

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ANALYSE DES DISCOURS ET DES ACTIONS DES PRATICIENS DE  
PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL DE  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PAR

EDDY GUARINO

AOÛT 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite remercier Marie-Chantal Doucet, ma directrice de mémoire, de m'avoir proposé d'utiliser les données issues de son projet de recherche. J'apprécie particulièrement nos nombreuses discussions à son bureau.

Je remercie mes collègues de classe en travail social : Laura, Coralie, Anne-Gaëlle, Dominique, Katherine, Isabelle, Julie, Fred et Max. Un merci spécial à Sara Todd, Cynthia Beaudry et Danielle Beaulieu, avec qui j'ai pu échanger et partager le fardeau tout au long de mon parcours scolaire. Grâce à vous toutes et à vous tous, mon retour aux études a été une expérience des plus agréables.

Je remercie mes ami-e-s : Jérôme, Catherine C., Annie, Amélie, Fred, Hélène, Denis V., Philippe, Shawn, Mélissa, Bruno, Mickael, Jean-Luc, Jean-François, Katherine, Joël, Jean-Bruno, Blandine, Zoé, Jonathan, Daves, Simon, Alex, Hugo et Victor. Merci de m'avoir soutenu dans mes choix, d'avoir partagé votre vie quotidienne ou de m'avoir fait travailler avec mes mains. Un merci spécial à Mélissa Leblanc d'avoir accepté, dans un bref délai, de corriger ce mémoire.

Merci, bien évidemment, à ma famille pour leur soutien inconditionnel : ma mère Gerardina et mon père Salvatore, qui comprennent plus ou moins c'est quoi le travail social, mon frère Danny et sa famille (Karina, Juni et Gera), et mon frère Rudy. Je vous dois tellement.

Je tiens à remercier Catherine Delisle-L'Heureux. Elle est une grande inspiration pour moi et j'apprécie ses critiques constructives. Enfin, je la remercie de m'avoir soutenu dans les moments moins faciles de ma vie et d'être tellement *nice* avec mes enfants.

Et finalement, merci à mes enfants, Léandre et Aglaé, qui m'ont permis de mieux comprendre la théorie du développement de la pensée de l'enfant chez Vygotski... Je les remercie surtout d'être toujours ouverts (ou presque) à embarquer dans de folles aventures et d'accepter ce que je suis, sans jugement. Je me sens choyé de la confiance qu'ils me démontrent à chaque jour. Vous grandissez trop vite.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	iv
RÉSUMÉ .....	ix
INTRODUCTION .....	1
<b>CHAPITRE I</b>	
<b>LE PROBLÈME DE L'AGIR DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE</b>	
<b>JEUNESSE.....</b>	<b>8</b>
1.1 Contexte sociohistorique .....	9
1.1.1 Évolution des politiques sociales en santé mentale au Québec.....	9
1.1.2 L'intégration des services en santé mentale et la restructuration des services sociosanitaires .....	11
1.1.3 Les équipes Santé mentale jeunesse.....	13
1.2 L'analyse des pratiques en santé mentale .....	16
1.2.1 Conception de la santé mentale.....	17
1.2.2 Conception des modes d'intervention .....	19
1.2.3 L'organisation du travail.....	22
1.3 Pertinence sociale et scientifique de la recherche .....	25
1.4 Questions de départ et objectifs d'étude .....	27
<b>CHAPITRE II</b>	
<b>PERSPECTIVE THÉORIQUE.....</b>	
2.1 Cadre conceptuel.....	29
2.1.1 La construction sociale de la réalité .....	30
2.1.2. L'approche historico-culturelle de Vygotski : une théorie de l'action .....	32
2.1.3 Les genres du discours, le dialogisme et les trois types de destinataires chez Bakhtine .....	34

	v
2.1.4 L'écart entre le travail prescrit et le travail réel.....	36
2.1.5 Le concept de métier et de genre professionnel.....	37
2.2. Mobilisation des concepts.....	40
<b>CHAPITRE III</b>	
<b>MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>41</b>
3.1 Questions de recherche et objectifs poursuivis.....	41
3.2 Stratégie générale de la recherche.....	42
3.2.1 Recherche compréhensive.....	43
3.2.2 L'analyse de contenu.....	43
3.2.3 Données secondaires.....	44
3.3 Population à l'étude, critères de sélection et modalités de recrutement.....	45
3.4 Méthode de collecte de données.....	45
3.5 Méthode d'analyse de données.....	46
3.5.1 Analyse de contenu thématique.....	47
3.5.2 Analyse discursive.....	50
3.6 Modèle d'analyse thématique.....	52
3.6.1 Encadrement organisationnel.....	53
3.6.2 Appartenance professionnelle.....	54
3.6.3 L'équipe de travail.....	55
3.7 Limites de la recherche.....	57
3.8 Considérations éthiques.....	58
<b>CHAPITRE IV</b>	
<b>LES ACTIONS ET DISCOURS DES PRATICIENS FACE AUX NORMES DE</b>	
<b>PRATIQUE EN SMJ.....</b>	<b>60</b>
4.1 L'encadrement organisationnel.....	62
4.1.1 Contexte politico-légal.....	62
4.1.2 Normes organisationnelles.....	65
4.1.3 Prescriptions organisationnelles.....	69
4.1.4 L'organisation du travail.....	72

	vi
4.2 L'appartenance professionnelle .....	75
4.2.1 L'influence du statut professionnel et de l'identité professionnelle sur l'intervention.....	76
4.2.2 L'orientation de l'intervention .....	80
4.2.3 Ordre professionnel .....	84
4.2.4 Développement professionnel.....	86
4.3 L'équipe de travail .....	89
4.3.1 Modalités de l'équipe SMJ .....	90
4.3.2 Dynamique collective en SMJ .....	94
4.3.3 Tensions au sein de l'équipe .....	97
4.3.4 Partenariat organisationnel.....	99
4.4 La dissonance entre activité souhaitée et activité prescrite.....	103
4.4.1 Dissonance entre les approches du travail .....	104
4.4.2 Dissonance entre les pratiques d'intervention .....	106
4.4.3 Dissonance concernant les exigences administratives .....	108
4.4.4 Dissonance au sujet du temps nécessaire aux interventions .....	110
4.4.5 Dissonance concernant l'organisation des services.....	111
4.5 Faire autrement : la réorganisation de la tâche prescrite.....	112
4.5.1 Personnaliser l'agir évaluatif .....	114
4.5.2 Personnaliser les ententes avec les destinataires de l'intervention .....	116
4.5.3 Moduler son agir selon la décision clinique.....	117
4.5.4 Moduler son agir selon le destinataire .....	119
4.5.5 Moduler son agir selon la singularité de la situation.....	120
4.6 La résistance aux normes de pratique et les pratiques silencieuses .....	122
4.6.1 Refus de compléter le plan d'intervention.....	123
4.6.2 Défendre son approche.....	124
4.6.3 Refus de donner son horaire.....	126
4.6.4 Transgresser les consignes administratives.....	127

	vii
4.6.5 Aller au-delà du mandat de l'équipe .....	128
4.6.6 Une pratique parallèle .....	130
<b>CHAPITRE V</b>	
<b>L'AGIR DES PRATICIENS : UN AGIR SITUÉ ENTRE CONTRAINTES, DISSONANCES ET STRATÉGIES D'ACTION .....</b>	<b>132</b>
5.1 Les formes de contrainte sur l'action .....	133
5.1.1 La contrainte sur la manière de travailler.....	134
5.1.2 La contrainte sur la manière d'évaluer.....	135
5.1.3 La contrainte administrative sur l'activité.....	136
5.1.4 La contrainte organisationnelle sur l'activité.....	137
5.2 La dissonance éprouvée par les praticiens face aux contraintes .....	138
5.2.1 Dissonance sur la manière de travailler .....	141
5.2.2 Dissonance sur la manière d'évaluer.....	143
5.2.3 Dissonance sur la pertinence des tâches administratives .....	143
5.2.4 Dissonance sur la manière d'organiser les services .....	144
5.3 Les stratégies d'action mises en place par les praticiens .....	145
5.3.1 L'électisme pragmatique .....	146
5.3.2 La collectivisation de l'activité .....	151
5.3.3 La réorganisation de l'activité prescrite .....	156
5.3.4 La résistance à l'activité prescrite .....	160
5.4 Conclusion de chapitre .....	164
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>168</b>
Limites de l'étude et pistes de recherche .....	172
Les principaux apports du mémoire .....	173
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>177</b>

## **LISTE DES ACRONYMES**

<b>CPE</b>	<b>Centre de la petite enfance</b>
<b>CHSLD</b>	<b>Centre d'hébergement et de soins de longue durée</b>
<b>CISSS</b>	<b>Centre intégré de santé et de services sociaux</b>
<b>CIUSSS</b>	<b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux</b>
<b>CJ</b>	<b>Centre jeunesse</b>
<b>CLSC</b>	<b>Centre local de services communautaires</b>
<b>CSSS</b>	<b>Centre de santé et des services sociaux</b>
<b>DPJ</b>	<b>Direction de la protection de la jeunesse</b>
<b>EF</b>	<b>Enfance-Famille</b>
<b>JED</b>	<b>Jeunes en Difficultés</b>
<b>MSSS</b>	<b>Ministère de la Santé et des Services sociaux</b>
<b>NGP</b>	<b>Nouvelle gestion publique</b>
<b>PASM</b>	<b>Plan d'action pour la santé mentale</b>
<b>SMJ</b>	<b>Santé mentale jeunesse</b>
<b>TCC</b>	<b>Thérapies cognitivo-comportementales</b>
<b>TDA/H</b>	<b>Trouble du déficit de l'attention avec / sans hyperactivité</b>
<b>TED</b>	<b>Trouble envahissant du développement</b>

## RÉSUMÉ

Ce mémoire porte sur l'agir des praticiens de première ligne en santé mentale jeunesse (SMJ) dans deux CSSS du Québec. Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'analyse des pratiques dans le domaine de la santé mentale (Rhéaume et Sévigny, 1987; Demailly, 2011a, 2014; Doucet, 2014). Or, peu de recherches ont investigué les contraintes organisationnelles et professionnelles sur l'action. Ce mémoire examine l'écart entre le travail prescrit et le travail réel en cernant d'une part les thèmes identifiés par les praticiens liés aux cadres normatifs, et d'autre part en analysant les discours et les stratégies d'action mobilisés pour dépasser les différentes contraintes. Mon but était d'expliquer comment les praticiens réorganisent l'activité prescrite. Pour ce faire, j'ai adopté une approche de la construction sociale de la réalité (Loriol, 2012a; Berger et Luckmann, 1986) et une perspective historico-culturelle et dialogique (Vygotski, 1985; Bakhtine, 1984; Bronckart, 2004; Clot, 2005).

Ma recherche effectue une analyse de contenu de données secondaires. J'examine treize verbatim produits d'entretiens effectués auprès de praticiens. Le recrutement s'est fait en instaurant un partenariat avec deux CSSS de Montréal. Douze thèmes ont été identifiés par mon analyse de contenu. Tout d'abord, le CSSS encadre l'activité des praticiens : contexte politico-légal, normes organisationnelles, prescriptions organisationnelles et organisation du travail. Ensuite, l'appartenance professionnelle influence l'agir des praticiens : identité professionnelle, orientation de l'intervention, Ordre professionnel et développement professionnel. Enfin, l'équipe oriente l'agir des praticiens : modalités, dynamiques, tensions et partenariat.

Les CSSS exercent des contraintes importantes sur l'agir des praticiens. Toutefois, ces contraintes induisent de la dissonance (Lahire, 2004) chez plusieurs praticiens. Pour résoudre ce problème de dissonance, les praticiens mettent en œuvre quatre stratégies d'action (éclectisme pragmatique, collectivisation de l'activité, réorganisation de l'activité et résistance à l'activité prescrite) qui leur permettent d'aller au-delà des contraintes. En adoptant une ou plusieurs de ces stratégies d'action, les praticiens se donnent des marges de manœuvre dans leurs actions.

**MOTS-CLÉS** : cadres normatifs, analyse de contenu, contraintes, dissonances, stratégies d'action.

## INTRODUCTION

Au cours de mon plus récent parcours académique, j'ai été amené à réfléchir sur le champ de l'intervention en santé mentale pour les jeunes, en portant une attention particulière aux interactions entre les discours et les actions des praticiens<sup>1</sup> de première ligne en milieu institutionnel, ainsi qu'avec le contexte organisationnel et professionnel de leur pratique. La santé mentale a été une problématique au centre des préoccupations des services de santé et services sociaux au Québec, et encore plus depuis le contexte économique difficile des années 80. Cependant, les services en santé mentale resteront peu développés entre la désinstitutionnalisation des années 60 au Plan d'action pour la santé mentale (PASM) en 2005. En fait, les services offerts avant 2005 étaient considérés comme inadéquats, insuffisants et difficiles d'accès (Dionne, 2005). Depuis le PASM, la santé mentale est donc devenue une priorité d'intervention au Québec. Mais avant de poursuivre, je vais définir la notion de santé mentale.

L'OMS (2001) définit les troubles mentaux et du comportement comme des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales » (p. 21). Les troubles mentaux recouvrent la maladie mentale, le handicap mental et la souffrance psychique (Demailly, 2010a : 5). L'établissement d'un diagnostic serait fondé sur la persistance temporelle du trouble, sa généralisation à plusieurs contextes, l'intensité du niveau de détresse psychologique et l'altération du fonctionnement cognitif,

---

<sup>1</sup> Dans le présent document, la forme masculine est généralement utilisée pour alléger le texte.

affectif et relationnel d'un individu (Comité de la santé mentale du Québec, 1994). Pour poser un diagnostic, les psychiatres québécois se réfèrent habituellement à des manuels comme le DSM-IV<sup>2</sup> ou sa version plus récente DSM-V<sup>3</sup>.

Les troubles mentaux toucheraient une proportion considérable de jeunes. Les statistiques au Québec pour la population jeunesse démontrent que de 15% à 20% des jeunes âgés de moins de 17 ans présentent un trouble mental et le tiers de ceux-ci connaîtra un trouble mental grave (Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale, 2004; MSSS, 2005; IRSC, 2010; Lesage et Émond, 2012). La répartition des diagnostics chez les jeunes ressemble à ceci : 6,5% ont des troubles anxieux, 3,3% des troubles des conduites, 3,3% des troubles déficitaires de l'attention/hyperactivités, 2,1% des troubles dépressifs et un peu moins de 1% d'autres troubles (Breton, 1993). Ces chiffres se rapprochent de ceux obtenus dans une étude pancanadienne plus récente : 6,4% de troubles anxieux, 4,2% de troubles des conduites, 4,8% de troubles du déficit de l'attention avec / sans hyperactivité (TDA/H), 3,5% de troubles dépressifs et 0,8% d'autres troubles (Eggerston, 2005). Toutefois, les troubles mentaux évoluent dans le temps (Massé, 1999, Gignac, 2009). Par exemple, on observe parfois une diminution des symptômes chez ceux qui présentent un TDA/H à l'adolescence (Massé, 1999). Le PASM s'est aussi intéressé à la santé mentale des jeunes.

En 2004, un nouveau mode d'organisation des services sociosanitaires s'est mis en place au Québec avec la création des Centres de santé et des services sociaux (CSSS), nés de la fusion des Centres locaux de services communautaires (CLSC), de Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, normalement, d'un centre

---

<sup>2</sup> American Psychiatric Association [APA]. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition, texte révisé (DSM-IV-TR). Paris : Masson

<sup>3</sup> American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostics and statistical manual of mental disorders*, Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 947 p.

hospitalier. Dans la continuité des réformes initiées précédemment, le gouvernement du Québec a annoncé en 2005 la mise sur pied du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Ces deux événements ont réorganisé l'offre de services en santé mentale, en créant, entre autres, une distinction entre une première ligne (services généraux) et une deuxième / troisième ligne (services spécialisés). Le Plan d'action a également mis sur pied des équipes de Santé mentale jeunesse (SMJ) dans chacun des CSSS. Mon étude se situe avant le projet de loi 10, adopté en 2015, une réforme qui fusionne les CSSS existants afin de créer les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Nous avons donc assisté récemment au développement de services en santé mentale et à la multiplication et réorganisation des praticiens auprès de cette clientèle. Les omnipraticiens et les intervenants psychosociaux sont devenus des acteurs clés dans le champ de la santé mentale suite aux réformes (Fleury et Acef, 2013). En effet, on a assisté à une augmentation des interventions psychosociales et à un plus grand accès à la psychothérapie (*ibid*). Ces praticiens font essentiellement du travail relationnel. Un métier relationnel regroupe tous les praticiens « qui ont pour objet principal et immédiat la transformation d'autrui, de sa personne » (Demailly, 2008 : 19). En bref, un métier relationnel est défini par l'objet à transformer (l'autre) et l'usage de la relation comme un outil indispensable à la pratique. C'est dans ce contexte de développement de collectifs de travail interdisciplinaire de première ligne en santé mentale pour jeunes que je trouve pertinent de réaliser une analyse de l'agir des praticiens.

Il existe plusieurs façons d'aborder l'analyse des pratiques. L'approche classique en sciences sociales conçoit la pratique comme une simple application de connaissances théoriques sur un problème donné, tandis que dans le courant constructionniste social,

les connaissances se construisent dans la pratique (Berger et Luckmann, 1986). Le rôle du social sur le cognitif est prédominant; cette approche postule que les réalités se construisent en fonction des contextes sociaux. La démarche de l'interactionnisme socio-discursif, proposée par Bronckart (2004), combine le constructionnisme social avec les théories de l'action et l'analyse des pratiques langagières. Cette démarche s'intéresse aux textes produits par les organisations pour orienter les tâches (travail prescrit), les enregistrements audio-vidéo de la réalisation de ces tâches (travail réel) et aux entretiens réalisés avec les acteurs (travail représenté). Ces données langagières contiennent des segments d'interprétation de la même tâche et ces segments sont analysés sous deux angles, c'est-à-dire une analyse de contenu thématique des dimensions de la tâche ainsi qu'une analyse textuelle explorant les ressources linguistiques mobilisés (types de discours, type de repérage temporel, modes d'expression de l'agentivité, etc.). Dans ce mémoire, je vais m'inspirer des travaux de Vygotski, Clot et Bronckart afin d'analyser l'agir des praticiens en SMJ. L'intention de départ derrière mon projet de mémoire était d'explorer comment des praticiens de première ligne reproduisent les pratiques institutionnelles, mais aussi comment ils les transforment, faisant ainsi référence à la récursivité dans la théorie de la structuration de Giddens (1987).

Avant de continuer, j'aimerais souligner que mon mémoire s'inscrit dans une recherche plus large menée par Marie-Chantal Doucet<sup>4</sup>, intitulée *Savoirs implicites des intervenants institutionnels de première ligne en santé mentale, genre d'activité et travail des styles*. Cette étude visait à identifier et analyser les savoirs implicites des intervenants de première ligne en santé mentale jeunesse dans les CSSS. Deux postulats ont guidé cette recherche : 1) l'idée du caractère actif et réflexif des conduites et 2) le rôle fondamental du langage comme modélisation des savoirs. En

---

<sup>4</sup> Elle est chercheuse principale de cette recherche, financée par le CRSH (2011-2015). Elle est également professeure à l'École de Travail social de l'UQAM et la directrice de mon mémoire.

s'appuyant, entre autres, sur l'hypothèse selon laquelle il existerait dans la réalisation de l'activité une réorganisation de la tâche prescrite par l'activité des individus au travail (Clot et Faïta, 2000), la recherche a développé deux objectifs de recherche qui ont retenu mon attention. Dans un premier temps, l'étude tentait de comprendre de quelles manières les cadres normatifs dirigent et conditionnent l'activité des praticiens en induisant des codes de conduites spécifiques. Dans un deuxième temps, elle cherchait à comprendre comment les praticiens développent des pratiques qui leur permettent de dépasser ces contraintes afin de faire leur travail. Sur le plan théorique, la recherche s'inscrivait dans une approche de sociologie clinique et s'inspirait des catégories heuristiques développées par Rhéaume, Sévigny et Tremblay (2000) pour construire ses thèmes de recherche. Elle s'est également inscrite dans une démarche d'analyse des pratiques en contexte institutionnel mise de l'avant par des travaux en psychosociologie du travail. Sur le plan méthodologique, l'étude visait à identifier des catégories de connaissances sur l'intervention à travers une analyse discursive des récits d'action des praticiens.

Je me situe à l'intérieur de cette étude puisque nous partageons certains objectifs similaires et que j'utilise les données produites par celle-ci. Mon projet de mémoire s'inscrit plus spécifiquement dans un des volets du projet de recherche, celui qui englobe les thèmes *encadrement organisationnel*, *appartenance professionnelle* et *l'équipe*. Ces thèmes font partie du cadre heuristique de la recherche générale, étant eux-mêmes inspirés par les travaux de Rhéaume et Sévigny (1987). Dans ce mémoire, ces trois thèmes seront désignés sous le vocable de *dispositifs normatifs*. Les dispositifs normatifs prescrivent des connaissances avec lesquelles le praticien doit composer lors de ses interventions. Ses actions sont donc orientées par ces dispositifs, mais je pense aussi que ses actions peuvent s'éloigner de telles prescriptions et produire des connaissances liées à l'intervention. Berger et Luckmann (1986) voient la construction sociale comme un processus dynamique entre

l'extériorisation du subjectif et l'intériorisation des structures objectives formées par les constructions du passé. Mon analyse prendra en compte l'influence des structures (l'organisation, les professions, l'équipe) sur l'action des praticiens pour savoir comment les cadres normatifs sont intériorisés par les praticiens et comment les facteurs contextuels conditionnent leur activité. Toutefois, mon analyse explorera aussi la personnalisation de l'activité (Clot et Faïta, 2000) effectuée par ces derniers et la construction de pratiques communes propre aux équipes SMJ rencontrées. Plutôt que d'analyser les schèmes logico-cognitifs et la grammaire du métier, ce qui fut le principal objet d'intérêt de Doucet, mon attention se pose davantage sur les contraintes sur l'action et les discours des praticiens visant la transformation des pratiques institutionnalisées.

Il existe selon moi des marges de manœuvre dans l'activité réalisée, créées par les praticiens eux-mêmes et leur équipe de travail. C'est donc à partir d'une analyse de comment les praticiens se situent par rapport aux dispositifs normatifs que j'escompte saisir comment certaines pratiques s'en dégagent, même partiellement. Dans le cadre de mon mémoire, je vais avant tout documenter les catégories de connaissances sur l'intervention liées aux trois grands thèmes choisis. Les catégories de connaissance seront identifiées et analysées à travers une analyse discursive des récits d'action individuels. Les discours sur l'action sont produits par des praticiens de première ligne œuvrant au sein de collectif de travail interdisciplinaire. Vu mon parcours académique en sociologie et en travail social, ainsi que mes expériences de travail en recherche et en intervention, je pense pouvoir apporter une réflexion intéressante sur l'agir des praticiens de première ligne en milieu institutionnel. J'espère ainsi pouvoir contribuer à l'avancement des connaissances dans le champ d'études de l'analyse des pratiques.

Cette étude se propose de documenter les discours sur l'action en vue de mettre au jour l'activité réelle des praticiens impliqués dans certaines équipes SMJ et comment ils situent leurs actions face aux dispositifs normatifs. En d'autres mots, cette étude analysera les discours et les pratiques mis de l'avant par les praticiens sous l'angle de *l'encadrement organisationnel*, de *l'appartenance professionnelle* et de *l'équipe*. Pour ce faire, le premier chapitre décrira certains éléments du contexte sociohistorique de la santé mentale infantile au Québec, puis explorera la revue de littérature portant sur l'analyse des pratiques en santé mentale. Le deuxième chapitre abordera le cadre théorique employé dans mon mémoire. Mon cadre conceptuel s'articule autour des notions d'agir, d'action située, de métier et de *genre professionnel*. Le troisième chapitre présentera la méthodologie adoptée de manière détaillée. Le quatrième chapitre exposera les catégories identifiées dans le corpus recueilli en lien avec les dispositifs normatifs et le travail représenté des praticiens. Le cinquième chapitre analysera les discours sur l'action et discutera de l'agir des praticiens de première ligne en SMJ.

# CHAPITRE I

## LE PROBLÈME DE L'AGIR DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE

Au Québec, la désinstitutionnalisation psychiatrique a été amorcée dans les années 1960. À partir de ce moment, on a assisté au développement lent mais croissant des services en santé mentale dans la communauté (Carle *et al.*, 2014; Thifault et Desmeules, 2014). La désinstitutionnalisation psychiatrique renvoie à l'entreprise de sortir les patients des hôpitaux (environ 80% des patients) et de les maintenir dans la communauté (IUSMD, 2016). Cependant, les ressources et les budgets n'ont pas tout à fait suivi, ou ont tardé à suivre, les patients dans la communauté. Ce contexte a agi comme une contrainte importante au développement des pratiques en santé mentale. De manière parallèle, depuis quelques décennies, l'analyse des pratiques professionnelles a connu une certaine popularité dans le domaine de l'éducation, de la formation, des soins, de la relation d'aide et du travail social (Demailly, 2001, 2008; Lorio1, 2012a, 2012b, 2013; Ravon, 2009a, 2009b; Ravon et Ion, 2012). De plus, depuis une vingtaine d'années, on remarque un engouement pour les groupes de parole de supervision et l'analyse des pratiques de groupe dans plusieurs secteurs professionnels (Fablet, 2004, 2009; Maisonneuve et Pinel, 2004). Enfin, certains auteurs se sont intéressés à l'analyse des pratiques dans le domaine de la santé mentale (Rhéaume et Sévigny, 1987; Demailly, 2011a, 2014; Doucet, 2014). Or, peu de recherches ont investigué les contraintes organisationnelles et professionnelles dans le domaine de l'intervention en santé mentale pour les jeunes. Avec la mise sur pied en 2005 de nouvelles équipes de praticiens de première ligne en santé mentale jeunesse au Québec, comment les connaissances liées à l'intervention se sont-elles

construites? Comment les dispositifs normatifs (l'organisation, les professions, l'équipe) ont-ils orienté l'action des praticiens? Comment les praticiens, réunis en équipe interdisciplinaire, sont-ils arrivés à réaliser leur travail dans ces conditions? Voici les questions qui ont dirigé mon étude. Je présenterai tout d'abord le contexte sociohistorique de la santé mentale jeunesse au Québec. Je réaliserai par la suite une revue de littérature portant sur l'analyse des pratiques en santé mentale. Je terminerai ce chapitre avec la pertinence sociale et scientifique de mon mémoire, ainsi que mes questions et objectifs de recherche.

## **1.1 Contexte sociohistorique**

Cette section dresse un portrait global de l'évolution sociohistorique de l'intervention en santé mentale jeunesse au Québec. Elle présente d'abord l'évolution des politiques sociales en santé mentale depuis les années 1960 jusqu'à la mise en place du Plan d'action en santé mentale (PASM) en 2005. Elle présente ensuite les études portant sur l'intégration des services en santé mentale et l'implantation des équipes interdisciplinaires en santé mentale jeunesse (SMJ).

### **1.1.1 Évolution des politiques sociales en santé mentale au Québec**

Depuis quelques décennies, nous avons assisté à une transformation dans la manière de concevoir et de traiter les problèmes de santé mentale des individus. En fait, nous sommes passés d'un modèle de l'institution asilaire à des modèles de traitement au sein de la société (Carle *et al.*, 2014). Au Québec, le début du processus de désinstitutionnalisation en santé mentale se situe dans les années 60 (Carle *et al.*, 2014; Thifault et Desmeules, 2014). Le rapport Castonguay-Nepveu, déposé en 1970, a grandement contribué à cette évolution. Ce rapport soutenait l'instauration d'une

politique sociale intégrée et la création d'un système de santé public québécois (Turgeon *et al.*, 2003). Ces recommandations visaient, entre autres, à favoriser une réinsertion sociale des personnes utilisatrices des services psychiatriques (Poirier *et al.*, 1989). Suite à la désinstitutionnalisation, le gouvernement du Québec adopte en 1989 une Politique de santé mentale, qui opte pour un modèle biopsychosocial<sup>5</sup> de la santé mentale et reconnaît la participation des personnes utilisatrices (Poirier *et al.*, 1989; Fleury et Grenier, 2004). Cette politique a aussi comme objectifs d'améliorer la concertation entre les dispensateurs de services (MSSS, 1989 : 31) et de favoriser le maintien des personnes ayant des « troubles sévères et persistants » de santé mentale dans la communauté (Perron, 2005). Selon Poirier et ses collègues (1989), cette politique sociale instaure toutefois des mécanismes issus du néolibéralisme et fait « prendre du recul à l'appareil étatique en rationalisant en apparence les services mais en complexifiant en fait les structures de recours à ces services tout en déresponsabilisant davantage les leviers politiques du système au profit d'une gestion technocratique » (p. 166). Les ressources et les budgets pour les services de première ligne et les organismes communautaires en santé mentale restent nettement insuffisants (Poirier *et al.*, 1989; Perron, 2005).

L'adoption de la Loi 25 en 2003 marque la création des Centres de santé et services sociaux (CSSS). Ceux-ci s'organisent en trois niveaux : première ligne, deuxième ligne et troisième ligne. Cette restructuration des services a été suivie par le développement d'ententes de services avec les acteurs communautaires et privés (Perron, 2005 : 165). Le *Plan d'action en santé mentale* (PASM), déposé en 2005, est le premier document démontrant une préoccupation face aux besoins des jeunes souffrant de problèmes de santé mentale et mettant en place des services de première ligne pour les jeunes (Duclos *et al.*, 2013). Dans ce plan, le ministère de la Santé et

---

<sup>5</sup> Selon Anne Berquin (2010), le modèle biopsychosocial est un modèle théorique et un outil clinique. Les hypothèses explicatives prennent en compte les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux de la santé / maladie dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires.

des Services sociaux (MSSS) donne la priorité à l'évaluation et au traitement des troubles mentaux. Les principes directeurs du PASM sont le pouvoir d'agir, le rétablissement, l'accessibilité, la continuité, le partenariat et l'efficience (Dorvil, 2005; MSSS, 2005). Au niveau organisationnel, ce plan insiste sur la responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des services et le travail interdisciplinaire (Fleury et Acef, 2013). Ce plan vient aussi restructurer le mode d'organisation du travail : transfert d'intervenants des hôpitaux vers les CLSC, élargissement des mandats des intervenants et instauration d'une culture de travail en réseau axée sur l'atteinte de résultats. Ce plan d'action s'intéresse donc aux troubles mentaux chez les jeunes et souhaite rendre accessibles l'expertise et les services en santé mentale pour les jeunes (MSSS, 2005).

Des équipes interdisciplinaires de santé mentale de première ligne pour les jeunes (Santé mentale jeunesse – SMJ) sont ainsi formées dans chacun des CSSS de la province. Le MSSS met également en place un guichet d'accès de première et de deuxième ligne dans tous les CSSS, afin de procéder à une évaluation préliminaire et à l'orientation des demandes. Toutefois, une étude récente démontre quelques lacunes : les postes dans les équipes de clientèle jeunesse ne sont pourvus qu'à 50% ou 60% et le délai moyen d'accès de 30 jours n'est pas respecté (Fleury et Acef, 2013 : 25). En fait, le délai moyen d'accès entre la première assignation et la première intervention est de 32,23 jours pour la population jeunesse, avec une variation de 10 à 50 jours entre les régions (*ibid*).

### **1.1.2 L'intégration des services en santé mentale et la restructuration des services sociosanitaires**

Plusieurs études ont exploré le concept de l'intégration des services en santé mentale. Fleury (2002) affirme que le concept d'intégration des services apparaît dans les

années 1990 (p. 7). Le modèle des services intégrés vise à arrimer les dispensateurs de services d'une même zone géographique, à limiter les duplications et à améliorer la qualité des services (Fleury, 2002 : 13). Selon cette auteure, la recension des études montre des résultats mitigés, mais dénote tout de même une amélioration de l'efficacité des organisations, de la qualité des services et de la réponse aux besoins de la clientèle (*ibid* : 12). Deux articles plus récents vont jusqu'à dire que les réformes des dispositifs de santé mentale étaient incontournables devant l'accroissement de la demande des soins et le contexte de crise économique afin d'assurer l'efficacité de l'organisation de la prestation des soins et des services (Fleury, 2009; Fleury et Acef, 2013). Les réformes ont également visé à consolider la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle (Fleury et Acef, 2013 : 19). Or, l'injection insuffisante de ressources a mené, selon certains, à la non-atteinte des objectifs ciblés par le PASM, tandis que les restructurations ont apporté une déstabilisation des équipes (Fleury et Acef, 2013). De plus, ces auteurs ont constaté que le modèle médical est toujours prédominant dans le milieu et qu'il existe des tensions entre les acteurs et les organisations, un non-consensus sur la hiérarchisation des services et un manque de consolidation des équipes.

Selon Fleury (2009), la littérature sur l'intégration des services insiste sur le développement de stratégies « qui favorisent le travail en collaboration, l'arrimage des services ou le suivi de la clientèle » (p. 25) et propose une redéfinition du rôle des professionnels, des formations et une mise en place de nouvelles pratiques et d'outils d'interventions. Cependant, la recension des écrits souligne également les nombreux obstacles à la collaboration : « pénurie des ressources, rémunération déficiente, difficultés de communication entre soins primaires et spécialisés, problèmes d'accès aux soins psychiatriques, discontinuité des soins, confusion des rôles et des responsabilités, manque de leadership et objectifs organisationnels ou professionnels différents, cadres d'exercices qui n'encouragent pas le travail interdisciplinaire et

l'intégration des services, stigmatisation, approches thérapeutiques différentes, etc. » (*ibid*). Pour Perron (2005), la collaboration interorganisationnelle, telle que mise en avant par le PASM, contient aussi des effets négatifs. Avec la conclusion d'ententes de services avec les organismes communautaires, ces derniers se voient attribuer un statut de partenaire et de sous-traitants de l'instance locale en accroissant leur imputabilité aux plans de service. Selon cette auteure, cette nouvelle dynamique risque de complexifier et de compromettre les pratiques alternatives utilisées dans les organismes communautaires (Perron, 2005 : 165). De plus, la préoccupation d'assurer une continuité des soins laisse présager une tendance institutionnelle à la prise en charge des personnes, en imposant les objectifs et les moyens aux différents acteurs de la communauté. L'auteure se questionne alors à savoir si la conception que la personne a de ses difficultés et des moyens pour améliorer sa qualité de vie sera respectée par les équipes multidisciplinaires (*ibid* : 168). En effet, le modèle biomédical des soins cliniques reste dominant dans une telle configuration des services.

