6. Au fur et à mesure que la fin de l'intervention approche, il diminue graduellement la fréquence des contacts avec le client.
7. Il doit aborder les sentiments qui accompagnent la fin de l'intervention, même si le client n'en fait pas mention. Si nécessaire, il doit réassurer le client en prévoyant une rencontre de relance ou en l'informant qu'il pourra demander à nouveau des services si le besoin s'en fait sentir.
8. Il doit examiner l'intérêt de recourir à un rituel pour bien marquer la transition : poignée de main, accolade, échange de souvenirs. Les

rituels sont particulièrement importants avec les enfants et ils sont souvent utilisés en intervention de groupe.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, on a présenté les principaux éléments auxquels le travailleur social doit porter attention au moment de la fin d'une intervention. Le premier de ces éléments est l'évaluation des effets de l'intervention. C'est en effet en fonction du cheminement vers l'atteinte des objectifs que devrait se prendre la décision de poursuivre ou de terminer l'intervention. L'évaluation est également essentielle pour aider la personne à prendre conscience du chemin parcouru et à cerner les éléments qui ont facilité l'évolution de sa situation et ceux qui y ont fait obstacle. En ce sens, l'évaluation permet non seulement de cerner les modifications qui se sont produites dans la vie du client, mais elle fournit des indications au travailleur social pour l'amélioration de sa pratique.

Le deuxième élément sur lequel le travailleur social doit s'attarder est le maintien des acquis. Il doit aborder cet aspect avec la personne en examinant avec elle comment elle va composer avec sa réalité une fois l'intervention terminée et, au besoin, en l'orientant vers des ressources qui pourront lui permettre de poursuivre le cheminement amorcé.

Enfin, le travailleur social doit porter une attention particulière à la réaction de la personne et à sa propre réaction face à la fin de l'intervention. Toute démarche thérapeutique doit se terminer un jour ou l'autre; il est donc essentiel de bien en préparer la fin. Quand elle est anticipée longtemps à l'avance et qu'elle est adéquatement planifiée, tant le travailleur social que la personne-cliente vont vivre cette transition avec une impression d'accomplissement, de réussite et de contrôle (Gelman et collab., 2007).

La fin de l'intervention est une étape très importante qui ne doit pas être escamotée, comme c'est malheureusement parfois la tendance. Sous la pression des listes d'attente qui s'allongent et des cas qui s'alourdissent, les travailleurs sociaux sont souvent contraints de couper court à leur action dès que la situation de la personne atteint un niveau acceptable; la fin de l'intervention répond alors tout autant à des impératifs

administratifs que thérapeutiques. Tous les acteurs concernés par la qualité des services doivent reconnaître l'importance de bien préparer les différentes étapes du processus d'intervention et d'en évaluer les résultats. L'évaluation est une responsabilité professionnelle et organisationnelle. Le travailleur social a un rôle de premier plan à jouer, car c'est lui qui est en contact direct avec la personne; mais il doit être guidé et soutenu par son organisation dans ses efforts pour enrichir les connaissances sur l'efficacité des pratiques.

CHAPITRE 7

PRINCIPALES APPROCHES EN TRAVAIL SOCIAL

Louise Carignan

Dans ce chapitre, nous présentons brièvement trois principales approches utilisées en intervention sociale personnelle (ISP). De façon générale, le concept d'approche en travail social peut se définir comme la loupe avec laquelle l'intervenant social observe, analyse, comprend une situation et planifie son intervention. La première partie de ce chapitre distingue les notions d'**approche** et de **modèle** en intervention sociale. Par la suite, nous résumons les approches systémique, bioécologique et structurelle. Pour chacune d'elles, nous présentons une brève définition, les principaux concepts-clés, et les implications pour l'intervention. Nous proposons finalement une analyse-synthèse dans laquelle nous tentons de mettre en lumière les points de convergence et de divergence de ces approches par rapport à la pratique du travail social. Un tableau-synthèse reprend ces divers éléments.

1. DÉFINITION DES CONCEPTS « APPROCHE » ET « MODÈLE » D'INTERVENTION

Certains auteurs font peu de distinction entre approche et modèle: dans la pratique du travail social, ces deux concepts théoriques

s'entrecroisent. Du Ranquet (1991) présente les approches et les modèles d'intervention en travail social sans différencier clairement ces concepts. De même, Bilodeau (2005) définit l'approche comme un ensemble structuré de pensées et d'actions qui regroupe à la fois les angles d'analyse d'un problème ainsi que les moyens à mettre en place pour l'éliminer ou y apporter un soulagement.

D'autres, dont nous sommes, considèrent qu'il s'agit de deux notions distinctes. Selon Quivy et Van Campenhoudt (1995), les approches reflètent le mode d'explication, le schème d'intelligibilité que nous utilisons pour comprendre les problèmes. Ainsi, l'approche correspond à l'ensemble des concepts et des principes sur lesquels la travailleuse sociale s'appuie pour observer, étudier, percevoir, comprendre, conceptualiser et évaluer une situation. Par ailleurs, la notion de modèle désigne plutôt les méthodes, techniques et stratégies utilisées pour réaliser une intervention (Legendre, 2005). Une approche permet de se faire une représentation explicative et logique d'une situation ou d'un phénomène. Elle fournit un cadre de référence à la travailleuse sociale pour comprendre une situation dans sa temporalité et sa contextualisation, pour ensuite formuler des hypothèses explicatives. Sur la base de cette information, elle peut ensuite choisir un modèle d'intervention approprié pour changer la situation que lui présente la personne qu'elle veut aider. Ainsi, l'approche fournit le prisme conceptuel avec lequel la travailleuse sociale va analyser une situation alors que le modèle d'intervention suggère un ensemble de procédures, de stratégies et de techniques pour opérationnaliser une intervention sociale (Legendre, 2005; Mesure et Savidon, 2006). Le modèle d'intervention est un schéma simplifié d'un processus, d'une méthode à reproduire pour atteindre une finalité (Berbaum, 1982). Le modèle est une représentation fonctionnelle d'actions organisées qui permet la structuration et l'actualisation de l'intervention (Legendre, 2005). L'approche donne une orientation à l'intervention sociale auprès des personnes, des groupes et des communautés alors que le modèle d'intervention propose les actions nécessaires à entreprendre pour l'atteinte d'un objectif de changement ou d'une finalité. Il existe plusieurs approches auxquelles se réfèrent les intervenantes sociales pour analyser et évaluer les situations qu'elles rencontrent; trois de ces approches seront présentées dans les pages qui suivent.

2. APPROCHE SYSTÉMIQUE

L'approche systémique est née aux États-Unis au milieu du siècle dernier, issue de la recherche scientifique. Au départ, elle avait une visée essentiellement pragmatique pour l'étude des organismes vivants (Blanchette, 1999; Landry Balas, 2008). Au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, l'École de Palo Alto a fait réellement émerger la pensée systémique (Albernhe et Albernhe, 2008). L'approche systémique est un cadre d'analyse inclusif permettant d'aborder la complexité des phénomènes organisés, et d'étudier la dynamique des activités à l'intérieur d'un système avec et dans son environnement (Massa, 2002). Le concept de système, défini comme un ensemble d'éléments en interaction, est au cœur de cette approche. En sciences sociales, le système se concentre sur l'étude des processus de communication, des rôles et des fonctions des individus, des familles et des petits groupes dans différents contextes (Blanchette, 1999; Landry Balas, 2008).

L'approche systémique ne se limite pas au diagnostic médical et aux symptômes présentés; elle favorise la prise en compte de la réalité de l'individu dans les divers contextes où il évolue, en misant sur la circulation de l'information plutôt que sur le contrôle des symptômes présentés. En intervention sociale, l'objectif de l'approche systémique est d'amener l'individu et son entourage immédiat à prendre conscience des règles qu'ils ont développées au fil des ans dans leurs modes de relation. C'est une approche qui est adaptée aussi bien à un individu, à une famille ou à un groupe d'individus qu'aux membres de toute structure organisationnelle (Fondation pour la recherche en approche systémique – La FRAS, 1999).

2.1 CONCEPTS-CLÉS DE L'APPROCHE

À partir de la théorie des systèmes, Ludwig Von Bertalanffy, biologiste, montre l'importance de s'orienter vers la relativité et la complexité des organismes vivants. Il propose de les représenter comme des systèmes, pour traduire l'idée que les organismes vivants forment un ensemble d'éléments en interrelation et en contact avec leur environnement. L'approche systémique se base sur des concepts-clés comme *le système*, *la résonance*, *la frontière*, *la rétroaction*, *l'homéostasie*, *la totalité ou la non-sommativité*, *l'équifinalité* et *la métacommunication*.

La définition la plus répandue de *système* est celle d'un ensemble d'éléments en interaction de sorte qu'une modification quelconque de l'un d'entre eux entraîne une modification de tous les autres. Conséquemment, un *système* doit être abordé comme un ensemble, sans isoler ses parties. Les caractéristiques essentielles d'un *système* sont sa structure, sa fonction ainsi que ses transactions avec son environnement. Donc, un *système* est un ensemble repérable d'éléments organisés, interdépendants et interagissants qui cherche, dans un environnement donné, à atteindre un ou des buts déterminés, explicites ou non, en évoluant et en produisant une ou des activités (Amiguet et Julier, 1998; Albernhé et Albernhé, 2008). Comme un système humain fonctionne grâce à un niveau élevé d'échanges d'information, il est essentiellement un système cybernétique¹ (Côté, 1999, 2008).

Elkaim (1995, 2006) introduit le concept de *résonance* qui correspond aux réactions de l'observateur face à ce que l'observé lui présente. Il suggère que ce qui se développe chez l'observateur et chez l'observé est fonction non seulement de ce qui se passe en eux, mais aussi de ce qui se passe entre eux et dans le système. L'interaction avec l'autre fait résonner chez l'intervenant, consciemment ou inconsciemment, des expériences et des émotions, d'où l'importance pour ce dernier d'être à l'aise et de résonner de façon appropriée afin d'être efficace (Ausloos, 1995).

Pour Amato (2002), définir un système comme un ensemble implique l'existence d'une *frontière* délimitant ce qui est en deçà et ce qui est au-delà. Les *frontières* délimitent ce qui est à l'intérieur du système et ce qui est à l'extérieur, ce qui lui est étranger. Elles précisent qui participe au système et comment (Minuchin, 1979). Toute *frontière* présente une perméabilité plus ou moins importante, et sa fonction est de protéger la différenciation du système (Minuchin, 1979; Albernhé et Albernhé, 2008).

La *rétroaction* est un concept central de l'approche systémique. La *rétroaction* est une réaction à une entrée d'information, qui soit en augmente l'effet (rétroaction positive) ou le réduit (rétroaction négative), et qui peut induire un effet de cycle (Massa, 2002). On parle de boucle de rétroaction quand la réaction se répète (réaction en chaîne); cette

1. La cybernétique constitue l'ensemble des théories relatives à l'étude du contrôle de l'information dans les systèmes de communication et ainsi que des mécanismes de régulation chez les êtres vivants, les machines et les sociétés (Legendre, 2005).

répétition peut entraîner son amplification dans le cas de rétroaction positive (cercle vertueux) ou son extinction progressive en cas de rétroaction négative (cercle vicieux) (Mesure et Savidon, 2006). La *rétroaction* conduit à dépasser une conception linéaire de la causalité en soulignant qu'une conséquence peut avoir un effet de retour sur sa cause. La *rétroaction positive*, ce sont les reconnaissances, les encouragements, les compliments, le soutien, la bienveillance indispensable à chaque individu pour grandir et s'épanouir. La *rétroaction négative*, c'est l'arrêt, le blocage, la désapprobation, la sanction, tout ce qui signifie la non-acceptation ou encore ce qui indique que les limites ont été dépassées; c'est ce qui restreint l'individu (Legendre, 2005).

Le concept d'*homéostasie* peut se définir comme le maintien de l'équilibre d'un système ouvert, sa structure n'étant pas modifiée de façon significative par un événement ou un changement chez un membre du système (Legendre, 2005). Selon Watzlawick (1986), un système a tendance à réagir à tout changement venant de l'externe en s'ajustant par des changements à l'interne qui eux-mêmes influencent l'environnement. Ces réactions ont pour finalité de maintenir le système en équilibre. Autrement dit, l'*homéostasie* correspond à la capacité d'un système à s'autoréguler. Si elle lui assure une identité et une permanence temporelle, en contrepartie, en s'opposant au changement, elle peut en limiter les qualités adaptatives.

Le concept d'*équifinalité* traduit l'idée que tout système poursuit une finalité ou un but, lequel peut être atteint à partir de conditions initiales différentes et en empruntant des voies distinctes. Donc, si l'on veut comprendre ce qui se passe dans un système, l'analyse des interactions importe plus que la composition du système et de ses éléments. En somme, le concept d'*équifinalité* met en lumière que des conditions initiales différentes peuvent produire un même résultat, tout comme des effets différents peuvent avoir les mêmes causes. Ce concept relativise les prédictions absolues telles que tous les chômeurs deviendront pauvres et que le chômage engendre automatiquement la pauvreté. Autrement dit, l'analyse systémique conduit à privilégier la perspective synchronique par rapport au point de vue diachronique (Marc et Picard, 2000). Ainsi donc, il s'agit de mettre l'accent sur l'ensemble des faits, des relations dans l'ici et maintenant, plutôt que de chercher à comprendre l'ensemble des causes qui aurait produit la situation actuelle.