### 1.1.3 Les équipes Santé mentale jeunesse

Peu d'études qualitatives ont été menées dans le champ de la santé mentale jeunesse après le PASM et celles existantes adoptent une posture écosystémique<sup>6</sup> et évaluative<sup>7</sup>. Nadeau et ses collègues (2009) effectuent une évaluation de

---

<sup>6</sup> Le postulat de base de l'approche écosystémique est que « les comportements et les conduites que l'on peut observer sont le produit de l'interaction entre les personnes qui les émettent et l'environnement » (Bouchard, 1987 : 456). Toutefois, certains qualifient de réductionniste l'usage que plusieurs font de cette approche : la relation individu-environnement est très souvent considérée sous l'angle du déterminisme environnemental (Larose *et al.*, 2004).

<sup>7</sup> Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la recherche évaluative consiste à évaluer les interventions, les structures et les politiques afin d'améliorer le rendement des services. Cependant, l'évaluation effectuée répond plus à une logique de planification et de gestion qu'à une logique d'action tenant compte des besoins des praticiens ou des populations visées (Simard et Berthiaume, 1998).

l'organisation des soins concertés en santé mentale jeunesse au CSSS de la Montagne à Montréal. L'analyse des opinions des membres de l'équipe SMJ a relevé différents enjeux. Premièrement, l'enjeu de coopération renvoie à l'idée d'un partenariat qui se construit peu à peu, du développement de la confiance et d'une collaboration et une cohésion entre les membres de l'équipe. Deuxièmement, l'appropriation des rôles implique un sentiment d'ambivalence chez les intervenants : les expériences de réussites leur confèrent un sentiment de compétence, alors que les suivis thérapeutiques intensifs fragilisent leur sentiment de compétence. Troisièmement, les événements structurants se réfèrent aux événements qui ont aidé à construire et à consolider des réseaux. Enfin, les enjeux culturels se rapportent au transfert de l'expertise, à la mobilisation des identités culturelles et à la décentration nécessaire à l'intervention. Face aux nombreuses sources d'incertitude relevées chez les intervenants, les auteurs formulent l'hypothèse que les incertitudes ne sont pas seulement un facteur déstabilisant, d'insécurité et d'isolement, elles permettent aussi des pratiques novatrices et une ouverture à l'altérité.

Duclos et ses collègues (2013) ont quant à eux mené une étude qualitative des modes d'organisation des onze équipes SMJ de la Montérégie. L'étude commence par décrire les pratiques actuelles dans les équipes et les modalités de collaboration avec les partenaires pour ensuite évaluer les approches de collaboration au sein des équipes (Duclos *et al.* 2013 : 63). L'étude relève des facteurs favorables et contraignants au fonctionnement des équipes. Parmi les facteurs facilitant la collaboration, on retrouve : les structures officielles, l'existence d'entente de services, la coordination clinique et la reconnaissance du temps consacré à la collaboration. Néanmoins, la majorité des équipes démontre des limites opérationnelles et plus de la moitié d'entre elles sont en mode « collaboration en construction ». Les auteurs aboutissent à une taxonomie composée de quatre types de modes d'organisation et de fonctionnement des équipes.

Bref, les équipes SMJ disposent des modalités contextuelles et de fonctionnement variées.

La dernière étude porte sur la collaboration, le partenariat et la prise en charge écosystémique en santé mentale pour jeunes (Rousseau *et al.*, 2014). En s'appuyant sur une recension des écrits, les auteurs s'interrogent d'abord sur les conséquences de la multiplicité des équipes jeunesse sur l'accessibilité des services et la prise en charge écosystémique. Ensuite, ils explorent les écrits portant sur les liens entre l'attribution des ressources et les stades de développement de l'enfant. Ils constatent que l'intervention précoce effectuée par les services dédiés aux jeunes enfants (0 à 5 ans) fonctionne bien en général, mais que des problèmes apparaissent lors de la transition de services, c'est-à-dire entre les services pour jeunes enfants et les services pour les jeunes (6 à 17 ans), et entre ces derniers et ceux s'adressant aux adultes. Le troisième thème exploré dans cette étude est celui des modes d'intervention. Ils explorent les différentes thérapies recommandées pour chaque type de problèmes, dans une optique de bonnes pratiques et de pratiques standardisées. Ils constatent que peu d'études ont évalué l'utilisation des thérapies dans un contexte de soins primaires (*ibid* : 107). Le quatrième thème est celui de l'organisation des services. Selon eux, des recherches récentes ont suggéré que « les contextes organisationnels qui encadrent les services influencent à la fois la façon dont les interventions sont mises en place et leurs résultats cliniques (Aarons *et al.*, 2012; Woolston et Hamilton, 2005) » (*ibid* : 110). Ils concluent leur article en affirmant qu'avec l'apparition des équipes SMJ, cela a « entraîné une modification du rôle des intervenants en première ligne » et les équipes sont encore aux prises avec un processus de définition de leur rôle et de clarification de leur mandat (*ibid* : 111).

## 1.2 L'analyse des pratiques en santé mentale

Comme nous venons de voir, la majorité des études sur le champ de la santé mentale des jeunes au Québec se sont faites dans une perspective écosystémique (de type fonctionnalisme systémique) et évaluative. Je vais maintenant porter mon attention sur les études qui ont analysé les pratiques en santé mentale selon une perspective sociologique et constructiviste. Les études recensées explorent les connaissances sur les cadres sociaux de la pratique, allant des écrits sociologiques qui traitent des représentations sociales<sup>8</sup> de la santé mentale, à ceux analysant les modes d'intervention et l'organisation du travail en santé mentale. L'intérêt sociologique pour la santé mentale vient du fait que la société définit ce qu'est la folie, la souffrance, le fonctionnement normal et l'anormalité (Sévigny, 1985; Otero, 2014). Les études sociologiques questionnent la relation entre santé mentale (trouble psychique) et société (processus sociaux) et proposent de réfléchir à la nature de ces liens (Sévigny, 1985; Demailly, 2011b, Doucet et Moreau, 2014). Et l'intérêt pour une approche constructionniste sociale est qu'elle permet de comprendre comment les problèmes de santé mentale se construisent socialement et sont négociés par les différents acteurs impliqués dans ce processus (Loriol, 2010, 2012a; Demailly, 2011a, 2014).

Ma revue de littérature sera divisée en trois sections. Selon Sévigny (1985), la recherche sociale en santé mentale s'articule autour de cinq grands thèmes : conception de la santé mentale; conception des modes d'intervention en santé

---

<sup>8</sup> Selon Denise Jodelet (2003), une représentation sociale est « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (p. 53). Elle présente « les propriétés d'une véritable connaissance qui dit quelque chose sur l'état de notre monde environnant et guide notre action sur lui » (Jodelet, 1989, p. 40, cité dans Poirel et Weiss, 2014 : 162). La pertinence des représentations sociales est qu'elles permettent « de mieux comprendre les relations que les différents acteurs entretiennent avec les normes sociales (Dufort *et al.*, 2000) » de manière dynamique et évolutive, car elles « ne sont pas figées une fois pour toutes; elles ont plutôt tendance à se transformer selon l'expérience des acteurs sociaux et l'influence de l'environnement social » (*ibid.*, p. 4) » (Poirel et Weiss, 2014 : 163).

mentale; encadrements organisationnels, professionnels et institutionnels de l'intervention; appartenance à des systèmes sociaux; mise en rapport de l'intervention avec la société globale. Dans sa sociologie implicite des intervenants en santé mentale, Sévigny (1986) met de l'avant l'idée « que tout intervenant fait inévitablement référence, pour donner du sens à sa pratique, à un ensemble de connaissances portant sur les cadres sociaux de sa pratique » (p. 13). Les cadres sociaux de la pratique recourent les cinq grands thèmes mentionnés précédemment. La recherche sociale en santé mentale cherche donc à comprendre les conditions sociales de la pratique et s'intéresse aux diverses connaissances liées à ces thèmes. Mes trois sections correspondent plus ou moins aux trois premiers thèmes.

### **1.2.1 Conception de la santé mentale**

Dans le monde occidental, l'expression de santé mentale n'est largement utilisée qu'à partir du début années 1980, comme on peut le constater dans les divers documents publiés par les institutions et acteurs concernés (Ehrenberg, 2004). La santé mentale comme catégorie s'est développée suite « à la prise de conscience collective de l'explosion sociale de plusieurs formes de mal-être et de souffrance, de gravité variable, prises ou non en charge, diversement catégorisées » (Demailly, 2011a : 4). Tout en adoptant des cadres conceptuels différents, plusieurs recherches canadiennes ont analysé les représentations sociales négatives associées aux troubles mentaux dans la société (Kirouac et Dorvil, 2014; Nault et Moreau, 2014; Otero, 2014; St-Amand et Pinard, 2014).

Nault et Moreau (2014) étudient les représentations sociales de la dépression chez les utilisateurs de services. Leur réflexion théorique se fonde sur la théorisation mise de l'avant par Marcelo Otero sur la dépression (d'un point de vue foucauldien) et celle portant sur le lien entre société et dépression de Danilo Martucelli. À l'aide du

concept d'épreuve développé par Martucelli, les auteurs analysent les représentations sociales de la dépression et du recours aux services de santé mentale issues de leurs entrevues. Tout comme Otero, ils utilisent le concept d'épreuve dépressive pour « mieux connaître les contours de l'individualité contemporaine par le décodage de son image négative » (Otero, 2012 : 15, cité dans Nault et Moreau, 2014 : 13). Cette étude offre peu de résultats empiriques et porte davantage sur l'articulation de concepts théoriques à leur corpus.

Kirouac et Dorvil (2014) analysent les représentations sociales (négatives) associées aux troubles mentaux, en se penchant particulièrement sur celles qui touchent les travailleurs contemporains. En d'autres mots, ils analysent le stigmate dont sont marqués les travailleurs atteints de troubles mentaux. Les auteurs s'intéressent à plusieurs aspects de la stigmatisation au travail, surtout ceux que craignent subir les travailleurs : la discrimination, l'exclusion, la non-reconnaissance des compétences, l'étiquetage, etc. Ils proposent alors d'étudier la stigmatisation qui « s'exerce, elle, dans les moments où « normaux » et « stigmatisés » partagent justement dans une situation sociale, c'est-à-dire *lorsqu'ils se retrouvent physiquement en présence les uns des autres dans le milieu de travail*, à l'occasion d'une conversation ou encore d'une réunion commune » (Kirouac et Dorvil, 2014 : 55). Ils s'intéressent donc à la manière dont la stigmatisation infiltre concrètement les relations de travail en documentant les interactions sociales en milieu de travail.

Le texte d'Otero (2014) problématise plutôt le phénomène de la folie dans la communauté suite à la désinstitutionnalisation. Tout comme l'ont démontré St-Amand et Pinard (2014), Otero nous rappelle que les personnes étiquetées comme ayant des troubles sévères et persistants partagent des conditions socioéconomiques précaires et vivent de l'isolement social. En explorant le contexte sociohistorique du processus de désinstitutionnalisation, il note que d'autres dispositifs ont pris la relève de la prise en

charge de cette population défavorisée : tribunaux, police et prisons. Suite à cette période de judiciarisation, il y a eu le processus de déjudiciarisation des problèmes de santé mentale et des problèmes sociaux. Pour étudier la folie dans la cité, Otero (2014) propose donc d'analyser les représentations sociales de la folie véhiculées par la désinstitutionnalisation et la déjudiciarisation : « [L]a folie contemporaine est ainsi à nouveau noyée avec ses traditionnels compagnons d'infortune (...) dans une sorte d'asile à ciel ouvert où les comportements problématiques envers soi-même et les autres sont régulés par la loi, la police, la psychiatrie et les intervenants sociaux » (p. 81). Plus précisément, il analysera les représentations de la folie civile émanant des dossiers P-38<sup>9</sup>, selon une approche par situation-problème.

### **1.2.2 Conception des modes d'intervention**

D'autres recherches se sont intéressées aux pratiques d'intervention existantes en santé mentale (Demailly, 2014; Doucet, 2014; Poirel et Weiss, 2014). Le texte de Poirel et Weiss (2014) analyse le sens social donné par divers acteurs au concept d'intégration dans la collectivité des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale. Les auteurs analysent les documents officiels, politiques et programmes depuis 1989, mais également les entrevues, groupes et forums de discussion effectués avec les acteurs du terrain (intervenants, gestionnaires) et les usagers. Ils procèdent ensuite à une analyse idéal-typique des représentations sociales en place et démontrent comment celles-ci ont évolué et se sont construites à travers les interactions sociales entre les divers acteurs et les usagers. Selon eux, il y aurait donc différentes conceptions (ex. intégration économique ou sociale) entourant l'intégration et cette difficulté à reconnaître ces différences constitue une barrière à l'intégration. Cette difficulté traduirait des différences et des conflits entre les visions

---

<sup>9</sup> La loi P-38.001 permet la garde par un établissement de santé et de services sociaux d'une personne dont l'état mental présente un danger grave et imminent pour elle-même ou pour autrui.

et représentations de l'intégration, mais « elle révélerait également la complexité et l'enchevêtrement des résistances, des barrières et des défis (...) que suscite l'intégration dans la collectivité » (Poirel et Weiss, 2014 : 160).

Des études récentes ont plus précisément exploré les savoirs cliniques des praticiens, c'est-à-dire les savoirs des intervenants de leurs modes d'intervention en santé mentale. Le texte de Doucet (2014) aborde plus directement les savoirs cliniques des praticiens en SMJ au Québec. Quels sont les savoirs cliniques mobilisés par les praticiens en SMJ? Pour y répondre, Doucet développe le concept de *grammaire du métier*, inspiré par les *règles du métier* de Dejours et de la *grammaire de l'individu* de Martucelli. Elle propose alors d'analyser le discours des praticiens et de s'attarder aux catégories cognitives utilisées par ceux-ci pour penser la SMJ. Le premier constat est que, peu importe la forme d'intervention privilégiée par les praticiens, l'attitude humaniste fonde le métier. En effet, l'auteure note quatre concepts dans la conception de l'intervention : l'autonomie, l'indépendance, l'autocontrôle et l'expressivité. Le second constat est que, tout comme Demailly (2011a, 2014) et Ravon et Ion (2012), son analyse relève un pluralisme pragmatique chez les professionnels. Dans le cas précis des praticiens en SMJ, ce pluralisme pragmatique croise trois schèmes logico-cognitifs : fonctionnel (adaptation des sujets pour que ceux-ci arrivent à fonctionner socialement), interprétatif (analyse de sens fondée sur les récits d'épreuves des sujets, les aider à trouver un sens à ce qu'ils vivent) et actanciel (interactions entre les sujets, transformer comment les membres du réseau interagissent avec le sujet). La recherche empirique menée par Doucet (2014) démontre donc l'existence d'un écart significatif entre la vision de l'institution fondée sur un schème fonctionnel et celle des praticiens qui introduit les schèmes interprétatif et actanciel. Elle démontre également l'absence des dimensions historiques, politiques et critiques dans les conceptions du social des praticiens en SMJ, ce qui fait dire à Doucet que ceux-ci semblent surtout travailler le fonctionnement du sujet et les interactions familiales.

Quant à Demailly (2014), elle explore les rapports entre configurations sociales et pratiques de soin en santé mentale dans le contexte français. Dans ce texte, elle commence par décrire la forte présence historique de la psychanalyse dans le champ culturel français, le déclin de la psychanalyse dans la psychiatrie française, la résistance des psychanalystes vis-à-vis les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et la lenteur de leur implantation dans l'espace français. Puis, elle se donne comme tâche d'analyser les représentations de ces deux formes de pratiques en controverse (la psychanalyse et la psychiatrie biomédicale / TCC) en dégagant trois points sensibles aux représentations : le sens du symptôme, la responsabilité du sujet et la temporalité du travail sur soi. En analysant les représentations sur le travail sur soi, elle affirme que celles-ci révèlent un paradoxe : les TCC paraissent plus ajustées à la modernité avancée quant au sens et au temps, alors que la psychanalyse paraît mieux adaptée en matière de responsabilité. Toutefois, les deux approches semblent compatibles avec le néo-libéralisme. Selon elle, la psychanalyse et les TCC sont contemporaines, car leur but « n'est pas de guérir le symptôme, mais de permettre à l'individu la récupération de ses facultés d'agir, de penser et de jouir de l'existence » (Demailly, 2014 : 245) et que les deux méthodes ont un souci d'autonomie. Demailly conclut que la tension éthique qui prend la forme d'une confrontation entre la psychanalyse et la pratique biomédicale / TCC est l'une des tensions constitutives de la modernité avancée : nous sommes « confrontés aux injonctions juxtaposées *d'être créatif et conformiste, de nous émanciper personnellement tout en étant obéissant économiquement et socialement* » (*ibid*). La confrontation entre ces deux pratiques de soin en santé mentale est donc liée à la configuration sociale dans laquelle nous vivons.

### 1.2.3 L'organisation du travail

Quoique les actions des praticiens soient influencées par leurs savoirs cliniques et la situation d'intervention particulière, ceux-ci agissent aussi au sein d'un contexte organisationnel précis. Certaines études ont exploré les transformations récentes qui ont touché l'organisation du travail dans les métiers relationnels, les collectifs de travail et les dispositifs de soutien aux professionnels (De Gaulejac, 2010; Demailly, 2008, 2011b; Loriol, 2012a, 2012c, 2013; Ravon, 2009a, 2009b; Vallet-Armellino, 2007). La majorité des études recensées mettent l'emphase sur les conséquences des nouvelles normes de gestion sur l'organisation du travail et non sur comment l'agir des praticiens est orienté par l'organisation du travail.

Demailly a beaucoup étudié la transformation des métiers relationnels à l'aube des nouveaux *managements*. Les nouveaux *managements* sont définis par le déploiement des outils et procédures de gestion, l'évaluation par indicateur et la restriction des dépenses publiques (Demailly, 2011b). Elle affirme tout d'abord que la transformation des métiers relationnels reflète des changements globaux plus larges qui affectent l'organisation de travail (Demailly, 2008). Elle affirme ensuite que les secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie sont particulièrement concernés par les nouveaux *managements* (Demailly, 2011b). L'auteure note que l'injonction à l'autonomie envers les professionnels dans le *management* moderne est une autonomie obligée, encadrée, fictive et sans possibilité de négocier les objectifs, ni les moyens, ni les délais. Il n'existe pas non plus de possibilité de créativité puisque le travail est prescrit dans les moindres détails. En fait, la « mise sous observation » soumet les « opérateurs aux règles de l'organisation plutôt qu'aux règles du métier » (*ibid* : 469). L'évaluation formelle sert donc à surveiller l'activité d'un individu, d'une équipe ou d'une organisation par l'entremise d'outils de mesure et de spécialistes, de limiter le travail non productif et de normaliser les pratiques, tout cela afin d'accroître la productivité

des organisations. Selon Demailly, ce type d'évaluation produirait des effets pervers dans les métiers relationnels (*ibid* : 471), comme des risques de déprofessionnalisation (perte de la spécificité des professions). De plus, la pression à la standardisation et à l'homogénéisation des pratiques produit des effets contradictoires, puisqu'elles vont à l'encontre de la spécificité des territoires et de la singularité des sujets.

De Gaulejac (2010) tente de démontrer les conséquences de la Nouvelle gestion publique (NGP) sur l'organisation du travail. L'objectif de la NGP est d'augmenter la productivité, mais elle a bien souvent comme résultat d'envenimer les relations entre les collègues. De Gaulejac pense que le paradoxe est utilisé « comme outil de gestion conduisant l'ensemble des agents à accepter collectivement des modalités de fonctionnement qu'ils réprouvent individuellement » (De Gaulejac, 2010 : 87). L'auteur s'intéresse également aux réactions défensives des travailleurs et aux divers mécanismes employés par ceux-ci. Ces réactions désignent « les mécanismes conscients et inconscients mis en œuvre par le sujet pour supporter la violence et vivre avec le système paradoxal » (*ibid* : 95). On y retrouve le déni, le repli sur soi, l'identification avec l'agresseur, et le clivage. Vallet-Armellino (2007) analyse plutôt la mise en œuvre des nouvelles normes de gestion sur un hôpital psychiatrique en France. Elle affirme que cette réforme met en place des normes de contrôle social et sanitaire qui réduisent la complexité du soin psychique (Vallet-Armellino, 2007). D'un lieu d'échange intersubjectif, elle affirme que les nouvelles règles empêchent qu'il y ait du jeu dans les échanges et limitent les possibilités de travailler avec l'imprévisible et l'imprédictibilité. En prescrivant des gestes de conduites, les hôpitaux « répertorient et classent les comportements et les événements dans un savoir qui rejettent l'idée de l'inconnu » (Vallet-Armellino, 2007 : 153). Quant à Lorient (2012c, 2013), il analyse la mise en cause de l'équilibre fragile des collectifs de travail par la rationalisation du travail dans les hôpitaux. Selon lui, ces pratiques

gestionnaires mettent en péril la relation de confiance entre les membres d'une équipe et se reflètent dans la relation avec les patients. De plus, les métiers sont plus ou moins bien préparés à confronter les réformes qui remettent en question la conception du métier et des identités professionnelles (Loriol, 2012a). Enfin, plus le collectif est en difficulté, plus il aura de la difficulté à faire face aux injonctions contradictoires.

Ravon (2009a, 2009b) s'intéresse à la question de l'usure professionnelle induite par l'organisation du travail. Selon lui, l'usure professionnelle est une conséquence d'une organisation du travail caractérisée par « l'extension de l'activité relationnelle en lien direct avec le public et par l'exigence grandissante d'un contact personnel avec les usagers (Lallement, 2007; Demailly, 2008) » (Ravon, 2009a : 60). Le processus d'usure correspond « à une configuration de travail où s'enchaînent des épreuves professionnelles » (*ibid* : 62). Par le concept d'« épreuves de professionnalité » (2009a, 2009b), l'auteur espère mettre en plein jour les tentatives de résistance et d'endurance des travailleurs sociaux face aux difficultés éprouvées. Il existerait deux types d'épreuves à l'œuvre : l'épuisement dans la relation d'aide et le ressentiment face aux prescriptions contradictoires. Le premier peut déboucher sur une reprise de soi tandis que le second porte une demande de reconnaissance. L'épuisement professionnel (ou relationnel) fait suite à des prises en charge répétées d'usagers difficiles (Truchot, 2005, cité dans Ravon, 2009a : 62). Affecté par la personne en face, le professionnel est confronté à une charge émotionnelle. Quant aux nouvelles exigences organisationnelles, elles mèneraient à une standardisation des pratiques. Cette standardisation des pratiques ferait en sorte que les professionnels se retrouvent pris dans des « contradictions entre le temps prescrit par ses dirigeants et le temps réel nécessaire à son intervention » (*ibid* : 64). Autrement dit, les protocoles d'intervention induisent un contrôle du temps que les professionnels passent avec leurs patients.

Les transformations du métier viennent également bouleverser les dispositifs de soutien aux professionnels, tels les groupes d'analyse de la pratique. D'après Ravon (2009b), ces derniers étaient conçus comme des groupes de réflexion sur les situations relationnelles difficiles. Ces groupes constituaient des lieux de transformation des aptitudes professionnelles, par une compréhension psychologique d'eux-mêmes et de la situation relationnelle dans laquelle ils sont impliqués (Ravon, 2009b : 117). Or, les bouleversements vécus dans les années 1990 ont fait apparaître une perte de sens et un déni de reconnaissance chez les professionnels de l'action sociale (Ravon, 2009b). Ce sentiment de déni aurait été renforcé par les mesures de contrôle des pratiques exercées par les gestionnaires. L'auteur y voit une injonction paradoxale entre la standardisation des pratiques et la demande pour des pratiques singulières. Ces bouleversements ont également affecté les objectifs des groupes d'analyse de la pratique. Selon Ravon, cette pratique s'est fait instrumentaliser par les cadres gestionnaires, déplaçant l'analyse de la pratique vers une analyse de la personne. Ces groupes servent maintenant à prescrire l'activité professionnelle et tendent à « devenir un outil de management et de cadrage des compétences » (*ibid* : 120). Les changements dans l'organisation du travail viennent donc affecter directement l'activité des professionnels.

### **1.3 Pertinence sociale et scientifique de la recherche**

Suite à une présentation du contexte sociohistorique de l'implantation des équipes SMJ, j'ai exploré quelques études récentes sur l'analyse des pratiques en santé mentale, me concentrant sur les conceptions de la santé mentale, des modes d'intervention en santé mentale, ainsi que des études portant sur les transformations récentes de l'organisation du travail dans les métiers relationnels. Dans ces écrits, le thème de l'encadrement organisationnel, professionnel et institutionnel de

l'intervention apparaît comme un élément de la pratique. Néanmoins, ce thème se retrouve rarement au premier plan des recherches. De plus, très peu d'études ont porté sur le travail réel des praticiens de première ligne en santé mentale, encore moins sur les discours et l'agir des praticiens de première ligne en santé mentale pour jeunes œuvrant dans des équipes interdisciplinaires. Cela est entre autres dû au fait que les équipes SMJ constituent un phénomène relativement nouveau dans le paysage des services sociaux québécois. En fait, les études effectuées auprès des équipes SMJ ont été menées davantage selon une perspective fonctionnelle et écosystémique que dans une perspective constructionniste sociale. En effet, peu de recherches apportent un éclairage sur les cadres normatifs qui orientent l'agir des praticiens et sur le travail d'équipe interdisciplinaire en santé mentale. C'est pour pallier à ce manque que je propose d'analyser comment les actions des praticiens se situent par rapport aux différents dispositifs normatifs (organisation, profession, équipe).

Dans mon mémoire, j'entends analyser le contenu d'entretiens effectués auprès de praticiens de première ligne œuvrant au sein d'équipes interdisciplinaires SMJ afin de mieux comprendre les cadres normatifs de l'action (travail prescrit), les discours sur l'action des praticiens (le travail réel) et la dynamique entre ces deux éléments. Je conçois les pratiques d'intervention privilégiées par les praticiens comme étant fortement encadrées par le contexte social (encadrement organisationnel, appartenance professionnelle et équipe de travail), mais aussi comme étant des actions construites par des acteurs selon différents facteurs, comme la singularité de la situation, leur relation aux usagers et la dynamique au sein de l'équipe de travail. Cela m'amène dans un premier temps à documenter les connaissances liées aux cadres normatifs des pratiques d'intervention. À mon avis, cette recherche peut contribuer à une meilleure connaissance de l'usage des savoirs d'action en milieu institutionnel ainsi qu'à une compréhension plus approfondie des contraintes exercées sur les praticiens. Il s'agit ensuite de documenter les pratiques réelles et les

résistances développées par les praticiens face aux contraintes normatives. Mon analyse discursive des entretiens contribuera donc à cerner la transformation des pratiques prescrites et institutionnalisées. Elle mettra en évidence les divers discours et agir des praticiens par rapport aux dispositifs normatifs. Ma recherche contribuera plus généralement à la production de connaissances sur les savoirs liés à l'action.

#### **1.4 Questions de départ et objectifs d'étude**

Les questions de recherche sont donc les suivantes : de quelles manières les cadres normatifs dirigent l'activité des praticiens de première ligne en CSSS œuvrant dans les équipes Santé mentale jeunesse? Comment les praticiens vont-ils au-delà des contraintes qu'ils peuvent ressentir afin de faire leur travail? En d'autres mots, comment l'encadrement organisationnel, les appartenances professionnelles et l'équipe de travail structurent et orientent leurs activités? Comment le contexte prescrit-il l'action? Quelles sont les normes de pratique et tâches prescrites par ces dispositifs? Ensuite, est-ce que le travail réel est toujours conforme aux normes et aux attentes de l'institution? De quelles manières certaines actions peuvent-elles transgresser les règles prescrites? Mon objectif général est, d'une part, de comprendre comment les connaissances prescrites par les dispositifs normatifs sont mobilisées par les praticiens faisant partie d'une équipe interdisciplinaire et, d'autre part, de comprendre comment l'action des praticiens est réorganisée dans leurs pratiques d'intervention. Mon mémoire s'inscrit donc dans le travail sur l'hypothèse de la réorganisation de l'activité élaborée par Leplat (1997), reprise par Clot et Faïta (2000) et Clot (2008), et réinterprétée par Marie-Chantal Doucet (2013). Mes objectifs spécifiques sont de documenter les normes de pratiques identifiées par les praticiens orientant leur action et d'analyser le travail représenté (les discours sur l'action) en vue de faire ressortir comment les praticiens transforment les pratiques prescrites.

## CHAPITRE II

### PERSPECTIVE THÉORIQUE

Ces dernières années, l'analyse du travail a pris un virage actionnel, c'est-à-dire caractérisée par la problématique de l'activité et de l'action. Dans le travail de Bronckart (2004), l'activité est un concept qui s'applique « à toute organisation collective des comportements orientés par une *finalité* ou encore visant un *objet* déterminé », alors que le concept d'action comprend l'agir collectif comme étant « articulé à des *buts* que les agents concernés se représentent ou encore dont ils ont conscience » (p. 63). Dans l'œuvre de Vygotski (1985), l'agir est l'unité d'analyse du fonctionnement humain. L'analyse de l'agir permettrait d'étudier comment les individus s'approprient des outils culturels d'un collectif. S'inspirant de Leontiev et de Vygotski, Bronckart (2004) affirme que l'agir socialisé est « le moteur du développement humain, parce que c'est à travers lui que s'effectue toute rencontre entre les individus et leur milieu » (p. 63). Dans un milieu de travail, il s'exerce plusieurs types d'agir et de discours sur l'action. Filliettaz et Bronckart (2005) affirment que le travail exige de moins en moins de manipulation physique, mais nécessite plutôt une capacité de la part des individus à produire et interpréter des unités sémiotiques. C'est pour cette raison que l'analyse du travail prend actuellement un virage discursif et s'intéresse aux pratiques langagières dans un milieu de travail. Selon Bronckart (2004), l'agir « s'effectue nécessairement au regard de systèmes de déterminations divers » (p. 26), formant ainsi un contexte contraignant pour sa réalisation. Sévigny (1985) affirme que l'analyse sociologique des interventions en santé mentale revient « presque toujours à mettre en relief et à démontrer les

processus organisationnels liés à ces interventions » (p. 10). L'encadrement organisationnel, les appartenances professionnelles et l'équipe de travail forment trois types de contraintes possibles sur l'agir des praticiens étudiés. Toutefois, Bronckart (2004) nous dit aussi que l'acteur prend plus ou moins compte des contraintes et que les actions peuvent être modulées, réorientant ainsi le sens de l'action. L'étude de l'agir implique aussi une analyse de comment les actions sont réalisées et transformées. Cette étude adopte donc une perspective d'analyse du discours et des actions pour examiner les cadres normatifs dans lesquels se déploient les actions afin de cerner les processus de réalisation de l'action.

Mon mémoire vise à analyser le travail des praticiens et la mise en forme de l'agir des praticiens de première ligne en SMJ. Ce chapitre exposera en premier lieu le cadre conceptuel de mon mémoire. Je vais présenter la perspective de la construction de la réalité (Burr, 2003; Gergen, 2005; Lorient, 2010, 2012a; Berger et Luckmann, 1986), ainsi que les différents concepts liés à la démarche d'analyse des actions et des discours en situation de travail (Bronckart, 2004, 2009; Fillietaz et Bronckart, 2005; Clot, 2005, 2006, 2008, 2010; Lhuillier, 2010; Boutet, 2005; Doucet, 2011, 2014). Afin d'atteindre mes objectifs de recherche, je vais opérer une analyse de contenu des entrevues effectuées auprès de praticiens œuvrant dans des équipes SMJ. Selon moi, ce cadre conceptuel est le plus approprié pour comprendre le sens que donnent les praticiens à leur activité. Enfin, j'exposerai les concepts utilisés pour construire mon modèle d'analyse thématique.

## **2.1 Cadre conceptuel**

Mon mémoire s'inscrit dans une perspective constructionniste sociale et dans une démarche d'analyse des actions et des discours en situation de travail. Les auteurs

s'inscrivant dans une démarche d'analyse des actions et des discours s'inspirent énormément de l'approche historico-culturelle de Lev Vygotski, du concept de dialogisme de Mikhaïl Bakhtine ainsi que des travaux en ergonomie de langue française (Leplat, 1997) et en clinique de l'activité (Clot et Faïta, 2000; Clot, 2006; Clot, 2008). Cette section décrira ces cinq inspirations théoriques et les concepts-clés utilisés.

### **2.1.1 La construction sociale de la réalité**

Mon cadre théorique s'insère dans le paradigme général du constructionnisme social car je m'appuie sur le concept de construction sociale. Selon Burr (2003), les approches relevant du constructionnisme social sont de nature multidisciplinaire, s'opposent au positivisme et partagent certains traits communs. Entre autres, elles partagent certains postulats : la connaissance est historico-culturellement spécifique; le langage est une pré-condition à la pensée; et le langage est une forme d'action sociale. Ces approches portent sur les interactions, les pratiques sociales, ainsi que sur les processus sociaux (Burr, 2003). Adoptant une approche constructionniste sociale dans sa manière de faire de la clinique, Gergen (2005) argumente même que tout ce que nous tenons pour réel « est vu comme le produit d'une relation humaine, dans la science comme dans la vie quotidienne » (p. 23). Vu que la réalité est une construction sociale, la production du réel commencerait « avec le social et la relation, plutôt qu'avec l'individu isolé » (Gergen, 2005 : 24). La perception même de notre individualité relève des relations. Enfin, le constructionnisme social se concentre sur les contextes relationnels et tente d'explorer la signification pragmatique des discours à l'intérieur de ces contextes (Gergen, 2005).