Le concept de *métacommunication* correspond à un échange d'informations qui a pour objet la communication en elle-même ou la relation entre les deux personnes qui communiquent; c'est une communication sur la communication. Toute communication présente deux aspects: le contenu et la relation, de telle façon que le second englobe le premier (Miermont, 2001). La *métacommunication* est un processus inévitable puisqu'on ne peut pas ne pas métacommuniquer; nous transmettons constamment des métamessages, positifs ou négatifs, verbalement ou non verbalement. La *métacommunication* peut constituer un outil d'intervention, car elle permet de réguler et de fluidifier les échanges par une prise de recul, une compréhension et une évolution.

2.2 IMPLICATIONS POUR L'INTERVENTION

Selon l'approche systémique, la situation-problème est perçue comme le comportement symptomatique adapté au contexte social actuel de la personne, le reflet d'une tentative inefficace de résolution d'une difficulté, et le mécanisme qui assure la cohésion et l'homéostasie du système concerné. Elle peut être aussi perçue comme une manifestation de dysfonctionnements interrelationnels et communicationnels dans un système (Marc et Picard, 2000; Albernhe et Albernhe, 2008). L'approche systémique conduit à focaliser l'intervention sociale sur l'ensemble des éléments d'un système, qu'il soit familial, social, groupal ou communautaire, et non seulement sur l'élément qui présente un problème. Elle suggère d'interpréter les difficultés des éléments d'un système comme étant le symptôme de dysfonctionnements interactionnels et communicationnels du système concerné. L'intervention sociale peut être orientée sur les mécanismes de régulation, les modes de communication ou les alliances dyadiques qui contribuent à l'apparition des difficultés chez un des éléments du système. En résumé, l'intervention s'appuie sur le questionnement circulaire, le recadrage et la prescription de tâches pour favoriser un changement, un mieux-être de la personne et de son système immédiat (Marc et Picard, 2000; Landry Balas, 2008).

3. APPROCHE BIOÉCOLOGIQUE²

Urie Bronfenbrenner, auteur du livre *The Ecology of Human Development* (1979), a formulé l'approche écologique comme un paradigme scientifique pour étudier et comprendre le développement humain, dans un contexte systémique et relationnel, qui façonne à la fois l'individu ainsi que son environnement immédiat et éloigné. Au départ, la théorie de Bronfenbrenner se composait de quatre sous-systèmes qui donnaient une représentation des différents niveaux de l'environnement de l'individu : microsystème, mésosystème, exosystème et macrosystème. Après diverses recherches, Bronfenbrenner et ses collègues décident d'inclure les composantes individuelles (biologiques, psychologiques et comportementales) ainsi que la temporalité à leur théorie. Ils rebaptisent alors l'approche sous le nom de « *bioécologique* » (Lerner, 2005). L'approche bioécologique est un paradigme théorique pour l'étude scientifique du développement humain qui est considéré comme tributaire de l'interaction entre l'individu et les systèmes qui l'entourent, ainsi que de l'interaction entre les systèmes eux-mêmes. Cette approche fournit un cadre d'analyse et d'évaluation pour observer, étudier et comprendre l'individu, ses réseaux et les systèmes complexes avec lesquels il est en interaction (Conyne et Cook, 2004). Ainsi, l'approche bioécologique propose un cadre conceptuel pour étudier la complexité des dynamiques individuelles et des interactions entre les personnes et leurs environnements.

L'approche bioécologique a deux visées principales : 1) définir le phénomène de la continuité et du changement du développement humain en conceptualisant les outils scientifiques (prototypes théoriques et méthodes de recherche) pour l'étudier ; 2) utiliser ces outils pour évaluer la continuité et le changement du développement humain à travers le temps. Ces deux visées sont interdépendantes et cherchent notamment

-
2. D'entrée de jeu, soulignons que l'approche bioécologique fait suite aux dernières réflexions de Urie Bronfenbrenner, initiateur et concepteur de l'approche écologique dans *The Ecology of Human Development* (1979). Dans les années 1990, Bronfenbrenner et ses collègues bonifièrent cette approche en intégrant les composantes individuelles (biologiques, psychologiques et comportementales) aux composantes environnementales (de microsystémique à macrosystémique), ce qui modifia l'appellation de cette approche du développement humain de « écologique à bioécologique » (Lerner, 2005).

à fournir des assises scientifiques pour formuler des politiques sociales et mettre sur pied des programmes sociaux efficaces pour prévenir les difficultés sur le plan développemental (Bronfenbrenner et Evans, 2000).

3.1 CONCEPTS-CLÉS DE L'APPROCHE

Pour Bronfenbrenner, quatre concepts-clés sont à la base de l'approche bioécologique: 1) processus, 2) personne, 3) contexte et 4) temps. Le *processus* constitue le noyau de la théorie bioécologique et il correspond au premier mécanisme, au levier, du développement humain. Le *processus* est influencé par les caractéristiques de la personne, ses expériences de vie³, l'environnement immédiat et plus éloigné dans lequel elle évolue ainsi que par les périodes de temps dans lesquelles le *processus* prend place. Bronfenbrenner et Morris (2006) font deux principales propositions:

- Tout au long des cycles de vie, le développement s'enracine par l'intermédiaire de *processus* d'interaction réciproque, progressivement plus complexes, entre un organisme et des personnes, des objets et des symboles de son environnement immédiat. Pour contribuer au développement humain, l'interaction doit se produire sur une base régulière pendant une période assez longue. De telles séquences d'interaction dans l'environnement immédiat renvoient au processus proximal.
- La forme, le pouvoir, le contenu et la direction des processus proximaux se modifient systématiquement en fonction des caractéristiques de la personne et de l'environnement dans lequel les processus prennent place.

Selon l'approche bioécologique, la *personne* est à la fois productrice et produit de son développement (Lerner, 2005; Greene, 2008). Afin de mieux comprendre ce concept-clé, voici quelques énoncés explicatifs: 1) le développement se produit lorsque la *personne* participe à une activité; 2) pour être significative, l'activité doit se dérouler sur une base

3. Précisons que Bronfenbrenner et Morris (2006) utilisent le terme «expérience» pour indiquer la façon dont les personnes vivant dans un certain environnement vont expérimenter les propriétés objectives de cet environnement spécifique.

régulière et pendant une certaine période de temps suffisamment longue pour devenir de plus en plus complexe au fur et à mesure que la *personne* évolue; 3) le développement n'est pas à sens unique: il y a réciprocité et mutualité dans les échanges entre la personne et son environnement; 4) le processus proximal ne se limite pas à l'interaction avec des *personnes*: il signifie aussi l'interaction avec des objets et des symboles; 5) au fur et à mesure que les *personnes* se développent, leurs capacités développementales augmentent; donc, pour continuer d'être significatifs, les processus doivent devenir plus élaborés et plus complexes (Bronfenbrenner et Morris, 2006). Somme toute, l'approche bioécologique s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle les facteurs biologiques et personnels ainsi que les processus évolutifs non seulement mettent en place des balises pour le développement humain, mais aussi imposent des impératifs au regard des conditions environnementales et des expériences nécessaires pour la réalisation du potentiel humain.

Le *contexte* peut être défini comme l'ensemble des personnes, avec leurs interactions et leurs transactions, qui évoluent dans un milieu socialement défini et géographiquement construit (Germain et Gitterman, 1995). Le *contexte* peut être perçu comme un ensemble de boîtes entassées dans un certain ordre de grandeur telles des poupées russes. Chaque boîte a sa propre vie, ses propres caractéristiques qui sont différentes des autres, mais façonnées par les autres boîtes vivantes qui constituent le contexte ou l'environnement global (Bronfenbrenner et Morris, 2006). L'approche bioécologique soutient que les comportements peuvent être étudiés de façon adéquate par un examen des sous-systèmes de l'environnement de l'individu. Au départ, Bronfenbrenner illustra le *contexte* en établissant quatre sous-systèmes: le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème. Par la suite, il y ajouta les composantes biopsychosociales de l'individu (ontosystème) et la temporalité des événements (chronosystème).

L'*ontosystème* constitue l'ensemble des caractéristiques (physiques, intellectuelles, psychoaffectives, spirituelles), états (physiques, mentaux), compétences (personnelles, parentales, sociales, professionnelles), habiletés (reconnaissance d'un talent, d'un savoir-faire, d'une qualité, d'une force) et déficits innés ou acquis de la personne (Bouchard, 1987; Bouchard et collab., 1996; Bronfenbrenner et Morris, 2006).

Le *microsystème* peut être défini comme les endroits assidûment fréquentés par la personne et où on peut discerner un schéma d'activités, des rôles et des interactions. Ces microsystèmes sont la maisonnée, la famille élargie, l'école, le bureau ou le travail, les amis, les services et les ressources du milieu. Le microsystème comprend aussi les caractéristiques des personnes qui sont présentes dans ces endroits de même que l'interaction avec des objets et des symboles. De plus, il représente le passé et le présent de l'individu et les activités telles quelles sont vécues de façon consciente ou inconsciente. Autrement dit, sont visées ici toutes les interactions entre la personne et son environnement immédiat (Bouchard, 1987; Bouchard et collab., 1996; Bronfenbrenner, 1995, 2001, 2005; Bronfenbrenner et Morris, 2006).

Le *mésosystème* comprend l'ensemble des relations entre les microsystèmes (la maison, la famille élargie, l'école, le travail des parents, et d'autres ressources). Il fait le lien entre les différents éléments des microsystèmes. Il va au-delà de la simple interaction entre l'individu et son environnement immédiat; il inclut l'ensemble des liens, des relations et des activités entre les sous-systèmes qui peuvent avoir une influence directe ou indirecte sur la vie de l'individu. Pour Bronfenbrenner, la richesse du mésosystème est un élément-clé du développement humain.

L'*exosystème* peut être défini comme les endroits, les lieux ou les instances non fréquentés directement par la personne, mais dont les activités, les politiques ou les décisions l'influencent (ex. : ministère de la Santé et des Services sociaux, syndicat, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec, club de natation, etc.). L'exosystème correspond à un système social qui n'est pas perçu directement par l'individu, mais qui a un impact sur son développement en influençant les microsystèmes dont il fait partie. Selon Bronfenbrenner et Morris (2006), l'*exosystème* renferme des maillons de la chaîne de développement, car les événements qui y surviennent affectent l'environnement immédiat dans lequel la personne vit. Par exemple, le manque de politiques sociales pour les personnes à faible revenu peut leur occasionner des difficultés de logement, de nourriture et d'intégration sociale.

Le *macrosystème* comporte les valeurs, les coutumes, les croyances, les normes, les idéologies qui se reflètent dans la culture et les lois véhiculées au sein d'une communauté et d'une société données. Elles sont les empreintes du comportement et des conduites qui devraient être adoptés par l'individu. Ces valeurs sociales, ces croyances, ces politiques ont une

influence directe et indirecte sur la vie de la personne, notamment en modulant l'interaction entre les sous-systèmes (ex.: l'entraide, la multidisciplinarité, la violence considérée comme un crime, l'universalité dans les soins de santé, l'égalité des sexes, le respect de l'orientation sexuelle, le parent comme premier responsable de son enfant, etc.) (Bronfenbrenner, 2001, 2005).

Le *chronosystème* correspond à l'ensemble des considérations temporelles (âge, durée, synchronie, etc.) qui caractérisent la situation d'une personne. Il comporte l'ensemble des événements qui se produisent dans différents niveaux des systèmes (ex.: le décès d'un parent, un déménagement, un séisme naturel) (Bouchard, 1987; Bouchard et collab., 1996). Bronfenbrenner et Morris (2006) soulèvent l'importance de tenir compte des événements historiques, des cycles de vie et des aspirations des individus pour mieux saisir le présent et planifier le futur.

Dans la perspective bioécologique, le *temps* doit être pris en considération puisque les personnes et leurs environnements ont une histoire passée, présente et future. Donc, les comportements et les conduites doivent être observés, perçus et analysés en fonction des étapes de développement d'un individu, d'une famille et d'une société. Le *temps* peut être structuré en fonction de trois niveaux: 1) micro; 2) méso; 3) macro. Le *microtemps* désigne la continuité et la discontinuité des épisodes de vie, les interactions constantes et durables. Le *mésotemps* traduit la régularité, la routine, le cycle des interactions et des transactions des individus avec leurs environnements sur des intervalles de temps plus longs comme les jours et les semaines. Finalement, le *macrotemps* fait référence aux changements et aux événements, attendus ou imprévus, dans la société. Ces changements ou événements affectent les processus du développement humain de la génération qui les vit et ceux des générations futures.