Loriol (2010, 2012a) affirme que l'ensemble des approches relevant du constructionnisme social ont en commun « l'idée que la réalité elle-même, ou la connaissance que l'on en a, est, totalement ou partiellement, le produit de nos propres actions » (Pearce, 2009, cité dans Loriol, 2012a : 21). Les vérités sont vues comme partielles et contextualisées. Elles se développent à partir de certaines conditions, à certaines époques et dans certains milieux. En effet, chaque catégorie a une logique propre, s'inscrivant dans un contexte et un univers de sens plus large, et « nos catégories nous incitent à voir certaines choses et rendent invisibles d'autres caractéristiques du monde qui nous entoure » (Loriol, 2012a : 31). Tout objet d'étude est composé de discours, de représentations et de catégories de connaissance. Toujours selon Loriol, un problème social est le résultat d'un processus de définition collective. L'analyse se fait donc au niveau des processus et non du résultat. Une analyse relevant du constructionnisme social permettrait « de mettre au jour les stratégies des différents acteurs, les négociations et les compromis, les conditions organisationnelles qui permettent de faire exister, au moins partiellement, ces représentations » (*ibid* : 33).

Berger et Luckmann (1986) figurent parmi les auteurs les plus importants de ce grand courant de pensée. Ils abordent la vie sociale d'un point de vue anti-essentialiste; les êtres humains créent et soutiennent tout phénomène social à travers des pratiques sociales partagées. Selon ces auteurs, la construction sociale de la réalité implique un processus dynamique (Berger et Luckmann, 1986). En se concentrant sur les pratiques sociales, ces auteurs soutiennent que les êtres humains créent des phénomènes sociaux tout en étant orientés par ceux-ci. La logique analytique est circulaire : les pratiques sociales sont externalisées, objectivées et internalisées, et ainsi de suite. Les phénomènes sociaux sont socialement construits par les pratiques sociales des personnes, mais, en même temps, les personnes vivent les phénomènes sociaux comme si leur nature était pré-donnée et figée. En d'autres mots, le constructionnisme

social étudiée, d'une part, les acteurs et les conditions organisationnelles qui font exister les discours, les représentations et les catégories de connaissances et, d'autre part, les répertoires, les schèmes et les conceptions qui encadrent et structurent ces actions (Loriol, 2012a). Comme dirait Loriol :

[L]es répertoires, les schèmes, les façons de voir, qui encadrent et structurent les actions des « constructeurs » ici et maintenant peuvent tout à fait être vus comme des constructions passées qui se sont stabilisées, solidifiées et pour certaines institutionnalisées ou cristallisées (Tarrow et Tilly, 2008). Les institutions, qui imposent des contraintes dans le cours des interactions présentes, peuvent être pensées comme des constructions abouties que les acteurs peuvent momentanément considérer comme des « choses » extérieures à eux, du fait d'anticipations stables et réciproques. (Loriol, 2012a : 43)

Ainsi, dans le cadre de l'étude que je propose, il convient d'entrevoir que les conceptions individuelles et collectives des praticiens, ainsi que leurs interactions avec les usagers, peuvent être orientées et encadrées par les constructions sociales du passé (les institutions), mais également que les actions des praticiens peuvent créer, transformer et soutenir d'autres types de conceptions et d'interactions.

### **2.1.2. L'approche historico-culturelle de Vygotski : une théorie de l'action**

Dans *Pensée et langage*, Vygotski (1985) défend l'idée qu'un jeune enfant est tout d'abord un être social : la pratique sociale d'un jeune enfant est dirigée vers la maîtrise de la réalité; le développement de la pensée enfantine s'effectue du social à l'individuel; et le développement du langage intérieur dépend du langage et de l'expérience socio-culturelle de l'enfant. On nomme cette approche *historico-culturelle* puisqu'il voit le développement d'un individu comme étant issu d'un processus culturel et historique. Sa réflexion peut également être qualifiée de transformisme (Clot, 2005) car elle analyse la pensée en mouvement par une

dialectique de la continuité et du changement (Bronckart, 2004). En effet, Vygotski (1985) stipule que le langage égocentrique du jeune enfant est d'emblée social (il s'approprie des outils culturels déjà existants) et que, par la suite, il se transforme en langage intérieur (il raisonne avec lui-même afin de guider son action). Le langage intérieur joue ainsi un rôle médiateur dans la formation de la pensée verbale au cours de l'activité pratique de l'enfant. Ses données sur le langage des enfants lui ont effectivement révélé que le langage égocentrique apparaît comme « une étape de transition dans le développement du langage extériorisé au langage intérieur » (Vygotski, 1985 : 79). Dans son analyse théorique et expérimentale du développement des enfants, il arrive à la conclusion que le social est en nous : « Le mouvement réel du processus de développement propre à la pensée enfantine s'effectue non pas de l'individuel au socialisé mais du social à l'individuel » (*ibid* : 78). Selon lui, la première fonction du langage est celle de la communication sociale; l'enfant est considéré comme faisant partie d'un tout social, comme sujet de rapports sociaux. Le développement du langage intérieur est déterminé par des facteurs extérieurs, car le développement de la pensée « dépend du langage, des *moyens de la pensée* et de l'expérience socio-culturelle de l'enfant. » (*ibid* : 141). Il conclut que les formes du langage ont chacune leur propre lexique, leur grammaire, leur syntaxe (Vygotski, 1985). Le langage est donc un processus historique et social influencé par les modes de production (Boutet, 2005).

Doucet (2011) affirme que Vygotski introduit « la nécessité de considérer le contexte social dans l'explication » des phénomènes et des émotions (p. 157). Étant donné que le sentiment est exprimé par le langage et que celui-ci s'insère dans une culture, Doucet pense qu'il faut relier affect-cognition-social et saisir la signification des liens s'établissant entre le sujet individuel et les « globalités sociohistoriques » (Doucet, 2011). Selon elle, Vygostki s'oppose « au cognitivisme expérimental pour proposer plutôt une théorie de l'action située, c'est-à-dire en contexte (...). L'activité est

toujours située dans un contexte particulier. L'art du sujet sera sa capacité à changer de registre selon les situations » (*ibid* : 158). Dans la réflexion de Vygotski, l'agir constitue l'unité d'analyse du fonctionnement humain car on peut étudier comment les individus s'approprient des outils culturels d'un collectif. Les outils culturels, comme le langage, jouent un rôle primordial dans le développement cognitif d'un individu, car ils transforment sa manière de penser et de percevoir. Et pour Vygotski (1985), les individus produisent l'activité en la recréant (pratique sociale dirigée vers la maîtrise de la réalité). En s'inspirant de Vygotski et de Clot, Libois et Mezzena (2009) affirment que la créativité est une opération personnelle de réalisation de la norme prescrite, un détournement subjectif de la norme en vue de sa réalisation (p. 136). Analyser l'agir permet donc d'étudier comment les personnes s'approprient des outils culturels.

### **2.1.3 Les genres du discours, le dialogisme et les trois types de destinataires chez Bakhtine**

L'approche bakhtienne de la langue peut également être considérée comme une approche historico-sociale. Pour Bakhtine, le vocabulaire et les structures syntaxiques des langues « sont toujours déjà porteurs de significations socio-historiques qui s'imposent aux locuteurs, ou à tout le moins avec lesquelles ces locuteurs doivent négocier » (Bronckart, 2004 : 53). Le langage est donc en soi une activité située en contexte. Outre l'approche historico-sociale, Bakhtine insiste sur le polylinguisme à l'œuvre dans les groupes humains, c'est-à-dire la diversité des productions langagières (Adam, 1999; Bronckart, 2005). Bakhtine (1984) affirme que les énoncés sont formés par un contenu thématique, un style et une construction compositionnelle spécifique, et « [c]haque sphère d'utilisation de la langue élabore ses types relativement stables d'énoncés, et c'est ce que nous appelons les genres du discours » (Bakhtine, 1984 : 265). Par exemple, l'usage de la langue dans un milieu de travail

spécifique produit des types d'énoncés relativement stables. Le genre peut donc être défini comme « un type d'énoncé donné, relativement stable du point de vue thématique, compositionnel et stylistique » lié à une sphère « de l'activité ou de la communication humaine » (p. 269). Dans les travaux de Boutet (2005), les discours s'organisent en une multiplicité de genres permettant « une forme d'économie de la communication, en réception comme en production » et mettant en place « des formes de « prêt à parler » qui permettent de mouler la parole » (p. 20-21). Les genres de discours forment également « des interfaces entre le domaine des interactions sociales et celui des productions langagières » (Bronckart, 2004 : 74). Autrement dit, la diversité de genres de discours reflète les différentes rencontres entre différents types d'interactions sociales et de productions langagières.

Afin de théoriser le concept de « genre professionnel », Clot (2005) puise dans la théorie du dialogue de Bakhtine. Clot (2005) part de l'idée bakhtienne que « l'homme ne parle pas de lui-même et des autres mais avec lui-même et avec les autres » et que « l'approche dialogique est constituée par les relations entre le dialogue intérieur et extérieur » (p. 37). Dans un dialogue, un acteur s'adressera au destinataire en face, mais aussi au sur-destinataire et au sub-destinataire. Il y a donc le dialogue avec l'autre, le dialogue intérieur (avec soi-même) et le dialogue avec un idéal. Le dialogue intérieur aide à personnaliser les mots utilisés dans le dialogue. Le dialogue intérieur est aussi appelé « microdialogue » et la notion de sur-destinataire renvoie à l'idée du second destinataire :

Mais en dehors de ce destinataire, « l'auteur d'un énoncé, de façon plus ou moins consciente, présuppose un sur-destinataire » (*ibid.*, p. 336). Situé, selon les époques, dans « un lointain métaphysique » ou dans un temps historique éloigné, ce « surdestinataire de secours » varie à la faveur des perceptions du monde et du milieu : « ce sur-destinataire, avec sa compréhension responsive, idéalement correcte, prend une identité idéologique concrète variable (Dieu, la vérité absolue, le jugement de la conscience humaine impartiale, le peuple, le

jugement de l'histoire, la science, etc.) » (*ibid.*, p. 337). On ajouterait volontiers bien sûr, pour ce qui nous concerne, en analyse psychologique du travail, *le métier*. (Clot, 2005 : 39)

Le sur-destinataire amène les individus à faire comme si le dialogue se déroulerait « en présence d'un troisième participant invisible » (*ibid*) situé au-delà des individus impliqués dans le dialogue. Le sur-destinataire est transhistorique et transpersonnel selon Clot : « la totalité des voix du passé continuent à parler dans le présent » (*ibid*). Bref, le dialogue implique donc trois mouvements : le dialogue avec le destinataire (l'autre), le dialogue avec le sub-destinataire (le dialogue intérieur, avec soi-même) et le dialogue avec le sur-destinataire (le troisième participant invisible).

#### **2.1.4 L'écart entre le travail prescrit et le travail réel**

La démarche de l'ergonomie de langue française (Leplat, 1997) consiste à analyser l'effectivité du travail dans l'objectif d'assurer la santé, le bien-être et le développement des travailleurs. Cette approche a mis en évidence « les décalages [...] entre le travail prédéfini et le travail tel qu'il est vécu par les acteurs, ce qui a donné lieu plus tard à la célèbre opposition entre *travail prescrit* et *travail réel* » (Bronckart, 2004 : 90). Le concept de travail prescrit nous amène à porter un regard sur l'organisation du travail et fait référence aux règles et objectifs fixés par les différentes institutions, alors que celui de travail réel nous amène à regarder l'activité des individus et fait référence aux savoir-faire et connaissances mobilisés par ceux-ci afin de réaliser une action. S'inspirant de cette démarche d'analyse du travail, Yves Clot élabore sa clinique de l'activité. Cette approche s'appuie sur « le postulat d'un écart irréductible dans le travail entre ce qui est prescrit par l'organisation du travail et ce qui peut être effectivement réalisé par les professionnels engagés dans les situations de travail » (Libois et Mezzena, 2009 : 126). À cette opposition prescrit / réel, Clot (2006) ajoute le travail non réalisé, ou empêché, et l'importance d'analyser

les conflits vécus dans le travail. En fait, il conçoit le travail comme une activité humaine aux prises avec le réel. Selon lui, le travail est vécu comme une épreuve par les travailleurs, mais il peut aussi être vécu comme un plaisir du possible. Le but de la clinique de l'activité est d'accroître le pouvoir d'agir des travailleurs sur le monde et sur eux-mêmes. Enfin, la clinique de l'activité se distinguerait d'autres courants d'analyse du travail, car l'activité est comprise comme un exercice collectif de liaison sociale au réel (Clot, 2006).

### **2.1.5 Le concept de métier et de genre professionnel**

Par une lecture renouvelée des œuvres de Vygotski et de Bakhtine, Clot pose autrement la question des rapports entre concept et affect, car pour ces deux auteurs, le « social est en nous » comme source d'énergie vitale dès lors qu'il est d'abord conflit » (Clot, 2006 : 171). Clot et Faïta (2000) et Clot (2008) théorisent le concept de *genre professionnel* et de métier. Ils appliquent le concept de métier dans le domaine des services à la personne. Ils tentent de démontrer qu'il faut s'intéresser au métier dans l'individu et pas seulement à l'individu dans le métier comme communauté d'appartenance. Cela les amène à chercher à comprendre la fonction psychique interne du collectif de métier et l'histoire du collectif en chaque travailleur. Le métier fait référence à la mémoire dont chaque sujet peut disposer afin d'agir (Clot, 2008 : 253-4). Le métier existe sous quatre formes : impersonnel, intrapersonnel, interpersonnel et transpersonnel. Le travail impersonnel est consigné dans les tâches prescrites. Puis viennent les dialogues et les échanges intrapersonnels et interpersonnels sur les situations de travail et l'activité à faire. Le travail intrapersonnel fait référence au dialogue intérieur, alors que le travail interpersonnel se rapporte au dialogue avec les autres. Le travail devient collectif puisque les dialogues engendrent des réflexions sur la réalisation de la tâche et permettent de repenser l'activité de manière collective. Cette activité produit et entretient l'histoire et

la mémoire professionnelle, désignée ici comme activité transpersonnelle « puisqu'elle n'appartient à personne, est un moyen disponible pour tous et chacun, traverse les générations et même chaque professionnel » (*ibid* : 258).

Pour bien comprendre le concept de *genre professionnel*, je propose de suivre l'exemple donné par Clot (2008) du processus de récréation de l'activité. Selon Clot, chaque nouvel employé s'embarque dans un double processus, celui d'entrer dans le métier et celui de voir le métier entrer en lui. D'abord, le nouvel employé, dans les situations de travail, s'en tient à la prescription, puisque cela forme sa seule ressource pour atteindre ce qu'il a à faire. Cependant, il rencontre bien vite des obstacles de la réalité en cours de route et observe le conflit existant entre la prescription impersonnelle qu'il utilise et les activités personnelles qui se déroulent autour de lui (*ibid* : 262). Il procède alors à la comparaison des activités de ses collègues les unes avec les autres. Cette comparaison lui permet de profiter de l'échange et du dialogue avec les collègues plus expérimentés et d'observer comment l'activité se décline selon les circonstances. Il commence donc à utiliser les ressources interpersonnelles du métier dans sa propre activité et commence à s'éloigner de la tâche prescrite impersonnelle. Il s'intéresse à ce que font les autres, à les distinguer entre eux, et accède peu à peu aux ressources communes dont ses collègues se servent (*ibid* : 263). Ainsi, le métier rentre en lui.

Dès lors, l'employé commence peu à peu à mettre en application ces savoirs en cours d'actions, mais il réalise qu'il existe des variations, des possibilités et des subtilités dans les gestes effectués par ses collègues; il ne peut pas simplement imiter les actions des autres. En discutant avec les personnes plus expérimentées et en assistant aux discussions entre ces personnes, il voit de mieux en mieux les attendus génériques de l'activité qui permettent de faire face à l'inattendu (*ibid* : 264). À partir des échanges interpersonnels avec les collègues, le métier s'ouvre alors sur le

transpersonnel. Cette mémoire transpersonnelle pour l'action est traduite par Clot par le concept de *genre professionnel*. Le genre professionnel devient peu à peu une matière à réflexion pour l'employé. Il s'éloigne alors des actions utilisées par ses collègues. Il s'approprie du métier, en le façonnant à son être. Ce métier transpersonnel devient un moyen d'agir sur le réel, comme un instrument d'action (*ibid*). La prescription est « digérée », le genre est « maîtrisé », l'employé est alors capable de prendre des libertés, à la fois avec la tâche prescrite qu'avec le *genre professionnel*. Seulement là, il devient une sorte d'auteur dans son métier; il fait du métier (*ibid* : 265). L'activité devient alors personnelle. Faire son métier signifie s'approprier l'histoire collective du métier.

Boutet (2005) s'inspire du concept de genre professionnel développé par Clot et Faïta (2000) pour préciser l'usage qu'elle en fait. Selon elle, les genres professionnels servent « de recours face à l'incertitude, de garantie contre le risque de mal faire » et « fonctionnent comme repères, ressources pour réaliser » l'action (Boutet, 2005 : 21). L'analyse des genres professionnels passe par une analyse des connaissances et savoir-faire partagés au sein d'un collectif de travail pour faire face aux normes et prescriptions. Elle passe également par une analyse des formes linguistiques (syntaxiques, morphologiques et lexicales) partagées au sein du collectif puisque « l'expression verbale, écrite comme orale, entretient une relation d'interdépendance avec le contexte d'action » (*ibid* : 26). Dans le cadre de mon étude, le concept de « métier » sera utilisé pour parler du travail de l'ensemble des praticiens en SMJ, alors que le concept de « genre professionnel » sera utilisé pour parler des connaissances, des savoir-faire et du langage commun des praticiens.

## **2.2. Mobilisation des concepts**

La perspective constructionniste sociale se concentre sur les pratiques sociales des individus et voit la connaissance comme étant le produit de nos actions. Ce cadre d'analyse m'amène à dire que l'intervention en SMJ est socialement construite par les actions des praticiens et que les praticiens agissent selon des catégories de connaissances pré-données. Cette perspective me permet donc d'étudier la manière dont les catégories de connaissance sont construites par les actions et discours des praticiens, ainsi que la manière dont elles structurent leurs actions. La démarche d'analyse des actions et des discours en situation de travail me fournit un cadre conceptuel pertinent pour analyser le travail représenté (discours sur l'action) par les praticiens d'un même genre d'équipe. Toutes les approches abordées dans mon cadre conceptuel (historico-culturelle, bakhtienne et clinique de l'activité) m'amènent à considérer le contexte social dans l'explication des discours et actions des praticiens; ils se font dans une institution donnée et dans une équipe spécifique. Toutes ces approches m'amènent également à porter une attention particulière au langage commun des praticiens. Enfin, le concept de genre professionnel me permet d'analyser l'écart entre le travail prescrit par les différents dispositifs normatifs et le travail réel tel que rapporté par les praticiens. Plus précisément, ce concept me permet de voir comment les praticiens s'approprient des connaissances liées à l'intervention afin de transformer les pratiques prescrites.

## CHAPITRE III

### MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre porte sur la méthodologie utilisée pour réaliser mon mémoire. Mes questions et objectifs de recherche seront d'abord rappelés. Ensuite, je vais exposer ma stratégie de recherche et préciser la population cible, les critères de sélection des sujets et les modalités de recrutement, la méthode de collecte de donnée, la méthode d'analyse de données, ainsi que mon modèle d'analyse thématique. Ce chapitre se terminera par une présentation des limites de la recherche et des considérations éthiques.

#### **3.1 Questions de recherche et objectifs poursuivis**

Ce mémoire explore l'activité des praticiens de première ligne en milieu institutionnel (CSSS) œuvrant dans des équipes SMJ. Ces praticiens travaillent dans un contexte de pratique spécifique, celui d'équipes interdisciplinaires relativement récentes, et auprès d'une clientèle spécifique, celle des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale et leur famille. Deux questions ont guidé ma recherche : comment l'encadrement organisationnel, l'appartenance professionnelle et l'équipe de travail influencent-ils les activités des praticiens? De quelles manières les praticiens transgressent l'activité prescrite? L'objectif général de ma recherche est d'explorer la manière dont les praticiens de première ligne reproduisent les pratiques

institutionnelles, mais aussi comment ils les transforment. Dit autrement, je tente de comprendre de quelles manières les dispositifs normatifs (encadrement organisationnel, appartenance professionnelle et équipe de travail) orientent l'activité des praticiens et comment les praticiens peuvent dépasser ces contraintes. Je vais donc analyser les discours des praticiens qui traitent des dispositifs normatifs et leurs modes d'intervention. Pour cela, j'emprunte une approche bakhtienne d'analyse textuelle, ce qui consiste en l'analyse du contenu thématique, du style et de la construction compositionnelle d'un texte. L'analyse des discours sur l'action me permettra de situer l'action des praticiens par rapport aux normes de pratique et d'analyser en partie leur travail réel. Les objectifs spécifiques de mon mémoire sont les suivants : thématiser le contenu des verbatim; décrire comment l'encadrement organisationnel, l'appartenance professionnelle et l'équipe de travail orientent l'action des praticiens; explorer et interpréter ce que pensent les praticiens de leur activité et du processus d'intervention; faire ressortir les différentes manières qu'ont les praticiens de réorganiser le travail; dégager les genres de discours présent dans les équipes; et analyser les connaissances liées à l'intervention comme une activité construite. En somme, je vais décrire les savoirs des praticiens sur les dispositifs normatifs pour ensuite analyser les discours de ceux-ci sur le travail réel.

### **3.2 Stratégie générale de la recherche**

Ma recherche est de type exploratoire car peu de recherches ont été effectuées sur ce sujet. Elle utilise une méthodologie qualitative et procède à une *analyse de contenu* de verbatim. Les données sont considérées comme étant secondaires puisque celles-ci n'ont pas été recueillies par moi, mais sont plutôt issues d'une recherche précédente, de type compréhensive, menée avec des praticiens de première ligne œuvrant dans des équipes SMJ. Le matériel est donc composé de textes (verbatim d'entretiens) et l'analyse portera sur le contenu (les discours oraux) de ces verbatim. L'analyse de

contenu est une démarche structurée visant la production de connaissances. D'une part, les connaissances sont produites par les acteurs concernés qui s'expriment sur un phénomène social précis, celui de leur activité auprès de jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale. D'autre part, les connaissances sont surtout produites par mon interprétation de l'élaboration de sens présent dans les verbatim.

### **3.2.1 Recherche compréhensive**

D'abord, il est important de mentionner que mon mémoire s'appuie sur une recherche ayant adoptée une méthodologie compréhensive. Dans une telle méthodologie, la collecte de données vise à extraire le sens que donnent les personnes interviewées à leur expérience du monde et à leur action (Poupart, 1997; Paillé et Mucchielli, 2012). Les entretiens visaient à dégager les savoirs des praticiens de leur activité. Ces savoirs reflètent en partie leur expérience personnelle des événements dont ils ont été acteurs et un savoir en commun qu'ils partagent avec leurs collègues. Pour ma part, je vais tenter de faire ressortir les perceptions des praticiens au sujet des dispositifs normatifs et les discours qu'ils utilisent pour parler de leur activité. Ma recherche tente donc d'accéder aux matériaux discursifs en lien avec l'action des praticiens.

### **3.2.2 L'analyse de contenu**

Ma recherche s'inscrit plus particulièrement dans une démarche d'*analyse de contenu*. Selon Sabourin, l'activité symbolique de la pensée humaine ne se retrouve pas seulement dans sa forme réflexive, mais aussi dans les activités sociales. L'analyse de contenu a comme objectif de « *connaître la vie sociale à partir de cette dimension symbolique des comportements humains* » (Sabourin, 2003 : 358). Elle est une méthode qui procède à partir de documents écrits afin d'observer la pensée des sujets

dans sa dimension sociale. En d'autres mots, cette méthode étudie la production textuelle (discours oraux ou écrits) en vue d'en faire une analyse interprétative des documents. Elle envisage le texte et la lecture comme « le lieu privilégié d'observation de l'élaboration du sens social » (*ibid* : 360). L'analyse de documents textuels est un mode d'accès à l'étude de la vie sociale et mène à la construction d'un discours savant d'interprétation des documents à partir du langage des sujets et des interprétations du monde de ceux-ci (*ibid* : 358).

### **3.2.3 Données secondaires**

Ma recherche explore des données secondaires. L'utilisation de données existantes se rapporte à l'action de récupérer des données « dont on n'a pas extrait toute la valeur scientifique » afin de les soumettre à d'autres analyses (Turgeon et Bernatchez, 2003 : 432). En effet, mes données ont été « rassemblées pour des fins autres que celles pour lesquelles les données avaient été recueillies initialement » (*ibid*). Toutefois, je me situe tout de même dans l'un des quatre thèmes explorés par la recherche initiale, c'est-à-dire les encadrements organisationnel et professionnel. Mon analyse se fait donc sur des données secondaires que j'exploite aux fins d'une nouvelle recherche. Le plus grand avantage d'utiliser des données secondaires est « le fait que l'analyste est entièrement dégagé de la responsabilité de la collecte des données (...) pour se concentrer sur la conceptualisation et l'analyse » (*ibid*). En fait, il n'aurait pas été possible de mener autant d'entretiens dans le cadre d'un mémoire. Toutefois, l'interprétation des données secondaires est plus difficile puisque les informations concernant le contexte et le déroulement des entretiens sont manquantes.

### **3.3 Population à l'étude, critères de sélection et modalités de recrutement**

Mon mémoire propose donc une analyse de contenu de données secondaires issues d'une recherche compréhensive. Ma recherche examine treize documents écrits (des verbatim) produits par la retranscription d'entrevues effectués auprès de praticiens de première ligne réalisée dans le cadre de la recherche de Marie-Chantal Doucet sur les métiers relationnels. Le champ d'échantillonnage de la recherche initiale comprenait l'ensemble des professions impliquées dans l'intervention en santé mentale de première ligne (psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, médecins, etc.). Ma recherche se limite aux treize praticiens œuvrant en Santé mentale jeunesse. Cette population connaît bien les diverses problématiques vécues par les jeunes. Le recrutement des praticiens s'est fait en instaurant un partenariat avec deux CSSS, ceux de Jeanne-Mance et de la Montagne. Les répondants recrutés correspondaient aux critères suivants : un professionnel (formation universitaire) de première ligne travaillant dans une équipe interdisciplinaire (équipe SMJ) dans un CSSS (institution). Étant donné qu'il est difficile d'obtenir des entrevues avec des praticiens du réseau de la santé et des services sociaux, l'option de prendre les données de ma directrice constitue un avantage non négligeable. La lecture et l'analyse du contenu de ces verbatim m'a permis de développer un système de codage et une analyse du contexte de leur action.

### **3.4 Méthode de collecte de données**

Les entretiens individuels ont été menés de manière semi-dirigée et ont une durée approximative d'une heure et demie à deux heures. L'équipe de recherche en a effectué une vingtaine en tout. Le guide d'entretien fut initialement construit autour de certaines catégories de recherche (Rhéaume et Sévigny, 1987; Rhéaume *et al.*, 2000; Sévigny, 2009). Le guide d'entretien exploita plusieurs thèmes tels que la conception

de la santé mentale, les types d'intervention mis en œuvre, le déroulement d'une intervention typique, la formation reçue, l'encadrement organisationnel des interventions et les marges de manœuvre dans leurs actions. Les thèmes furent divisés par la suite en quatre dimensions heuristiques : 1) connaissance du champ de la santé mentale; 2) conception de l'intervention; 3) encadrement organisationnel et appartenance professionnelle; et 4) implication personnelle. Ma recherche s'inscrit plus particulièrement dans le troisième thème.

### **3.5 Méthode d'analyse de données**

Mon mémoire a pour objectif d'analyser l'agir des praticiens œuvrant en SMJ en examinant, à travers les discours des praticiens, le travail prescrit par les différents dispositifs normatifs ainsi que le travail réel des praticiens. Ma méthodologie permet d'avoir accès à l'activité rapportée par les praticiens. D'une part, je vais documenter les normes de pratique identifiées par les praticiens par une analyse de contenu thématique des verbatim. D'autre part, je vais mettre à jour comment ceux-ci transforment ces normes de pratique et réorganisent leur activité, par une analyse discursive des récits de pratique contenus dans les verbatim. En fait, ce type d'entretien favorise généralement l'émergence de récits de pratique individuels (Houle, 1997), nous donnant accès à la conscience discursive des acteurs. L'analyse de contenu vise à interpréter des documents écrits à partir des interprétations du monde des sujets et de notre analyse de celles-ci (voir Chapitre V : Discussion). Examiner l'action des praticiens, c'est-à-dire ce que pensent les praticiens des normes de pratique (mise en évidence des discours) et comment ils réorganisent leur travail (processus d'appropriation de la tâche), m'oblige à aller plus loin qu'une simple analyse de contenu classique (Bardin, 1996). Au terme de sa recherche, Doucet (2014) a écrit que l'action des praticiens s'exerce au sein d'une tension entre les

discours objectifs et une force liée aux modulations de la subjectivité et de l'intersubjectivité. Cette réflexion sur l'action guidera mon approche analytique de l'agir des praticiens. Les discours sur l'action des praticiens seront donc identifiés par une analyse de contenu inspirée par la démarche d'analyse des actions et des discours en situation de travail, telle qu'exposée dans mon cadre théorique. Mon analyse comprendra deux sections. La première analyse sera dédiée au contenu thématique des verbatim afin de cerner les savoirs liés aux normes prescrites en matière d'action. M'inspirant de l'approche vygotskienne de l'action et de l'approche bakhtienne des genres de discours (Bronckart, 2004; Fillietaz et Bronckart, 2005; Boutet, 2005; Clot, 2005; de Carmago Grillo, 2007), la deuxième analyse s'attardera, de manière exploratoire, aux discours des praticiens (contenu thématique, style et construction compositionnelle) à propos de ce qu'ils font réellement, en vue de comprendre comment ils modulent leurs actions face aux normes prescrites.

### **3.5.1 Analyse de contenu thématique**

L'analyse de contenu permet d'observer l'élaboration du sens exprimé dans le document. Autrement dit, elle permet d'observer comment les acteurs donnent du sens à leurs actions. L'objectif de la démarche est double : comprendre le sens de la communication et décaler son regard vers une autre signification (Bardin, 1996). En fait, le but est d'aider l'analyste à inférer puis interpréter les données, c'est-à-dire de mettre à jour le sens au second degré. L'analyse de contenu consiste donc « à expliciter et systématiser le contenu des messages et l'expression de ce contenu à l'aide d'indices quantifiables ou non » (Bardin, 1996 : 47) pour ensuite chercher « à savoir ce qui est derrière les paroles sur lesquelles elle se penche » (*ibid* : 48). Cette méthode permet la relativisation et la distanciation des données et met à jour les constances, ressemblances et régularités à travers les textes (Bardin, 1996 : 95-6). En

s'appuyant sur Berger et Luckmann, Sabourin affirme que l'analyse de contenu cherche à saisir les régularités sociales derrière l'action et que ces « régularités sociales des comportements humains ne sont pas autre chose qu'une connaissance nous assurant une représentation stabilisée du monde dans lequel nous agissons » (Sabourin, 2003 : 365). Les thèmes relevés dans un verbatim se rapportent donc aux connaissances et aux représentations pouvant encadrer l'action. Le classement des extraits d'un discours sous des thèmes se fait selon certains critères : homogénéité des catégories, exhaustivité des contenus, exclusivité entre les catégories (Bardin, 1977, cité dans Sabourin, 2003 : 366). Ici, un thème ou une représentation sociale n'est pas délimité par un mot, mais plutôt « *par un noyau central de notions* » (Sabourin, 2003 : 364). De plus, un thème peut inclure des choses sans qu'elles soient dites de manière explicite, car cette « capacité de représenter ce qui n'est pas présent devant nous est fondamentale dans la constitution du social » (*ibid* : 365).

Selon Paillé et Mucchielli (2012), l'analyse thématique est une méthode d'analyse principalement descriptive. Elle vise à « livrer le plus d'informations pertinentes possibles sur les phénomènes analysés » et « à illustrer comment l'expérience se déploie » (Paillé et Mucchielli, 2012 : 265). Cette méthode s'organise en trois étapes : 1) la préanalyse, 2) l'exploitation du matériel et 3) le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation. À la première étape, on fait généralement une lecture flottante des verbatim à analyser en vue de préparer l'analyse. Dans l'étape suivante, on procède à une lecture plus attentive et à un codage des textes. L'analyse de contenu implique un travail de catégorisation : « La *catégorisation* est une opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogie) d'après des critères préalablement définis » (Bardin, 1996 : 150). Ceci se fait en deux phases. En premier lieu, on analyse chaque entretien et on tente de comprendre de l'intérieur la parole d'une personne, car « [c]haque entretien se construit selon une logique propre » (*ibid* : 97). Selon Bardin

(1996), ce type d'analyse vise à cerner la structuration thématique de chacun, à faire émerger le registre spécifique de thèmes de chacun ainsi que leur manière propre de les mettre en scène. On termine en donnant un titre et un résumé pour chaque personne indiquant la spécificité de son discours. En second lieu, on procède à une analyse thématique sur l'ensemble des verbatim. L'objectif est de repérer les répétitions thématiques et les types de structuration discursive. Ce travail consiste à coder des extraits de verbatim à l'aide de thèmes et de sous-thèmes. Un thème est un « ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (Paillé et Mucchielli, 2012 : 242).

Tout au long de mon codage, la thématisation a été accompagnée d'un relevé de thèmes et d'impressions théoriques dans des documents à part. Le codage a fait appel à un niveau d'inférence relativement faible. L'inférence est « l'opération logique par laquelle l'analyste passe de l'examen d'une portion de matériau à l'attribution d'un thème pour cet extrait » (*ibid* : 250). Le travail de codage vise à saisir l'ensemble des thèmes d'un corpus. Il s'agit de tracer des parallèles, faire ressortir des oppositions ou des divergences entre les thèmes, afin d'aboutir à un arbre thématique, c'est-à-dire sur la « construction d'une représentation synthétique et structurée du contenu analysé » (*ibid* : 257). Pour y arriver, j'ai organisé et regroupé des sous-thèmes en thème, et des thèmes en rubrique. Une rubrique se situe à un niveau plus abstrait par rapport au contenu analysé. Je me suis inspiré des termes employés par les praticiens pour désigner un thème ou un sous-thème, alors que les rubriques correspondent aux concepts utilisés dans mon modèle d'analyse thématique. L'analyse thématique consiste donc « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (*ibid* : 232). Ce type d'analyse permet de répondre à la première question de recherche : de quelles manières les dispositifs normatifs (encadrement organisationnel, appartenance

professionnelle et équipe de travail) orientent l'activité des praticiens? Ou quelles sont les normes de pratique identifiées par les praticiens?

### 3.5.2 Analyse discursive

M'inspirant de la démarche d'analyse des actions et des discours en situation de travail, je vais procéder à une analyse discursive des verbatim afin d'étudier l'agir des praticiens et ce qu'ils en pensent. Tout comme l'analyse thématique, l'analyse de discours est une forme d'analyse de contenu (Sabourin, 2003). En ce qui concerne les discours, Sabourin insiste sur les multiples discours dans un texte, le caractère polysémique des mots et l'importance des non-dits (Sabourin, 2003 : 366). Il affirme ensuite que les multiples discours chez une personne résultent du fait « de plusieurs appartenances sociales à travers lesquelles une personne comme un groupe apprennent à penser et à s'exprimer » (*ibid* : 382). Dans ma recherche, je vais cerner les discours sur l'action contenus dans les verbatim en vue d'explorer comment ils rapportent agir face aux prescriptions. Ainsi, les discours sur l'action seront situés dans leur contexte. En effet, l'analyse de discours vise à « définir les univers de sens propres à des groupes sociaux, des milieux et des époques dont fait état le discours » (*ibid* : 381).

Deux thèses fondent la démarche en analyse des actions et des discours en situation de travail. La première est que l'activité de langage, « parce qu'elle est productrice d'objets de sens, est aussi nécessairement *constitutive* des unités représentatives de la pensée humaine » (Bronckart, 2004 : 69). La deuxième thèse est que, « dans la mesure où l'activité de langage (n'est (qu'une) activité sociale, la pensée à laquelle elle donne lieu est forcément elle aussi sémiotique et sociale » (*ibid*). Dans cette démarche, le discours est constitué de pratiques langagières. Celles-ci sont « la mise en œuvre du langage par des individus dans des situations concrètes » (*ibid* : 82). La

démarche en analyse des actions et des discours examinent donc les pratiques langagières des individus d'un milieu de travail.

Cette démarche s'intéresse aussi aux entretiens. Les textes contenus dans un verbatim d'entretien sont vus comme le produit

*du travail évalué ou interprété* par les actants, témoigneraient de ce qui émerge à la *conscience discursive* de ces actants dans la situation spécifique de l'entretien, et devraient (pourraient) contenir des segments de construction verbale d'actions, sous leur angle *interne*, c'est-à-dire telles qu'elles sont conçues ou vécues par les actants. (Bronckart, 2004 : 120)

Ces textes pourraient exposer donc la conscience discursive des acteurs. Selon Bronckart (2004), chaque texte est formé de différents segments pouvant être identifiés par leur fonction sémantico-pragmatique et leurs configurations linguistiques spécifiques (temps de verbe, pronoms, mots organisateurs, adverbes). Ces configurations forment des types discursifs traduisant des mondes discursifs (représentations individuelles et collectives). Pour étudier l'agir des acteurs, Bronckart (2004) propose d'évaluer les modalités de participation des individus aux activités (p. 112) en analysant les types de discours contenus dans les textes et comment ceux-ci s'articulent ensemble (Bronckart, 2004 : 126). Le classement thématique se fait selon les caractéristiques générales du travail, des tâches et des finalités de l'action (*ibid* :127) et les thèmes portent sur les différents aspects du travail en général, tels que les « aspects de l'*organisation du travail*, des *conditions* de travail, du *métier* et / ou de la *profession* » (*ibid* : 129). L'analyse discursive porte donc sur les segments ayant trait au déroulement de l'agir :

[O]n procède d'abord à une analyse globale des segments isolés, visant à identifier les types de discours qu'ils comportent, les modalités de leur organisation temporelle, ainsi que les formes de planification qui y sont attestables (...). On procède ensuite à une analyse des signifiants actionnels et

des modalités d'expression de l'agentivité. [...] On procède enfin à une analyse des caractéristiques des procès ou signifiés. (*ibid* : 130)

En ce qui a trait à mon mémoire, je vais m'en tenir aux discours et aux actions qui se démarquent du travail prescrit et qui forment le genre professionnel des praticiens. L'analyse est fondée sur l'hypothèse de la réorganisation de l'activité, élaborée par Leplat (1997), Clot et Faïta (2000) et Clot (2008), et réinterprétée par Marie-Chantal Doucet (2013). Plus précisément, je vais analyser le langage actionnel des praticiens afin de faire ressortir les différents types de discours contenus dans les textes. En d'autres termes, je vais analyser le contenu thématique, le style et la construction compositionnelle des discours contenus dans les verbatim.

### **3.6 Modèle d'analyse thématique**

Je vais maintenant définir les concepts utilisés pour réaliser mon analyse de contenu. L'approche historico-culturelle conçoit les liens entre le collectif et le sujet en termes de rapports (Vygotski, 1985). Selon Doucet (2014), le rapport à l'action s'effectue en fonction de la situation des sujets, des appartenances professionnelles et des encadrements organisationnels, et du genre d'activité dans une équipe de travail donnée (Doucet, 2014 : 256). En m'inspirant de ce constat, j'ai établi trois concepts-clés pour mon modèle d'analyse : encadrement organisationnel, appartenance professionnelle et équipe de travail. Selon moi, ces trois concepts forment des dispositifs normatifs puisqu'ils orientent l'agir des praticiens à l'étude. Ces concepts me permettent de documenter et de classer les catégories de connaissances identifiées par les praticiens. Le premier dispositif, l'encadrement organisationnel, se réfère au contexte organisationnel de l'agir des praticiens. Je vais faire usage du concept d'organisation du travail et de travail prescrit afin de documenter les différentes normes et prescriptions organisationnelles. Le deuxième dispositif, l'appartenance

professionnelle, se réfère au contexte professionnel de l'agir et de la régulation professionnelle de la pratique. Je vais faire usage du concept d'identité professionnelle et d'institution professionnelle afin de documenter les connaissances sur l'intervention générées par la profession. Le troisième dispositif, l'équipe de travail, se réfère à une pratique de première ligne insérée dans une équipe interdisciplinaire en milieu institutionnel. Travailler en équipe génère inévitablement son lot de tensions. Par conséquent, les collègues discutent et se mettent d'accord sur des actions. Ces trois concepts-clés me permettront donc d'analyser le rapport des praticiens aux différentes normes de pratique ainsi que les transformations opérées par les praticiens pour réaliser l'action.

### **3.6.1 Encadrement organisationnel**

Les pratiques d'intervention se déroulent dans des contextes organisationnels. Elles sont définies par la mission et le mandat de l'organisation qui emploie le praticien (Bogo, 2006 : 8). La mission de l'organisation définit aussi l'offre de services et de programmes existants, ainsi que le rôle des praticiens, peu importe le titre professionnel. Les facteurs sociaux du praticien se déploient dans ce contexte organisationnel; ils sont limités par celui-ci. Ses actions sont donc encadrées par l'organisation pour lequel le praticien travaille. Certaines organisations vont même jusqu'à dicter à leurs employés les approches qui doivent être utilisées. Dans le langage de la clinique de l'activité, on va parler de travail prescrit, tâches prescrites ou normes prescrites par l'organisation du travail. Pour un nouvel employé dans une organisation, la prescription organisationnelle est souvent sa seule ressource pour atteindre ce qu'il a à faire (Clot, 2008).

Selon Demailly (2011a), l'intervention doit être analysée au niveau des dispositifs de soins en santé mentale et de la manière dont ces derniers organisent l'intervention. Ce

type d'analyse lui a permis de faire deux constats pertinents pour mon mémoire. Tout d'abord, elle a noté qu'en France, même si les services fonctionnent de manière diverse, la majorité d'entre eux sont hospitalo-centrés. Ensuite, elle a noté que les dispositifs de soins font face au besoin de coordination des prises en charge. La non-coopération professionnelle se traduit par l'absence d'œuvre commune et peut aboutir à des stratégies thérapeutiques contradictoires tandis que la non-coordination de l'action provoque des ruptures dans la continuité des soins. Néanmoins, il existe certaines innovations en la matière : les guichets d'accès et les réseaux. Un guichet d'accès est le lieu « où s'effectue l'évaluation des patients par l'équipe de première ligne » (MSSS, 2005) afin de mieux orienter les demandes, alors que le réseau fait référence à un regroupement local de différentes organisations qui offrent des services à la population.

### **3.6.2 Appartenance professionnelle**

Le concept d'appartenance professionnelle se réfère au fait d'appartenir (et de s'identifier) à un groupe, à une profession, et implique généralement une position sociale dans la configuration sociale de la société en général et au sein de l'organisation. Selon Lorient (2012a), un groupe d'appartenance met en place une définition des situations que vivent ses membres. Par exemple, l'appartenance à un cercle social fait en sorte que les acteurs développent une définition particulière de la réalité. L'action est guidée par la signification que les acteurs donnent aux situations vécues :

[Le] comportement, les choix, les stratégies des acteurs sont guidés par la signification qu'ils donnent au contexte d'interaction; ces significations étant elles-mêmes le produit de l'histoire, des groupes d'appartenance, de la position, etc., de ces acteurs. (...) La réalité sociale est alors constituée d'un ensemble

imbriqué de définitions de la situation qui se stabilisent et se perpétuent (*ibid* : 53)

Les identités professionnelles sont intrinsèquement liées à la conception du métier. Dans les équipes interdisciplinaires en SMJ, étant récemment formées dans les CSSS, les identités professionnelles traditionnelles risquent d'être bouleversées. Afin de comprendre comment les praticiens de première ligne définissent les situations-problèmes et conçoivent leurs interventions, je pense analyser l'appartenance des praticiens à leur profession et les interactions interdisciplinaires. Lorient (2012a) suggère même de reconstruire le système d'interactions des professionnels et de mettre à jour les divergences et contingences de conception de la situation.

Enfin, Demailly (2011a) affirme qu'on assiste dans le monde occidental au « déploiement des institutions du marché » et à un « contrôle de l'agir » par l'État dans le domaine de la santé mentale (p. 46). Selon elle, la régulation par le marché fait en sorte qu'on assiste à des discontinuités et l'apparition de niches : « les professionnels retiennent de préférence la clientèle adaptée à leur métier ou du moins à l'image qu'ils s'en font » (Demailly, 2011a : 69). Elle soulève aussi l'hypothèse d'une régulation étatique qui se fait à travers un cadre de décentralisation et de déconcentration, d'une administration régionale comme agent régulateur majeur et d'agents privés qui offrent des biens et services sur le marché de soins. Cette nouvelle forme de régulation est accompagnée, selon elle, par un déclin de la régulation professionnelle.

### **3.6.3 L'équipe de travail**

Le concept d'équipe nous amène à analyser l'aspect interdisciplinaire de l'activité des praticiens, les discussions entre collègues, la mémoire collective, le partenariat avec

d'autres services et les conflits. Bogo (2006) note une nouveauté qui affecte le contexte de l'intervention, le fait que la pratique de travail social se déroule de plus en plus dans des équipes multi ou interdisciplinaires. La fonction, le rôle et les activités professionnelles du praticien sont affectés par la manière dont les membres de l'équipe organisent leur travail (Bogo, 2006 : 9). Si nous voulons analyser les activités des praticiens, nous devons nous pencher sur comment elles sont organisées collectivement par les membres des équipes. De plus, le processus de construction de savoirs est stimulé par les occasions où les praticiens ont l'opportunité de discuter de leur travail avec autrui (*ibid* : 15).

Selon Ravon (2012), une équipe interdisciplinaire sera toujours un lieu de désaccords et « faire équipe » consiste à faire parler ensemble le métier de chacun. Ceci fait référence à la « capacité des professionnels à s'appuyer sur leurs expériences passées pour faire face aux situations qui débordent du cadre habituel des interventions » (Ravon, 2012 : 97). « Faire équipe » suppose donc « l'exercice collectif d'une réflexivité critique » (*ibid* : 100). Ravon affirme que c'est la parole des praticiens qui doit faire l'objet d'une analyse du métier et de ses conditions d'exercice, et non la subjectivité du professionnel. En analysant l'activité professionnelle et la manière dont elle est affectée et empêchée, on accède aux « controverses à propos des conceptions que les professionnels ont de leur métier » (*ibid* : 101). Le travail d'accordage fait référence au moment où, suite à un enchaînement de jeux intersubjectifs dans un espace dialogique, les professionnels se mettent d'accord sur leurs désaccords. Ce faisant, dit-il, « ils identifient les limites de leur professionnalité tout en reconnaissant celle des autres » (*ibid* : 108). « Faire équipe » signifie donc « de s'accorder sur un fonds de désaccords persistants » (*ibid* : 109).

Enfin, la mémoire collective fait référence aux répertoires collectifs et aux connaissances partagées par les membres d'une même équipe. En articulant la notion

de répertoire collectif, Loriol (2012a, 2012b) affirme que cette notion permet de penser concrètement les phénomènes de socialisation professionnelle, de transmission d'une culture de métier et d'apprentissage organisationnel. Selon Loriol (2012a), les métiers ont des répertoires collectifs qui guident les actions à venir et facilitent la coopération entre les collègues. Le répertoire collectif remplit plusieurs fonctions. D'abord, il permet de réparer et d'améliorer les interventions. En effet, Loriol note que les échanges entre collègues permettent de revenir sur un événement et de délibérer sur ce qui aurait pu être fait différemment. La connaissance collective et les échanges sur les interventions passées permettent donc d'évaluer les différentes configurations de l'action et de réfléchir à comment le travail sera divisé entre eux. Ensuite, le répertoire collectif permet de connaître l'environnement et de catégoriser les situations : « La classification et la typification des personnes et des lieux permettent de catégoriser les interventions (Boussart, Loriol, Caroly, 2006) » (Loriol, 2012b : 34). Puis, il permet de gérer collectivement les émotions et le stress et la construction des références partagées. Selon l'auteur, les émotions devraient être partagées, de manière informelle ou organisée, « afin de construire un sens acceptable pour les difficultés rencontrées » (Loriol, 2013 : 63). Travailler en équipe amène donc les praticiens à organiser l'activité ensemble, ce qui cause parfois des tensions entre les membres de l'équipe. Toutefois, l'équipe finit par produire des connaissances qui orienteront les actions des membres.

### **3.7 Limites de la recherche**

La première limite de ma recherche est celle de l'utilisation exclusive de données issues d'entretiens individuels pour effectuer mon analyse de l'agir des praticiens étudiés. Il aurait été plus juste d'analyser les praticiens en situation de travail, c'est-à-dire en interaction avec les destinataires de l'intervention, ou bien d'analyser les

discours des praticiens en groupe d'analyse des pratiques. La deuxième limite est reliée à l'utilisation de données secondaires. Le manque d'informations concernant le contexte et le déroulement des entretiens rend le travail d'interprétation plus ardu, car les données sont générées à travers les interactions entre l'intervieweur et les participants (Irwin, 2013 : 296). Je n'ai donc pas accès au langage corporel des personnes interviewées ainsi qu'aux subtilités et nuances dans leur langage verbal (tonalité, débit de la voix, etc.). Cette limite est partiellement contrecarrée par mon expérience comme intervieweur dans le passé. Toutefois, je reste conscient que certains aspects du contexte « resteront opaques » (*ibid* : 297).

### **3.8 Considérations éthiques**

Certains auteurs ont souligné les problèmes éthiques associés à l'analyse qualitative de données secondaires (Thorne, 1998; Turgeon et Bernatchez, 2003; Irwin, 2013; Yardley *et al.*, 2014). Vu qu'il n'y a pas de relations face-à-face avec les sujets, les thèmes associés aux risques et bénéfices d'une recherche qualitative n'engendrent pas le même type de problèmes éthiques pour le chercheur (Thorne, 1998). Parmi les questions éthiques soulevées par Turgeon et Bernatchez (2003) et Thorne (1998), ce sont les questions de la confidentialité, du consentement éclairé et de la limite acceptable de l'utilisation de données secondaires qui se posent le plus dans ma recherche. En premier lieu, je n'ai pas accès aux informations personnelles des personnes interviewées et je vais assurer l'anonymat des participants en leur attribuant un pseudonyme. En second lieu, ma recherche s'inscrit dans un des quatre thèmes définis par l'équipe de recherche. Les personnes interviewées sont donc au fait que la recherche porte sur l'encadrement organisationnel, les appartenances professionnelles et l'équipe de travail. De plus, j'ai eu l'approbation de la directrice du projet de recherche pour accéder aux verbatim. En troisième lieu, j'ai pour souci de faire une

utilisation responsable des données pour de ne pas nuire aux personnes interviewées.  
En dernier lieu, je vais respecter ce qu'ils ont dit, car je suis conscient du risque de surinterprétation des données.

## CHAPITRE IV

### LES ACTIONS ET DISCOURS DES PRATICIENS FACE AUX NORMES DE PRATIQUE EN SMJ

Le chapitre qui suit a pour but de présenter les résultats de mes analyses. Ce chapitre est divisé en deux parties. La première partie présente les résultats de mon analyse de contenu thématique (Bardin, 1996; Mucchielli et Paillé, 2012). Celle-ci vise à documenter les normes de pratiques identifiées par les praticiens qui orientent leur action. Cela me permet de comprendre comment les praticiens perçoivent le travail prescrit. Étant donné que l'analyse de contenu thématique est une analyse descriptive, je vais présenter le regroupement de thèmes et sous-thèmes abordés dans mon corpus selon les trois dispositifs normatifs élaborés dans mon modèle d'analyse thématique. L'objectif est ici de documenter les thèmes liés à la structuration de l'agir tels qu'identifiés par les praticiens. J'ai repéré douze thèmes en tout. Je vais commencer par décrire les thèmes liés à l'encadrement organisationnel, pour ensuite aborder les rubriques des appartenances professionnelles et de l'équipe de travail.

La deuxième partie présente les résultats de mon analyse discursive (Bronckart, 2004; Fillietaz et Bronckart, 2005; Boutet, 2005; Clot, 2005; de Carmago Grillo, 2007). Celle-ci vise à mettre au jour les actions et les discours des praticiens face à l'activité prescrite. Ce type d'analyse permet aussi de comprendre une partie du travail réel des praticiens. Enfin, cela me permet d'explorer le rapport entre le travail prescrit / réel et de comprendre la manière dont l'activité prescrite est réorganisée par les praticiens. Dans une perspective de l'ergonomie de langue française, l'analyse des pratiques porte

son attention sur l'exercice effectif de l'activité. Cette démarche a mis en évidence le décalage entre le travail prescrit (prédéfini, attendu) et le travail réel (tel qu'il est vécu). Le travail prescrit se réfère aux règles fixées par l'institution (normes et prescriptions organisationnelles), alors que le travail réel constitue le lieu où se révèlent les savoir-faire et connaissances des praticiens. Clot et Faïta (2000) et Clot (2010) ajoutent à cette dichotomie l'analyse du travail pensé, empêché ou possible.

L'analyse discursive des récits de pratique est une analyse de type compréhensive. En me concentrant sur comment les praticiens évaluent et interprètent leur travail, j'ai pu analyser leur conscience discursive (Giddens, 1987). Il s'agit d'analyser comment les praticiens situent leur action dans un contexte local et comment ils personnalisent l'activité professionnelle (Clot, 2008, 2010). Ce type d'analyse porte une attention particulière aux formes d'actions verbalisées partagées par les praticiens, mais également aux notions, mots, manières d'agir, interactions et justifications pour aller au-delà de la prescription. Dans une perspective d'analyse de l'agir, les actions sont « conçues comme des *formes qui se construisent* sous l'effet de la *réflexivité* » et « cette réflexivité se manifeste en une conscience pratique ou en une conscience discursive explicite » (Bronckart, 2004 : 113). Les entretiens réalisés avec les praticiens permettent d'analyser leur conscience discursive sur l'action puisque les récits de pratique exposent le « *travail évalué* ou *interprété* par les actants » et ces extraits d'entretien contiennent « des segments de construction verbale d'actions, sous leur angle *interne*, c'est-à-dire telles qu'elles sont conçues ou vécues par les actants » (Bronckart, 2004 : 120).

En somme, mon analyse me permettra de comprendre comment les praticiens situent leurs actions face aux dispositifs normatifs. Mon analyse démontre que les praticiens produisent des discours qui révèlent une dissonance (Lahire, 2004) entre l'activité réelle et l'activité prescrite. L'action des individus ne peut pas être pré-programmée

puisque'il existe une multiplicité des instances de socialisation (et donc de répertoires d'action) auxquelles sont soumis les individus (Lahire, 2004). Mon analyse démontre aussi que l'activité prescrite est transformée par une réorganisation des actions et par la mise en place de pratiques de résistance. Toutes les données ont été recueillies lors de mon codage des treize entretiens réalisés avec les praticiens de première ligne en SMJ de deux CSSS de Montréal.

#### **4.1 L'encadrement organisationnel**

Le premier dispositif venant orienter l'agir des praticiens est celui de l'encadrement organisationnel de la pratique. En d'autres mots, l'agir des praticiens est encadré par l'institution (le CSSS), prescrivant des façons d'agir instituées et standardisées. Les CSSS orientent l'activité des praticiens de quatre façons : le contexte politico-légal, les normes organisationnelles, les prescriptions organisationnelles et l'organisation du travail.

##### **4.1.1 Contexte politico-légal**

Tout d'abord, les praticiens abordent le thème de l'encadrement de leur pratique par les Lois existantes et les directives venant directement du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le **cadre légal** se réfère à l'obligation de poser un acte dans certaines situations. Face à une situation où un enfant est potentiellement à risque, les praticiens sont dans l'obligation de signaler à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) : « Quand y a une situation qui se présente où est-ce que l'enfant est comme en danger, négligé, ben là il faut le signaler. Pis on le fait. » (Maurice). L'évaluation du risque pour l'enfant est très présente dans la réflexion de Bettie : « C'est sûr que si on voit que il y a quelque chose de très dangereux comme un enfant

à risque, on ne peut pas aller à leur rythme [...]. Mais on a beaucoup de cas de crise aussi donc on répond plutôt dans une façon prudent. On ne prend pas de risque. » (Bettie) Un signalement potentiel peut également être un motif pour être plus directif dans l'intervention : « Dans les cas de négligence, ou d'abus où on est un petit peu à la limite, on doit être plus directif avec les clients. "Vous devez faire ça, ou sinon, il risque d'avoir un placement avec la DPJ". » (Roxann)

La présence du risque peut aussi amener les praticiens à devoir appliquer ce qui est communément appelé loi P-38<sup>10</sup> et forcer une hospitalisation. Le praticien est donc obligé d'agir d'une certaine façon :

« Oui, oui, si par exemple quelqu'un est très suicidaire, tu l'envoies à l'hôpital. Si quelqu'un est complètement psychotique, complètement parti, tsé un... un... un maniaco, ben ça, surtout l'adolescent qui fait les quatre cent coups. À ce moment, faut vraiment l'hospitaliser, pour le protéger, pis protéger les gens autour de lui. » (Maurice)

Au niveau du statut professionnel, le projet de loi 21<sup>11</sup> vient baliser la pratique de la psychothérapie, entre autres. Les praticiens utilisent leur titre professionnel dans leur intervention auprès des usagers. D'autres vont faire attention de ne pas appeler leur intervention une thérapie. Caroline explique comment elle fait face à certaines limites légales :

« [U]n jeune qui est anxieux, bien je vais faire des interventions pour diminuer son anxiété sauf que, avec l'apparition de la loi 21, moi j'ai pas été formée pour la thérapie c'est sûr que je ne ferai pas de thérapie cognitivo-comportementale avec un jeune qui présente des symptômes de troubles anxieux. Toutefois, ça

---

<sup>10</sup> Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

<sup>11</sup> Projet de loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

m'empêche pas de travailler avec le jeune qui est anxieux ou avec ses parents, dans des interventions très concrètes. » (Caroline)

Le cadre légal du projet de loi 21 l'empêche de faire de la thérapie et de nommer son intervention ainsi, mais cela ne l'empêche pas d'utiliser des éléments de jeu, d'art, etc. dans ses interventions.

Le second sous-thème est celui des **directives ministérielles** concernant la pratique, prescriptions provenant directement du MSSS. Elles portent sur des cibles à atteindre en termes de nombre de rencontres ou de nombre d'interventions à faire dans un temps donné. Selon des praticiens, les cibles de l'organisation proviennent directement des cibles émises par le ministère : « [I]ls calculent les stats pour déterminer nos cibles si on a atteint nos cibles ou pas en fonction des cibles données par le ministère, en fonction du nombre de professionnels dans l'équipe. » (Manon) et « Faque c'est plus euh... répondre aux statistiques du ministère. Ils demandent qu'on fasse quatre entrevues par jour. C'était la dernière demande, à la dernière rencontre. » (Murielle).

Le mandat et les orientations de la SMJ sont définis par des directives ministérielles, puisque c'est le MSSS qui dirige, finance et surveille le programme SMJ :

« [Q]uand on nous présente des orientations, on nous laisse toujours entendre que c'est pour des raisons cliniques... données probantes, etc., etc. Alors que... on sent très bien que les impératifs économiques sont derrière ça. Pis c'est vraiment frustrant... c'est vraiment frustrant pour les intervenants qu'on nous dise pas "écoutez"... Je sais pas trop, parce que ça peut être local, ça peut monter jusqu'au ministère, on aimerait mieux se faire dire "écoutez là, on trouve que tel service ça coûte trop cher pour les moyens qu'on a, parce qu'on a décidé de mettre l'argent ailleurs. On en met pas là-dessus, donc ça, vous l'offrez plus". » (Camille)

Ce n'est pas uniquement au niveau organisationnel que les directives ministérielles se font sentir, mais aussi sur les objectifs d'intervention. Toutefois, vu que les « directives ministérielles » sont vaguement définies, cela fait en sorte que celles-ci sont redéfinies selon la subjectivité des praticiens :

« Alors derrière les mots adaptation, rétablissement, la façon dont c'est défini, tout le monde y trouve un peu son compte. Mais je suis pas sûr que ça correspond à ce qui est attendu là. » (Camille)

La question de la réorganisation des objectifs d'intervention sera abordée plus profondément dans la deuxième partie de ce chapitre.

#### **4.1.2 Normes organisationnelles**

Les normes de pratique de l'organisation semblent être une autre façon d'exercer un certain contrôle et d'orienter concrètement l'agir des praticiens. Ce thème se rapporte aux normes de pratiques existantes au sein d'une équipe, aux normes renforcées par la supervision clinique, celles promues par les formations offertes, ainsi qu'à la pression mise par l'organisation sur la durée de l'intervention.

Les praticiens sont conscients des **normes de pratiques existantes** au sein leur équipe, par exemple lorsque, en parlant de l'approche systémique de la famille, Bettie dit : « C'est sûr que c'est une façon de travailler et puis, c'est la norme. » Dans un autre cas, ce sont les attentes qui agissent comme une norme de pratique. Selon Camille, les attentes envers l'équipe sont d'adapter la personne à la société et d'améliorer la condition symptomatique. Ceci mène à une sorte de paradoxe selon Camille : « Nous, je considère que notre travail, c'est pas d'adapter le patient à la société, mais c'est ça qui est attendu. Mais en même temps, c'est pas sensé être notre préoccupation. Notre préoccupation, c'est d'aider le patient à s'adapter à lui même. »

On note alors que la norme de l'organisation, Camille n'étant pas le seul à le dire, est d'améliorer le fonctionnement de la personne à l'ordre social tel qu'il est, et que l'orientation du professionnel n'est pas toujours au diapason avec cet objectif.

La norme de pratique au sein d'une équipe peut inciter les praticiens à privilégier une approche plutôt qu'une autre. Dans un premier cas, la norme est la thérapie familiale pour les familles :

« Alors on est seulement trois alors c'est comme, c'est vraiment l'approche de la thérapie familiale et puis c'est... je me sentais comme "Ok! C'est qu'est-ce qu'on fait ici alors c'est mieux si je fais cette formation et...". Parce que comme travailleuse sociale c'est sûr que je peux dire "Je suis travailleuse sociale. Je fais le suivi.", mais je ne suis pas thérapeute. Et je me sentais, je sentais de plus en plus que c'était demandé » (Bettie)

Dans un second cas, la norme c'est d'appliquer les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour les jeunes aux prises avec des problèmes d'anxiété :

« On sent la pression parce que des fois on a des demandes un peu dans ce sens-là, on a des... C'est sûr que nos patrons... vont vraiment défendre cette approche-là, sans pour autant connaître la différence entre les deux. [...] On sent qu'y a une espèce de pression là, parce que c'est une espèce de discours ambiant qu'on entend. » (Mylène)

Le second sous-thème est celui de la **supervision clinique** offerte par l'institution. La supervision clinique influence en quelque sorte l'activité des praticiens. Les praticiens sont très ouverts à recevoir de la supervision clinique. Il ressort que le support clinique est identifié comme élément favorisant la pratique, tandis que le manque de supervision clinique est vu comme un facteur venant l'entraver. Les praticiens en demandent à leur organisation : « J'ai passé dix ans ici en demandant la supervision parce que je trouvais que c'est nécessaire. » (Bettie) et « Les supervisions cliniques moi pour moi ça facilite mon travail. Beaucoup. » (Manon). Être soutenu au niveau

clinique est donc un idéal de pratique. Cependant, le manque de superviseur clinique indépendant de l'institution crée aussi des malaises chez certains praticiens.

Les normes organisationnelles se transmettent également par les **formations** suggérées par l'organisation. En matière de formation, les praticiens dénoncent le manque de formations spécifiques en SMJ. Les praticiens, surtout ceux venant d'une autre institution ou équipe, demandent à ce qu'on les forme en SMJ : « [J]'ai été voir ma patronne pour lui dire "oui je vais le faire, oui ça m'intéresse, mais formez moi. Moi je refuse de faire ça dans ces conditions-là". Donc j'ai demandé du mentorat, j'ai demandé de la formation. » (Maude). Ensuite, les praticiens déplorent le fait que les formations suggérées par l'institution répondent davantage aux besoins du CLSC qu'aux leurs : « Y a une autre formation qui est prévue, mais on s'entend que la formation elle est davantage pour répondre au besoin du CLSC que pour répondre à mon besoin à moi. » (Mélodie) Dans le corpus recueilli, on peut aussi noter que les formations offertes par le CSSS privilégient l'approche TCC :

« Alors l'approche pour traiter l'anxiété a été beaucoup mis de l'avant. Ça représente une grande partie de notre population. Alors on nous a formé à la thérapie cognitive-comportementale. J'ai reçu une formation là-dedans qui peut être un outil de plus là pour les jeunes qui ont de l'anxiété, ça peut très bien fonctionner. » (Dominique)

En plus de répondre surtout aux besoins de l'organisation, les formations offertes sont considérées comme étant générales, ce qui les pousse à chercher ailleurs :

« [L]es formations données au CSSS ici, sont des espèces de formations vraiment générales, vraiment de base. [...] comme ils veulent faire ça pour tout le monde, il faut qu'y ait un dénominateur commun, donc ça amène un nivellement vers le bas. Qui peut être insatisfaisant pour beaucoup de gens, pour beaucoup de professionnels. Donc je suis porté à faire des activités par moi-même, beaucoup à l'extérieur. » (Camille)

Cependant, comme le souligne Manon, il est devenu difficile d'obtenir un soutien financier de l'employeur pour assister à des activités de formation tenues à l'extérieur.

Enfin, la **durée de l'intervention** suggérée par l'organisation constitue le dernier sous-thème. La durée d'une intervention considérée normale par l'institution est une intervention à court terme, de 8 à 10 semaines. La question des limites de temps ressenties revient souvent dans les récits de pratique. Dans le cas suivant, on voit bien comment le nombre d'intervenants dans une équipe vient déterminer le temps que la praticienne peut accorder à chaque usager : « Moi dans ma pratique, c'est des rencontres d'une heure, [...] c'est une heure hebdomadaire, huit à dix semaines. C'est comme ça plus parce qu'on veut laisser la chance à d'autres enfants, que parce que l'enfant est bien là-dedans. » (Mélodie) Dans cet extrait, la valeur de l'équité, promue par l'institution, a préséance sur les besoins des usagers, besoins définis par les praticiens.

Les praticiens soulignent le besoin d'interventions à long terme dans certains cas et de services à long terme en général. Mylène déplore les conséquences négatives des limites de temps dans les cas « lourds » : « Mais c'est dommage d'avoir des limites de temps, parce que... surtout en santé mentale parce qu'on se retrouve justement avec des, des cas assez lourds. » (Mylène) Selon une autre praticienne, cela est dû à l'incapacité des institutions à maintenir des services à long terme :

« Les gens vivent toutes sortes de coupures... on vit dans une société pas très contenant, pis je trouve qu'on offre des services aux gens pas très contenant. Pis après on parle qu'y ont des problèmes d'attachements, tsé. On vit dans une société... qu'on est pas capable de maintenir à long terme des services, tout ça, tsé. Les gens viennent pis sont fâchés. Des fois, ça prend beaucoup de temps à défâcher les gens [...] Maintenant les gens ont... y ont pas d'appartenance. C'est une institution. » (Murielle)

Les normes organisationnelles sont exprimées sous forme de demande, pression ou attente, et comme une norme sociale, les individus s'y conforment bien souvent.

#### 4.1.3 Prescriptions organisationnelles

On retrouve également l'encadrement organisationnel dans les prescriptions organisationnelles. Celles-ci se réfèrent aux directives des gestionnaires aux praticiens et reflètent l'agir que l'organisation souhaite voir chez les praticiens. Ce thème comprend les tâches prescrites, les statistiques, ainsi que les règles, procédures et catégories administratives. Ce sont tous des éléments organisationnels qui contraignent les praticiens à poser certains actes.