3.2 IMPLICATIONS POUR L'INTERVENTION

Selon la perspective bioécologique, la situation-problème est perçue comme une défaillance au nom de l'adaptation progressive et mutuelle de l'individu avec son environnement; dans le passé, les besoins de la personne n'ont pas été comblés de façon satisfaisante. Cette perspective tend à axer l'intervention sur l'individu, ses milieux de vie immédiats et son environnement. Très souvent, l'intervention implique d'autres

partenaires de la communauté. Tout d'abord, l'intervention porte sur l'interaction entre l'individu et son environnement et sur les influences des sous-systèmes afin de mieux départager les questions de responsabilité, de pouvoir personnel et de pouvoir social. Elle évalue jusqu'à quel point les différents sous-systèmes fournissent des réponses adéquates aux besoins des individus, des familles, des groupes et d'une communauté. Une fois ces éléments évalués, il est plus facile de cerner les possibilités et les difficultés qui sont présentes et de choisir un modèle d'intervention ajusté aux besoins de la personne et de son environnement. En outre, l'intervention sociale s'appuie sur l'identité, le sentiment d'appartenance et la capacité d'autodétermination de la personne ainsi que sur la capacité du milieu de vie à soutenir le fonctionnement social de l'ensemble de ses membres.

Avec tous les acteurs des sous-systèmes, la travailleuse sociale fait l'inventaire des facteurs de risque qui peuvent interférer sur la situation ainsi que des facteurs de protection, des compétences et des ressources de l'individu et de l'environnement. Cette démarche consiste aussi à dresser le portrait des relations existantes entre les individus et les sous-systèmes, ce qui peut être illustré par une carte écosystémique ou bioécologique⁴. La travailleuse sociale s'active à faire une analyse-synthèse de l'ensemble de la situation et à émettre des hypothèses de travail en collaboration avec la personne, son milieu de vie, son réseau social et communautaire. Cette démarche permet de mettre l'accent sur les conditions contextuelles et environnementales d'une situation, de baser l'intervention sur l'interférence dynamique des facteurs et de déculpabiliser la personne et son milieu de vie face à la situation-problème.

L'intervention doit porter simultanément sur la communauté et l'environnement de la personne. Tout d'abord, l'intervention vise à développer un environnement sain et sécuritaire en véhiculant des valeurs basées sur le respect des droits et des obligations de tous les membres de la société. Dans une perspective bioécologique, l'intervention vise plus d'éducation, de sensibilisation et de conscientisation sociale afin de promouvoir l'autodétermination, la dignité humaine et la justice sociale

4. Cette représentation graphique permet d'illustrer l'ensemble des relations existantes ou non entre les individus et les sous-systèmes. Cette carte donne des informations sur les ressources et les contraintes présentes dans l'environnement ainsi que sur les nouvelles relations qui peuvent être potentiellement établies entre les microsystèmes (Drapeau, 2008).

pour les individus désavantagés par leur situation personnelle, familiale, sociale et communautaire.

4. APPROCHE STRUCTURELLE

Dans la foulée du militantisme et de l'engagement politique caractéristiques des mouvements sociaux des années 1970, l'approche structurale émerge du courant d'analyse sociale radicale du système capitalisme. Cette approche s'inspire de deux principaux courants idéologiques : le féminisme, qui remet en cause les dimensions patriarcales de notre société, et le mouvement socialiste-radical, qui dénonce la division et le système capitaliste (Bellemare et Gauthier, 2006). Moreau⁵ propose une approche critique conçue à partir d'une analyse sociopolitique des situations, centrée sur la connaissance et la dénonciation des inégalités sociales et des oppressions causées par les conditions et les structures économiques, sociales et politiques (Côté, 1999, 2008 ; Bellemare et Gauthier, 2006). De son côté, Mullaly (1997, 2002, 2007) développe l'approche structurale sur la base de l'idéologie socialiste qui s'enracine dans une théorie critique et qui épouse une vision conflictuelle de la société. L'essence de l'idéologie socialiste et de la perspective radicale du travail social est que l'iniquité : a) est une partie prenante et inhérente du capitalisme ; b) découle des classes sociales, du genre, de la race, de l'orientation sexuelle, de l'âge, de l'habileté et des régions géographiques ; c) exclut certains groupes des possibilités sociales de participation significative à la société et d'une qualité de vie satisfaisante ; et d) s'autoperpétue (Mullaly, 2007).

L'approche structurale offre un cadre de réflexion et d'analyse critique centrée sur les structures sociétales et leurs règles organisationnelles. Elle examine le rôle des structures sociales produisant l'iniquité, l'indigence et les inégalités sociales (Lundy, 2004). Selon cette perspective, les

5. Maurice Moreau, concepteur de cette approche, en a établi les bases théoriques en 1973 alors qu'il était étudiant à l'École de service social de l'Université Columbia à New York. Plusieurs collègues ont contribué au développement de cette approche : mentionnons entre autres Gisèle Legault de l'Université de Montréal ainsi que Pierre Racine et Michèle Bourgon, de l'Université du Québec à Montréal. D'autres collègues de l'École de service social de l'Université Carleton à Ottawa ont participé au développement de cette approche, principalement Helen Levine, Mike Brake, Peter Findlay, Roland Lecomte, Allan Moscovitch et Jim Albert. Peter Leonard, de l'Université McGill, a contribué à établir les fondements théoriques de l'approche structurale (Carniol, 1992).

rapports sociaux sont teintés par des modes institutionnalisés de domination, de subordination et d'oppression fondés sur des statuts et des rôles sociaux (race, sexe, orientation sexuelle, religion, ethnie, classe sociale, statut civil, âge, santé, etc.). L'approche structurelle a pour but de développer des conditions de vie et de travail pour contrer l'inégalité et l'oppression tout en redonnant le pouvoir d'agir aux personnes (Bellemare et Gauthier, 2006). Elle poursuit deux objectifs principaux : 1) réduire la distance sociale entre la travailleuse sociale et la personne en besoin d'aide en établissant une relation dialogique égalitaire ; 2) évaluer et comprendre les effets de la socialisation et des conditions matérielles sur les comportements des personnes. De plus, elle vise la promotion et la défense des droits humains aux différents paliers sociaux et aux différentes instances gouvernementales.

Selon Lundy (2004), l'approche structurelle positionne les travailleuses sociales comme des praticiennes généralistes soucieuses de travailler avec les individus, les familles, les groupes et les communautés en ce qui concerne les services directs, les politiques sociales et la prestation des services. Davis (2007) abonde dans le même sens en disant que les travailleuses sociales ont besoin de développer des habiletés pour reconnaître comment les forces historiques, sociales, culturelles et économiques sont imbriquées dans l'arène publique et privée.

4.1 CONCEPTS-CLÉS DE L'APPROCHE

L'approche structurelle s'appuie sur différents concepts-clés tels que l'*oppression*, les *structures sociales*, la *justice sociale*, la *marginalisation* et l'*empowerment*. Selon Mullaly (2007), l'*oppression* peut être définie comme une relation de pouvoir d'un groupe social sur un autre comme les femmes, les immigrants, les homosexuels, les autochtones, les juifs, etc., avec le soutien des structures de la société. L'*oppression* ne résulte pas des caractéristiques de la personne, mais bien de son appartenance à un groupe social ou à une catégorie de personnes. L'*oppression* est relationnelle ; pour qu'elle existe, il doit y avoir un groupe dominant qui opprime et un groupe subordonné qui est opprimé. Le groupe dominant exerce une position de pouvoir qui est utilisée pour maintenir sa domination au détriment du groupe subordonné. Un autre trait de l'*oppression* est qu'elle n'est pas accidentelle ; elle existe et est perpétuée par le groupe dominant,

elle est systématique et continue dans son application (Lundy, 2004; Mullaly, 2002, 2007). *L'oppression* soutient certaines fonctions sociales du groupe dominant dont elle sert les intérêts en perpétuant la relation de dominant-dominé (Mullaly, 2007). Elle se produit à trois niveaux : personnel, culturel et institutionnel. Ces trois niveaux sont interdépendants et interactifs ; chacun alimente les autres (Dominelli, 1996 ; Mullaly, 2002, 2007 ; Thompson, 1997).

Un autre concept-clé de l'approche structurelle est la notion de *structure sociale* qui peut être définie comme le produit des dynamiques de pouvoir et de résistance sur l'échiquier économique et sociopolitique. Lundy (2004) définit les *structures sociales* comme un ensemble de relations persistantes parmi et entre les institutions-clés, tels l'État, le capital et le travail. La *structure* de n'importe quelle formation sociale est le résultat des relations entre les groupes sociaux et des luttes sociales. Les *structures sociales* peuvent être aussi proches que la famille, basée sur l'idéologie et la pratique du patriarcat, ou éloignées comme le mode de production, c'est-à-dire la façon dont une société produit et reproduit les conditions matérielles.

L'approche structurelle se base sur un autre concept-clé : la *justice sociale*. Celle-ci correspond à l'ensemble des principes qui régissent la répartition des droits sociaux et des devoirs au sein d'une collectivité, c'est-à-dire une répartition tenant compte de la situation personnelle des individus. D'après Lundy (2004), la *justice sociale* est à la fois une construction morale et une construction politique ; elle résulte d'une série de choix collectifs quant à la répartition entre les membres d'une société. La *justice sociale* s'appuie sur des principes comme l'égalité des droits et l'équité, principes découlant des valeurs de la société. Fraser (2005) souligne que la *justice sociale* est un concept complexe, qui doit être compris comme le point de départ de trois dimensions interreliées : 1) la distribution des ressources, 2) la reconnaissance des contributions variées des différents groupes sociaux et 3) la représentation dans le langage et le symbolique. La *justice sociale* traduit donc l'ensemble des choix qui vont déterminer les droits et les devoirs sociaux, dont découlent, les règles et les normes sociales de répartition ou de redistribution.

La *marginalisation sociale* est le processus par lequel un individu devient exclu d'un groupe ou désocialisé. Ce processus de mise à l'écart signifie que l'individu n'a pas les mêmes droits et les mêmes privilèges que

le reste du groupe. La *marginalisation sociale* est une forme d'exclusion des personnes qui ne correspondent pas au modèle dominant d'une société (Mesure et Savidon, 2006). Elle n'est généralement ni véritablement délibérée, ni socialement admise, mais elle constitue un processus plus ou moins brutal de rupture des liens sociaux. La *marginalisation sociale* affecte principalement les personnes de couleur, les personnes âgées, les jeunes, les mères monoparentales et leurs enfants, les personnes ayant des incapacités physiques et mentales, les travailleurs sans compétence et les autochtones. Elle est une forme nocive d'oppression parce qu'elle exclut un groupe entier d'une participation utile et significative à la société (Davis, 2007; Mullaly, 2007). De plus, la *marginalisation sociale* peut être associée à l'exploitation sociale (Moreau, 1987, 1990; Mullaly, 2007).

L'approche structurelle mise sur un autre concept-clé: *l'empowerment*. Sur le plan individuel, *l'empowerment* peut être défini comme la façon par laquelle la personne accroît la prise en charge de son devenir par le développement de ses habiletés, de son estime d'elle-même et de sa confiance en soi. C'est aussi un processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires pour être en contrôle de leur vie (Le Bossé, 2003). Les notions de sentiment de compétence personnelle, de prise de conscience et de motivation à l'action sociale y sont associées (Rappaport, 1984, 1987; Lemay, 2009). *L'empowerment* individuel comprend une dimension transactionnelle qui joue sur les plans social et collectif, car il implique une relation avec les autres.

En effet, *l'empowerment* est un processus synergique dans lequel les personnes sont interreliées, où il y a un partage des ressources et une collaboration pour transiger avec les changements dans l'environnement. *L'empowerment* implique de faire confiance aux personnes et de les aider à choisir les actions qu'elles jugent pertinentes pour elles-mêmes (Lemay, 2009). *L'empowerment* comporte quatre composantes essentielles: la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Lorsque ces quatre composantes sont en interaction, un processus d'*empowerment* est alors enclenché; ce processus est centré sur les forces, les droits et les habiletés des individus et de la communauté, plutôt que sur les déficits et les défaillances (Le Bossé, 2003; Lemay, 2009). *L'empowerment* peut être aussi communautaire au moment où il y a interaction entre la coopération, la synergie, la transparence et la circulation de l'information,

le tout basé sur les forces du milieu. Il est la conséquence de la participation citoyenne à des instances politiques et collectives; il requiert la participation active des personnes à des lieux de pouvoir où la redistribution des ressources est favorable pour le groupe ou la communauté auquel l'individu appartient (Ninacs, 2008).

4.2 IMPLICATIONS POUR L'INTERVENTION

Selon l'approche structurelle, la situation-problème est perçue comme 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 de difficultés qui tiennent en fait à des conditions sociales, matérielles et politiques (Moreau, 1987). En d'autres mots, les situations-problèmes sont le reflet des inégalités sociales et de l'accessibilité limitée aux ressources en raison du sexe, de la classe sociale, de l'ethnicité, de la religion; elles résultent donc des structures sociales de la société capitaliste (Mullaly, 2007). L'approche structurelle conduit à une vision globale des problèmes sociaux; elle exige donc une polyvalence méthodologique qui se traduit par des habiletés d'intervention à plusieurs niveaux (Lévesque et Panet-Raymond, 1987, 1994).

À l'ère de la performance et de la transdisciplinarité, l'approche structurelle offre un cadre d'analyse des contextes socioéconomiques, politiques et institutionnels. Elle exige cependant que la travailleuse sociale possède des compétences variées et une solide capacité d'analyse des problèmes sociaux. Cette approche permet à la travailleuse sociale de faire le lien entre le personnel et le politique, entre les conditions objectives de vie et de travail et les idées, entre les sentiments, les comportements, les conduites et la santé physique et mentale des individus. Elle engage la travailleuse sociale à prendre en considération le lien existant entre les structures sociales et les caractéristiques de la personne: âge, race, ethnie, nationalité, sexe, classe sociale, religion, santé, statut civil et orientation sexuelle. La travailleuse sociale qui inscrit sa démarche dans une approche structurelle reconnaît les façons dont le pouvoir social est imbriqué dans les processus politiques aussi bien que dans les rapports personnels. Cette approche l'amène à remettre en question les ressources institutionnelles et communautaires tant au niveau microsocial que

macrosocial. La travailleuse sociale met l'accent sur les structures sociales qui ont créé le problème plutôt que sur la personne et son entourage. L'application de cette approche amène la travailleuse sociale à intervenir auprès des individus, des groupes et des familles à l'intérieur et à l'extérieur des organismes sociaux.

ANALYSE SYNTHÈSE DES APPROCHES

Chacune de ces trois approches propose un cadre d'analyse aux intervenants sociaux pour l'étude d'une situation-problème auprès des personnes en besoin d'aide en vue de planifier l'intervention sociale à effectuer. Bien que ces approches partagent cette même finalité, l'angle de prise est distinct, ce qui amène la travailleuse sociale à intervenir auprès de la personne en besoin d'aide et à percevoir la situation-problème de façon différente. L'approche systémique met l'accent sur les dynamiques relationnelles à l'intérieur du système de l'individu et de son environnement immédiat, l'approche bioécologique s'appuie sur l'interaction entre l'individu et les différents sous-systèmes et l'interaction entre les sous-systèmes, alors que l'approche structurelle privilégie les structures sociales qui favorisent les conditions de vie entraînant la situation-problème.

Selon la perspective systémique, la personne en besoin d'aide est perçue comme la porteuse d'un symptôme, souvent appelée « *patiente désignée* », et elle est la canalisatrice des dysfonctionnements interrelationnels et communicationnels dans un système. Le système familial ou le groupe social la perçoivent comme la personne à changer, et pour qui on demande de l'aide afin d'améliorer la situation. Cette personne représente la lutte dualiste du système entre maintenir sa cohésion ou changer sa quête d'homéostasie (Côté, 1999, 2008; Albernhé et Albernhé, 2008). Selon la perspective bioécologique, la personne en besoin d'aide est perçue comme une agente active ayant un ensemble d'attributs pouvant exercer une influence dans et sur son environnement pour assurer sa croissance et son fonctionnement global. Selon Bronfenbrenner (2005), la personne possède des caractéristiques et des prédispositions afin de développer des mécanismes d'adaptation pour répondre à ses besoins développementaux. Ces initiatives d'adaptation traduisent les intérêts, les valeurs et les croyances de l'individu en interaction avec les personnes, les objets et autres symboles dans l'environnement, et témoignent de son adaptation

progressive et mutuelle à ses différents environnements. Selon l'approche structurelle, la personne en besoin d'aide est perçue comme sujet d'un rapport d'oppression dû à une distribution inéquitable de la richesse et du pouvoir dans la société, et découlant des liens déterminés par la classe dominante envers la classe dominée. Elle vit des conditions sociales d'exploitation et de domination qui expliquent sa position sociale, ses difficultés et ses souffrances individuelles et relationnelles. D'après les valeurs de l'idéologie dominante et les structures sociales en vigueur, elle ne répond pas aux normes et aux règles sociales soit de par son âge, sa condition physique et mentale, sa race, son orientation sexuelle, sa religion, son rôle, son statut social, etc.

De plus, ces trois approches proposent une façon différente d'analyser la situation-problème. L'approche systémique vise à décrire et à évaluer la complexité organisée d'un système et elle met l'accent sur l'interdépendance des éléments du système en tenant compte de la totalité des caractéristiques d'une situation. Elle s'appuie sur la représentation de la réalité des faits, étape incontournable de l'intervention sociale, et elle dégage des invariants sur lesquels elle prend appui : principes généraux, structuraux et fonctionnels (Massa, 2002). L'approche bioécologique propose d'examiner la situation de la personne dans toutes ses dimensions, du microsystemique au macrosystemique, et dans toute sa complexité, ce qui permet aux intervenants sociaux de mieux planifier et exécuter une action la plus sociale et globale possible. Cette approche est polyvalente puisqu'elle s'adresse aux intervenants de plusieurs disciplines ainsi qu'aux chercheurs pour l'étude des problèmes biopsychosociaux et écologiques (Bronfenbrenner et Morris, 2006). Cependant, l'approche bioécologique offre peu d'assises pour l'engagement critique concernant les questions de pouvoir, la hiérarchisation des classes sociales et le fonctionnement social et politique. Elle propose un mode d'analyse explicative plutôt que d'analyse critique; elle ne présente pas de bases épistémologiques à travers lesquelles considérer les constructions cognitives et sociales de la réalité bioécologique des individus et de leur milieu de vie (Mullaly, 2007).

L'approche bioécologique et l'approche systémique se ressemblent puisqu'elles offrent un cadre d'analyse des problèmes sociaux basé sur la dynamique relationnelle entre les individus au sein de leurs différents systèmes. Par contre, elles se distinguent au sens où l'approche systémique met l'accent sur la capacité et l'habileté du système à changer et à assurer la sécurité et le développement de ses membres, et se concentre à

faire l'étude des processus de communication, des rôles et des fonctions des individus, des familles et des petits groupes dans différents contextes (Blanchette, 1999; Albernhe et Albernhe, 2008). Tandis que la perspective bioécologique met l'accent sur la capacité et l'habileté de l'individu à s'adapter et à négocier avec son ou ses environnement(s) pour combler ses besoins de sécurité et de développement dans une perspective longitudinale de l'évolution humaine (Bronfenbrenner et Morris, 2006).

L'approche structurelle vise à développer des conditions de vie pour lutter contre l'inégalité et l'oppression tout en redonnant le pouvoir d'agir aux personnes (Bellemare et Gauthier, 2006). Selon Lundy (2004), cette approche fournit un cadre d'analyse pour une pratique sociale qui examine le rôle des structures sociales favorisant l'iniquité, l'indigence et les inégalités sociales. Cette approche amène la travailleuse sociale à remettre en question les ressources institutionnelles et communautaires, tant au niveau microsocial que macrosocial, et à centrer son intervention sur les structures sociales qui ont entraîné le problème plutôt que sur la personne et son entourage. Selon la perspective structurelle, les problèmes sociaux ne sont pas causés par des déficits dans l'interaction et la communication entre les individus et leurs sous-systèmes, comme les approches systémique et bioécologique le présentent (Carniol, 1992). Les problèmes sont le résultat des accès différents au pouvoir et des conflits d'intérêts entre les systèmes sociaux, et non pas du manque d'adaptation mutuelle et progressive, d'interdépendance ou d'équilibre entre les individus et les systèmes (Moreau, 1987; Carniol, 1992; Mullaly, 2007). Bien que cette approche soit basée sur la justice sociale et la promotion des droits humains, il demeure que la relation entre la justice sociale et le travail social n'est pas nécessairement facile à réaliser pour les intervenants; elle comporte des tensions, des contradictions et des conflits à la fois sur les plans idéologique, conceptuel et politique aussi bien que sur les plans théorique et pratique (Bellemare et Gauthier, 2006).

Somme toute, chacune de ces approches vise une meilleure compréhension des problèmes sociaux afin d'outiller la travailleuse sociale à aider la personne à planifier son devenir et à avoir une participation citoyenne plus importante, et ainsi pouvoir contribuer au mieux-être des personnes sans discrimination au sein de la société.

CONCLUSION

Une approche se construit à partir de l'expérimentation scientifique et de la pratique. Lorsque l'intervenant est mal à l'aise avec une approche ou qu'il n'obtient pas les résultats escomptés, il va choisir d'aborder la réalité avec un regard différent (Bellemare et Gauthier, 2006). C'est ainsi qu'il arrive, de fil en aiguille, à développer un nouveau cadre d'analyse, une autre lecture des choses. Cette nouvelle approche devient progressivement un spécimen pouvant ensuite servir d'exemple à d'autres intervenants sociaux, jusqu'à ce qu'à leur tour ces derniers éprouvent le besoin de la modifier parce qu'elle ne répond plus à leurs besoins. Ce constat souligne bien le caractère dynamique, évolutif, mais aussi éphémère d'une approche. La finalité d'une approche et de ses concepts est de fournir un cadre de référence, une grille de lecture commune aux intervenants sociaux servant de porte d'entrée auprès de la personne, de la famille, du groupe ou de la communauté en besoin d'aide. Il appartient ensuite à chaque travailleuse sociale, selon son expérience, son histoire personnelle, sa sensibilité, son mandat et son appartenance organisationnelle, de privilégier une approche qui convient aux besoins et aux préoccupations de l'individu, de la famille, du groupe ou de la communauté à qui s'adressent les services (Massa, 2002).

Les approches présentées dans ce chapitre privilégient la participation active de l'individu à définir sa situation-problème et à percevoir la dynamique des contextes sociaux qui l'entourent. Ces approches favorisent tant sa prise en charge face à son devenir personnel et social que l'émergence de ses ressources personnelles et sociales en vue de changer sa situation. La travailleuse sociale agit avec la personne et non à sa place : elle la guide, l'accompagne, la conseille, la soutient et la motive dans ses décisions et ses initiatives. Ces approches conduisent à déculpabiliser les personnes touchées par la situation-problème, à les faire participer à la définition de leurs problèmes et de leurs enjeux, et à travailler à la mobilisation des ressources de leur entourage pour une prise en charge de leur situation et de leur développement optimal. Ces approches sont utiles aux intervenants sociaux puisque le travail social s'inscrit dans une perspective qui exige d'être sensible au contexte social, économique, politique et culturel.

APPROCHES	SYSTÉMIQUE	BIOÉCOLOGIQUE	STRUCTURELLE
Définition	Un cadre d'analyse et d'évaluation pour aborder la complexité des phénomènes organisés, et pour étudier la dynamique des activités à l'intérieur d'un système avec et dans son environnement.	Un cadre d'analyse et d'évaluation pour observer, étudier et comprendre l'individu, ses réseaux et les systèmes complexes avec lesquels il est en interaction.	Un cadre de réflexion et d'analyse critique centré sur les structures sociétales et leurs règles organisationnelles qui produisent l'iniquité, l'indigence et les inégalités sociales.
Concepts-clés	1) Système 2) Frontières 3) Rétroaction 4) Homéostasie 5) Équifinalité 6) Métacommunication	1) Processus 2) Personne 3) Contexte (ontosystème, microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème, chronosystème) 4) Temps (microtemps, mésotemps, macrotemps)	1) Oppression 2) Structures sociales 3) Justice sociale 4) Marginalisation sociale 5) Empowerment
Implications pour l'intervention	1) La situation-problème est perçue comme le comportement symptomatique adapté au contexte social actuel de la personne, le reflet d'une tentative inefficace de résolution d'une difficulté, et le mécanisme qui assure la cohésion et l'homéostasie du système concerné.	1) La situation-problème est perçue comme une défaillance dans l'adaptation progressive et mutuelle de l'individu à son environnement ; dans le passé, les besoins de la personne n'ont pas été comblés de façon satisfaisante.	1) La situation-problème est perçue comme 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 de difficultés qui tiennent en fait à des conditions sociales, matérielles et politiques.
	2) Permet de focaliser l'intervention sociale sur l'ensemble des éléments d'un système, qu'il soit familial, social, groupal ou communautaire, et non seulement sur l'élément qui présente le problème.	2) Axe l'intervention sur l'individu, ses milieux de vie immédiats et son environnement, ce qui implique très souvent d'autres partenaires de la communauté.	2) Conduit à une vision globale des problèmes sociaux ; elle exige donc une polyvalence méthodologique qui se traduit par des habiletés d'intervention à plusieurs niveaux.

Implications pour l'intervention	3) Axée sur les mécanismes de régulation, les modes de communication et les alliances dyadiques qui contribuent à l'apparition des difficultés chez un des éléments du système.	3) Porte sur l'interaction entre l'individu et son environnement et sur les influences des sous-systèmes afin de mieux répartir les questions de responsabilité du pouvoir personnel et du pouvoir social.	3) Offre un cadre d'analyse des contextes socioéconomiques, politiques et institutionnels; exige que la travailleuse sociale possède des compétences variées et une solide capacité d'analyse des problèmes sociaux.
	4) S'appuie sur le questionnement circulaire, le recadrage et la prescription de tâches pour favoriser un changement, un mieux-être de la personne et de son système immédiat.	4) Fait l'inventaire des facteurs de risque qui peuvent interférer sur la situation ainsi que des facteurs de chance et de protection, des compétences et des ressources de l'individu et de l'environnement.	4) Permet à la travailleuse sociale de faire le lien entre le personnel et le politique, les conditions objectives de vie et de travail et les idées, entre les sentiments, les comportements, les conduites et la santé physique et mentale des individus.
		5) Fait une analyse-synthèse de l'ensemble de la situation et émettre des hypothèses de travail en collaboration avec l'individu, son milieu de vie, son réseau social et communautaire.	5) Remet en question les ressources institutionnelles et communautaires tant au niveau microsocial que macrosocial.
		6) Vise plus d'éducation, de sensibilisation et de conscientisation sociale afin de promouvoir l'autodétermination, la justice sociale et la dignité humaine pour les individus désavantagés par leur situation personnelle, familiale, sociale et communautaire.	