Les praticiens nomment, avec aisance, les **tâches prescrites** par l'institution lors de la description de la réalisation de leur action : évaluation obligatoire, tenue de dossier, plan d'intervention, etc. Chaque étape du processus d'intervention est encadrée par l'organisation :

« C'est quelque chose qui est comme prescrit d'avance dans le sens que oui l'évaluation on va la faire sensiblement de la même façon [...] je réponds aux règles prescrites par le CLSC donc, ma tenue de dossier, oui je dois répondre à certains critères de l'Ordre, mais je dois rencontrer les critères de mon institution. Puis majoritairement, si mon institution me demande ça, bien on me dit de répondre à ça. » (Caroline)

De plus, les prescriptions constituent une manière pour les gestionnaires de définir les actions à effectuer, de baliser le travail réalisé et d'installer une logique de reddition de comptes. Certaines actions sont faites pour rendre compte aux gestionnaires de leur travail : « Ben on est tenu de faire un plan d'intervention, donc faut mettre des objectifs. » et « On le fait... juste pour rendre compte de notre travail. » (Camille) La logique de reddition de compte est ressentie comme une pression venant des

gestionnaires : « Je suis libre du temps que je peux consacrer avec mes clients, sauf qu'on sent une pression quand on se fait dire qu'on ne remplit pas nos cibles puisqu'il faut qu'on voit plus de client. » (Manon) Les praticiens rapportent aussi qu'on leur demande de mettre en pratique plusieurs approches, ce qui pose problème chez certains comme Camille :

« Le problème c'est que c'est pas vraiment conciliable, parce que c'est des paradigmes trop différents. [...] Ce qui marche pas, c'est quand les gestionnaires pensent que quelqu'un peut faire toutes les approches. » (Camille)

La question des **statistiques**, et ce que cela implique comme travail, est souvent effleurée dans plusieurs entretiens. Les statistiques sont liées à la logique de reddition de comptes, puisqu'elles se réfèrent aux barèmes du nombre de clients à voir et à la justification de ce qu'ils font dans leurs journées. Des praticiennes en parlent comme faisant partie de la reddition de compte : « On sent que c'est important de rentrer toutes nos statistiques pour justifier ce qu'on fait de notre temps » (Dominique) et « [I]l faut faire des statistiques ou... pis après on est jugé d'après nos statistiques... oui, oui, tout le temps. » (Mylène) Selon des praticiens, elles nécessitent beaucoup de temps et elles nuisent au travail à faire. D'ailleurs, une critique forte envers les statistiques et qu'elles ne tiennent pas compte du travail réel :

« [O]n fait des statistiques seulement quand on a un contact direct avec le client. [...] Ben la majorité des choses qu'on fait, c'est pas directement avec les clients. Surtout en enfance. Parce que, on va voir des écoles, parce que je passe moi... des fois des heures au téléphone à faire toutes sortes d'appels. [...] je trouve qu'on se fait juger sur des fausses... des fausses données comme. Alors que moi je préférerais qu'on me demande "Qu'est-ce que tu fais vraiment dans ta journée?" Je n'ai aucun problème à montrer ce que je fais dans la journée. Mais euh... c'est ça. C'est pas représentatif. » (Mylène)

Un autre élément qui revient souvent dans les entretiens est la lourdeur des **règles, procédures et catégories administratives** sur le travail à faire avec les usagers. La

quantité dite énorme de règles est perçue comme étant nuisible, et cela dans tous les aspects du travail à faire. Plusieurs praticiens considèrent que la structure administrative est lourde : « [L]e CSSS ici, au plan administratif est beaucoup plus lourd que n'importe quel hôpital où j'ai travaillé. [...] Toutes décisions ici nécessitent un nombre de signatures ou d'avis incroyable, donc, tout est long. » (Camille) et « La lourdeur administrative quand on veut quelque chose. Passer par un chef, pis un autre, pis un autre, pis un autre puis au bout de six mois ben t'as pas eu ce que tu voulais. » (Manon) Cette lourdeur est associée à une trop forte présence des gestionnaires auprès des membres de l'équipe : « [S]i les chefs administratifs s'occupaient moins de l'équipe, peut-être que les choses bougeraient un peu plus vite là. » (Mélodie) Pour Camille, la structure même de l'organisation favorise la centralisation du pouvoir et des prises de décision dans les mains des gestionnaires : « La gestion est pas assez décentralisée, pis les gestionnaires semblent pas très imputables eux-mêmes. » (Camille) La structure administrative limite donc les actions des praticiens.

La catégorisation des usagers suggérée par l'administration est également jugée artificielle par plusieurs praticiens. Roxann affirme que la catégorisation est issue d'un découpage théorique du service et ne correspond pas aux situations réelles :

« Non, c'est deux équipes différentes. Mais dans ma conception à moi, c'est des choses... des fois on a des catégories administratives. Des fois des... Pis les gens fit pas nécessairement dans ces catégories-là. [...] Le critère principal de... pour savoir dans quelle équipe le cas va être orienté c'est est ce que les symptômes sont intériorisés ou extériorisés. Pis ça des fois c'est... On peut avoir quelqu'un... Pis santé mentale, ça serait plus des symptômes intériorisés, donc dépression, replis sur soi-même, anxiété, ect. Donc. Jeunes en difficultés va avoir des symptômes plus extériorisés, trouble de comportement, etc. Mais des fois, l'un peut cacher l'autre. On travaille quand même pas ensemble. Mais c'est une division un peu artificielle. » (Roxann)

Les gestionnaires prescrivent des tâches aux praticiens, telle l'évaluation et le plan d'intervention. Les interventions des praticiens doivent être entrées dans un logiciel prévu à cet effet. Malgré les critiques, les praticiens entrent les données dans le logiciel. Il existe également toute sorte de règles administratives à respecter. Ces règles, procédures et catégories administratives sont vues comme des limites à l'action par plusieurs praticiens.

#### **4.1.4 L'organisation du travail**

L'organisation du travail s'avère une autre façon d'encadrer l'agir des praticiens. Ceci fait référence aux conditions mêmes de leur travail. Plus précisément, ce thème englobe les conditions de travail, le contrôle des dépenses et les conditions matérielles mises à la disposition des praticiens.

Œuvrant en milieu institutionnel, les praticiens exercent dans des **conditions de travail** particulières. Celles-ci semblent influencer les perceptions du type de travail qui est fait. Ici, il y a lieu de rappeler que l'acronyme CLSC veut dire à l'origine Centre local de services communautaires. On retrouve la dichotomie milieu communautaire / institutionnel à travers plusieurs entretiens. Roxann résume assez bien l'évolution des CLSC et le paradoxe actuel :

« Ben on est de moins en moins communautaire. On est pu... Me semble là, quand le service communautaire est devenu un CSSS, donc... l'aspect communautaire... c'est beaucoup plus gros, c'est une beaucoup plus grosse machine. Quand j'ai commencé ici dans le quartier, ça fait bientôt sept ans, on était le plus petit CLSC, pis très, très, très communautaire du Québec. Pis maintenant, on est rendu une grosse machine, on a beaucoup plus de cadres. Je pense qu'y avait deux ou trois cadres pour les... au total, maintenant, je suis pu capable de les compter [rires]. Donc, on est de moins en moins proche de la communauté, on a enlevé des organisateurs communautaires. [...] On perd cette

proximité-là, on est de plus en plus associé justement au gouvernement du Québec. » (Roxann)

Un des éléments des conditions de travail qui revient fréquemment dans le discours des praticiens est celui de la *charge de travail élevée*. Les praticiens sont souvent en surcharge de travail. Le travail n'est pas seulement clinique, il faut également répondre aux exigences de l'organisation et accomplir plusieurs tâches connexes. La charge de travail élevée amène les praticiens à fermer des dossiers :

« [L]es nouveaux cas arrivent pis il faut s'en occuper, parce qu'ils sont lourds! Alors ceux qui sont plus stabilisés, il faut leur donner un espace pour essayer de nager par eux-mêmes pis revenir si y'a un besoin. Mais on peut pas garder des cas trop légers non plus là, parce qu'il n'y a plus de place. Là on arrive à un point où nos caseload commencent à être pas mal plein. » (Dominique)

Le nombre de dossiers est une préoccupation constante, et elle ne fait que s'aggraver dans le contexte d'augmentation des demandes et de suppression de postes : « [L]es patients continuent de rentrer, pis on reste le même nombre d'intervenants. [...] faut diminuer nos rencontres. » (Martine) et « [C]'est pas vrai qu'en coupant des postes on est capable d'offrir la même qualité auprès de notre clientèle. C'est pas vrai. » (Manon) Cette préoccupation est aggravée par la question de la liste d'attente. Cette dernière agit comme un moyen de mettre de la pression sur les praticiens : « C'est la liste d'attente qui me met de la pression je dirais. » (Maude), mais le manque d'employés et / ou l'augmentation des demandes alourdissent la liste d'attente : « [L]e nombre de demandes augmente maintenant. [...] On a commencé une liste d'attente. » (Bettie)

Un investissement public moindre dans la santé et les services sociaux mène à un **contrôle des dépenses** plus serré au sein des organisations. Dans les verbatim, on note que les praticiens abordent fréquemment les conséquences du contrôle des

dépenses, par exemple : « [P]lus qu'il y a de coupures moins qu'on donne un bon service. » (Caroline) Les praticiens parlent de restrictions budgétaires en général, mais insistent beaucoup sur les coupures dans les formations et la recherche. Les restrictions budgétaires empêchent les praticiens d'obtenir certaines formations : « [A]vant on pouvait aller à beaucoup de formations, maintenant moins. Beaucoup, beaucoup moins. Payé par le CSSS. [...] Maintenant c'est très, très contrôlé. » (Bettie) et « Malheureusement, moi je suis arrivé et les robinets se sont fermés, donc je paie toutes les formations que je fais actuellement. » (Maude)

Une autre conséquence des coupures budgétaires est la surcharge de travail. Cela inquiète beaucoup certains praticiens : « [S]i on continue à être très, très, très occupés, puis on n'a pas le budget pour une autre personne, oui ça va être un problème. » (Bettie) Les abolitions de postes ou le non-remplacement des départs (retraites, congés, etc.) ne fait qu'empirer la situation et rendre difficile le travail clinique auprès des usagers :

« Puis oui ça va jouer parce que des départs à la retraite ne seront pas remplacés, des départs en congé de maternité ne seront pas remplacés, un remplacement qui devait finir dans six mois en coupé à maintenant... Est-ce que c'est clinique de couper quelqu'un comme ça puis de dire : "Bon bien tu as une semaine pour dire au revoir à tes clients puis on va les référer encore à un autre intervenant", alors qu'il y a un roulement un petit peu trop fréquent... » (Caroline)

Le dernier élément lié à l'organisation du travail est les **conditions matérielles du travail**. Ce sont les ressources disponibles à leur disposition. Les praticiens en parlent surtout en termes de manque de ressources : « Malheureusement, des fois, il nous manque de ressources. » (Roxann) Ce sous-thème englobe l'accessibilité aux salles, le partage de bureaux et l'achat réduit de matériel. L'accessibilité aux salles est parfois jugée très difficile et le manque d'espace a un impact négatif sur la pratique :

« Le manque de bureau. On n'a pas de bureau. On a que des salles d'entrevue qui sont plus ou moins disponibles... C'est niaiseux comme truc, mais juste de pas avoir un endroit stable de thérapie avec les clients, ça nuit à mon travail avec les clients, pis ça nuit aussi à ma productivité parce que je perds un temps fou à me promener. » (Roxann)

Le CLSC oblige parfois les praticiens à partager un bureau avec un collègue par manque d'espace :

« C'était impensable au CHUM que deux psychologues partagent un bureau par exemple. Chacun avait son bureau, chacun avait son espace de travail. [...] Au plan même où ça affecte le traitement en lui-même, parce que quand on suit un enfant qui est très, très fragile, pis qui est obligé de changer de salle de thérapie, parfois, ça amène des complications inutiles au plan du traitement. » (Camille)

Les interventions réalisées auprès des usagers sont grandement affecté par le manque d'espace. L'organisation met non seulement moins de locaux à leur disposition, mais rend plus difficile « d'obtenir du matériel » (Manon). Les praticiens se voient donc obligés d'en faire plus avec moins.

#### **4.2 L'appartenance professionnelle**

L'appartenance à une profession vient orienter l'agir d'un praticien lors d'une situation d'intervention. Afin de choisir une action plutôt qu'une autre, le praticien va souvent se référer à sa profession et aux pratiques validées par son groupe professionnel. Dans mon modèle d'analyse thématique, l'appartenance professionnelle fait référence aux identités professionnelles et à la régulation professionnelle de l'activité (Loriol, 2012a; Demailly, 2011a). Chaque profession occupe une position particulière au sein de l'organisation et les professions ont une certaine influence dans la manière dont un groupe professionnel définit les situations et la réalité sociale. Il existe quatre manières par lesquelles l'appartenance professionnelle influence l'agir des praticiens :

le statut professionnel et l'identité professionnelle, l'orientation de l'intervention, être membre d'un Ordre professionnel et le développement professionnel. Les deux premiers thèmes démontrent comment l'identité professionnelle d'un praticien influence sa manière d'intervenir, alors que les deux autres thèmes démontrent plutôt comment l'agir d'un praticien est régulé par les institutions et milieux professionnels.

#### **4.2.1 L'influence du statut professionnel et de l'identité professionnelle sur l'intervention**

Dans le corpus recueilli, l'appartenance professionnelle d'un praticien s'observe de façon évidente dans l'usage du statut professionnel ou de l'identité professionnelle pour justifier une intervention. J'ai identifié cinq groupes d'appartenance en SMJ : appartenance au travail social, à la psychoéducation, à la psychologie, à l'ergothérapie et à l'orthophonie. Malgré son évidence, il est à noter que l'identité professionnelle semble peser peu dans la balance lorsque les praticiens parlent de leur pratique d'intervention et que les références à leur profession sont souvent courtes et expéditives.

L'appartenance au **travail social** englobe les identités de travailleur social et de thérapeute conjugal et familial, mais également gestionnaire de cas et sociologue puisque ces dernières ont uniquement été nommées par des travailleurs sociaux. L'identité professionnelle de travailleuse sociale est utilisée pour expliquer aux destinataires de l'intervention ce qu'elles font comme travail. Bettie admet néanmoins que le travail social a plusieurs sens : « [T]ravailleuse sociale c'est un très grand domaine que ça incorpore beaucoup, beaucoup d'emplois différents et de travail différent. » (Bettie) Elle tient également à rappeler la réputation négative du travail social au sein de la population, car il est bien souvent « lié avec l'enlèvement des

enfants ». Elle rajoute ensuite qu'il existe un désir en travail social de « créer quelque chose de nouveau ».

Dominique, quant à elle, parle du style du travail social :

« Peut-être comme travailleuse sociale, contrairement à certaines autres formations [...] je suis plus habitué à travailler avec des gens avec qui c'est pas facile pour eux de venir, avec une certaine résistance. Alors on relance, on donne beaucoup de chance, on essaie d'aller à l'école ou ailleurs, à la maison. Pour d'autres professionnels c'est difficile ça. Ils veulent que la famille vienne, que la famille soit cliente, si elle n'est pas cliente c'est parce qu'ils ne pourront pas travailler avec la famille. Alors dans ce sens-là, ça c'est un style qui peut avoir des différences. » (Dominique)

Murielle et Roxann usent l'identité pour marquer une distinction professionnelle dans l'action : « Y a plusieurs façons de concevoir la santé mentale. C'est sur que moi, mon travail, moi je suis travailleuse sociale, alors c'est sûr que la façon dont moi je conçois la santé mentale c'est très différent d'un psychiatre [...] comme j'étais jeune travailleuse sociale, je m'intéressais au contexte social. » (Murielle) En parlant de la prise en compte du contexte social, Roxann dit : « Dans le mien plus que celui de mes collègues de l'équipe, puisque je suis la seule travailleuse sociale. » (Roxann). Pour Roxann, son intérêt pour le contexte social remonte à ses études en sociologie.

Quelques travailleuses sociales s'identifient également comme thérapeutes. Dans certaines situations, face à certains parents, elles vont même se présenter comme thérapeute plutôt que travailleuse sociale : « [J]'ai mis ça, pour un peu augmenter la différence, mais j'ai vu que ça l'avait... [...] pour qu'elle comprenne c'était quoi mon orientation. » (Murielle) D'autres associent le travail social au rôle de gestionnaire de cas : « Nous ici, tout le monde est gérant de cas, *case manager* [...] Ce n'est pas tout le monde qui sait comment le faire! C'est plus comme travailleuse sociale, je vois ça plus. » (Bettie) Cependant, Murielle s'oppose à l'idée de réduire le rôle de travailleur

social à une gestion de cas : « Parce que de plus en plus, ils veulent faire que les travailleurs sociaux deviennent des gestionnaires de cas, comme ils sont au soutien à domicile. Alors que... je trouve ça abominable là. » (Murielle)

L'appartenance à la **psychoéducation** est relativement simple et est rattachée à la formation en psychoéducation. Caroline, s'identifiant comme psychoéducatrice, affirme que le propre de la psychoéducation est de chercher « à solliciter ses forces puis à les mettre en action. Essayer d'être un mobilisateur un motivateur sans travailler à la place de. » (Caroline) Selon Manon, l'objectif de sa profession est « d'essayer de diminuer le plus possible l'incidence des symptômes dans le fonctionnement global du jeune en lien avec son environnement puis l'interaction avec les individus. » (Manon) Elle rajoute ensuite qu'en « psychoéducation principalement il faut adapter l'individu à son environnement » et « avec le milieu, en prenant divers moyens psychoéducatifs. » (Manon)

L'appartenance à la **psychologie** est exprimée de manière plus diversifiée. Les praticiens se réfèrent à la psychanalyse, la psychothérapie, la psychologie et à la pédopsychiatrie, et ils s'identifient généralement à plus qu'une catégorie. Les identités sont souvent associées à un mandat et des tâches précises. Camille explique que « [c]omme psychologue, c'est quand même une de nos tâches de faire des évaluations formelles, c'est-à-dire faire passer des tests, établir souvent un quotient intellectuel, établir un profil de personnalité avec des tests projectifs. » (Camille) Sa collègue rajoute que « les psychologues ici on fait [...] on fait de l'évaluation, hmm, pas tant pour avoir un diagnostic que pour avoir un portrait plus global de la personne. [...] On fait des évaluations cognitives. » (Mylène) Dans le verbatim de Camille, on observe également à l'œuvre le jeu des positions socioprofessionnelles au sein des institutions : « C'est le monde des travailleurs sociaux hen les CLCS. Les hôpitaux c'est le monde

des médecins, ici on est dans le monde des travailleurs sociaux. Les psychologues sont toujours un peu... » (Camille)

Outre le statut de psychologue au CLSC, certains vont s'identifier à la psychanalyse : « [B]ien moi je suis psychanalyse aussi donc c'est sûr que mes références sont des analystes, mais les psychanalystes européens travaillent sur ce qu'on appelle la psychodynamique du travail. » (Camille) Toutefois, c'est surtout le statut de psychothérapeute qui revient le plus souvent dans mon corpus : « Je pense qu'on est toujours d'abord un psychothérapeute. » (Camille) et « [O]n est amené à avoir toute sorte de tâches qui font pas partie de notre travail de psychothérapeute. » (Mylène) À cela se rajoutent les travailleuses sociales qui sont formées en psychothérapie et qui peuvent utiliser ce titre professionnel dans leur intervention. Enfin, la dernière identité professionnelle liée à la psychologie, quoique passablement différente des autres, est celle de pédopsychiatrie. Dans le verbatim de Maurice, cette identité est utilisée pour décrire son parcours scolaire.

Les deux autres formes d'appartenance sont minoritaires<sup>12</sup> dans mon corpus. Elles concernent l'**ergothérapie** et l'**orthophonie**. Ce que je note est que Maude utilise beaucoup son identité professionnelle d'ergothérapeute dans son verbatim, démontrant ainsi un fort attachement à sa profession. En parlant du maintien de la personne dans son environnement et sa communauté, Maude répond : « C'est le leitmotiv même de l'ergothérapie. C'est le but de l'ergothérapeute. C'est ce que promeut l'Ordre des ergothérapeutes. Et tous les paradigmes sont construits autour de ça. » (Maude) Elle dit aussi que l'ergothérapeute s'intéresse « à ce que la personne soit autonome et fonctionnelle, dans les dimensions importantes pour elle dans sa vie.

---

<sup>12</sup> Ceci s'explique par le fait que seulement une ergothérapeute et une orthophoniste ont été interviewées. Ces professionnels sont également en moins grand nombre dans les CLSC que les travailleurs sociaux ou les psychoéducateurs.

Et pour l'enfant, bien ça se concrétise par être capable de jouer, et être capable d'aller à l'école. Et être bien et épanoui. » (Maude)

Enfin, Mélodie s'identifie à l'orthophonie. Elle affirme qu'elle est reconnue par ses collègues : « [L]orthophonie c'est une profession qui est quand même rare, et toujours en pénurie... Donc. C'est quand même pas comme un titre de médecin, mais pour ceux qui connaissent l'orthophonie on est déjà une personne rare [rires]. » (Mélodie) Elle utilise aussi son identité professionnelle lorsqu'elle décrit l'objectif de ses interventions : « [J]e pense que comme orthophoniste on... on va établir si c'est un retard en fonction d'une norme, donc, y a quand même une variabilité dans la norme. » (Mélodie)

#### 4.2.2 L'orientation de l'intervention

Les savoirs théoriques orientent les interventions des praticiens, en favorisant certaines pistes d'action plus que d'autres. L'appartenance professionnelle d'un praticien peut être perçue dans l'orientation des interventions. Ici, l'orientation fait référence aux savoirs théoriques et aux approches utilisées en intervention par les praticiens. Les catégories composant ce thème sont les suivantes : les savoirs développés en travail social, en psychoéducation, en psychologie / psychanalyse et celles liées au biomédical / TCC.

Les approches d'intervention associées au **travail social** comprennent l'approche biopsychosociale, l'approche systémique et l'approche familiale. Deux praticiennes (Murielle et Roxann) nomment leur pratique comme faisant partie d'une approche biopsychosociale. Une autre praticienne insiste plutôt sur une approche familiale de l'intervention : « Alors ça oui, c'est quelque chose qui me reste là dans ma pratique, l'approche familiale ». (Dominique) Cependant, l'approche dominante chez les

praticiens en SMJ est l'approche systémique. En effet, les notions de système, liens, relations, famille et cercle sont fréquemment utilisées :

« J'aime bien ça, que c'est un système, qu'on travaille avec le système de la famille et puis on travaille en système aussi! [...] il y a des cercles qui entourent chaque personne et on peut commencer avec qu'est-ce que la personne présente et pourquoi elles sont venues et après ça on voit les liens avec la famille, les relations, on voit toutes les autres places où le jeune fréquente, l'école, des choses communautaires, si ça existe, la famille *extended* comment on dit... la famille élargie et la famille dans un autre pays souvent, les liens culturels, religieux [...] C'est sûr que plus systémique. » (Bettie)

L'approche systémique est aussi décrite comme étant plus globale, prenant en compte les multiples facettes du problème :

« Donc c'est définitivement systémique de considérer tous les systèmes qui gravitent autour de l'enfant [...] Une approche plus globale de comment... Si j'amène une solution aux parents pour régler le problème du jeune, mais que le parent finalement il n'est pas disponible parce qu'il a des difficultés financières, parce qu'il y a de l'insalubrité dans le logement, ben j'aurais beau mettre tout plein d'interventions en place, le parent aura pas l'énergie de mettre en place les interventions qu'on a décidées ensemble. » (Caroline)

La principale approche liée à la **psychoéducation** est l'approche comportementale. L'exposée que fait Caroline sur son intervention typique est imprégnée d'une approche comportementale, centrée sur le renforcement positif du jeune et l'importance pour les parents de mettre en place un encadrement et une routine :

« Moi j'aime surtout utiliser le jeu. Je peux l'utiliser soit en intervention tout dépendant de la problématique du jeune, soit en fin de rencontre comme renforcement. C'est sûr qu'à la maison je vais utiliser pour les enfants qui ont particulièrement une problématique comme plus comportementale qui à la base naît de leur anxiété parce que le cadre est pas suffisamment mis, à ce moment-là je vais instaurer la routine avec les parents à la maison, je vais utiliser un

système de renforcement. Je crois beaucoup au renforcement positif donc... »  
(Caroline)

Je note aussi que l'importance de la routine est également présente chez d'autres professionnels. Enfin, comme pour l'approche systémique, Manon ajoute que l'approche comportementale contient des limites importantes si l'intervention se concentre sur le symptôme au lieu de la cause : « [J]'essaie quand même d'aller un petit peu plus loin que l'approche comportementale parce que dans le fond je pourrais travailler juste sur le symptôme, mais si je ne travaille pas sur la cause ça, ça, ça... jamais que, dans le fond, que ça va changer tsé. » (Manon)

Les savoirs psychologiques en santé mentale sont doubles et marqués, comme le dirait Demailly (2014), par une tension entre la psychanalyse et les approches biomédicales / TCC. Dans le corpus recueilli, la catégorie **psychologie / psychanalyse** regroupe la théorie de l'attachement, la psychologie développementale et l'approche psychodynamique. En ce qui concerne la psychologie développementale, deux praticiens parlent de la manière dont la personnalité se construit selon les étapes de la vie : Caroline raconte que « la personnalité va se bâtir, ça va s'acquérir avec le temps, c'est une construction à l'adolescence puis tout ça. » L'usage des savoirs psychologiques dans l'intervention peut également être fait à l'aide de la théorie de l'attachement. Gilbert explique comment il l'utilise : « [U]ne mère ou un père qui n'a pas... qui peut pas répondre les besoins d'un petit bébé. On sait qui avoir un problème d'attachement ou un problème de comportement et qui peut-être, quand y'a grandir présente un problème de santé mentale. » (Gilbert) Quant à Maude, elle s'intéresse au « développement socio-affectif, ou comment se crée un lien d'attachement entre les parents et les enfants. » (Maude)

Toutefois, l'approche psychologique la plus fréquente dans mon corpus est la psychanalyse / psychodynamique. Elle est souvent clairement définie comme telle,

par exemple : « [J]e travaille dans une approche psychodynamique. » (Mylène) La narration de Camille démontre bien comment il use des notions reliées à la psychanalyse pour décrire sa pratique :

« [A]vec le patient, on va tenter, d'abord d'établir une communication, pis qu'y arrive à prendre contact avec des parties de lui-même, pis qu'y est quelque chose qui réintègre un petit peu son... je dirais son fonctionnement psychique. Donc, qu'y a quelque chose qui est bloqué, qu'y a quelque chose qui fait obstacle, qu'y soit assez dégagé pour que ça réintègre le fonctionnement psychique, pis habituellement, ça amène une diminution des symptômes. » (Camille)

Toutefois, la psychanalyse a évoluée dans son ensemble et elle est adaptée à une clientèle jeunesse :

« La psychanalyse continue de se développer et de changer. Elle a élargi ses objets d'étude, elle a développé des nouveaux concepts. Donc, elle a le souci de s'adapter à des situations cliniques qui sont... qui étaient pas traditionnellement les mêmes. Ce qui fait que... Quand je travaille en santé mentale jeunesse, je fais pas de psychanalyse. [...] Mais l'outil de référence pour penser les situations demeure la psychanalyse, même si dans l'action j'utilise des choses qui ressemblent à d'autres approches. » (Camille)

La catégorie **biomédicale** / TCC fait référence, comme son nom l'indique, à l'approche biomédicale et l'approche cognitivo-comportementale. Maurice déplore le fait qu'il y ait peu de professionnels avec lesquels il peut parler de sujets médicaux. Dans son récit de pratique, on note bien comment son intervention s'inscrit dans une perspective objectiviste et psychopathologique :

« Pis à la fin de tout ça, on essaye de ramasser tout ça, pis de conclure. D'en arriver à une conclusion. Pis de donner un peu notre opinion, sur ce qu'on a pu observer, pis qu'est-ce qu'on pense qui pourrait être fait pour poursuivre [...] pis y en a aussi que l'on va suivre, surtout s'il y a une médication qui est donnée, on va vouloir les revoir pour un certain moment. » (Maurice)

Il met également beaucoup d'importance sur l'intervention précoce, ce que Demailly associe à l'approche biomédicale : « [L]a prévention, [...] ça devrait être quand même mis de l'avant. Même si on voit peut-être pas les effets... je pense que les professionnels devraient peut-être toujours avoir un certain travail préventif à faire. » (Maurice)

L'approche TCC est une approche à laquelle les praticiens en SMJ se réfèrent beaucoup. C'est une approche qui semble être mise de l'avant par le CSSS pour traiter les troubles reliés à l'anxiété : « Alors on nous a formé à la thérapie cognitive-comportementale. J'ai reçu une formation là-dedans qui peut être un outil de plus là pour les jeunes qui ont de l'anxiété, ça peut très bien fonctionner. » (Dominique) et « Bien dans les dernières années là, pour l'anxiété, on a vraiment été dans le cognitive behavior therapy là, le CBT, thérapie cognitive comportementale. Pour l'anxiété. » (Martine)

#### 4.2.3 Ordre professionnel

L'appartenance professionnelle est visible dans l'identité professionnelle et les savoirs professionnels mobilisés dans l'intervention, mais aussi dans l'institution qui s'occupe de la régulation de la pratique professionnelle. Les praticiens sont presque tous membres d'un Ordre professionnel, par obligation, et doivent donc respecter un code de déontologie. Ils sont également plusieurs à critiquer cette institution.

La grande majorité des praticiens sont **membres d'un Ordre professionnel**. Celui-ci est perçu comme une institution officielle qui régule la pratique des professionnels. Être membre signifie pouvoir utiliser leur titre professionnel : « Bien d'abord je pourrais pas m'appeler psychologue si je faisais pas partie de l'ordre, donc ça fait une différence. » (Mylène) et « C'est que, le titre de travailleur... de thérapeute familial et

conjugal, c'est donné par l'ordre. » (Murielle) L'obligation d'adhérer à leur Ordre respectif est une évidence : « Oui, il faut. » (Maurice) et « Bien oui, on a pas le choix là! [rires] » (Mélodie) Elle est aussi exigée par l'institution : « À l'hôpital c'était vraiment pas nécessaire pis on le faisait pas. On était très contestataires. Mais ici ça fait partie des attentes, des exigences. » (Dominique) Des praticiens expliquent que le fait d'être membre d'un Ordre professionnel vient guider leur pratique : « Juste un guide du psychoéducateur. Qu'est-ce qu'on devrait retrouver dans un rapport d'évaluation. » (Caroline) ou « Mon ordre professionnel m'interdit formellement de faire de la psychothérapie. C'est extrêmement réglementé maintenant. » (Maude)

Les praticiens doivent respecter le **code de déontologie** de leur Ordre respectif. Le code de déontologie est ce qui régit l'exercice d'une profession, la conduite de ses membres, et assure le respect de l'éthique. Un Ordre professionnel veille à l'éthique de la pratique des professionnels : « Oui, bien ils ont même toute sorte de règles aussi. Pis ils veillent à l'éthique, un tas de trucs comme ça. C'est comme encadré un peu. » (Maurice) La pratique professionnelle doit donc respecter certaines règles émises par l'Ordre professionnel. Camille explique comment il est tenu à certaines règles éthiques : « Bien, c'est-à-dire que... Oui, parce que on est tenu à certaines règles, on est tenu à des règles de déontologie, de tenu de dossier, éthique. » (Camille) La réalisation d'une évaluation est même exigée par son code de déontologie : « Mais oui, y a toujours un aspect d'évaluation, qui est de toute façon qui est obligatoire dans notre code de déontologie. » (Camille) Selon des praticiens, leur agir respecte les règles parce qu'ils peuvent se faire inspecter à n'importe quel moment par leur Ordre.

Plusieurs praticiens vont formuler une **critique de l'Ordre professionnel**. Le type de critiques varie beaucoup. Une critique partagée par plusieurs praticiens est celle de la non-pertinence des formations offertes par l'Ordre professionnel. Manon qualifie les

formations d'inintéressantes, alors que Mélodie affirme que les formations en troubles anxieux, d'opposition et d'attachement sont inexistantes, et Martine les qualifie de non adaptées pour la SMJ. Ces praticiennes mentionnent toutes qu'elles vont aller chercher la formation ailleurs. D'autres praticiennes vont exprimer une distance face à leur Ordre professionnel. Bettie affirme qu'elle ne se sent pas représentée par l'Ordre : « Je ne sens pas que l'Ordre me représente. Pas du tout. » (Bettie) En plus du sentiment de non-représentation à l'Ordre, Maude critique toutes les tâches à faire pour respecter les critères de l'Ordre : « Tout ce qu'ils peuvent demander pour une tenue de dossier, c'est assez impressionnant, pis c'est irréaliste en fait. » (Maude) Mylène a même l'impression que l'Ordre travaille contre eux : « [I]ls travaillent pas pour les psychologues, ils travaillent pour le public, pis un peu contre les psychologues... » (Mylène)

#### 4.2.4 Développement professionnel

Les savoirs professionnels, au fondement de l'action, sont notamment acquis au cours du développement professionnel des praticiens. Ce thème se rapporte aux connaissances acquises par les praticiens auprès des institutions qui les forment. Une identité professionnelle se forme avant tout à travers l'institution scolaire, cependant elle est aussi marquée par le parcours professionnel. L'expérience de travail d'un praticien influence son activité. Enfin, les savoirs professionnels mobilisés durant l'intervention seront mis à jour par la formation continue et évalués à travers une supervision clinique.