CONCLUSION

Jean-Pierre Deslauriers et Daniel Turcotte

En présentant les différentes étapes du processus qui caractérise la méthodologie de l'intervention personnelle, cet ouvrage a voulu apporter sa contribution au développement du travail social en aidant les professionnels, futurs et actuels, à structurer leur action. Il s'agit selon nous d'une préoccupation importante, car la méthodologie d'intervention est au cœur de la spécificité d'une discipline professionnelle. En effet, c'est sur le terrain que les professions démontrent leur efficacité et leur utilité pour le public. Une profession digne de ce nom ne peut se justifier sans démontrer son efficacité pratique. À cet égard, la profession de travail social ne peut se soustraire à la nécessité d'objectiver son action, de la théoriser et de la découper en phases repérables et identifiables empiriquement. C'est une voie incontournable pour être en mesure de l'enseigner, de la documenter, de l'analyser et de l'évaluer.

L'histoire du travail social a été marquée par deux femmes qui ont chacune jeté les bases d'une méthode en travail social. D'un côté, Mary Richmond a théorisé la pratique de l'intervention personnelle; de l'autre, Jane Addams (1938) a relaté son expérience de l'organisation communautaire. Ces deux fondatrices ont ainsi personnalisé les deux principales méthodes d'intervention en travail social. Elles se connaissaient et, malgré les divergences de points de vue, elles se respectaient. Par contre, il y eut des tensions, oui, certainement, et qui se sont perpétuées jusqu'à présent dans la profession de travail social. Dans cette conclusion, nous

attirons l'attention sur le fait que ces deux méthodes ont amplifié des lacunes qui existaient à l'état latent, parfois au détriment de leur développement respectif.

Lorsque Mary Richmond (1917 [1965] et 1922) s'est attelée à la tâche de codifier l'intervention sociale personnelle, elle a soutenu avec force la nécessité d'aborder les effets personnels des problèmes sociaux à la lumière du contexte social. Son approche du travail social comprenait également une préoccupation de réforme sociale.

C'est facile de se sentir satisfaits des résultats obtenus par le travail social si nous nous limitons aux premiers signes d'amélioration ou si nous évaluons les résultats seulement de notre point de vue. Nous devons oser examiner la vie dans son ensemble, en gardant constamment à l'esprit le bien-être permanent de l'individu et de la société [traduction libre] (Richmond, 1922, cité par Kisnerman, 2005: 49).

Dans l'esprit de Richmond, les travailleuses sociales devaient exercer une influence qui dépasserait les limites du travail de cas. En effet, elle pensait que les praticiens en intervention personnelle, de par leur connaissance intime de la réalité sociale, pouvaient fournir des pistes intéressantes pour formuler ou ajuster les politiques sociales. Ce serait possible, évidemment, à la condition que les travailleuses sociales conservent leur vision sociale et entrevoient les possibilités de leur action.

Les intentions de Richmond furent détournées par l'arrivée de la psychanalyse et le développement ultérieur de la psychologie. En effet, les travailleurs sociaux ont rapidement adhéré aux idées véhiculées par la psychanalyse dès qu'ils en prirent connaissance: ils y trouvaient un cadre théorique cohérent qu'ils pouvaient intégrer à leur pratique professionnelle. Ce virage se fit au grand dam de Mary Richmond qui y voyait le risque d'une individualisation progressive de l'intervention sociale. De fait, au cours des ans, l'intervention personnelle adopta progressivement une position plutôt individuelle au détriment de la perspective sociale.

Cette réorientation nous semble nuisible parce que le travail social personnel, tout comme le travail social en général, ne peut faire l'économie d'une réflexion sur le sens et la portée de son action. Les organisateurs communautaires québécois ont souvent reproché à leurs collègues en intervention personnelle de mener leurs actions sans s'interroger sur sa portée sociale: si le travailleur social se pose comme agent de changement social, vers quelle sorte de société voulons-nous nous diriger?

Quel est notre projet social? Quels objectifs voulons-nous atteindre et par quels moyens?

Il s'ensuivit une inflation de la méthodologie au détriment de la pensée et de la théorie sociale. Toutefois, la pratique ne se suffit pas à elle-même. C'est ce que nous enseigne le mouvement de reconceptualisation latino-américain dans son analyse du travail social tel qu'il se pratiquait dans le sud au cours des années 1960 (Alayon, 2005).

L'intervention personnelle, le travail social de groupe et l'organisation communautaire - les méthodes classiques - commencèrent à se percevoir comme des abstractions qui découpent artificiellement la réalité. Elles n'ont pas tenu compte du fait que l'individu, le groupe et la communauté n'ont pas d'existence propre si on ne prend pas en considération le contexte plus large qui conditionne des interrelations dynamiques, constantes et inséparables [traduction libre] (Ander-Egg, 2003: 21).

Cependant, quelle que soit la méthode d'intervention, le travail social n'est pas à l'abri d'une dérive de sa fonction au sein de la société. Car s'il y a l'écueil de l'amplification de la méthodologie, il y a également celle de la théorie et du projet social: même avoué, ce projet peut devenir aussi abstrait que la méthodologie aseptisée. S'il y eut surestimation de la méthodologie au détriment de la pensée sociale, en organisation communautaire, ce fut le contraire: il y eut plutôt débordement de la théorie.

Au cours des années 1970 et 1980, beaucoup d'organismes communautaires québécois adoptèrent le marxisme comme théorie de référence puisque celle-ci se montrait capable d'expliquer le développement capitaliste à sa phase libérale. Dans cette foulée, beaucoup d'organismes communautaires devinrent des experts dans la discussion et la maîtrise des concepts marxistes. À leurs yeux, l'intervention professionnelle se confondait avec l'action politique, avec les méprises que cette inversion pouvait comporter. C'est ainsi que certains dépréciaient les praticiens de l'intervention personnelle en leur reprochant de travailler sur les symptômes des problèmes sociaux alors qu'eux, ils travaillaient sur les causes.

Comme toute grande théorie, il était difficile d'appliquer les catégories marxistes à des situations plus locales comme le développement d'une communauté: les organismes communautaires avaient alors besoin de modèles de pratique ou de théories à portée moyenne. Ce fut le cul-de-sac auquel aboutirent les organismes communautaires québécois de cette époque: leur théorie les aidait à critiquer un système socioéconomique

qu'ils n'aimaient pas, mais leur était de peu d'utilité pour élaborer une stratégie de changement. Ce fut la dérive à laquelle ont abouti le courant de la reconceptualisation en Amérique latine et l'organisation communautaire à la fin des années 1970 et dans les années 1980, au Québec. Bref, l'hypertrophie idéologique démontra ses limites et un nombre croissant d'organismes communautaires furent à la recherche d'une voie plus pragmatique.

Les travailleurs sociaux américains vinrent à la rescousse de leurs collègues québécois. En effet, à la fin des années 1980, des organismes communautaires, professeurs et intellectuels plus pragmatiques ont redécouvert les travaux de Jack Rothman et ses collaborateurs (1995; voir aussi Tropman et collab., 1995). Ils ont remis à l'ordre du jour des modèles de pratique qui, pour incomplets qu'ils fussent, donnaient des indications pratiques pour l'action. Sous l'impulsion des professeurs Laval Doucet et Louis Favreau, fut publié un ouvrage collectif que nous pouvons considérer comme le premier véritable livre québécois d'introduction à la méthodologie en organisation communautaire (Doucet et Favreau, 1991). Le succès de librairie qu'a connu ce volume au Québec indique bien qu'il répondait à un besoin criant.

À partir de ce moment, l'organisation communautaire a en quelque sorte réintégré le travail social. En effet, de nos jours, elle s'enseigne dans les unités de formation universitaire en travail social: plus que jamais, c'est une méthode d'intervention reconnue et pratiquée. De plus, ce sont les professeurs en travail social qui ont continué d'écrire et de publier sur le sujet; ce sont eux qui poursuivent des travaux de recherche en organisation communautaire. Depuis sa fondation, le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire tient son congrès bisannuel à l'université, de concert avec l'unité de formation universitaire en travail social de l'endroit. Il s'agit d'un changement de cap notable.

Et qu'advient-il des tensions entre les tenants de l'organisation communautaire et ceux de l'intervention personnelle? Elles perdurent, évidemment! Elles n'ont pas disparu pour autant. Cependant, les diplômés en travail social reçoivent une formation polyvalente avec des connaissances suffisantes en organisation communautaire. Même si la majorité choisit encore de pratiquer l'intervention personnelle, sur le terrain, lorsque les circonstances le nécessitent, certains intervenants hésitent moins

qu'avant à «faire du communautaire». Certains découvrent alors que ce qu'ils ont appris peut leur servir. Le débat persiste, mais il est plus serein et les échanges, plus constructifs. C'est ainsi que les choses peuvent évoluer.

Sans doute que l'évolution du travail social comme discipline professionnelle passe, comme le proposait Yves Vaillancourt au milieu des années 1970, par la formation de travailleurs sociaux critiques et équipés. Tout d'abord, les travailleurs sociaux doivent être capables de sens critique pour s'orienter à travers les modes et dépasser les apparences. Par ailleurs, ils doivent aussi disposer d'une méthodologie de travail qui les rende aptes à déployer une pratique concrète. «Rien n'est plus pratique qu'une bonne théorie», aurait lancé Kurt Lewin. «À la condition qu'elle s'applique», ajoutait mon défunt collègue Roland Charbonneau. Nous espérons que cet ouvrage a pu apporter sa contribution à rapprocher pratique et théorie.

NOTICES BIOGRAPHIQUES DES AUTEURS

Marc Boily est titulaire d'une maîtrise (Université de Montréal) et d'un doctorat (Université Laval) en service social. Il compte plusieurs années de pratique, particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Il est présentement professeur au Module de travail social de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). Ses enseignements sont en lien avec la méthodologie de l'intervention auprès des personnes, la santé mentale, le fonctionnement social et les problèmes sociaux. Il s'intéresse particulièrement à l'exercice du rôle parental chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Il a dirigé la publication du volume *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité* (2006). Il est chercheur associé au Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER) de l'UQAR.

marc_boily@uqar.qc.ca

Sonia Bourque est titulaire d'un baccalauréat en science politique, d'un baccalauréat en travail social (Université du Québec à Montréal) et d'une maîtrise en service social (Université de Montréal). Elle est présentement étudiante au doctorat en service social à l'Université Laval. Elle est chargée de projets à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugués et familiaux du Québec; elle a travaillé notamment sur le guide de la supervision, le cadre de référence de l'évaluation du fonctionnement social et les lignes directrices en adoption internationale. Elle est également chargée de cours à l'École de service social de l'Université Laval et formatrice sur le thème de l'évaluation psychosociale. Ses intérêts de recherche portent sur la réalité des familles dont l'un des parents a un trouble mental.

sobourk@hotmail.com

Louise Carignan, Ph. D., t.s., est professeure au Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi. Elle enseigne la méthodologie de l'intervention sociale aux étudiants du baccalauréat et de la maîtrise en travail social. Comme professeure responsable de la formation pratique, elle encadre l'ensemble des stages pour les étudiants des premier et deuxième cycles. À travers ses années de pratique et ses travaux de recherche, elle a développé une expertise dans le domaine de la maltraitance, du placement familial et des liens parents-enfants. Elle a publié sa thèse doctorale sous le titre *Vivre en famille d'accueil jusqu'à mes 18 ans : voir ou ne pas mes parents ?* Elle est chercheure associée au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

Louise_Carignan@uqac.ca

Jean-Pierre Deslauriers est titulaire d'une maîtrise en service social (Université Laval) et docteur en travail social (Université de Toronto). Professeur associé, il est rattaché au Département de travail social et de sciences sociales de l'Université du Québec en Outaouais. Ses travaux récents portent sur les groupes communautaires, le travail social québécois et le travail social international.

Jean-Pierre.Deslauriers@uqo.ca

Marie Drolet est titulaire d'un baccalauréat, d'une maîtrise et d'un doctorat en service social de l'Université Laval. Professeure à l'Université d'Ottawa, ses enseignements portent sur l'intervention auprès des individus et des familles, ainsi que sur l'enfance et la jeunesse en difficulté. Ses recherches et ses publications s'intéressent aux enfants, aux adolescents et adolescentes en contexte linguistique minoritaire et aux interventions dans le domaine de la prévention, de la protection de la jeunesse et du service social scolaire. Elle a codirigé un numéro de *Reflets* (revue d'intervention sociale et communautaire) sur l'intervention sociale en contextes minoritaires et les processus de minorisation. Elle est coauteure d'un livre intitulé *La violence au préscolaire et au primaire. Les défis et les enjeux de la collaboration entre l'école et les parents* (2006). Elle est membre du Centre de recherche sur les services éducatifs et communautaires et du Laboratoire de recherche interdisciplinaire sur les droits de l'enfant.

Marie.Drolet@uottawa.ca

Madeleine Dubois est titulaire d'une maîtrise en service social. Au cours des quarante dernières années, elle a occupé divers postes de travailleuse sociale et de superviseure au sein d'organismes de services sociaux et de santé situés à Ottawa. De 1993 à 2009, elle a été responsable de la formation pratique pour le programme de maîtrise à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Elle est engagée dans diverses causes sociales et siège à plusieurs comités de travail s'intéressant au développement social et communautaire. Elle fait partie du comité de direction de la revue d'intervention sociale et communautaire *Reflets*. Depuis 1995, elle a codirigé des numéros portant sur divers thèmes, notamment l'exclusion sociale et la réalité des familles en contexte d'appauvrissement.

mdubois@uottawa.ca

Sylvie Thibault est titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en service social de l'Université Laval, ainsi que d'un doctorat en travail social de l'Université McGill. Elle est professeure en travail social au Département de travail social et des sciences sociales de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Ses champs d'intérêt sont la violence conjugale, la diversité sexuelle, l'analyse féministe, la théorie des représentations sociales et l'intervention psychosociale. Elle dirige le Centre de recherche et d'études sur l'intervention sociale (CERIS) à l'UQO. Elle est chercheure au Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) ainsi que membre de l'équipe Sexualités et genres: vulnérabilité et résilience. Elle collabore aux travaux de l'équipe Masculinités et société.

sylvie.thibault@uqo.ca

Gilles Tremblay est professeur titulaire à l'École de service social de l'Université Laval. Il détient un baccalauréat et une maîtrise en service social (Université de Sherbrooke) ainsi qu'un doctorat en sciences biomédicales (Université de Montréal). Ses champs d'intérêt sont la méthodologie de l'intervention sociale auprès des individus et des familles, les fondements théoriques du travail social, l'intervention en contexte de violence ainsi que la condition masculine. Il est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) et de l'équipe Masculinités et société.

Gilles.Tremblay@svs.ulaval.ca

Daniel Turcotte est professeur à l'École de service social de l'Université Laval. Il est titulaire d'un baccalauréat (Université Laval) et d'une maîtrise (Université de Sherbrooke) en service social ainsi que d'un doctorat en éducation (UQAC-UQAM). Ses enseignements portent sur l'évaluation de programmes et les méthodes qualitatives. Il est membre de Centre de recherche sur les jeunes et les familles à risque (JEFAR).

Daniel.Turcotte@svs.ulaval.ca

Pierre Turcotte est professeur agrégé à l'École de service social de l'Université Laval. Il détient un baccalauréat en travail social (UQAM), une maîtrise en sociologie (UQAM) et un doctorat en service social (Université de Montréal). Ses enseignements portent sur la méthodologie de l'intervention sociale auprès des individus et des familles et sur l'intervention auprès des hommes en contexte de suicide, de violence conjugale et de violence parentale. Il est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) et de l'équipe Masculinités et société.

pierre.turcotte@svs.ulaval.ca

BIBLIOGRAPHIE

- Addams, J. (1938 [1968]). *Twenty Years at Hull-House: With Autobiographical Notes*. New York: Macmillan.
- Alary, J. (1999). « Quelques enjeux de la pratique et de la formation en service social », *Intervention*, 110, p. 17-24.
- Alayon, N. (2005). *Trabajo social latinoamericano. A 40 años de reconceptualización*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Albernhé, K. et T. Albernhé (2008). *Les thérapies familiales systémiques* (3^e édition). Paris: Masson.
- Amato, A. (2002). « Vers un changement systémique des organisations », *Cahiers de l'actif*, 308-309, p. 47-65.
- Ames, N. (1999). « Social work recording: a new look at an old issue », *Journal of Social Work Education*, 35(2), p. 227-237.
- Amiguet, O. et C.R. Julier (1996). *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Genève: Institut d'études sociales.
- Ander-Egg, E. (2003). *Metodologia del trabajo social*. Buenos Aires: Lumen.
- Anderson, J. (1997). *Social Work with Groups. A Process Model*. New York: Longman.
- Anthony, S. et G. Pagano (1998). « The therapeutic potential for growth during the termination process », *Clinical Social Work Journal*, 26(3), p. 281-295.
- Association canadienne des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux (ACTS) (2009). *L'ACTS présente la profession du travail social: Le travail social, qu'est-ce que c'est ?*, [en ligne: http://www.casw-acts.ca/index_f.html], consulté le 1^{er} juillet 2010.
- Auclair, R. (1987). « Synthèse et commentaire des écrits sur l'approche intégrée », *Service social*, 36(2-3), p. 286-314.
- Auclair, R. (2000). « Valeurs et éthique en travail social », dans *Introduction au travail social*, p. 237-263. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles*. Paris: Érès.
- Autès, M. (1999). *Les paradoxes du travail social*. Paris: Dunod.
- Bandler, R. et J. Grinder (2005). *Le recadrage: transformer la perception de la réalité avec la PNL*. Paris: Inter Éditions.

- Barker, R.L. (2003). *The social work dictionary* (5^e édition). Washington (D.C.): National Association of social workers Press, 493 p.
- Baum, N. (2005). «Correlates of clients' emotional and behavioural responses to treatment termination», *Clinical Social Work Journal*, 33(3), p. 309-326.
- Baum, N. (2007). «Therapists' Responses to Treatment Termination: An Inquiry into the Variables that Contribute to Therapists' Experiences», *Clinical Social Work Journal*, 35, p. 97-106.
- Beaudoin, A. (1986). «L'insertion de l'évaluation sur système unique dans l'intervention», *Service social*, 35(1-2), p. 52-74.
- Beaudoin, A. (1992). *L'évaluation de l'intervention par la méthode sur système unique*. Québec: École de service social, Université Laval.
- Beaudry, M. et G. Trottier (2001). *Les habiletés d'intervention en service social individuel et familial. Développement et évaluation*. Centre d'appui au développement des pratiques et de la recherche en service social, Université Laval.
- Beaudry, M. et J.-M. Boisvert (1988). *Psychologie du couple: quand la science se met à parler d'amour*. Montréal: Méridien.
- Becker, H., A. Stuifbergen, S. Rogers et G. Timmerman (2000). «Goal Attainment Scaling to Measure Individual Change in Intervention Studies», *Nursing Research*, 49(3), p. 176-180.
- Bellemare, A.M. et S. Gauthier (2006). «Application de l'approche structurale auprès des personnes détenues au Centre de prévention de l'immigration de Laval», *Intervention*, 125, p. 109-117.
- Bembry, J.X. et C. Ericson (1999). «Therapeutic Termination with the Early Adolescent Who Has Experienced Multiple Losses», *Child and Adolescent Social Work Journal*, 16(3).
- Berbaum, J. (1982). *Étude systématique des actions de formation: introduction à une méthodologie de recherche*. Paris: PUF.
- Berg, I.K. et S.D. Miller (1998). *Alcool, une approche centrée sur la solution*. Bruxelles: SATAS.
- Biesteck, F.-P. (1962). *Pour une assistance sociale individualisée: la relation de casework*. Paris: Seuil.
- Bilodeau, G. (1980). «Pour une réelle relation d'alliance entre travailleur social et client», *Service social*, 29(3), p. 438-458.
- Bilodeau, G. (1993). «Méthodologie de l'intervention sociale et inter-culturalité», *Service social*, 42(1), p. 25-48.
- Bilodeau, G. (2005). *Traité de travail social*. Rennes (France): Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- Blanc, B. et S. Gonzalez (2007). «Les interventions au niveau des organismes sociaux», dans Cristina de Robertis (dir.), *Méthodologie de l'intervention en travail social*, p. 302-314. Paris: Bayard.

- Blanchette, L. (1999). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Bogo, M. (1993). «The student/field instructor relationship: The critical factor in field education», *The Clinical Supervisor*, 11(2), p. 23-36.
- Bogo, M. (2006). *Social work practice: concepts, processes, and interviewing*. New York: Columbia University Press.
- Bohart, A.C. et L.S. Greenberg (1997). *Empathy Reconsidered. New directions in psychotherapy*. Washington (DC): American Psychological Association.
- Boisvert, D. (1990). *Le plan de services individualisé. Participation et animation*. Ottawa: Agence d'Arc.
- Bordin, E. (1994). «Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions», dans A. Horvath et L. Greenberg (dir.), *The working alliance. Theory, research and practice*, p. 13-37. New York: John Wiley and Sons.
- Bostic, J., L. Shadid et U. Blotcky (1996). «Our time is up: Forced terminations during psychotherapy training», *American Journal of Psychotherapy*, 50(3), p. 347-359.
- Bouchard, C. (1987). «Intervenir à partir de l'approche écologique: au centre, l'intervenant», *Service social*, 36(2-3), p. 454-477.
- Bouchard, C., R. Tessier, A. Fraser et J. Laganière (1996). «Dimensions écologiques de la famille», dans R. Tessier, G.M. Tarabulsky et L. Éthier (dir.), *Dimensions de la maltraitance*, p. 34-52. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bouquet, B. (2003). *La question éthique dans le travail social contemporain. Éthique et travail social: une recherche de sens*. Paris: Dunod.
- Bourgon, M. (2007). «L'intervention individuelle en travail social», dans Jean-Pierre Deslauriers et Yves Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social*, p. 121-141. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Boutin, M. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte*. Mémoire de maîtrise. Chicoutimi: Université du Québec à Chicoutimi.
- Bronfenbrenner, U. (1995). «Developmental Ecology Through Space and Time: A Future Perspective», dans P. Moen, G.H. Elder et K. Lüscher, *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*, p. 619-647. Washington (D.C.): American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (2000). «Ecological Systems Theory», *Encyclopedia of Psychology*, 3, p. 129-133. Washington: Oxford University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2001). «The bioecological theory of human development», dans N.J. Smelser et P.B. Baltes (dir.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioural Sciences*, vol. 10, p. 6963-6970. New York: Elsevier.

- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. London: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U. et G.W. Evans (2000). «Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research design, and empirical findings», *Social development*, 9(1), p. 115-125.
- Bronfenbrenner, U. et P.A. Morris (2006). «The Bioecological Model of Human Development», dans R.M. Lerner (dir.), *Theoretical Models of Human Development*, vol. 1, *Handbook of Child Psychology* (6^e édition), p. 793-828. Hoboken (N.J.): John Wiley & Sons.
- Brown, C. (2003). «Narrative Therapy: Reifying or Challenging Dominant Discourse», dans W. Shera (dir.), *Emerging perspectives on anti-oppressive practice*, p. 223-245. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Bywaters, P. (1975). «Ending casework relationships: 2. The process of closure», *Social Work Today*, 6, p. 366-338.
- Carr, J.E. et E.O. Burkholder (1998). «Creating single-subject design graphs with Microsoft ExcelTM», *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, p. 245-251.
- Centre jeunesse de Québec, Direction du développement de la pratique professionnelle (1998). *Cadre de référence sur le plan de services individualisé et le plan d'intervention*. Québec: Centre jeunesse de Québec.
- Clark, J.L. (2003). «Reconceptualizing Empathy for Anti-Oppressive, Culturally Competent Practice», dans W. Shera (dir.), *Emerging perspectives on anti-oppressive practice*, p. 247-278. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Colby, I. et S.D. Dziegielewski (2010). *Introduction to Social Work: The People's Profession* (3^e édition). Chicago (Ill.): Lyceum Books Inc.
- Conyne, R.K. et E.P. Cook (2004). *Ecological counseling: an innovative approach to conceptualizing person-environment interaction*. Alexandria (Virginia): American Counselling Association.
- Cooper, M. et J.G. Lesser (2005). «Narrative Therapy: A Postmodern Approach», dans Marlene Cooper et Joan Granucci Lesser (dir.), *Clinical Social Work Practice: An Integrated Approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec (1993). *Les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux*. Montréal: Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec.
- Cossom, J. (1993). «Que savons-nous de l'éthique du service social ?», *Le travailleur social*, 61(2), p. 85-91.
- Côté, C. (1999). «Historique de la systémique», dans L. Blanchette, *L'approche systémique en santé mentale*, p. 17-52. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

- Côté, C. (2008). « Historique de la systémique en santé mentale », dans L. Landry Balas, *L'approche systémique en santé mentale*, p. 11-60. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Côté, R., W. Pilon, C. Dufour et M. Tremblay (1989). *Guide d'élaboration des plans de services et d'interventions*. Québec: Groupe de recherche et d'étude en déficience du développement (GREDD), Université Laval.
- Couturier, Y. et C. Dumas-Laverdière (2008). « Disciplinarité et interdisciplinarité en travail social. Pratiques comparées de recension des écrits en travail social et en sciences infirmières », *Nouvelles pratiques sociales*, 20(2), p. 111-123.
- Cyrułnik, B. (2001). *Les Vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob, 278 p.
- Dallaire-Tremblay, C. (2008). *Réflexion et exploration d'un modèle d'intervention systémique auprès des familles d'accueil dans le cadre de la protection de la jeunesse*. Essai de maîtrise, Département de service social, Université de Sherbrooke.
- D'amour, D. et M. Ferrada-Videla, L. San Martin Rodriguez et M.-D. Beaulieu (2005). « The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks », *Journal of Interprofessional Care*, May, p. 116-131.
- Davis, A. (2007). « Structural Approaches to Social Work », dans Joyce Lishman, *Handbook of Theory for Practice Teachers in Social Work*, p. 64-74. London: Jessica Kingsley Publishers.
- De Jong, P. et I.K. Berg (2001). « Co-Constructing Cooperation with Mandated Clients », *Social Work*, 46(4), p. 361-374.
- De Robertis, C. (1981). *Méthodologie de l'intervention en travail social*. Paris: Centurion.
- De Robertis, C. (1993). *Le contrat: un outil pour le travail social*. Paris: Bayard.
- De Robertis, C. (1994). « Le contrat en travail social: fondements éthiques et opérationnalité », *Service social*, 43(3), p. 139-152.
- De Robertis, C. (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social* (nouvelle édition). Paris: Bayard, 399 p.
- De Robertis, C., B. Blanc, F. Lesimple et H. Pascal (1982). *Méthodologie de l'intervention en travail social*. Paris: Éditions du Centurion.
- De Robertis, C., H. Pascal, F. Lesimple et B. Blanc (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social: l'aide à la personne*. Paris: Bayard.