L'identité professionnelle d'un praticien est en partie déterminée par son **parcours académique**. Dans les récits de pratique, les praticiens parlent de leurs études et font des liens entre la formation obtenue et leur manière d'intervenir. La quasi-totalité des praticiens de mon échantillon mentionne, à un moment donné ou un autre, le type de

diplôme obtenu, leur sujet de mémoire ou le domaine de leur stage. En somme, ils parlent du cheminement académique vers l'obtention d'un titre professionnel. Caroline et Mylène ont toutes deux fait leur stage au CLSC en SMJ. Elles expliquent qu'elles ont beaucoup appris durant leur stage et qu'elles ont apprécié leur expérience. Certains praticiens indiquent comment leur approche d'intervention a été définie lors de leur formation universitaire : « [P]eut-être que je suis marqué par la psychiatrie communautaire des années où j'ai commencé à pratiquer » (Camille) et « Bien c'est sûr que, j'ai été formée à McGill, alors c'est sûr que le suivi familial, la thérapie familiale avait une place prépondérante. » (Dominique)

La manière d'agir d'un praticien face aux situations est influencée par son **parcours professionnel**. Les praticiens se réfèrent fréquemment à une expérience de travail antérieure afin d'expliquer leur activité actuelle. De surcroît, on constate que certaines pratiques (de l'hôpital ou d'autres équipes) ont été transposées dans l'équipe SMJ et que les pratiques sont également influencées par l'expérience dans d'autres institutions ou champs d'intervention. Murielle explique comment elle travaillait dans l'équipe Enfance-Famille avant d'être transférée en SMJ; Bettie a pratiqué dans plusieurs équipes avant d'aller en SMJ; Gilbert, Martine, Maurice, Dominique et Maude ont tous déjà pratiqué à l'hôpital avant d'être transférés au CLSC. Certains affirment clairement que leur pratique n'a pas tellement changé de leur expérience à l'hôpital : « Oui, c'est un peu comme je faisais à l'hôpital, c'est semblable. » (Maurice) et « [N]otre équipe vient... on a avant travaillé à l'hôpital en psychiatrie. So, on est très à l'aise avec comme une évaluation pédopsychiatrique. » (Gilbert) D'autres se réfèrent à leur expérience de travail dans d'autres domaines (Centre de la petite enfance, Centre jeunesse, organisme communautaire) pour expliquer leur manière de pratiquer. Roxann se réfère à son expérience dans le milieu communautaire pour parler de la question de la santé mentale adulte, alors que Caroline affirme qu'elle a dû changer son attitude lorsqu'elle est passée de Centre jeunesse (CJ) à CLSC : « [J]e

travillais comme éducatrice, à ce moment-là, oui j'étais plus rigide dans mes actions. » (Caroline)

Les praticiens admettent tous l'importance d'actualiser leurs connaissances des pratiques d'intervention en SMJ par de la **formation continue**. Ce sous-thème englobe les cours suivis à l'université et les formations suivies de manière plus sporadique. L'ouverture à la formation est assez généralisée chez les praticiens : « Je fais tout le temps de la formation continue, parce que j'en ai besoin tout le temps. » (Mylène) et « La santé mentale y a de la recherche, les techniques changent...[...] Faque oui, c'est important de continuer. » (Martine) Les praticiens affirment que la formation continue permet de rester à jour avec les approches d'intervention et les connaissances en santé mentale. Bettie affirme qu'elle est toujours en train de se développer au niveau professionnel : « Je pense que l'apprentissage ça finit jamais... La formation ne finit jamais, je suis toujours en formation. » (Bettie) Toutefois, comme le souligne Maurice, ces activités de formation constituent aussi une obligation de leur Ordre professionnel. Enfin, la formation continue permet d'avoir du recul sur le travail réalisé :

« [J]e fais toujours des séminaires en parallèle. [...] [P]our moi c'est... c'est très riche parce que ça me permet, d'abord, de sortir un peu de la clinique, ce qui me fait du bien aussi. Pis ça redonne un sens à mon travail tout le temps. [...] [Ç]a me permet de... oui de... des fois de sortir un peu de ça, de prendre un peu une distance, pis de me requestionner sur. D'arriver peut-être avec des nouvelles idées, une autre perspective. » (Mylène)

Le développement professionnel des praticiens se fait aussi à travers la **supervision clinique**. La supervision clinique non reliée au milieu de travail peut être offerte par un Ordre, une association de professionnels ou un professionnel œuvrant dans le secteur privé. Les praticiens insistent sur l'importance d'obtenir une supervision externe, celle-ci étant perçue comme aidante pour le travail réalisé : « J'ai passé dix

ans ici en demandant la supervision parce que je trouvais que c'est nécessaire. » (Bettie) et « On a de la supervision clinique avec une personne qui vient de l'extérieure, d'une approche systémique que c'est clair qu'on prend du temps pour présenter un cas. » (Manon) Face à l'absence d'une supervision clinique, certains praticiens vont chercher de la supervision à l'externe : « Et, j'en ai eu beaucoup, je dirais pendant cinq ans, j'ai payé des gens pour de la supervision. » (Maude) Dans le contexte d'une pratique privée, c'est même une obligation : « [J]e me paie de la supervision, parce que bon, je fais aussi du bureau privé, donc c'est... on se retrouve vite toute seule comme psychologue. » (Mylène) D'autres préfèrent avoir de la supervision indépendante de l'organisation « [M]oi je n'en ai pas ici, parce que j'en ai toujours eu à l'extérieur. » (Camille) Mylène et Murielle apprécient mieux la supervision avec des collègues de même profession que la supervision en équipe interdisciplinaire.

#### **4.3 L'équipe de travail**

L'équipe de travail constitue à la fois un dispositif normatif de l'action des praticiens et un moyen que possèdent les praticiens pour réorganiser le travail prescrit. L'équipe de SMJ est une structure du CSSS. Elle est donc soumise aux forces déterminantes de l'organisation du travail. Néanmoins, les interactions entre praticiens de l'équipe échappent en partie au contrôle de l'institution et c'est dans cet espace qu'un agir collectif se crée. De plus, l'équipe est un lieu de tension entre les diverses professions, mais également un lieu de collaboration interdisciplinaire. En mobilisant les savoirs professionnels propres à chacun et en les mettant en dialogue, l'équipe de travail vient brouiller les appartenances professionnelles au point d'en créer une nouvelle, l'appartenance à l'équipe. J'ai identifié quatre thèmes démontrant comment l'équipe oriente l'agir des praticiens. Le premier thème se réfère à la caractéristique structurante de l'entité de l'équipe, tandis que le deuxième thème correspond plutôt à

l'aspect dynamique et transformatif des pratiques au sein de l'équipe. Le troisième thème explore la question des tensions au sein de l'équipe. Enfin, le dernier thème renvoie aux liens de l'équipe avec les autres acteurs du milieu.

#### **4.3.1 Modalités de l'équipe SMJ**

La thématique de l'équipe est omniprésente dans le corpus; les praticiens y font grandement référence dans leur récit de pratique. Ils tablent sur les divers aspects structurels et fonctionnels de l'équipe et son influence sur leur manière d'intervenir. Ils en parlent donc comme une entité objective. Ils insistent sur le caractère interprofessionnel et interdisciplinaire de l'équipe, ainsi que sur la reconnaissance professionnelle et le travail d'équipe qui se fait avec les collègues.

La première caractéristique de l'équipe SMJ est son aspect **multidisciplinaire** et **interprofessionnel**. Les praticiens se définissent comme faisant partie d'une équipe contenant différents types de professionnels provenant de diverses disciplines. L'aspect multidisciplinaire de l'équipe est fréquemment évoqué par les praticiens. Parfois, ce sont les rencontres ou les évaluations qui sont qualifiées de multidisciplinaires; par exemple, Maude qualifie l'équipe SMJ d'une « équipe d'évaluation multidisciplinaire », alors que Dominique fait remarquer que la multidisciplinarité « c'est plus pour avoir des pistes. » L'équipe n'est pas seulement multidisciplinaire, elle est aussi qualifiée d'interprofessionnelle. Dans ce cas, l'interprofessionnalité se réfère au « fait d'avoir différents professionnels dans mon équipe. » (Manon) Pour certains, l'interprofessionnalité signifie la possibilité d'avoir un accès rapide à un professionnel : « Je peux aller leur parler, aller chercher de l'information rapidement puis voir ce que moi je peux faire avec le jeune rapidement. » (Manon) Donc, le fait d'avoir plusieurs types de professionnels au sein d'une équipe est vu comme étant un facteur positif. Enfin, l'aspect interprofessionnel

favorise un double mouvement chez les praticiens : « [Ç]a délimite un petit peu plus justement c'est quoi notre travail propre à chacune des professions, mais en même temps tout ça se mélange un petit peu. » (Caroline)

Pour certains praticiens, travailler dans une équipe interprofessionnelle implique l'action de délimiter le travail propre à chaque professionnel en reconnaissant le travail de l'autre. Le prochain sous-thème est la **reconnaissance professionnelle** de l'autre. Les praticiens parlent des avantages d'avoir accès à différents professionnels et reconnaissent la professionnalité et les compétences de leurs collègues. Certains praticiens reconnaissent la situation spécifique d'une équipe SMJ : « Pis ici, qu'est-ce que je trouve intéressant, c'est qu'y a toute sorte de professionnels. Y en a, je pense qu'y en a même plus qu'y en avait à l'hôpital. [...] Je trouve ça formidable. » (Maurice) Les entretiens démontrent une satisfaction généralisée face à l'accès à un professionnel. Les praticiens vont reconnaître la professionnalité de l'autre, mais aussi respecter le rôle de chacun : « Donc, c'est pas l'orthophoniste qui joue le rôle du psychosocial. » (Mélodie) Ensuite, plusieurs praticiens sont heureux de travailler en SMJ puisque l'équipe se montre ouverte aux différentes approches. Caroline parle d'esprit d'ouverture générale de l'équipe tandis que Mylène parle de l'ouverture de l'équipe envers son approche. Mylène parle aussi de la reconnaissance de son autonomie et de l'ouverture à la discussion : « [M]oi je me sens assez libre de faire ce que... ce que je pense le mieux. Je trouve que... oui. Pis je trouve qu'y a moyen de discuter avec les collègues. » (Mylène)

Le troisième sous-thème des modalités de l'équipe SMJ est le type de travail effectué dans celle-ci, c'est-à-dire le **travail réalisé en équipe**. Ce sous-thème est très fréquent dans le discours des praticiens. Le travail en équipe semble plus important qu'ailleurs : « En santé mentale infantile, le travail d'équipe est encore plus important. Parce que, y a beaucoup de dimensions à tenir compte en même temps. » (Camille) Et ce travail

en équipe semble davantage possible en milieu institutionnel qu'en milieu communautaire : « Vu mes intérêts, je... probablement que je voudrais travailler dans le réseau, parce que je m'intéresse au travail en équipe, parce que je m'intéresse à la clientèle. » (Camille) Le travail en équipe agit aussi comme une source de motivation pour certains praticiens.

Le travail en équipe peut être divisé en trois aspects : le partage de la tâche; un travail de type interdisciplinaire et la co-intervention. Le travail en équipe implique un *partage de la tâche* entre collègues. Bettie mentionne la manière dont le travail est partagé entre collègues : « [B]eaucoup de travail en équipe, la plupart de nos cas sont partagés. C'est différent de les autres programmes. [...] [N]ous en santé mentale jeunesse on travaille rarement en silo. On est vraiment lié avec les autres membres de l'équipe. » (Bettie) La spécificité de la pratique SMJ est d'être lié aux autres membres de l'équipe. Le travail d'équipe sur des cas lourds est considéré comme essentiel pour les membres de l'équipe. D'ailleurs, le travail en équipe sur des cas complexes est grandement apprécié : « [C]'est aussi agréable de travailler avec une équipe dans les cas complexes. » (Maude) et « Si on aime le travail d'équipe c'est intéressant pour ça. » (Mélodie) La complexité des cas a fait en sorte que le travail d'équipe est devenu une norme de pratique incontournable en SMJ.

Le type de travail réalisé en équipe est bien évidemment un *travail interdisciplinaire*. Gilbert insiste sur le fait qu'il travaille avec des professionnels provenant de diverses disciplines : « [L]es différentes professions qui travaillent ensemble pour la santé mentale de les jeunes. [...] Comme je dis c'est de travailler en équipe, de travailler avec des vues différentes. » (Gilbert) Caroline note que le travail interdisciplinaire lui permet de percevoir les situations autrement : « [D]es fois c'est une vision qu'on n'aurait pas eue, un moyen d'intervention auquel on n'aurait pas pensé. Juste dans la façon de voir puis de percevoir la situation qui se déroule. » (Caroline) Enfin, Camille

affirme que le travail interdisciplinaire lui permet de développer de nouvelles compétences : « [O]n développe de nouvelles compétences et donc, de nouveaux traitements même. » (Camille)

La notion de *co-intervention* est un élément qui ressort beaucoup de ce corpus. Plusieurs répondants vont nommer l'intervention en équipe comme de la co-intervention. La co-intervention permet de « vérifier la direction où on va avec notre compagnon intervenant. » (Dominique) La co-intervention implique souvent une division de l'intervention : « On travaille souvent en duo, comme une personne va travailler plus spécifiquement avec l'enfant, l'autre personne à l'intérieur de l'équipe ici va travailler avec les parents, ou la famille. » (Martine) Selon Maude, la division du travail rend l'intervention plus « efficace ». Elle ajoute ensuite que c'est « avantageux » d'intervenir à deux personnes dans les cas complexes. La co-intervention est vue comme du travail complémentaire. Dans le corpus recueilli, on peut noter que les psychoéducateurs et les travailleurs sociaux se font souvent assigner pour intervenir avec les parents ou le milieu, alors que les psychologues interviennent auprès du jeune; par exemple, Mylène dit « on essaie de placer tout de suite un setting où les parents vont avoir un espace à eux, par exemple avec la travailleuse sociale, pendant que moi je vois l'enfant. » (Mylène) Dans certains verbatim, les travailleurs sociaux prennent eux-mêmes ce rôle-là : « Donc ça va arriver des fois qu'une de mes collègues va travailler directement avec les enfants en art thérapie par exemple, et moi je vais travailler avec les parents. » (Roxann) Toutefois, d'autres, comme Murielle, vont tenir une position plus critique face à ce rôle assigné :

« Alors, c'est comme on coupe le contexte, on m'envoie les parents, pis on me demande de questionner les parents, tout ça dans une heure et demie. Pis les gens sont là parce que leur enfant a un TDAH, ou bien a peut-être un TED ou peut-être... C'est un peu particulier. » (Murielle)

Mylène et Murielle vont aussi déplorer le nombre élevé de professionnels impliqués dans certains cas, par exemple, Murielle déclare : « [J]e trouve ça insensé qui ait trois intervenants dans une même demande. Cela n'a aucun sens, ça n'a pas de bon sens » (Murielle).

#### 4.3.2 Dynamique collective en SMJ

L'équipe est également vue comme quelque chose de vivant, de dynamique. En parlant de leur pratique, les praticiens vont situer leur action dans la dynamique collective de leur équipe. Ils vont expliquer comment la discussion et les interactions avec les collègues de travail transforment leur pratique. Ce thème se réfère donc à la logique dynamique, évolutive et transformative de leur agir collectif.

Dans un premier temps, les savoirs pratiques des praticiens sont construits à travers des **discussions collectives**. Les discussions se déroulent dans les rencontres d'équipe et, dans une moindre mesure, à travers les échanges interpersonnels. Les rencontres d'équipe constituent le lieu où les discussions cliniques se tiennent. Comme le dit Martine, « C'est pas juste des réunions de papier. C'est des réunions où on discute des cas. » (Martine) Plus précisément, elles sont perçues comme un espace pour faire de la clinique : « C'est plus par rapport à l'orientation du cas, à comment... le plan de traitement, à comment on pourrait aider la situation. » (Martine) Les discussions collectives sont là pour apporter de nouvelles idées et réflexions, mais l'action à poser reste une décision individuelle. Les rencontres sont néanmoins un lieu de désaccords où les praticiens doivent s'entendre avec leurs collègues :

« [O]n n'a pas la même vision des choses du tout, d'un professionnel à l'autre, parce qu'on n'a pas la même formation... pis, c'est tout un travail d'arriver à s'entendre des fois... mais je trouve que c'est très formateur aussi. Parce que, d'abord ça remet en question notre pratique, ça nous oblige constamment à se

questionner sur ce qu'on fait, pis je trouve que ça... oui, en ce sens là, ça nous oblige aussi à défendre ce qu'on fait, pis à savoir vraiment... vraiment c'est quoi qu'on fait... parce que, faut le défendre. » (Mylène)

Ensuite, on note dans le corpus recueilli que les praticiens partagent des **savoirs, des connaissances et des habilités spécifiques à SMJ**. Ces connaissances communes sont également identifiables par la manière dont les praticiens parlent des objectifs ou des évaluations, constituant un langage propre à l'équipe. Ce dernier point sera amplement approfondi dans la deuxième partie du chapitre. D'ailleurs, les praticiens mettent de l'avant eux-mêmes le processus de production de connaissances au sein de l'équipe : « Dans chaque équipe, j'ai développé des connaissances, j'ai l'impression que... c'est ça, que jusqu'à ce que je prenne ma retraite, y a des choses à apprendre, des habiletés à acquérir. » (Roxann) Parmi les connaissances développées en SMJ, Roxann nomme « la connaissance des ressources, du système. » (Roxann) Plusieurs praticiens parlent de pratiques différentes, mais d'objectifs communs, comme l'amélioration de la condition symptomalogique de l'utilisateur. Les connaissances liées à l'intervention en SMJ sont également centrées sur les dynamiques familiales :

« Alors on n'a pas la même formation, on n'a pas les mêmes outils, on n'a pas la même expérience... Alors on travaille différemment. Mais c'est sûr qu'on a les mêmes objectifs. Alors y'a des points qui sont différents, mais les grandes lignes sont les mêmes. Tsé l'importance de la famille ça c'est partagé par tout le monde. Les réactions, les dynamiques, ça c'est partagé par tout le monde... » (Dominique)

Quant à Gilbert, ayant vu son équipe être transférée de l'hôpital au CLSC, il souligne que son équipe parle « le même langage » que la deuxième ligne.

Ces connaissances communes se traduisent parfois par des **pratiques partagées**. Ces savoirs liés à l'intervention portent davantage sur les actions possibles dans certaines situations. Les praticiens en SMJ parlent de la façon de travailler dans leur équipe,

constituant ainsi une sorte de norme de pratique propre à l'équipe. Murielle, relativement nouvelle en SMJ, constate les manières de faire propre à son équipe : « C'est différent pour les intervenants autour, parce que sont habitués de travailler... moi j'étais pas là... sont habitués de travailler d'une certaine façon, bien que la santé mentale, c'est tout nouveau là. » (Murielle) Les manières d'intervenir auprès d'un type d'usager sont aussi transmises entre collègues. Par exemple, Maude raconte comment elle a reçu des conseils pratiques de sa collègue psychoéducatrice au sujet de la manière de procéder avec un enfant qui bloque à l'ascenseur.

On a vu comment les praticiens reconnaissent des savoirs spécifiques à l'équipe. Maintenant, nous allons voir comment les moins expérimentés d'entre eux discutent avec leurs collègues plus expérimentés afin d'accéder à la **mémoire collective**. Dans le prochain extrait, la mémoire d'un collègue permet à Mylène de contextualiser ce qui se passe au niveau clinique au CLSC :

« [Q]uand j'entends parler des plus vieux psy, j'ai l'impression que c'est de pire en pire... [nom] dit des fois que... jamais y... y commencerait maintenant sa carrière en institution. Il trouve ça tellement... tellement difficile que... je pense que ça l'est d'autant plus... pour un psychologue de mon approche par exemple. Parce qu'on a tellement une façon de... façon de voir les choses, ou de voir la clinique qui est... qui est vraiment contradictoire avec tout le mouvement actuel de la santé, qui va... Ça entre vraiment en contradiction. » (Mylène)

Quant à Mélodie, la mémoire des collègues sert à recadrer les restrictions budgétaires liées aux formations. Pour un praticien débarquant du milieu hospitalier, l'expérience des collègues reste une source indispensable à la compréhension des façons de faire en CLSC : « [J]e viens de l'hôpital, mais on a des personnes qui travaillent vingt ans dans un CLSC. So, il peut informer moi comment ça fonctionne dans le CLSC. So, ça aide aussi. » (Gilbert)

### 4.3.3 Tensions au sein de l'équipe

Mis à part la structure et la dynamique de l'équipe, l'agir collectif en SMJ est également une résultante des diverses tensions vécues au sein de l'équipe. Les praticiens mentionnent plusieurs formes de tensions. Les tensions sont soit reliées aux conflits entre professions, soit dirigées contre un aspect de la structure de l'équipe. Les références aux **tensions interprofessionnelles** sont fréquentes chez les praticiens. Les tensions sont parfois subtiles ou sous-entendues dans les propos recueillis. Murielle parle de divergences dans la manière de concevoir l'intervention au lieu de parler de tensions : « Y a plusieurs façons de concevoir la santé mentale. C'est sur que moi, mon travail, moi je suis travailleuse sociale, alors c'est sûr que la façon dont moi je conçois la santé mentale c'est très différent d'un psychiatre... » (Murielle) Dans le prochain extrait, c'est l'insatisfaction du rôle du pédopsychiatre dans l'équipe qui est sous-entendu dans les propos :

« [Y] va y avoir une évaluation qui est faite, mettons ici, après on demande de l'aide à [nom d'hôpital pour enfant] par exemple pour une hospitalisation ou l'hôpital de jour, où là on a besoin d'un psychiatre par exemple... on a un psychiatre à l'équipe ici, mais c'est un peu... bon y a beaucoup de dossier où il peut pas répondre à la demande. » (Mylène)

Une autre manière de formuler une critique de l'autre est de critiquer sa pratique ou son approche. En définissant les termes en usage, on perçoit des tensions interprofessionnelles chez Murielle : « [C]'est des notions vraiment de... psychoéducatrices... de psychoéducateurs, de réadapter les choses. »; « Mais la thérapie basée sur la psychologie, j'y crois pas. Pis psychothérapie, c'est ce que ça veut dire. »; Ou encore lorsqu'elle critique l'approche diagnostique et les étiquettes. Des tensions sont aussi palpables à travers le discours du **manque de connaissances** attribué aux autres praticiens. Certains praticiens vont déplorer le manque de compétences en SMJ. Maude, par exemple, parle du manque de compétence et de

connaissances des jeunes praticiens en SMJ lors de son arrivée de l'hôpital. Cependant, elle déplore ensuite le manque de compétences de tous, incluant elle-même : « Donc quand on évalue un enfant, je trouve que le niveau de compétences est très bas. » (Maude) D'autres praticiens vont attribuer un manque de connaissances à ceux qui ne partagent pas leur approche. Maurice déplore le manque de connaissances médicales des autres praticiens en CLSC : « Bien y avait toute sorte de spécialistes que tu pouvais même facilement rencontrer, aller discuter d'une situation, qui t'inquiétait. Ça c'était facile. Ça t'as pas ça ici tellement. » (Maurice); alors que Murielle déplore le manque de compréhension systémique de certains praticiens : « Pis deux psychologues... pis une psychoéducatrice. Des fois ça peut aller jusque-là. Faque c'est sûr c'est pas une compréhension systémique. » (Murielle)

Le dernier sous-thème se rapporte aux **tensions entre praticiens et gestionnaires** concernant l'équipe, telles que l'instabilité de l'équipe ou le surencadrement de l'équipe. *L'instabilité de l'équipe* vécue dans le temps entretient des tensions entre praticiens et gestionnaires. En plus de l'épisode du transfert d'effectif des hôpitaux vers les CLSC, l'instabilité causée par les congés de maternité, de maladie ou sabbatique rend la tâche plus difficile pour ceux qui demeurent. L'extrait suivant résume bien cette situation :

« [Y] a pas vraiment une équipe stable ici. C'est une jeune équipe premièrement. [...] Moi quand je suis arrivé, tout le monde avait démissionné. Le terrain était libre. Y ont engagé des nouvelles personnes. C'était agréable donc quand je suis arrivé au mois de janvier. Donc, on a travaillé quelques mois ensemble, et là y a trois qui sont enceintes, y en a deux qui sont parties. Donc, on arrive pas à... la valeur de l'équipe. » (Maude)

Dans ce cas précis, la tension est redirigée contre l'organisation, puisque les praticiens absents ne se font pas rapidement remplacer.

Le *surencadrement de l'équipe* contribue aux tensions entre praticiens et gestionnaires. Maude déplore la fréquence des réunions et dénonce les protocoles élaborés en équipe :

« [J]e suis au sein d'une équipe, nous avons des réunions d'équipe systématiques, et j'ai une coordonnatrice clinique. Avant c'est moi qui gérais ma liste d'attente, j'ai jamais eu personne au-dessus de ma tête. Là, soudainement, y a un paquet de protocoles, et une équipe autour de moi. Je dirais que c'est la principale différence. [...] Oui ça me demande beaucoup plus de temps. Parfois, j'ai l'impression d'avoir perdu de l'autonomie. » (Maude)

Manon apprécie les réunions d'équipe pour leur côté clinique. Toutefois, elle déplore qu'elles se résument bien souvent à des présentations administratives plutôt qu'à des discussions cliniques : « [L]'année passée c'était plutôt des rencontres administratives que des rencontres cliniques finalement. » (Manon)

#### **4.3.4 Partenariat organisationnel**

Le dernier thème ressorti de mon analyse thématique est le partenariat organisationnel. Cela se réfère au fait que les pratiques des intervenants sont modulées par le type de liens qu'ils ont avec les autres acteurs du milieu consacré aux jeunes. Les pratiques sont en partie déterminées par le rôle des différentes lignes d'intervention définies par le Plan d'action en santé mentale (PASM). De plus, les praticiens doivent collaborer, d'une part, avec les autres équipes du CLSC et, d'autre part, avec les partenaires du milieu. Toutefois, les relations entre ces différents acteurs ne se déroulent pas toujours sans encombre.

Les pratiques mises en œuvre par les praticiens de première ligne doivent correspondre à ce qui est attendu des différentes **lignes d'intervention**. Plusieurs praticiens vont se définir comme première ligne, évidemment. Par contre, quelques

praticiennes se définissent plutôt comme « première ligne et demie ». Ceci est expliqué par le fait que les usagers ont été suivis ailleurs (Murielle) ou que les écoles forment la « vraie » première ligne (Gilbert). Certaines définissent les lignes par rapport à la gravité du problème. Pour Caroline, lorsque les problèmes « augmentent en intensité », ils se dirigent « vers la deuxième et troisième ligne ». D'autres praticiens renversent la logique. Mylène place les cas multiproblématiques à la première ligne et les cas de problème spécifique aux deuxième ou troisième lignes :

« [I]ls vont être surspécialisés... y vont être là pour supposément pour les cas plus lourds. Bon. Moi je suis pas d'accord, parce que je trouve que les cas plus lourds, c'est justement ceux qu'on comprend rien, pis qu'on sait pas trop, qu'on arrive pas à trouver un diagnostic fixe ou... pis justement en CLSC on se retrouve avec les dossiers, où c'est plus des problèmes familiaux. La problématique est plus sociale, pis ça devient plus... À mon avis, c'est plus lourd ça à traiter, mais... qu'un cas très... qui fit vraiment dans le DSM, là on va généralement prescrire une pilule. » (Mylène)

Ensuite, plusieurs praticiens voient le travail clinique / thérapeutique en première ligne, les actions ponctuelles en deuxième ligne (évaluation, diagnostic, médication) et la prise en charge en troisième ligne. Il existe aussi différentes conceptions du rôle de chaque ligne chez les praticiens. La confusion est très palpable dans les propos de Bettie et de Camille : « On est première et deuxième et l'hôpital est troisième ligne. Alors c'est quoi exactement troisième ligne? Pas clair... » (Bettie) et

« [J]e n'arrive pas à voir d'après ce que... dans la pratique, en théorie oui, mais dans la pratique quel serait un cas de deuxième ligne ou un cas de première ligne. On n'a pas de critères objectifs pour déterminer que ce cas-là appartient à un autre... Alors, ce que ça a comme effet, c'est que tout le monde se renvoie la balle. Quand on ne veut pas d'un cas, c'est toujours un cas pour l'autre ligne. » (Camille)

La confusion entourant les cas de première et de deuxième ligne engendre des problèmes au niveau de la continuité des services selon Camille. D'ailleurs, selon

Mylène et Camille, le travail de psychologue et de travailleur social à l'hôpital et au CLSC est pratiquement le même.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les praticiens se retrouvent souvent dans leur travail à devoir collaborer avec différents acteurs. Je nomme **collaboration inter-équipes** la collaboration avec les équipes de leur propre institution. Ici, les praticiens évoquent comment ils entrent en relation avec les praticiens des autres équipes du CLSC, telles que Jeunes en Difficultés (JED) ou Enfance-Famille (EF). Lorsqu'on suspecte un problème de santé mentale chez un usager, les praticiens des autres équipes vont faire appel aux praticiens de SMJ : « J'ai l'impression qu'on est un peu une équipe bout de ligne en première ligne, dans le sens où, c'est quand les problèmes sont disons plus importants que...que juste des difficultés familiales. » (Mylène) Dans certains cas, les praticiens en SMJ sont parfois brièvement consultés par les membres des autres équipes. Dans d'autres cas, ils sont appelés à co-intervenir avec un praticien d'une autre équipe : « Alors moi je travaille en ce moment avec deux ou trois cas avec jeunes en difficulté et deux ou trois cas avec DI-TED aussi. » (Bettie)

Le second type de collaboration est celui avec les autres institutions, ce que j'ai nommé la **collaboration avec les partenaires**. Les praticiens n'ont pas d'autres choix que de collaborer avec les partenaires. Tout d'abord, les partenaires réfèrent beaucoup d'enfants vers le CLSC, particulièrement les écoles, mais aussi les Centres de la petite enfance (CPE) et la DPJ. Le lien avec les partenaires ne se résume pas uniquement aux références, les praticiens doivent aussi composer avec ces acteurs : « On a des conférences de cas avec les autres professionnels impliqués dans le cas, alors ça peut être à l'école, à l'hôpital. » (Bettie) et « On travaille avec la deuxième ligne aussi pour les cas lourds. » (Dominique) Pour plusieurs praticiens, les partenaires constituent une source d'informations pertinentes pour une compréhension de la situation; par exemple, Dominique dit : « [I]ls sont très importants à nos yeux, parce

qu'ils sont nos témoins aussi hein... Eux ils vont voir si l'enfant fait du progrès. » Enfin, le travail de collaboration est également essentiel pour ne pas dédoubler le travail : « Donc on s'assoit entre professionnels pour vraiment bien déterminer qui va faire quoi, pour éviter de travailler en double puis pour éviter d'épuiser la famille aussi avec trop de services. » (Caroline)

Toutefois, les relations avec les partenaires ne se déroulent pas toujours sans heurts. À l'occasion, les praticiens vont qualifier leur lien de **partenariat difficile**. Les praticiens parlent de liens difficiles avec les hôpitaux, les écoles, les Centres Jeunesse et la DPJ. Les liens difficiles avec les hôpitaux sont souvent dus à la confusion du rôle de chacune des lignes :

« [I]l y a tellement de changements au niveau de l'hôpital avec psychiatrie externe qui n'existe presque plus et que les cliniques ont des mandats très, très, très stricts pour prendre des cas que on ne collabore pas très, très bien, des fois oui, mais la plupart des fois non. Qu'on a beaucoup de résistance au niveau de l'hôpital pour garder les cas sévères que ça fit pas dans leur mandat maintenant alors c'est presque tous les cas qui viennent ici qui avant c'était à l'hôpital. [...] Mais maintenant je pense que c'est plus clair. Ils ne vont pas prendre. » (Bettie)

Dans cet autre extrait, c'est le désaccord entourant le « long terme » qui pose problème :

« [Y] existent des cas de psychothérapies où on sait que ça va être du long terme. Je pense à un petit garçon que j'ai, y a cinq ans. Le psychiatre de l'hôpital me l'envoie en première ligne, en disant, ça, ça va être un cas long terme. C'est un enfant qui est très malade. Mais ici, on dit, non, le long terme ça devrait être dans la deuxième ligne, pis la deuxième ligne dit "Non, le long terme c'est la première ligne." Donc, actuellement, on n'a pas réussi à s'entendre sur qui fait quoi. Donc pour le moment, ça n'aide personne. On n'est pas content. » (Camille)

Plusieurs praticiens mentionnent leur expérience déplaisante avec la DPJ. Ils vont souvent exprimer une incompréhension face un signalement non retenu, comme dans l'extrait suivant : « J'ai fait un signalement à la DPJ, ça n'a pas été retenu [...] Je n'ai pas senti que la DPJ travaillait en collaboration avec nous à ce moment-là. » (Manon) Les tensions sont aussi dues à la nature volontaire du CLSC et obligatoire de la DPJ. Dans un extrait de Roxann, les demandes des praticiens du CLSC sont souvent refusées par la DPJ puisqu'il y a déjà un service présent près de l'enfant à risque, mais les praticiens ne peuvent pas obliger les parents comme à la DPJ. Ce type de paradoxe fait obstacle à la collaboration.

#### **4.4 La dissonance entre activité souhaitée et activité prescrite**

Le discours dissonant démontre la présence de tensions et de dialogues au sein des équipes de travail. Dans mon analyse thématique, j'ai constaté la présence de critiques et de doutes face aux actions prescrites. Le discours dissonant met en évidence l'écart entre le travail prescrit et le travail réel ou souhaité. Selon une perspective bakhtienne, les dissonances en situation de travail sont des tensions structurant le dialogue entre acteurs (Bakhtine, 1984; Clot, 2005). À plusieurs reprises, les praticiens ont nommé les incohérences et problèmes vécus dans leur activité, venant ainsi faire contrepoids au discours dominant véhiculé par l'organisation. Même si les praticiens adoptent une posture critique face aux normes de pratique, l'action prescrite est néanmoins réalisée. Mon analyse discursive explore « les controverses à propos des conceptions que les professionnels ont de leur métier » (Ravon, 2012 : 10). Mon observation fait ressortir plusieurs désaccords entre les différents acteurs institutionnels, surtout en ce qui concerne les pratiques cliniques et les pratiques prescrites par les gestionnaires. Cette section présentera cinq formes textuelles de dissonance retrouvées dans le corpus recueilli.