- De Villers, G. (2003). « Les impasses de la moralité. Propositions pour une alternative éthique en formation », dans *Valeurs et activités professionnelles*, p. 191-206. Séminaire du Centre de Recherche sur la Formation du Cnam, sous la direction de Jean-Marie Barbier. Paris: Budapest, Torino: L'Harmattan.
- Dixon, M.R. et collab. (2009). « Creating single-subject design graphs in Microsoft Excel[™] 2007 », *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 42, p. 277-293.
- Dominelli, L. (1996). « Deprofessionalizing Social Work: Anti-Oppressive Practice, Competencies and Postmodernism », *British Journal of Social Work*, 26, p. 156-175.
- Doucet, L. et L. Favreau (1991). *Théories et pratiques en organisation communautaire*. Sillery: Presses de l'Université du Québec.
- Drapeau, S. (2008). « L'approche bioécologique du développement humain », dans G.M. Tarabulsy, M.A. Provost, S. Drapeau et E. Rochette, *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*, p. 11-31. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M. et M. Dubois (2009). « L'interdisciplinarité au cœur des pratiques du travail social scolaire ». Communication scientifique, Congrès annuel de l'Association canadienne pour la formation en travail social/Canadian Association for Social Work Education, Ottawa, Université Carleton.
- Drolet, M., M. Dubois et R. Zloteanu (2008). *Repenser le travail social au sein du Conseil des écoles catholiques de langue française du Centre-Est. Pistes de réflexion et d'orientation*. Rapport technique, texte inédit remis au CECLFCE, Ottawa, 85 p.
- Dubois, M. et M.-L. Garceau (2000). « L'évolution du travail social: une histoire à suivre. Entrevue avec Roland Lecomte », *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 6(1), p. 18-34.
- Durand, G. (1999). « Introduction générale à la bioéthique », dans *Histoire, concepts et outils*, p. 81-93. Montréal: Fides-Cerf.
- Du Ranquet, M. (1975). *Nouvelles perspectives en case-work: recherche et pratique dans le travail social individuel et familial*. Toulouse: Privat.
- Du Ranquet, M. (1981). *L'approche en service social: intervention auprès des personnes et des familles*. Saint-Hyacinthe: Edisem.
- Du Ranquet, M. (1983). *Les approches en service social: intervention auprès des personnes et des familles*. Saint-Hyacinthe: Edisem/Le Centurion.
- Du Ranquet, M. (1991). *Les approches en service social*. Saint-Hyacinthe: Edisem, Paris: Vigot.
- Du Ranquet, M. (1991). « Approche diagnostique ou psychosociale », dans *Les approches en service social*, p. 39-59. Montréal: Edisem.

- Du Ranquet, M. (1991). « Le service social individuel et le service social familial », dans *Les approches en service social*, p. 3-9. Montréal : Edisem.
- Egan, G. et F. Forest (1987). *Communication dans la relation d'aide*. Montréal : Les Éditions HRW Itée.
- Elkaim, M. (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Paris : Éditions du Seuil.
- Elkaim, M. (2006). *La thérapie familiale en changement*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.
- Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS) (2007). *Publications. Définition du travail social (French Version)*, International Federation of Social Workers (IFSW), [en ligne : <http://www.ifsw.org/p38000376.html>], consulté le 1^{er} juillet 2010.
- Fook, J. (2002). *Social Work: Critical Theory and Practice*. London : Sage.
- Fortin, P. (1989). « L'éthique et la déontologie : un débat ouvert », Cahiers de recherche éthique, 13, *L'éthique professionnelle. Réalités du présent et perspectives d'avenir au Québec*. Saint-Laurent : Éditions Fides.
- Fortin, P. (1995). *La morale, l'éthique et l'éthicologie*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Fortin, P. et B. Bouliane (1998). *Le suicide*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Fortune, A.E. (1987). « Grief only ? Client and social worker reactions to termination », *Clinical Social Work Journal*, 15, p. 159-171.
- Fortune, A., B. Pearlingi et C. Rochelle (1992). « Reaction to termination of individual treatment », *Social Work*, 37(2), p. 171-178.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris : Éditions Gallimard, NRF.
- Fourez, G. (1998). « Se représenter et mettre en œuvre l'interdisciplinarité à l'école », *Revue des sciences de l'éducation*, 24(1), p. 31-50.
- Fournier, J., S. Moisan, F. Fougères et C. Laquerre (2000). *La tenue de dossiers en centre jeunesse. Module pédagogique*. Québec : Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire.
- Fraser, M.W., P.J. Pecora et D.A. Haapala (1991). *Families in crisis. The impact of intensive family preservation services*. New York : A. de Gruyter.
- Fraser, N. (2005). *Qu'est-ce que la justice sociale ?* Paris : Éditions La Découverte.
- Freire, P. (1982). *Pédagogie des opprimés*. Paris : François Maspero.
- Gambrill, E. (2006). *Social work practice. A critical thinker's guide* (2^e édition). Toronto : Oxford University Press, 838 p.
- Gelman, C.R., P. Fernandez, N. Hausman, S. Miller et M. Weiner (2007). « Challenging endings: First year MSW interns' experiences with forced termination and discussion points for supervisory guidance », *Clinical Social Work Journal*, 35(2), p. 79-90.

- Germain, C.B. et A. Gitterman (1995). « Ecological perspective », dans *The Encyclopedia of Social Work* (19^e édition), p. 816-824. Washington (D.C.): National Association of Social Workers Press.
- Gold, J.M. (2008). « Rethinking Client Resistance: A Narrative Approach to Integrating Resistance Into the Relationship-Building Stage of Counseling », *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 47, p. 56-70.
- Goldberg Wood, G. et R. Middleman (1989). *The Structural Approach to Direct Practice in Social Work*. New York: Columbia University Press.
- Goldstein, A., K. Keller et L. Sechrest (1966). *Psychotherapy and the psychology of behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Goudreau, A. et G. Côté (2001). « La bibliothérapie: comment favoriser l'alliance thérapeutique », *Revue québécoise de psychologie*, 22, p. 7-25.
- Gould, R. (1977). « Students' experience with the termination phase of individual treatment », *Smith College Studies in Social Work*, 48, p. 235-269.
- Granval, D. (2000). *Le projet individualisé en travail social*. Paris: L'Harmattan.
- Greene, R.R. (2008). *Human Behavior and Social Work Practice* (3^e édition). New Brunswick (N.J.): Aldine Transaction.
- Gross, A.E. et P.A. McMullen (1983). « Models of the Help-Seeking Process », dans J.D. Fisher, A. Nadler et B.M. DePaulo, *New Directions in Helping*, p. 45-70. New York: Academic Press.
- Guay, J. (2009). « Les compétences des familles otages d'un adolescent délinquant », dans Carl Lacharité et Jean-Pierre Gagnier (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir: repères conceptuels et stratégies d'action*, p. 276-306. Montréal: Gaëtan Morin.
- Heinonen, T. et L. Spearman (2001). *Social Work Practice: Problem Solving and Beyond*. Toronto: Irwin Publishing Ltd.
- Hétu, J.-L. (2007). *La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Howard, M.O., C. McMillen et D.E. Pollio (2003). « Teaching evidence-based practice: Toward a new paradigm for social work education », *Research on Social Work Practice*, 13, p. 234-259.
- Hsieh, C. (2006). « Using Client Satisfaction to Improve Case Management Services for the Elderly », *Research on Social Work Practice*, 16(6), p. 605-612.
- Johnson, L.C. (1992). *Social Work Practice: A Generalist Approach*. Boston, London, Toronto, Sydney, Tokyo et Singapore: Allyn and Bacon.
- Johnson, L.C. et S.J. Yanca (2007). *Social Work Practice: A Generalist Approach* (9^e édition). Boston: Allyn and Bacon.
- Johnson, L.C. et S.J. Yanca (2010). *Social Work Practice: A generalist Approach* (10^e édition). Boston: Allyn and Bacon, 459 p.

- Kadushin, A. (1990). *The Social Work Interview* (3^e édition). New York: Columbia University Press.
- Kagle, J.D. (1991). « Content of Social Work Records » (chapitre 2), dans *Social work records*, p. 17-53. Belmont (California): Wadsworth, 225 p.
- Karls, J. et K.E. Wandrei (1994). *PIE Manuel person-in-environnement system: the PIE classification system for social functioning problems*. Washington (D.C.): National Association of Social Workers, 65 p.
- Keefler, J. (2005). *Recording psychosocial assessments in social work: problems and solutions*. Thèse soumise à l'Université McGill, 174 p.
- Kiresuk, T.J., A. Smith et J.E. Cardillo (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale (N.J.): Lawrence Erlbaum Associates.
- Kirst-Ashman, K.K. et G.H. Jr Hull (1993). *Understanding Generalist Practice*. Chicago: Nelson-Hall Publishers.
- Kisnerman, N. (2005). *Pensar el Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.
- Kramer, A. (1986). « The termination process in open-ended psychotherapy: Guidelines for clinical practice », *Psychotherapy*, 23, p. 526-531.
- Kramer, S. (1990). *Positive endings in psychotherapy: Bringing meaningful closure to therapeutic relationships*. San Francisco (Calif.): Jossey-Bass.
- Kvarnström, Suzanne (2008). « Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork », *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), p. 191-203.
- Lambert, W., M.S. Salzer et L. Bickman (1998). « Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), p. 270-279.
- Landry Balas, L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Lebossé, Y. (2003). « De « l'habilitation » au « pouvoir d'agir »: vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), p. 31-51.
- Legault, G.A. (2000). *Professionnalisme et délibération éthique*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal: Guérin.
- Lemay, L. (2009). « Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment) », dans C. Lacharité et J.P. Gagnier, *Comprendre les familles pour mieux intervenir: repères conceptuels et stratégies d'action*, p. 101-128. Montréal: Gaétan Morin.
- Lenoir, Y. et L. Sauvé (1998). « Introduction: L'interdisciplinarité et la formation à l'enseignement primaire et secondaire: quelle interdisciplinarité pour quelle formation ? », *Revue des sciences de l'éducation*, 24(1), p. 3-29.

- Lerner, R.M. (2005). « Foreword Urie Bronfenbrenner: Career contributions of the consummate developmental scientist », dans U. Bronfenbrenner (dir.), *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*, p. ix-xxvi. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lévesque, J. et J. Panet-Raymond (1987). « L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel », *Service social*, 36(2-3), p. 412-433.
- Lévesque, J. et J. Panet-Raymond (1994). « L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel », *Service social*, 43(3), p. 23-39.
- Lundy, C. (2004). *Social work and social justice: a structural approach to practice*. Peterborough (Ontario): Broadview Press.
- Lustig, D., D. Strauser, D. Rice et T. Rucker (2002). « The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes », *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, p. 25-33.
- Madsen, W.C. (2007). *Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families*. New York: The Guilford Press.
- Magura, S. et B.S. Moses (1986). *Outcome measures for child welfare services*. Washington (D.C.): Child Welfare League of America.
- Mailloux, Z., T.A. May-Benson, C.A. Summers, L.J. Miller, B. Brett-Green, J.P. Burke et autres (2007). « The Issue Is – Goal attainment scaling as a measure of meaningful outcomes for children with sensory integration disorders », *American Journal of Occupational Therapy*, 61, p. 254-259.
- Marc, E. et D. Picard (2000). *L'École de Palo Alto: un nouveau regard sur les relations humaines*. Paris: Retz.
- Martin, S. et R. Schurtman (1985). « Termination anxiety as it affects the therapist », *Psychotherapy*, 22, p. 92-96.
- Mason, S.E., C. Auerbach et N. Beckerman (2002). « Disclosure of student status to clients: Where do MSW programs stand? », *Journal of Social Work Education*, 38, p. 305-316.
- Massa, H. (2002). « Fondements de la pratique de l'approche systémique », *Cahiers de l'actif*, 308-309, p. 9-25.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- McMurtry, S.L. et W.W. Hudson (2000). « The Client Satisfaction Inventory: Results of an initial validation study », *Research on Social Work Practice*, 10(5), p. 644-663.
- Mercier, C. et S. Lamont (1995). « Les années 50 et 60 au Québec: une période de transition pour les pratiques sociales. Entrevue avec Louis Beaupré », *Nouvelles pratiques sociales*, 8(2), p. 15-32.