#### 4.4.1 Dissonance entre les approches du travail

La première forme textuelle de dissonance est le clivage entre l'approche gestionnaire et l'approche clinique de la situation d'intervention. Certains praticiens formulent une critique des pratiques gestionnaires en nommant l'écart entre les conceptions du travail. Pour Camille, les gestionnaires ne possèdent pas de connaissances sur le plan clinique. Il ajoute du même souffle que lui-même ne possède pas de connaissances dans le champ de la gestion. Il insinue ainsi que les gestionnaires promeuvent des pratiques d'intervention sans bien les connaître :

« [M]oi ça ne fait pas longtemps que je suis ici, mais je trouve que... je trouve qu'y sont... Y n'ont pas beaucoup de connaissance. Y ont sûrement des connaissances en gestion, ça c'est un champ que moi je ne connais pas, mais en termes de la réalité clinique, y en ont très, très peu. On a l'impression que leur formation c'est celle qui est donnée par les... les documents ministériels. Mais qu'y n'ont pas beaucoup intégré d'autres connaissances. Ce qui fait que parfois, pas toujours, mais avec certains, on a l'impression qu'on ne se comprend pas, quand on leur explique un problème clinique. » (Camille)

Selon Camille, ce manque de connaissances mène à une incompréhension du problème chez les gestionnaires. Nous pouvons constater un discours sur l'absence d'intersubjectivité et sur un rapport non-dialogique; il est rapporté qu'un des acteurs ne prend pas en considération la pensée d'autrui dans sa décision. La situation décrite est celle d'une tension latente entre deux acteurs de SMJ. Murielle partage une critique similaire lorsqu'elle dénonce la construction d'outils cliniques sous un modèle « gestionnaire de cas » :

« [P]arce que... ici... on a un plan d'intervention qui est fait et qui est sous le modèle de... de... du maintien à domicile. Parce que de plus en plus, ils veulent faire que les travailleurs sociaux deviennent des gestionnaires de cas, comme ils sont au soutien à domicile. Alors que... je trouve ça abominable là. » (Murielle)

Tout comme dans l'extrait précédent, le discours de la praticienne se réfère à la tension entre une approche gestionnaire du travail, plus précisément une approche « casework » du travail social, et une approche clinique ou thérapeutique. Les désaccords des praticiens face aux pratiques gestionnaires peuvent aussi se situer à un niveau plus abstrait (conceptuels). Murielle va critiquer la notion de rétablissement utilisée au niveau ministériel, puisque pour elle, cette notion signifie « finir par s'adapter » et « se soumettre à quelque chose qui ne va pas bien », ce qui ne résout pas le problème psychosocial de l'enfant :

« C'est-à-dire va finir par s'adapter. Mais si pour moi, y a un symptôme, c'est que y aussi une opposition à se réadapter ou à s'adapter, parce que y a quelque chose de plus profond. Alors, c'est dans cette veine là... est-ce que ça correspond, si je fais des stats pis je finis mon dossier, est-ce que c'est une réadaptation? Peut-être pour le ministère ça l'est. Dans ma façon de concevoir la clinique, ça l'est pas. Parce que se réadapter à quelque chose, c'est aussi se soumettre à quelque chose qui va pas bien. Un élève qui s'assoit pis qu'y parle pu, y est réadapté. Mais est-ce que pour autant, ce pour quoi il s'est ouvert la trappe, ou qu'il agit, ou qu'il fait n'importe... non... en tout cas, moi mon but personnel, c'est pas de les réadapter. Ça c'est clair. Mais c'est de voir avec eux... comment... » (Murielle)

Bettie associe certaines tâches de reddition de compte à une approche gestionnaire du travail et spécifie ensuite que cette approche n'a pas de souci clinique :

« [J]'ai entendu que c'est une façon de gérer qui vient du côté *business* et ça ne fonctionne pas... Ça n'a pas de regard sur le côté clinique. Alors c'est plus comme : "Combien de clients est-ce que tu as vu? Combien de temps? Combien de notes est-ce que tu as finis... ?" » (Bettie)

En affirmant que la gestion de type *business* n'a pas de « côté clinique », Bettie oppose clairement l'approche gestionnaire et l'approche clinique. Cet extrait résonne avec le discours critique face à la nouvelle gestion publique (De Gaulejac, 2010; Anonyme, 2011) et à la gestionnarisation des métiers relationnels (Demailly, 2008).

#### 4.4.2 Dissonance entre les pratiques d'intervention

La deuxième forme textuelle de dissonance se situe au niveau des pratiques d'intervention. Quoique certains praticiens apprécient la guidance offerte par l'institution en matière de pratiques d'intervention, d'autres s'opposent à l'orientation proposée par l'institution. Cette dissonance évoque les tensions entre les pratiques d'interventions standardisées et les pratiques singulières. Ce discours dissonant évoque ce que certains auteurs nomment le risque de déprofessionnalisation des métiers relationnels généré par la standardisation et l'homogénéisation des pratiques dans un milieu de travail (Ravon, 2009a; Demailly, 2011a).

Comme démontré dans mon analyse thématique, les TCC semblent être la pratique d'intervention privilégiée par l'institution. Plusieurs praticiens formulent une critique sévère des formations en TCC. Mélodie résume assez bien cet état d'esprit face aux formations : « Y a une autre formation qui est prévue, mais on s'entend que la formation elle est davantage pour répondre au besoin du CLSC que pour répondre à mon besoin à moi. » (Mélodie) Ici, la formation prévue porte sur les TCC. La dissonance est encore plus claire dans l'extrait suivant : « Si on demande à l'orthophoniste "Voici les dix formations qui sont disponibles, mets-moi de un à dix celle que tu aimerais faire." Bien je ne suis pas certaine que celle qu'on veut m'envoyer ce serait celle que je mettrais dans le haut de ma liste. » (Mélodie) Les intérêts en matière de formation divergent.

L'extrait de verbatim suivant démontre bien la dissonance existante entre les pratiques proposées par les gestionnaires et ce que font les praticiens :

« Je sais que nos patrons défendent ça, je sais que, ça va arriver dans des réunions où on dit "Ah vous devriez faire une thérapie TCC..." Bon. Là on se regarde tous un peu, c'est comme un jeu. Oui, "Ok, on a entendu, mais tu sais

bien que c'est pas ça qu'on va faire." C'est comme un peu... pis bon, on a une façon de répondre aussi maintenant qui est un peu "Si c'est ça que vous voulez, ok, c'est correct, mais à ce moment-là envoyez-les à [*nom d'hôpital pour enfant*] parce que eux ils ont ça." Nous on ne fait pas ça ici. On fait autre chose. » (Mylène)

L'approche TCC est relatée dans une phrase prescriptive « vous devriez faire », ce qui nous indique qu'elle est l'approche privilégiée par les gestionnaires. La réponse des praticiens est exprimée sous une forme locale de désaccord : « Nous on ne fait pas ça ici. » Elle ne rejette pas la pertinence de l'approche pour certains usagers, mais s'oppose à être contraint de la mettre en pratique. Tout comme Mylène, Camille reconnaît la légitimité de l'approche TCC sans l'adopter. La discorde éclate au sujet de l'éclectisme des pratiques :

« Ce qui ne marche pas, c'est quand les gestionnaires pensent que quelqu'un peut faire toutes les approches. Et là, de mon point de vue, ça, ça ne fonctionne pas. C'est des approches complexes, pis on peut pas tout maîtriser les champs. On ne peut pas être un peu TCC, un peu psychodynamique. On risque de mal faire tout à ce moment-là. Ça par contre, je sens que les gestionnaires y comprennent pas tellement ça. Parce que y ne connaissent pas ça. Ça c'est le grand problème qu'on a je pense. Y ne connaissent pas ça. » (Camille)

Camille dénonce l'incohérence théorique derrière la prescription organisationnelle : il n'est pas d'accord avec les gestionnaires sur l'idée qu'un praticien « peut faire toutes les approches » puisque c'est des « approches complexes » et qu'on risquerait « de mal faire ». Encore une fois, il explique cette dissonance par l'incompréhension des gestionnaires.

Quant à Murielle, elle formule une critique assez directe de l'approche TCC :

« Je pense que c'est la nouvelle... la nouvelle mode là... la thérapie cognitivo-comportementale, c'est exactement ça. Les gens ont des problèmes dans leurs têtes ou leurs cognitions sont fausses pis il faut les changer. Même y a cette tendance-là à la formation que je suis actuellement. Tsé les gens y... y charment

cette approche-là. Moi euh... non. Quand tu n'es pas bien, tu n'es pas bien. »  
(Murielle)

D'abord, elle parle des TCC comme une « mode » chez les gestionnaires, sous-entendant un caractère temporaire et instable à la prescription. Ensuite, elle insiste sur les pré-construits que véhicule l'approche (problèmes au niveau de la cognition individuelle, modifier la cognition individuelle) pour signifier son opposition théorique. L'extrait se termine finalement sur un désaccord clair face à l'approche : « Moi euh... non. » À un autre moment, Murielle dit privilégier une approche systémique.

#### **4.4.3 Dissonance concernant les exigences administratives**

La troisième forme textuelle de dissonance est celle entre certaines exigences administratives et la réalité vécue sur le terrain. Ici, les praticiens agencent symboliquement les tâches administratives prescrites par l'organisation et l'expérience clinique avec les destinataires de l'intervention pour nous expliquer la dissonance dans leur activité. L'extrait suivant, de Manon, démontre bien la contradiction entre les exigences prescriptives et la réalité de la pratique :

« Comme par exemple ce matin on a eu une rencontre où on nous disait qu'il fallait qu'on voit quatre clients par jour. J'ai dit "Bien en psychoéducation si je me déplace, quatre clients par jour sur tout le territoire, c'est-à-dire [*noms de quartier*] puis ici, comment je peux faire après pour rédiger mes notes et faire mes rédactions d'éval.? Je ne sais pas." » (Manon)

Pour Manon, les exigences sont tout simplement impossibles à atteindre dans le contexte de pratique actuel. Son désaccord est représenté par une interrogation au sujet de la réalisation de l'action, suivie d'une expression d'impuissance face à la

situation. Murielle fait également usage de la dichotomie exigence / réalité pour démontrer l'irréalisme de la prescription :

« Ils demandent qu'on fasse quatre entrevues par jour. C'était la dernière demande, à la dernière rencontre. Mais quatre familles, pas de problèmes à rencontrer quatre familles, mais mobiliser quatre familles par jour, c'est dur et complexe. [*inaudible*]. J'en ai rencontré trois vendredi dernier, je dirais que... c'est des familles de cinq, de six... c'est pas tant de les rencontrer qui est complexe, c'est de la mobiliser ces gens-là. Comme nous autres, y travaillent [...] quatre par jour ce serait impossible de faire mon travail correctement. Je suis persuadé de ça. » (Murielle)

Elle commence par distinguer l'action de rencontrer et l'action de mobiliser afin de signifier que la prescription est réaliste seulement si on se limite à la première action. La deuxième action est qualifiée de « dur et complexe ». Elle émet son désaccord en exprimant une impuissance face à la réalisation de la prescription selon l'action de mobiliser. Le respect de la prescription ne permet donc pas d'effectuer son travail « correctement », c'est-à-dire sans dénaturer l'intervention. Elle mobilise donc le concept de *travail bien fait* pour exprimer son désaccord.

Plusieurs praticiens vont affirmer que le travail réel n'est pas tenu en compte dans les instruments administratifs censés représenter le travail effectué. Pour Mylène, les données statistiques ne sont simplement pas représentatives de la réalité :

« [S]urtout avec les enfants on se retrouve avec un paquet de monde comme ça avec qui il faut communiquer souvent, pis avec qui y a un travail à faire aussi, qu'on ne peut pas quantifier. Après, on a... par exemple quand on fait une évaluation... ben faire une évaluation c'est très long, pis on passe des heures à... à coter après des tests, pis à analyser des tests, pis après ça des heures à écrire un rapport, ce qui n'est pas "stater". Donc euh... C'est ça. C'est comme... c'est un peu... je trouve qu'on se fait juger sur des fausses... des fausses données comme. Alors que moi je préférerais qu'on me demande "Qu'est-ce que tu fais vraiment dans ta journée?" Je n'ai aucun problème à montrer ce que je fais dans la journée. Mais euh... c'est ça. C'est pas représentatif. » (Mylène)

Pour appuyer son argumentation, elle énumère une série d'actions n'étant pas prises en considération dans les statistiques. Elle qualifie ensuite les statistiques de « fausses données » puisqu'elles ne sont pas représentatives de ce qui est fait. Finalement, elle ne s'oppose pas à la reddition de compte, mais à la manière dont c'est fait.

#### **4.4.4 Dissonance au sujet du temps nécessaire aux interventions**

La quatrième forme textuelle de dissonance porte sur la durée de l'intervention. La contrainte de temps exigée par l'institution est mise en opposition avec la flexibilité de temps exigée par la singularité des situations. Les praticiens respectent généralement la durée prescrite, mais plusieurs d'entre eux conviennent de l'impossibilité de l'atteindre dans tous les cas. Camille est en désaccord avec les gestionnaires sur la définition de « long terme » : « Ici les gestionnaires trouvent qu'un an c'est du long terme. Moi je trouve que c'est plutôt du moyen terme. » (Camille) La tension tourne autour de l'interprétation des mots. Sa collègue rajoute qu'il n'est pas approprié de mettre une limite de temps :

« Bien je suis désolé, mais ça se règle pas en six mois. Pis c'est même néfaste de faire ça, parce que ils se retrouvent... souvent on ouvre des affaires, pis après y se retrouvent un peu mal pris avec ça. Et à mon avis ce serait bien moins coûteux pour le système de faire ça... en tout cas... de pas avoir de limites de temps, parce que justement les patients qu'on suit par exemple pendant deux ou trois ans, ben qui viennent toutes les semaines, en général ils vont beaucoup mieux, et ils utilisent beaucoup moins les autres services. Donc c'est plus rentable, parce qu'on les voit une heure par semaine, au lieu que ce soit des patients, par exemple agissants, qui se retrouvent constamment à l'urgence, ou on doit refaire des évaluations à chaque fois, ce qui est très très coûteux. En tout cas. » (Mylène)

Elle commence par expliquer qu'un « problème » en SMJ se résout difficilement en six mois et qu'une psychothérapie incomplète peut être néfaste pour la personne. Elle

mobilise ensuite des notions liées à l'efficacité / rentabilité économique pour appuyer son argumentation pour du long terme, c'est-à-dire voir une amélioration lorsque les personnes sont suivies sur du long terme. Mélodie nous offre un autre aperçu des positions en tension :

« Moi dans ma pratique, c'est des rencontres d'une heure, et puis, là actuellement, je fais des blocs, donc ça dure... c'est une heure hebdomadaire, huit à dix semaines. C'est comme ça plus parce qu'on veut laisser la chance à d'autres enfants, plus que parce que l'enfant est bien là-dedans. » (Mélodie)

La limite de temps est justifiée par un appel à l'équité, mais elle rajoute du même coup que les enfants ne sont pas toujours « bien là-dedans. » Il existe donc une tension dichotomique entourant la question de la durée d'intervention.

#### **4.4.5 Dissonance concernant l'organisation des services**

La dernière forme textuelle de dissonance est présentée sous l'inadéquation de l'organisation des services avec les problèmes vécus par les destinataires de l'intervention. L'organisation des services est vue comme étant problématique puisqu'elle est issue d'un découpage artificiel. Maude émet son désaccord face à l'organisation des services : « Ça ne me donne pas envie du tout de m'en aller vers la santé mentale. Je trouve que c'est compliqué. On coupe au couteau des choses qui d'après moi ne se font pas nécessairement, tant qu'on a la compétence. » (Maude) L'organisation est perçue comme étant compliquée et la division du travail comme étant inutile. Mélodie émet aussi une réticence face à la division du travail :

« C'est quelqu'un qui fait l'évaluation, c'est quelqu'un d'autre qui fait un bout de suivi, c'est encore quelqu'un d'autre qui... qui fait le traitement... en réadaptation... Je ne suis pas certaine que ce soit la meilleure chose pour la famille d'avoir à réexpliquer sa situation à chaque fois. Non, je ne pense pas que ce soit la meilleure chose [rires]. Mais... » (Mélodie)

Dans cet extrait, Mélodie explique le parcours d'une demande (évaluation, suivi, traitement) et le changement d'intervenants. Elle exprime à plusieurs reprises son désaccord : « je ne suis pas convaincu », « je ne suis pas certaine » et « je ne pense pas que ce soit la meilleure chose ». Sa position s'appuie sur la conséquence néfaste du changement d'intervenants : « avoir à réexpliquer sa situation à chaque fois. » Elle finit par la conjonction « mais » pour signifier son impuissance à transformer cette pratique et le fait que cela continuera de se faire. Mylène partage le même point de vue au sujet du dispositif de soins, mais plus au niveau de l'étiquetage des problèmes :

« C'est pour ça que c'est très étrange la façon dont notre système est fait, tout est un peu coupé là, tout est un peu..., dans des cases, y a des... bon. On a des équipes qui doivent répondre à certains types... à une certaine... à certains types de clientèles. Pis euh... Oui, moi ce que je vois, c'est plutôt des familles en difficulté en général. » (Mylène)

Mylène qualifie d'étrange la nature du système afin de souligner son incompréhension de l'organisation des services. Elle explique à demi-mot le processus de catégorisation des enfants afin de les diriger vers des services précis. Ce processus fait obstacle au travail sur les dimensions multiples des problèmes vécus. Et en parlant de « familles en difficultés », elle dénonce également l'individualisation du problème par l'institution.

#### **4.5 Faire autrement : la réorganisation de la tâche prescrite**

L'analyse discursive des récits de pratique fait également ressortir des données démontrant une réorganisation de l'activité prescrite par les praticiens. En effet, les praticiens font un usage différent des connaissances prescrites. Ils ajustent les connaissances aux événements singuliers et ils élaborent des actions sur mesure en vue de réaliser leur travail. J'utilise donc le concept de « réorganisation de la tâche

prescrite », élaboré par Clot (2008), pour me référer à l'action de « faire sa tâche, mais autrement ». La réorganisation de l'activité est une stratégie d'action qui permet de transformer les pratiques en SMJ. Ce genre de discours démontre un décalage entre le travail prescrit et le travail réel dans les récits de pratique. Par exemple, Mylène répond qu'elle cherche souvent « des espèces de manières de s'en tirer... un peu par la bande, de répondre sans répondre en fait. De continuer à faire notre travail... comme on pense qu'on doit le faire, tout en ayant une demande qui est autre. » (Mylène) Il s'agit de répondre à la demande sans répondre, faire le travail prescrit sans faire, mais plutôt faire ce qu'on pense qui doit être fait. Il existe donc un écart entre ce qui doit être fait et ce qui est vraiment réalisé. Les justifications sont multiples, comme nous allons voir ci-dessous. Cette analyse démontre comment s'articulent les éléments de cette stratégie d'action dans les discours des praticiens.

La première forme d'action réorganisée est la personnalisation de l'activité professionnelle. L'activité personnalisée se réfère au concept d'activité personnelle d'Yves Clot. À force de réfléchir sur l'activité à faire, les salariés s'approprient du métier, de la mémoire collective d'une équipe, pour ensuite façonner le métier à leur être (Clot, 2008). L'analyse discursive démontre que ce sont surtout les processus d'évaluation et du plan d'intervention qui subissent la plus grande réorganisation personnelle de l'activité. La deuxième forme d'action réorganisée est la conceptualisation clinique de l'activité professionnelle. Le travail à faire est un travail réflexif et clinique sur les destinataires de l'intervention. Selon les praticiens, réaliser une activité clinique exige une réorganisation du prescriptif. L'analyse discursive démontre que les praticiens modulent leur agir selon la décision clinique, le destinataire et la singularité de la situation.

#### 4.5.1 Personnaliser l'agir évaluatif

Plusieurs praticiens réorganisent le processus d'évaluation afin de le faire correspondre à leur style et manière de faire. Caroline résume bien la situation sur le terrain : « Ça peut vraiment varier parce que... Ça, ça va varier d'un travailleur à l'autre là ». (Caroline) Le discours de Caroline au sujet de l'évaluation est représentatif de comment les praticiens réorganisent et personnalisent celle-ci :

« Personnellement moi je n'aime pas ça m'asseoir à une table et dire : "Bon aujourd'hui c'est la première rencontre d'évaluation donc on va passer à travers ça, ça, ça ok. Donc là maintenant, quand vous êtes arrivé... pis si, pis ça..." [...] Là il faudrait que je le coupe pour continuer d'évaluer? Donc y'a certaines familles l'évaluation je peux la faire en trois rencontres, d'autres familles ça peut durer six rencontres. [...] C'est différent d'une personne à l'autre. [...] Moi personnellement je le fais rarement en une rencontre. [...] Mais je suis pas très rigide là-dessus personnellement. » (Caroline)

Selon cette praticienne, l'évaluation ne peut pas être un processus formel imposé aux destinataires; le processus n'est pas identique d'un cas à l'autre. Caroline situe son action comme un acte personnel ajusté à des individus uniques. Au niveau langagier, les références fréquentes au « je », « moi » et « personnellement » marquent ainsi la personnalisation de l'acte évaluatif. Cet extrait démontre aussi un aspect temporel important : elle prend le temps qu'il faut pour bien évaluer et elle divise la cueillette d'informations en plusieurs étapes. L'évaluation est un processus qui se construit avec l'autre. L'aspect temporel est également important dans l'extrait suivant :

« J'attends... je dirais... quelques semaines, des fois quelques mois... avant de le remplir. [...] Parce que justement la façon dont je travaille, y a comme une première demande qui est là... pis l'évaluation s'étale un peu sur quelques séances, en général. [...] Bon des fois j'ai une bonne idée déjà au bout de trois rencontres, mais quand même. Je trouve que ça prend un bout de temps avant que les choses se placent, pis qu'on arrive vraiment à quelque chose de cohérent, pis qui fait du sens pour la personne. [...] D'habitude on fait aussi, je

dis on, mais on travaille pas tous de la même façon, mais moi je fais toujours, je vois toujours les parents seuls d'abord, parce que les parents ont toujours quelque chose à dire qu'ils ne diront pas devant leur enfant. » (Mylène)

Dans sa narration sur l'agir évaluatif, l'expression « la façon dont je travaille » signifie clairement une personnalisation des actions de sa part. Mylène affirme qu'elle étale généralement l'évaluation sur plusieurs rencontres, contrairement à ce qui est prescrit par l'organisation. Elle distingue ensuite son agir des autres praticiens « on travaille pas tous de la même façon, moi je fais ». Son action est située dans le contexte éclaté des manières de faire. Enfin, sa façon personnelle de travailler est de voir les parents d'abord, puis les enfants. Murielle aussi prend le temps nécessaire pour bien évaluer :

« Moi je peux prendre cinq, quatre, six rencontres pour faire mon évaluation. J'ai aucun problème avec ça. Et je peux me mettre des fois dans le trouble comme intervenante, mais je n'ai pas de problème avec ça, parce que pour moi, si je n'arrive pas à formuler mes hypothèses, [...] si je ne suis pas capable de les formuler de façon systémique... je n'ai pas... je ne suis capable. [...] comme moi je travaille beaucoup avec la famille, je trouve ça important mes hypothèses de travail... Pis elle m'avait dit "Bon, on ne peut pas le faire, mais faites-le." Faque finalement je le fais. Je rajoute toujours ma page. Qui est plus mon évaluation familiale. » (Murielle)

Les pronoms « je » et « moi » sont très présents dans cet extrait. Elle explique comment elle procède à une évaluation, c'est-à-dire en plusieurs rencontres. Elle valorise également de travailler avec des hypothèses de travail au lieu du modèle problèmes / objectifs / moyens. De plus, Murielle personnalise l'évaluation pour en faire une évaluation familiale, ce qui n'est pas prescrit par l'institution. Comme elle le dit : « je le fais » « mon évaluation familiale ». La réprimande potentielle démontre seulement qu'elle personnalise un processus formalisé par l'institution.

#### 4.5.2 Personnaliser les ententes avec les destinataires de l'intervention

Comme pour l'évaluation, les praticiens réorganisent la rédaction des plans d'intervention selon leur manière de faire personnelle. Un plan d'intervention (PI) n'est donc pas toujours réalisé selon ce qui est prescrit par l'institution. Généralement, les praticiens ne le remplissent pas au début de l'intervention et certains ne le remplissent pas du tout. Relativement nouvelle en SMJ, Maude procède autrement pour l'instant : « Je devrais faire ce qui s'appelle un PSI, ou un PI. En tout cas y a un truc qu'on devrait remplir, pis qu'on devrait faire signer, mais moi je me rabats sur mes propres choses là, pour tout de suite. J'ai pas compris exactement tous les modes de fonctionnement de ces papiers-là. » (Maude) Quant à Manon, elle fait le plan d'intervention autrement que ce qui est prescrit :

« Puis moi souvent le PI je ne le remets pas comme ça parce que moi c'est beaucoup plus spécifique que par exemple "Martin fait des crises. L'objectif : il faut qu'il diminue les crises de moitié sur l'heure du souper. Le moyen : Guidance parentale". C'est ça qu'on m'a appris de faire, mais c'est bien trop vague. Alors moi ce que je fais c'est que je l'écris à l'ordi. Je réécrit les moyens puis je demande au parent de le coller sur le frigidaire. Je fais ça de même. C'est beaucoup plus efficace. » (Manon)

Les deux extraits démontrent que les praticiennes ont un pouvoir d'agir sur l'intervention. Elles se réapproprient la tâche et l'ajuste à leur manière de faire. Les formulations « on devrait faire » et « je devrais faire » un PI démontrent le caractère prescriptif de l'action. Néanmoins, Maude maintient ses habitudes de travail acquises à l'hôpital en attendant de bien comprendre les « modes de fonctionnement » de la prescription. Quant à Manon, elle remet en question l'efficacité du contenant du formulaire. Elle décide donc de réécrire les objectifs et moyens, de l'imprimer sur un papier et de demander aux parents de le coller sur le frigidaire. Le pronom personnel « je » et les verbes d'action caractérisent cette réorganisation de l'activité.

Comme nous l'avons déjà vu, Camille et Mylène affirment que le plan d'intervention est construit selon une approche TCC. Les deux extraits suivants démontrent leur volonté de réorganiser le PI :

« Bien on est tenu de faire un plan d'intervention, donc faut mettre des objectifs. Si je le fais... oui, oui, oui, je le fais. Pour moi, le défi, mais on est quelques-uns à travailler là-dessus, ça été pensé par rapport à une approche comportementale dans le fond, je pense. [...] Alors là, on essaie de voir comment on peut utiliser le même outil. » (Camille)

« C'est très difficile pour nous de les faire, parce que ça... ils sont construits d'une manière qui va à l'encontre de notre approche. Donc... Ça devient une espèce de... on en rit des fois avec [nom] parce que ça devient vraiment une espèce de... je ne sais pas, c'est comme un jeu intellectuel de réfléchir à comment on va réfléchir les affaires pour que ça rentre dedans, sans se... sans aller à l'encontre de ce qu'on pense, ou sans aller... Donc ça devient un peu compliqué. » (Mylène)

Les deux extraits sont construits de manière similaire. Le texte commence par mentionner / insinuer le caractère obligatoire du plan d'intervention, tout en spécifiant qu'ils le font même s'ils sont en désaccord. Puis, il mentionne que le PI a été construit selon une approche TCC, ce qui va à l'encontre de leur approche. Le texte se termine sur leur réflexion sur l'usage de cet outil. Tous deux réfléchissent à comment répondre aux attentes organisationnelles sans perdre de vue leur manière propre de pratiquer. Il y a donc un double mouvement chez ces praticiens : réalisation de la tâche et détournement de la norme.

#### **4.5.3 Moduler son agir selon la décision clinique**

Les praticiens réorganisent leur activité selon la décision clinique au sujet d'un cas. Le lien de confiance avec un destinataire est souvent privilégié sur toute autre obligation, comme le démontre cet extrait : « Oui, ça peut s'étirer sur plus longtemps,

parce que, en santé mentale là, c'est beaucoup de créer une alliance, de créer le lien. Tsé, le formulaire c'est en deuxième. Ça passe en deuxième avant le lien. » (Martine)  
 Le lien de confiance est ce qui permet d'intervenir avec quelqu'un dans une situation. Au nom de ce lien, Caroline continue de suivre une mère au lieu de la référer aux services généraux, comme cela est indiqué dans la procédure de l'institution : « Est-ce que je vais vraiment référer aux services généraux alors que j'ai créé un lien avec cette maman-là? » (Caroline) Les praticiens modulent donc leur agir selon ce qui est approprié cliniquement. Un autre exemple est comment Bettie ajuste le suivi selon la situation du destinataire et sa décision clinique :

« Non, c'est qu'est-ce qu'on pense qui est bon cliniquement. Alors si c'est un enfant qui est suicidaire, on va le voir des fois deux fois par semaine. On n'a pas vraiment le temps alors c'est pour une courte période, mais après ça on va le voir comme une fois par semaine. Les familles des fois qui sont plus en santé, des fois on peut les voir aux deux à trois semaines [...] Mais non on n'a pas de règle, c'est notre décision. [...] C'est sûr qu'on prend énormément de temps pour les cas qui le demandent. » (Bettie)

L'horaire de suivi de Bettie est donc organisé selon les différentes situations d'intervention. Toutefois, c'est elle qui détermine le niveau de besoin d'un cas. Elle a un pouvoir sur la gestion de son horaire de suivi, c'est « notre décision ». Elle fait ce qu'elle « pense qui est bon cliniquement ». Elle évalue un cas, prend une décision clinique et ajuste son activité selon la décision.

La décision de l'action à prendre se fonde souvent sur une évaluation de la situation familiale. L'extrait suivant regroupe plusieurs des questionnements cliniques des praticiens : « Si justement nous on reçoit une situation familiale pis on dit "Bien là je verrais ça, j'ai cette impression-là, j'aimerais ça prendre ce chemin-là, est-ce que quelqu'un pourrait s'ajouter? Est-ce qu'on pourrait faire telle chose?" » (Dominique)  
 La situation est qualifiée de « familiale » et elle est discutée en équipe afin d'arriver à

une décision clinique. La phrase de Roxann résume assez bien le processus réflexif continue guidant l'action : « Y a pas de processus préétabli, je pense que c'est le jugement professionnel pis les besoins de la famille du client. » (Roxann) Les praticiens ne suivent pas nécessairement un « processus préétabli », une prescription, ils agissent selon leur « jugement professionnel » de la situation et la représentation des « besoins de la famille du client ». L'agir est donc modulé par la décision clinique.

#### **4.5.4 Moduler son agir selon le destinataire**

L'activité clinique signifie également la modulation de son agir selon le dialogue avec l'utilisateur et sa famille. Le dialogue avec les destinataires est nécessaire pour établir l'objectif de l'intervention : « Oui, ça c'est la demande, mais, si l'enfant souhaite ne pas en parler, ça n'empêche absolument pas le travail. » (Camille) Au préalable, il affirme que, dans l'approche TCC, « tout de suite avec l'enfant on établit que notre objectif c'est ça. » (Camille) Pour expliquer comment il module son action, il commence par distinguer les approches, pour ensuite affirmer qu'il part de la demande et que les désirs de l'enfant doivent être respectés. Ainsi, les finalités de l'action sont construites dans un rapport dialogique avec le destinataire. Roxann aussi part de la demande de l'utilisateur pour créer son objectif d'intervention : « Dépendamment du client pis la demande en fait... l'objectif... ça peut être vraiment, vraiment variable. » (Roxann) Le client représente l'utilisateur et sa famille.

Les praticiens ne vont pas seulement tenir compte du destinataire dans le choix de l'action à prendre, ils vont également décider ensemble ce qu'ils vont accomplir. En d'autres mots, les praticiens vont valider avec le destinataire le type d'intervention qui sera réalisé :

« On explique vraiment qu'est-ce qu'on va faire, par exemple on va expliquer qu'on va faire telle, telle chose, pis après y va y avoir un bilan, pis après, on pourra voir ensemble qu'est-ce qu'on décide de faire comme intervention. [...] Pis à ce moment-là des fois, on va s'entendre un peu avec le patient aussi, c'est-à-dire, par exemple si c'est quelque chose de plus situationnel, bien on peut prévoir que... [...] D'autres fois on va dire au patient d'emblée, qu'on pense qu'y en a pour... peut-être deux ans. » (Mylène)

Le genre de texte utilisé dans cet extrait est de l'ordre du récit; elle nous offre une narration objective de l'action. L'usage du pronom « on » est dominant. L'action est également mise en dialogue avec le destinataire : « on pourra voir ensemble qu'est-ce qu'on décide de faire comme intervention. » Par « on va s'entendre », on note que l'action est rendue possible à la suite d'une entente entre les deux parties. Murielle aussi valide son action auprès du destinataire :

« On détermine ensemble, bon, c'est quoi vraiment qu'ils veulent travailler, c'est quoi leurs objectifs [...] Pis je fais toujours approuver mes évaluations par mes clients [...] Et même mes notes au dossier. Genre "Je dois écrire des notes, qu'est-ce que vous voulez qu'on écrive?" [...] Alors, je le demande. Ça peut être en deux lignes. Qu'est-ce qu'on a fait ici par exemple? » (Murielle)

L'action est déterminée « ensemble ». Elle fait « approuver » ses évaluations. D'ailleurs, elle demande au destinataire ce qu'elle doit écrire dans ses notes. L'agir de la praticienne est constamment en dialogue avec l'autre. L'agir des praticiens est aussi modulé par leur relation aux destinataires.

#### **4.5.5 Moduler son agir selon la singularité de la situation**

Enfin, les praticiens réorganisent leur activité selon la singularité de la situation. Face aux particularités des situations familiales, les praticiens usent de pratiques

singulières. Dans l'extrait suivant, Martine affirme qu'elle fait face à différents éléments d'une famille à l'autre :

« Y a tellement de familles différentes. Y a jamais une famille qui arrive avec les mêmes problématiques. Faque c'est très stimulant. Toujours un nouveau puzzle, ce n'est jamais les mêmes éléments là tsé. Faque c'est très stimulant là tsé pour notre... cognition de dire "Par quelle piste je vais prendre cette famille-là? Comment je vais arriver à créer le lien?" [...] Y aucune routine [rires]. »  
(Martine)

Elle commence par mentionner la diversité des cas (familles, problématiques, éléments). Elle poursuit en affirmant que cette diversité des éléments génère une réflexion de sa part sur l'action à mener. En affirmant qu'il n'y a « aucune routine », elle souligne que son activité est constamment en transformation. Mélodie abonde dans le même sens. En parlant de l'évaluation, elle affirme que « Ça dépend de l'enfant qu'on a devant soi » et ajoute ensuite « Bien, en fait... comme on travaille avec l'humain, on n'a jamais deux situations identiques. » (Mélodie) Elle met d'abord son agir en lien avec le destinataire. Elle mobilise ensuite le discours du « travail avec l'humain » pour supporter son affirmation sur la diversité des situations. La manière dont elle va pratiquer est donc dépendante de la singularité de la situation.