- Mesure, S. et P. Savidon (2006). *Dictionnaire des sciences humaines*. Paris: Quadrige/Presses Universitaires de France.
- Metcalf, L. (1998). *Solution Focused Group Therapy*. New York: Free Press.
- Meyer, C.H. (1993). *Assessment in social work practice*. New York: Columbia University Press, 145 p.
- Michaud, J.-C. (2000). « Le travail social et le système professionnel », dans J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social*, p. 68-91. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Miermont, J. (2001). *Dictionnaire des thérapies familiales*. Paris: Payot.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *Formation - Plan de services individualisé*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Montréal: Éditions France Amérique.
- Mongeau, S., P. Asselin et L. Roy (2007). « L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social », dans Henri Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux. Tome IV: Théories et méthodologies de l'intervention sociale*, p.187-214. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Moore, S. et M. Kelly (1996). « Quality now: Moving human service organizations toward a consumer orientation to service quality », *Social Work*, 41, p. 33-40.
- Moreau, M. (1987). « L'approche structurelle en travail social: implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle », *Service social*, 36(2-3), p. 227-247.
- Moreau, M. (1990). « Empowerment Through Advocacy and Consciousness-Raising: Implications of a Structural Approach to Social Work », *Journal of Sociology and Social Welfare*, 17(2), p. 78-94.
- Morgan, D.L. (2009). « Using single-case design and personalized behavior change projects to teach research methods », *Teaching of Psychology*, 36(4), p. 267-269.
- Morgan, D.L. et R.K. Morgan (2009). *Single-case research methods for the behavioral and health sciences*. Los Angeles: Sage.
- Mucchielli, R. (2007). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. Paris: ESF.
- Mullaly, R.P. (1997). *Structural Social Work: Ideology, Theory and Practice*. Toronto: Oxford University Press.
- Mullaly, R.P. (2002). *Challenging oppression: a critical approach* (2e édition). Don Mills: Oxford University Press.
- Mullaly, R.P. (2007). *The New Structural Social Work* (3e édition). Don Mills: Oxford University Press.
- Mullen, E.J., S.E. Bledsoe et J.L. Bellamy (2008). « Implementing evidence-based social work practice », *Research on Social Work Practice*, 18(4), p. 325-338.

- Nguyen, T.D., C.C. Attkisson et B.L. Stegner (1983). « Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire », *Evaluation and Program Planning*, 6, p. 299-314.
- Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Northen, H. (1988). *Social work with groups*. New York: Columbia University Press.
- Nugent, W.R. (2001). « Mediation Techniques for Persons in Disputes », dans Harold E. Briggs et Kevin Corcoran (dir.), *Social Work Practice*, p. 391-406. Chicago: Lyceum Books.
- O'Hare, T. (2009). *Essential skills of social work practice: assessment, intervention, evaluation*. Chicago: Lyceum Books.
- O'Neill, L. (1998). *Initiation à l'éthique sociale*. Montréal: Fides.
- Ordre des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (1993). *Normes de pratiques professionnelles des travailleurs sociaux*. Montréal: OPTSQ.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (2006). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal: OPTSQ, 24 p.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (2007). *L'éthique et les travailleurs sociaux: éléments de réflexion et guide de délibération*, p. 37-72. Adopté par le Bureau, décembre 2006.
- Ordre des travailleurs sociaux, des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2005). *Le travail social*, Ordre des travailleurs sociaux, des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. L'Ordre, [en ligne: http://www.optsq.org/fr/index_ordre_travailleurssocial_profession.cfm], consulté le 1^{er} juillet 2010.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé, 304 p.
- Paquin, G. (2006). « Including Narrative concepts in Social Work Practice Classes: Teaching to Client Strengths », *Journal of Teaching in Social Work*, 26(1-2), p. 127-145.
- Pascal, H. (2007). « Quelques notes sur l'évolution de la méthodologie de service social en France », dans C. De Robertis, *Méthodologie de l'intervention en travail social*, p. 11-40. Paris: Bayard.
- Penn, L. (1990). « When the therapist must leave: Forced termination of psychodynamic therapy », *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), p. 379-384.
- Piché, A.-M. (2001). *Les composantes de l'alliance thérapeutique: un modèle de collaboration*. Québec: École de service social, Université Laval.

- Pillari, V. (2002). « Assessment », dans *Social Work Practice: theories and skills*, p. 286-323. Boston: Allyn and Bacon.
- Pollio, D.E. (2002). « The evidence-based group worker », *Social work with groups*, 25(4), p. 57-70.
- Pollio, D.E. (2006). « The Art of evidence-based practice », *Research on Social Work Practice*, 16(2), p. 224-232.
- Poulin, J. (2000). *Collaborative Social Work. Strengths-Based Generalist Practice*. Itasca (Ill.): F.E. Peacock Publishers.
- Poulin, J. (2005). *Strengths-based generalist practice. A collaborative approach*. Belmont (Calif.): Thomson-Brooks/Cole.
- Quintana, S. et W. Holahan (1992). « Termination in short-term counseling: Comparison of successful and unsuccessful cases », *Journal of Counseling Psychology*, 39(3), p. 299-305.
- Quivy, R. et L. Van Campenhoudt (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Rappaport, J. (1984). « Studies in Empowerment: introduction to the Issues », *Prevention in Human Services*, 3, p. 1-17.
- Rappaport, J. (1987). « Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology », *American Journal of Community Psychology*, 15, p. 121-148.
- Reamer, Frederic G. (1995). *Social Work Values and Ethics*. New York: Columbia University Press.
- Reid, P.N. et J.H. Gundlach (1983). « A scale for the measurement of consumer satisfaction with social services », *Journal of Social Service Research*, 7(1), p. 37-54.
- Richmond, M.E. (1917 [1965]). *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Richmond, M.E. (1922). *What is Social Case Work ? An Introductory Description*. New York: Russell Sage.
- Ripple, L. (1955). « Motivation, Capacity, and Opportunity as Related to the Use of Casework Service: Theoretical Base and Plan of Study », *The Social Service Review*, 29(2), p. 172-193.
- Rocher, G. (1969). *Introduction à la sociologie générale* (tome 1). Montréal: HMH.
- Rocher, G. (1970). « Réflexions sociologiques sur le service social au Canada français », *Service social*, 9(1), p. 57-70.
- Rogers, C.R. (1998). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Rooney, R.H. (1992). *Strategies for Work with Involuntary Clients*. New York: Columbia University Press.

- Rooney, R.H. et A.A. Bibus (2001). « Clinical Practice with Involuntary Clients in Community Settings », dans Harold E. Briggs et Kevin Corcoran (dir.), *Social Work Practice*, p. 391-406. Chicago: Lyceum Books.
- Rothman, J., J.E. Erlich et J.E. Tropman (1995). *Strategies of Community Intervention* (5^e édition). Itasca (Ill.): Peacock.
- Rousseau, J. (1978). « L'implantation de la profession de travailleur social », *Recherches sociographiques*, 19(2), p. 171-189.
- Royse, D.D., B. Thyer, D.K. Padgett et T.K. Logan (2006). *Program evaluation: an introduction* (4^e édition). Belmont (Calif.) et Toronto: Thomson Brooks/Cole.
- Rupp, M.-A. (1970). *Le travail social individualisé: l'approche des cas particuliers et la relation d'aide interpersonnelle*. Toulouse: Privat.
- Sabourin, S., D. Pérusse et S. Gendreau (1989). « Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de satisfaction du consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B) », *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), p. 147-159.
- Saleebey, D. (2009). *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. Boston: Pearson Education Inc.
- Salomé, J. (2003). *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Villeneuve-d'Ascq: Septentrion.
- Sheafor, B.W. et C.R. Horejsi (2006). *Techniques and guidelines for social work practice* (7^e édition). Boston et Montréal: Allyn and Bacon.
- Shulman, L. (1992). *The Skills of Helping Individuals, Families and Groups* (3^e édition). Itasca (Ill.): F.E. Peacock Publishers Inc.
- Siebold, C. (1991). « Termination: When the therapist leaves », *Clinical Social Work Journal*, 19(2), p. 191-204.
- Siebold, C. (1992). « Forced Termination: Reconsidering Theory and Technique », *Smith College Studies in Social Work*, 63(1), p. 325-341.
- Simard, J. et D. Turcotte (1992). « La thérapie orientée vers la solution. Un modèle applicable à l'intervention en contexte d'autorité », *Service social*, 41(3), p. 77-93.
- Sullivan, W.P. et C.A. Rapp (2009). « Honoring Philosophical Traditions: The Strengths Model and the Social Environment », dans Denis Saleebey (dir.), *The Strengths Perspective in Social Work Practice*, p. 220-229. Boston: Pearson Education Inc.
- Tarabulsy, G.M., M.A. Provost, S. Drapeau et E. Rochette (2008). *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Thibaudeau, M. (1986). *La première entrevue en psychothérapie*. Montréal: Méridien.
- Thompson, N. (1997). *Anti-Discriminatory Practice*. London: Macmillan.

- Thyer, B.A. (2008). « The quest for evidence-based practice: we are all positivists! », *Research on Social Work Practice*, 18(4), p. 339-345.
- Timberlake, E.M., M.L. Zajicek-Farber et C. Anlauf Sabatino (2008). *Generalist social work practice. A strengths-based problem-solving approach* (5^e édition). Boston: A&B/Pearson, 484 p.
- Trevithick, P. (2000). *Social Work Skills: a Practice Handbook*. Buckingham (U.K.): Open University Press.
- Trevithick, P. (2005). *Social Work Skills: a Practice Handbook*. Berkshire (England): Open University Press.
- Tropman, J.E., J.E. Erlich et J. Rothman (1995). *Tactics and Techniques of Community Intervention* (3^e édition). Itasca (Ill.): Peacock.
- Trottier, G. et S. Racine (1992). « L'intervention en contexte d'autorité: Points saillants », *Service social*, 41(3), p. 5-24.
- Turcotte, D. (1992). « L'utilisation du plan de services individualisé en protection de la jeunesse », *Service social*, 41(3), p. 25-39.
- Turcotte, D., D. Damant et J. Lindsay (1995). « Pour une compréhension de la démarche de recherche d'aide des conjoints violents », *Service social*, 44(2), p. 91-110.
- Turcotte, D. et C. Tard (2000). « L'évaluation de l'intervention et l'évaluation de programme », dans R. Mayer, F. Ouellet, M.C. Saint-Jacques et D. Turcotte (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*, p. 327-358. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Turnell, A. et S. Edwards (1999). *Signs of Safety: a Solution and Safety Oriented Approach to Child Protection*. New York: Norton.
- Turner, F.J. (1999). « The nature and function of assessment » (chapitre 10), dans *Social work practice: A Canadian perspective*, p. 110-121. Scarborough: Prentice-Hall.
- University of Michigan (2010). *From Charitable Volunteers to Architects of Social Welfare: A Brief History of Social Work*, [en ligne: <http://web.archive.org/web/20070205223657/http://www.ssw.umich.edu/ongoing/fall2001/brief-history.html>], consulté le 17 septembre 2010.
- Vendramin, P. (2004). *Le travail au singulier: le lien social à l'épreuve de l'individualisation*. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant, Paris: L'Harmattan.
- Walsh, J. et K. Meyersohn (2001). « Ending clinical relationships with people with schizophrenia », *Health and Social Work*, 26(3), p. 188-195.
- Watzlawick, P. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Seuil.
- Watzlawick, P. (1986). *Le langage du changement: éléments de communication thérapeutique*. Paris: Seuil.
- Webb, N. (1985). « A crisis intervention perspective on the termination process », *Clinical Social Work Journal*, 13(4), p. 329-340.

- White, M. et D. Epston (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W. Norton & Company Ltd.
- Williams, M., R.M. Grinnell et Y.A. Unrau (2005). «Case-level design», dans R.M. Grinnell et Y.A. Unrau (dir.), *Social work research and evaluation: quantitative and qualitative approaches*, p. 171-184. Oxford: Oxford University Press.
- Wilson, K., G. Ruch, M. Lymberg et A. Cooper (2008). «Assessment in social work practice», dans *Social Work. An introduction to contemporary practice*, p. 268-294. Harlow: England, Toronto: Pearson/Longman, 721 p.
- Zastrow, C. (2008). *Introduction to social work and social welfare: empowering people*. Belmont (Calif.): Thomson/Brooks/Cole.



MARQUIS

Québec, Canada



Imprimé sur du papier Enviro 100% postconsommation
traité sans chlore, accrédité ÉcoLogo et fait à partir de biogaz.



Méthodologie de l'intervention sociale personnelle

Cet ouvrage porte sur les activités que les professionnels du travail social doivent mettre en œuvre pour accompagner de façon efficace les personnes dans leurs processus de changement. Écrit dans un langage clair et accessible, son contenu est structuré en fonction des étapes du processus qui caractérise l'intervention sociale personnelle. La méthodologie d'intervention est au cœur de la particularité d'une discipline professionnelle. En effet, c'est sur le terrain que les professions démontrent leur efficacité et leur utilité pour le public. À cet égard, le travail social ne peut se soustraire à la nécessité d'objectiver son action, de la théoriser et de la découper en phases repérables et identifiables empiriquement. Misant sur l'apport d'auteurs qui sont activement engagés dans la formation, cet ouvrage veut apporter sa contribution au développement du travail social en aidant les professionnels, futurs et actuels, à déployer leur action dans une pratique éthique et efficace.

collection

TRAVAIL
social

Visitez les Presses
www.pulaval.com



ISBN 978-2-7637-9380-4
9 782763 793804

Presses de
l'Université Laval

Travail social

P7-AKK-943