Une autre inflexion de ce discours est celle de devoir moduler l'activité selon les particularités des familles. Dans le prochain extrait, Dominique explique comment celles-ci sont tenues en compte dans l'action :

« On leur offre un *framework*, une façon de travailler, qui est comme le nôtre-là, de l'institution, mais ça ne convient pas à tout le monde. Alors il faut quand même être prêt à être flexible. [...] Il va falloir s'adapter à là où est la famille. [...] On travaille en relation humaine là. C'est jamais une loi pour tout le monde. Tout le monde a ses propres particularités. » (Dominique)

Le *framework* se rapporte à la manière de travailler des praticiens de l'institution. Elle affirme que ce cadre « ne convient pas à tout le monde » et c'est pour cela qu'il faut être prêt à « être flexible » et à s'adapter à la famille. Ensuite, le discours du « travail avec l'humain » est une fois encore mobilisé pour expliquer les exceptions à la règle. Dominique justifie la réorganisation du cadre de pratique par les particularités propres aux individus. En somme, les praticiens vont moduler leur agir et adopter des pratiques singulières qui tiennent en compte les particularités des destinataires de l'intervention.

#### **4.6 La résistance aux normes de pratique et les pratiques silencieuses**

Face aux pratiques d'intervention institutionnalisées, certains praticiens vont tenir un discours de résistance face à celles-ci. Ils vont tout simplement ne pas mettre en pratique ce qui est prescrit, voire carrément aller à l'encontre du prescriptif afin d'intervenir dans une situation. Le discours de résistance fait référence à un refus d'agir selon un savoir prescriptif ou à un agir contre ce savoir prescriptif. Le discours de résistance constitue une autre stratégie d'action permettant de transformer les pratiques d'intervention de première ligne en santé mentale jeunesse. Cette partie analyse le travail réel, tel que rapporté par les praticiens, représenté en termes de résistance active face aux normes de pratique en milieu institutionnel.

La première forme d'action critique est celle d'une résistance active face aux normes de pratique institutionnalisées. Les praticiens ne vont pas seulement énoncer leur désaccord face à une prescription ou réorganiser l'activité à faire, ils vont aussi refuser d'appliquer certaines prescriptions ou de se soumettre aux contraintes administratives. L'analyse discursive démontre que les praticiens ne sont pas simplement des exécutants de l'institution, ils sont avant tout des auteurs de leur pratique et peuvent aussi transformer les normes de pratique.

La deuxième forme d'action critique est celle des pratiques silencieuses. Les pratiques silencieuses se réfèrent à des pratiques qui échappent au travail prescrit, fuyant ainsi le contrôle de l'action, et elles ne sont pas rapportées aux gestionnaires ou à quiconque (Mispelblom, 1981). Le discours sur les pratiques silencieuses illustre l'existence d'une résistance aux pratiques institutionnalisées en SMJ. L'analyse discursive démontre que les praticiens adoptent différentes pratiques alternatives. Elles ne sont pas généralisées dans le milieu, ni très visibles. Néanmoins, elles existent et sont relativement acceptées dans le milieu. Je choisis de ne pas les ignorer.

#### **4.6.1 Refus de compléter le plan d'intervention**

Nous avons vu ci-haut comment les praticiens en général ressentent un malaise face au plan d'intervention. Certains vont le critiquer, d'autres vont le modifier, et finalement, certains vont refuser de le compléter. Camille ne fait pas signer de plan d'intervention aux usagers, même si c'est ce qui est prescrit par l'institution :

« On est tenu de faire ça, c'est dans... Mais moi je ne le fais pas. On est quelques-uns à ne pas le faire. Parce que... L'idée... l'idée de signer des contrats avec les clients me gêne. On est... on s'installe avec un client dans... essentiellement dans un rapport de confiance, pis on travaille avec la parole. C'est bien important que la parole soit pleinement validée. Et à ce moment-là, je ne vois pas la nécessité de faire ce genre de document là. [...] Bien moi je ne le fais pas parce que je trouve que c'est pas indiqué. Pis qu'est-ce que je ferais si on me l'imposait... je ne sais pas. Je ferais... probablement que je finirais par trouver une façon de... [...] Mais moi je ne suis pas comme quelqu'un qui a vingt ans de carrière à faire là. Moi je suis vers la fin là. » (Camille)

Les marques d'hésitation sont assez significatives dans cet extrait. Cela démontre la réflexivité du locuteur devant un acte délicat (non-obéissance aux règles). Il commence par souligner l'aspect obligatoire du plan d'intervention, suivi d'une négation de la prescription. La pratique de résistance est verbalisée clairement : « je

ne le fais pas ». Il ne pose pas l'action prescrite. Il explique ensuite pourquoi : cela nuit à la relation de confiance avec le destinataire. Il travaille plutôt avec la parole. Il fait une entente verbale avec l'usager, la parole est validée avec le destinataire. Donc, nul besoin de le mettre par écrit et de le faire signer. On peut y voir une préséance de l'oral sur l'écrit. En affirmant que la prescription n'est pas encore imposée, on comprend que son action bénéficie d'une tolérance tacite. Ce refus d'agir n'est pas trop clamé non plus. Ceci dit, il dit ensuite, sans finir sa phrase, qu'il trouverait un moyen de contourner la règle en cas d'imposition.

Camille n'est pas le seul à ne pas demander de signature. Il affirme qu'ils sont « quelques-uns à ne pas le faire », soulignant ainsi une pratique partagée par quelques personnes au sein de l'équipe. Maurice abonde dans le même sens lorsqu'il dit « Moi je vais me confesser que je le fais pas. Mais je pense que la plupart des professionnels font un, comment ils appellent ça, un plan, ... un P.I hein? » (Maurice) Encore une fois, l'action de résistance est traduite par le non-faire et est appuyée par une pratique partagée par quelques-uns dans le collectif. J'observe aussi que l'explicitation en entretien du refus d'agir est faite par deux praticiens ayant plusieurs années d'expérience. Les conséquences négatives pouvant découler de ce non-respect de la prescription sont donc minimisées par les locuteurs même.

#### **4.6.2 Défendre son approche**

Nous avons aussi vu une opposition de quelques praticiens à l'approche d'intervention privilégiée par l'institution pour certaines problématiques. Mylène énonce clairement qu'elle ne va pas appliquer l'approche TCC. Elle refuse de le faire :

« Donc euh... Je pense qu'on a un travail à faire de toute façon nous, pour démontrer que ce qu'on fait c'est tout aussi valide. Que c'est pas qu'on veut pas

le faire juste par opposition "à" là, mais c'est parce qu'on défend autre chose qu'on trouve... ben qu'on trouve... en tout cas.

Q. Oui, sans dire efficace, mais qui... a un intérêt quand même?

R. Ben tout à fait. Il faut le défendre. » (Mylène)

Par l'usage du « on » et du « nous », l'acte de résistance est associé à un non-faire collectif. Elle situe ensuite son action en relation avec la prescription : la décision du non-faire n'est pas seulement prise par opposition à l'approche prescrite. En indiquant qu'ils doivent démontrer que leur travail est tout aussi valide, elle aborde la question de la validité des connaissances produites par les différentes théories. Elle situe donc son action dans un rapport de tensions théoriques. Les connaissances produites par son approche sont valides à ses yeux, donc elle refuse de pratiquer l'approche prescrite. L'action de résistance est mise en lumière par le mot « défendre » : « Il faut le défendre », impliquant une mise en danger des pratiques d'intervention non-standardisées. L'aspect « combatif » de son geste est ensuite situé dans un rapport de pouvoir :

« Tellement difficile que... je pense que ça l'est d'autant plus... pour un psychologue de mon approche par exemple. Parce qu'on a tellement une façon de... façon de voir les choses, ou de voir la clinique qui est... qui est vraiment contradictoire avec tout le mouvement actuel de la santé, qui va... Ça entre vraiment en contradiction. » (Mylène)

L'approche clinique défendue par la praticienne entre en contradiction avec quelque chose de plus grand qu'une lutte locale : l'approche entre en contradiction avec ce qui est perçu comme constituant le « mouvement actuel de la santé ». Elle se réfère à une logique qui traverse tous les dispositifs de soins.

### 4.6.3 Refus de donner son horaire

La troisième forme de résistance est celle du refus de donner son horaire aux gestionnaires. Maude affirme clairement qu'elle ne répond pas à cette mesure de reddition de compte instituée par l'administration. Commentant l'autonomie exercée à l'hôpital et au CLSC, elle dit :

« Tandis que ici, là récemment on nous a demandé, à chaque fois qu'on sort à domicile, on doit remplir dans un cahier, mettre notre nom, notre heure de départ, notre heure de notre sortie, écrire le numéro de téléphone où est-ce qu'on s'en va, pis notre signature. Et... à toutes les semaines, ce que je ne fais pas, je devrais donner mon horaire à ma patronne, pour dire qui je vois, quand, à quelle heure. Mais j'ai fait non. Je ne le fais pas. Mais je sais que je vais me faire taper sur les doigts plus tard, mais là pour le moment, ça m'est juste impossible. Donc, ça n'a pas d'impact sur les gens que je vois, mais ç'a un impact sur ma motivation. » (Maude)

Elle commence par décrire objectivement la nouvelle mesure administrative, en insistant sur la récurrence de la mesure. Elle enchaîne avec ce qu'elle fait en réalité : elle ne le fait pas. Afin de faciliter la compréhension de son message, elle répète la séquence : elle devrait le faire, mais elle ne le fait pas. Tout comme Camille, elle est consciente de la réprimande potentielle, mais elle se met en position d'attente. De plus, elle souligne le caractère non réaliste de la demande. Enfin, elle dit que cette mesure n'a pas d'impact bénéfique sur les destinataires, mais qu'elle affecte plutôt négativement sa motivation. Elle adopte donc un agir de résistance face à la mesure administrative en attendant la réprimande.

#### 4.6.4 Transgresser les consignes administratives

Cette première forme de pratique silencieuse renvoie à une action non conforme, mais tout de même réalisée. Aux yeux de l'administration, l'action ne peut pas se faire. Toutefois, elle se fait quand même. Prenons un extrait du récit de Manon sur les notes au dossier. Dans celui-ci, elle affirme :

« Puis là on prend des moyens qu'on ne devrait pas prendre, qu'on n'a pas le droit de prendre. Finalement j'écris mes trucs sur l'ordinateur, je n'ai pas le droit. J'attends d'avoir un avis disciplinaire! Puis je classe moi-même les feuilles dans le dossier parce qu'elles sont mal classées. Je n'ai pas le droit de faire ça. Ça ça retarde aussi parce que quand je veux lire mes notes, je veux savoir où j'en suis rendu, parfois c'est classé en nutrition puis je suis psychoéducatrice. C'est classé n'importe comment n'importe où. [...] C'est important! Moi je suis obligée de mettre une note. Moi si je ne la retrouve plus ma note, ça ne marche pas là! Tsé je veux dire, si je me fais inspecter, ça ne marchera pas mon affaire. Alors il faut que je classe ça moi-même. » (Manon)

Elle commence par admettre l'aspect interdit de ses gestes; elle n'a pas le droit, mais le fait quand même. Puis, elle présente les deux actions qu'elle prend : écrire ses notes à l'ordinateur et classer elle-même les feuilles dans les dossiers. Elle est consciente de la possibilité de réprimande. Elle justifie ensuite son action avec des arguments d'efficacité : les feuilles sont mal classées, elle ne retrouve plus ses notes, elle ne peut pas lire ses notes à temps. D'ailleurs, elle brandit la menace de l'inspection : « si je me fais inspecter, ça ne marchera pas mon affaire ». En plus du souci d'efficacité, elle répond aux critères professionnels. La dernière phrase est très significative en termes d'auto-justification : elle commence par le marqueur de relation « alors », suivi du verbe falloir et se termine par l'action interdite : « Alors il faut que je classe ça moi-même. » Elle adopte des pratiques interdites, de façon discrète. Au sujet des mesures disciplinaires qui pourraient s'abattre sur elle, Manon répond :

« Non je ne pense pas. Je m'arrangerai si ils viennent. Il y a des psychologues qui font ça, les orthophonistes, les ergothérapeutes, je me dis là là. [...] C'est ça. Alors qu'ils viennent me voir, je vais pouvoir sortir plein de noms de professions qui le font et ils pourront s'organiser avec eux-autres. » (Manon)

En cas de mesures disciplinaires, tout comme dans l'extrait de Camille, elle s'adaptera à la situation. Les pratiques interdites mentionnées ci-dessus ont également un aspect collectif : les praticiens des autres disciplines le font aussi. La transgression de certaines règles est donc chose commune en SMJ. L'activité prescrite n'est pas toujours respectée. La manière de faire certaines tâches bureaucratiques échappe donc au contrôle administratif de l'action.

#### **4.6.5 Aller au-delà du mandat de l'équipe**

Plusieurs praticiens ne vont pas respecter à la lettre les diverses consignes administratives afin de se donner une certaine marge de manœuvre. Caroline et Mylène affirment qu'elles vont parfois maintenir un contact avec les familles après une fermeture de dossier ou retarder celle-ci :

« Est-ce que je vais vraiment référer aux services généraux alors que j'ai créé un lien avec cette maman-là? Puis que c'est des démarches qui peuvent m'être demandées sporadiquement, que c'est au besoin, au mois et demi? Je ne fermerai pas nécessairement l'épisode de service pour dire à cette maman-là : "Ok. Je vais vous référer ailleurs parce que vos enfants n'ont plus de besoin. Puis moi principalement mon mandat c'est de travailler auprès des enfants." Pas tout le temps. Puis éventuellement, je pourrais fermer l'épisode de service par contre, mais continuer de maintenir un contact quand même et dire : "Si vous avez des besoins une fois de temps en temps. Appelez-moi." » (Caroline)

« Comme là on a un exemple là d'une maman qui a... ça c'est transformé en psychothérapie pour elle. C'est un peu délicat parce que là, on devient un peu... je pense qu'il faudrait normalement référer en adulte à ce moment-là, mais c'est pas une mère qui a des troubles de santé mentale, pis on a commencé un suivi ensemble où c'est comme pertinent de...

Q. De continuer?

R. De continuer, même si c'est pas le mandat de notre équipe. » (Mylène)

Les parents en besoin d'aide sont normalement dirigés vers les services généraux ou en santé mentale adulte. Autant Caroline que Mylène émet un sérieux doute sur la pertinence de les référer à un autre service, puisque le lien de confiance a déjà été établi : un changement d'intervenant risquerait une fin de non-recevoir du destinataire et la non-résolution du problème. Il y a donc un appel à la logique dans leur justification. Mylène souligne que cette façon d'agir va au-delà du mandat de l'équipe et est tout à fait pertinente du point de vue clinique, alors que Caroline souligne l'aspect indéterminé de cette pratique : « Pas tout le temps ». Une autre variante est de fermer le dossier tout en maintenant un contact très occasionnel avec la famille. Cette pratique silencieuse reste occasionnelle, ce qui est sous-entendu lorsque Caroline dit « une fois de temps en temps » et « on peut se permettre de le faire quand même. »

Au sujet du non-respect de la durée de l'intervention prescrite, Mylène répond : « On ne leur dit pas [rires]. On leur dit en général, après. Mettons qu'ils voient que ça fait deux ans qu'on suit un patient pis qu'ils nous demandent qu'est-ce qui se passe, là on peut l'expliquer. » (Mylène) La pratique est littéralement silencieuse : « On ne leur dit pas. » Dans ce contexte, le rire est subversif. Ne rien dire ne signifie pas consentir à la prescription. On donne un suivi à long terme et on le justifie après. En adoptant une telle pratique, Mylène arrive à intervenir sur plusieurs aspects du problème et à rapporter les différentes évolutions dans le dossier. Autrement dit, les résultats du suivi à long terme viennent justifier la non-révélation de l'intention derrière l'action de départ. C'est en adoptant une pratique silencieuse que Mylène ouvre les possibilités de l'action.

De plus, le mandat de l'institution empêche les praticiens de travailler avec des personnes sans statut. Toutefois, l'existence de praticiens intervenant auprès de

personnes sans statut n'est plus un secret dans le milieu. Pour Roxann, l'absence de statut légal d'immigration n'est pas un élément qui empêche son activité :

« J'ai des clients dans mon *caseload* qui n'ont pas de statut donc y sont sans papier, donc non. Pas couvert par la RAMQ.

Q. Pis est-ce que c'est compliqué la prise en charge...

R... Oui. Bien oui et non. Oui dans le sens où... à ce moment-là... quand on parle d'immigrants qui n'ont pas de papier, on parle vraiment de conditions extrêmes de pauvreté. Parce que souvent y vont travailler au noir, à la moitié du salaire minimum actuel, sans avoir droit aux allocations familiales, ou aux autres programmes gouvernementaux, donc c'est des conditions très, très, très précaires. Et pis oui, pour les services médicaux, si les enfants sont malades et tout ça, faut aller chercher des médecins qui sont prêts à les voir gratuitement. Y en a quelques-uns ici qui le font. » (Roxann)

Elle parle de l'intervention auprès des personnes sans statut comme une pratique courante, mais silencieuse. Cette population fait partie de ses dossiers à traiter. Elle met l'accent sur le caractère vulnérable de cette population, vivant dans des « conditions extrêmes de pauvreté » et « très précaires », et elle explique leur réalité. Afin de leur faciliter l'accès à des soins de santé, elle doit mobiliser tout un réseau informel. Elle mentionne qu'il y a des professionnels « qui le font », sous-entendant que certains ne le font pas.

#### **4.6.6 Une pratique parallèle**

Une pratique silencieuse est aussi synonyme d'une « pratique parallèle ». Le terme « parallèle » sous-tend l'idée de deux actions qui ne se croisent pas. Il y a la pratique selon la prescription et la pratique silencieuse. Dans les plans d'intervention de Murielle, il y a un écart entre ce qui est écrit et la manière dont elle travaille :

« C'est sûr qu'y a plein de travail qui se fait de façon systémique. Si vous lisiez les objectifs que j'ai avec les enfants là... Ça n'a rien à voir avec le travail que

je fais. Mais je suis *by the book* pour l'ordre, pis je suis *by the book* probablement pour mes stats là... c'est ça. C'est à partir des hypothèses que je travaille, ce n'est pas tant à partir... l'objectif, c'est que l'enfant ne frappe pas ses pairs par exemple... Bon, ça peut être un des objectifs. » (Murielle)

Elle affirme clairement la distinction entre ses « objectifs » écrits et le « travail que je fais ». Son discours sur les objectifs fait écho à sa critique de la construction du plan d'intervention selon une approche comportementale. Elle insiste ensuite pour dire qu'elle répond aux critères de son Ordre professionnel et de son institution. Dans la séquence finale, elle affirme qu'elle travaille à partir de ses hypothèses qui sont construites selon son approche systémique. Elle entretient deux pratiques en parallèle. Dans un autre extrait, elle raconte comment elle arrive toujours à faire ce qu'elle veut dans ses dossiers :

« Euh... l'autonomie... oui. Je fais bien ce que je veux dans mes dossiers. Oui. J'aurais bien de la misère à faire ce qu'on me dirait de faire de toute façon. Je le ferai de façon clandestine. Ça c'est clair. J'ai toujours eu... on a toujours eu... moi je travaille depuis vingt ans, pis j'ai eu une pratique parallèle, dans le sens où, "Pas le droit de voir des gens plus que dix fois", bien je pouvais les voir trente fois. Je m'organisais. Même statistiquement. On appelle ça une pratique silencieuse. Parce que le non-sens, je veux pas m'étouffer avec. [...] Le non-sens imposé par... des lois ou des règlements » (Murielle)

Cet extrait de verbatim a le mérite d'être clair. Le verbe faire est associé à vouloir (faire ce qu'elle veut) et elle admet son penchant à l'insoumission par l'usage de notions telles que « clandestinité », « pratique parallèle », « pratique silencieuse » et de « non-sens imposé par ». L'extrait se termine sur un appel à agir au-delà des règles. Selon elle, l'agir d'un praticien doit faire sens et le non-sens d'une norme ne doit pas constituer un obstacle à l'action.

## CHAPITRE V

### L'AGIR DES PRATICIENS : UN AGIR SITUÉ ENTRE CONTRAINTES, DISSONANCES ET STRATÉGIES D'ACTION

L'objectif premier de ma recherche était de montrer comment les dispositifs normatifs, c'est-à-dire l'encadrement organisationnel, les appartenances professionnelles et l'équipe de travail, orientent l'activité des praticiens de première ligne (SMJ) en milieu institutionnel. Mon analyse de contenu a documenté le travail prescrit, tel que rapporté par les praticiens, et les contraintes associés à ces trois dispositifs. Le deuxième objectif de ma recherche était d'analyser les discours sur l'action des praticiens et d'expliquer comment ceux-ci réorganisent leur activité. J'ai alors constaté que les contraintes sur l'action exercées par l'institution induisent parfois de la dissonance (Lahire, 2004) chez les praticiens, spécifiquement chez ceux ayant une conception clinique de l'activité. L'analyse discursive a également démontré que les praticiens mettent en place des stratégies d'action pour aller au-delà des contraintes organisationnelles et ainsi faire correspondre leurs actions à leur conception de l'activité. L'analyse discursive permet donc de mettre en évidence la manière dont les praticiens s'approprient l'activité et réalisent des actions qui vont au-delà de la prescription. Ce chapitre discute des résultats de mes analyses à l'aide de mon cadre conceptuel. Il sera divisé en trois parties. La première partie met en évidence les formes de contraintes qui s'exercent sur l'action des praticiens. La seconde partie aborde les dissonances induites par ces contraintes chez les praticiens. La troisième partie explore la manière dont les praticiens développent des stratégies d'action afin de dépasser ces contraintes, créant ainsi des marges de manœuvre pour l'action.

### 5.1 Les formes de contrainte sur l'action

L'activité prescrite provient surtout de l'institution et du contexte organisationnel. D'après les récits des praticiens, le CSSS forme parfois un cadre de pratique contraignant. En travaillant en milieu institutionnel, les praticiens doivent accomplir certaines tâches et répondre à certaines exigences. Je vais expliquer en quoi l'activité est prescrite par le CSSS et comment celle-ci est encadrée par l'organisation. L'activité prescrite constitue ce que les praticiens *doivent faire* ou sont fortement invités à faire. Mes analyses ont relevé quatre manières par lesquelles l'institution peut contraindre l'agir des praticiens. La première forme de contrainte est celle exercée par les gestionnaires des CSSS sur la manière de travailler des praticiens. Par exemple, la gestion de cas et les TCC sont très présents dans les discours dominants des deux CSSS. La deuxième forme de contrainte est celle exercée sur la manière d'évaluer. L'évaluation et le plan d'intervention possèdent tous deux un caractère obligatoire et standardisé. L'institution exerce également une contrainte administrative sur l'activité des praticiens. En effet, certaines tâches des praticiens sont uniquement réalisées dans le but de répondre aux exigences administratives des CSSS. Finalement, la quatrième forme de contrainte est celle exercée sur l'organisation de l'activité. En d'autres mots, la structure du CSSS détermine en partie le déroulement de l'action.

Avant de poursuivre, il est important de mentionner que l'Ordre professionnel est également perçu comme une contrainte à l'agir. En effet, l'activité des praticiens est régulée par leur Ordre professionnel respectif. De plus, être membre d'un Ordre professionnel est souvent exigé par leur institution (CSSS). L'Ordre professionnel vient guider la pratique en prescrivant des règles sur la rédaction des rapports d'évaluation et des notes au dossier. Les Ordres professionnels émettent aussi des codes de déontologie que les praticiens doivent respecter. Ils exigent également que

les praticiens assistent à de la formation continue afin d'obtenir des crédits, et cela, tout au long de leur carrière. Un Ordre professionnel constitue donc une forme de contrainte sur l'action. Par contre, les praticiens peuvent également utiliser leur appartenance à un Ordre professionnel pour faire contrepoids à l'institution. En effet, ils peuvent utiliser leur statut professionnel (et leur autonomie professionnelle) pour ne pas obéir à une prescription organisationnelle. De plus, les praticiens utilisent leur identité professionnelle pour justifier leur opposition aux normes de pratique et définir ainsi leur spécificité au sein de l'équipe. L'Ordre professionnel est donc à la fois une contrainte et une stratégie d'action. Enfin, l'Ordre professionnel est certainement un objet de critique parmi les praticiens. En effet, ils remettent en question la pertinence des formations offertes par leur Ordre professionnel et ils affirment qu'ils ne se sentent pas représentés par leur Ordre. Les praticiens entretiennent donc un rapport ambivalent face à leur Ordre professionnel. Je choisis donc d'exclure la contrainte exercée par l'Ordre professionnel de ma discussion puisque son influence n'est pas considérée importante par les praticiens mêmes. Les praticiens vont plutôt se référer aux connaissances transversales de l'équipe pour réorganiser l'action.

### **5.1.1 La contrainte sur la manière de travailler**

Selon plusieurs praticiens, les gestionnaires des CSSS mettent de l'avant une approche gestionnaire du travail à faire et tentent de baliser le processus d'intervention. En d'autres mots, le CSSS souhaite exercer un contrôle normatif sur l'agir des praticiens. Deux approches semblent être privilégiées par les gestionnaires des CSSS : la gestion de cas et les TCC. Selon les praticiens, ces approches transparaissent de plusieurs façons. On les retrouve dans les normes de pratique au sein d'une équipe, les normes valorisées par les formations offertes par l'institution, les normes renforcées par la supervision clinique, ainsi que dans les outils mis à la

disposition des travailleurs. Par exemple, les formulaires seraient, dans la perception de plusieurs, construits sous un modèle de gestion de cas. Quant aux formations offertes par l'institution, l'approche TCC pour les jeunes anxieux est un thème récurrent des verbatim. Selon les quatre formes de métier élaborées par Clot (2008), on peut conclure que les normes et les approches dominantes de l'institution font partie du travail impersonnel des praticiens (Clot, 2008). Elles contraignent l'agir des praticiens de manière indirecte. Par les formations, la supervision et les outils, les gestionnaires incitent les praticiens à agir d'une certaine manière. L'institution arrive donc à exercer un contrôle normatif sur la manière de travailler des praticiens. Il s'agit ici d'une manière indirecte de prescrire l'action, qui est exprimée sous forme d'attentes, de suggestions, de pressions ou de choix préétablis. Les gestionnaires favorisent certaines normes plus que d'autres. Ils cherchent à ce que ces normes et approches soient intériorisées par les praticiens et qu'elles s'inscrivent dans la culture de travail des équipes. Les équipes SMJ ne sont pas autonomes des CSSS, les normes organisationnelles et les approches de travail promues par les gestionnaires sont clairement ressenties par les praticiens. Toutefois, les équipes SMJ sont relativement nouvelles et les connaissances ne sont pas figées. De plus, les praticiens résistent à certaines normes et recréent constamment leur activité.

### **5.1.2 La contrainte sur la manière d'évaluer**

Le processus d'évaluation en milieu institutionnel est en grande partie prescrit et très standardisé. On est en présence d'un formulaire incluant une série de questions standardisées. Chaque praticien fait également une évaluation propre à sa discipline, prescrite autant par l'institution que par son Ordre professionnel. Les gestionnaires vont aussi prescrire le nombre de rencontres dédié à l'évaluation; elle doit être réalisée en une à trois rencontres. Puis, elle est suivie d'un plan d'intervention. Ce plan est une entente réalisée avec l'utilisateur sur l'intervention qui sera effectuée. C'est

un formulaire construit sous le modèle problèmes-objectifs-moyens : le praticien et l'utilisateur définissent le ou les problèmes justifiant la demande, ils décident ensuite de l'objectif à atteindre suite aux interventions et terminent le processus en proposant des moyens pour y parvenir. Le formulaire doit être signé par l'utilisateur et le praticien; puis ce dernier doit en laisser une copie à l'utilisateur. En somme, l'évaluation, le plan d'intervention et les notes au dossier constituent également le travail impersonnel des praticiens (Clot, 2008). On s'attend à ce qu'ils réalisent ces tâches selon les prescriptions du CSSS. Les directives organisationnelles contraignent l'agir des praticiens de manière directe. En effet, les prescriptions dictent et dirigent concrètement l'action à prendre. La contrainte est directe, au même titre qu'un ordre d'agir.

### **5.1.3 La contrainte administrative sur l'activité**

Outre les tâches reliées à l'intervention, les praticiens doivent effectuer des tâches administratives. Ces tâches sont exigées par les gestionnaires, puisque ceux-ci doivent répondre à des directives ministérielles et à des cadres financiers précis. Les exigences peuvent toucher le nombre de clients à voir par jour et la durée de chaque intervention. Par exemple, les praticiens se font demander de rencontrer quatre clients par jour, de s'en tenir à une heure par rencontre et à 8 ou 10 rencontres par usager. Les gestionnaires leur demandent parfois de donner une description détaillée de leur journée dans un cahier. Les gestionnaires privilégient les interventions de courte durée et cette exigence est justifiée par le principe d'équité. Toutes ces tâches font partie des mesures de reddition de comptes qui ont été mises en place depuis quelques années déjà. Les praticiens doivent effectuer certaines tâches pour que les gestionnaires puissent suivre le travail qui est fait. L'exemple des statistiques est révélateur sur ce point. Après une rencontre, les praticiens sont appelés à entrer le type d'intervention réalisé avec l'utilisateur sur un logiciel. Selon Demailly (2011b), ce

type d'outil sert à surveiller l'activité d'un individu, d'une équipe ou d'une organisation et de normaliser les pratiques. Ces mesures de reddition de comptes sont aussi accompagnées d'un contrôle des dépenses. Selon les praticiens, le contrôle de dépense, qu'ils attribuent aux coupes budgétaires, affecte grandement la formation continue et l'ouverture de postes. De plus, les praticiens parlent souvent d'une charge de travail élevée, causée selon eux par des exigences administratives exagérées. Cette charge de travail élevée, caractérisée notamment par un grand nombre de dossiers à gérer, les empêche de faire leur travail de la manière qu'ils le souhaitent. Les praticiens perçoivent leurs conditions de travail comme étant difficiles et pouvant mener à une usure professionnelle (Ravon, 2009a, 2009b). Enfin, ils sont très critiques des statistiques et des autres mesures de reddition de comptes, mais ils s'y conforment presque tous.

#### **5.1.4 La contrainte organisationnelle sur l'activité**

L'activité des praticiens est encadrée par l'organisation dans laquelle ils travaillent. Bogo (2006) nomme cette réalité le contexte organisationnel de l'action. Les praticiens travaillent dans une structure organisationnelle très spécifique : une équipe de première ligne, située au sein d'un CLSC et plus largement d'un CSSS. Elle n'est pas située dans un contexte communautaire. Le contexte organisationnel agit comme une contrainte à l'action. Premièrement, il existe plusieurs règles et procédures à suivre dans un CSSS et les praticiens doivent s'y plier. Ceux-ci perçoivent ces règles comme des limites à leur action, ralentissant leur travail. Deuxièmement, les CSSS ont divisé leur population en différentes catégories afin de développer leur offre de services de première ligne. Par exemple, les services sont découpés par catégorie d'âge (0-5 ans, 5-17 ans, adulte, personnes âgées). En ce qui concerne les jeunes, les services sont fragmentés selon le type de problème (santé mentale ou comportementale, TED, scolaire, etc.). Ces catégories sont souvent considérées

comme étant artificielles par les praticiens; les usagers se situant souvent entre deux catégories. Quoique les praticiens dénoncent cette catégorisation des usagers par l'institution, il est à noter qu'ils les étiquettent aisément selon le type de problème qu'ils vivent (troubles anxieux, dépressifs, de l'attachement, conflit parental, etc.). Troisièmement, le parcours d'une demande est déterminé par la structure organisationnelle. Les CSSS ont mis en place des guichets d'accès afin d'évaluer et d'orienter les demandes vers un service précis. Les demandes proviennent de divers acteurs et sont ensuite filtrées par les guichets d'accès. Les guichets sont la porte d'entrée des demandes. Les jeunes passent donc par un processus de catégorisation avant même le début de l'intervention. À chaque étape du processus (évaluation, suivi, traitement, référence), les usagers peuvent rencontrer plusieurs intervenants. Selon des praticiens, ce changement d'intervenant fréquent vient alourdir le processus d'intervention. Finalement, les coupes budgétaires se concrétisent aussi sur l'organisation du travail. Les praticiens parlent de manque de ressources, d'espaces de travail et de matériels; ils perçoivent les impacts négatifs de ce contexte sur leur pratique.

## **5.2 La dissonance éprouvée par les praticiens face aux contraintes**

L'analyse des discours sur l'action démontre que plusieurs praticiens sont en désaccord avec la conception de l'intervention mise de l'avant par les gestionnaires des CSSS. Le discours dominant de l'institution véhicule une compréhension de l'intervention fondée sur une conception biomédicale et comportementale de l'individu et une gestionnarisation de l'activité. Les contraintes résultant de ce discours induisent des dissonances chez les praticiens. Ces derniers adoptent alors un discours critique fondé sur une conception clinique de l'intervention. Ces tensions s'expliquent par le fait que les discours reposent sur différents types de savoir. Selon Healy (2005), on retrouve principalement trois types de discours sur l'intervention en

milieu institutionnel : les discours dominants, les discours issus des sciences sociales et comportementales, et les discours alternatifs. Les discours dominants renvoient aux savoirs biomédicaux et économiques, alors que le deuxième type de discours fait référence aux savoirs élaborés en psychologie et en sociologie par exemple. Quant aux discours alternatifs, ils existent à l'extérieur des deux autres types de discours, mais exercent tout de même une influence sur les praticiens. Ils regroupent les discours de défense de droits, religieux (ou spirituels) et environnementaliste (Healy, 2005). Le champ d'intervention de première ligne en SMJ est traversé par les discours dominants et les discours issus des sciences sociales et comportementales. En fait, les discours dominants se retrouvent au fondement des contraintes exercées sur l'activité et ces contraintes induisent une dissonance chez les praticiens qui adoptent d'autres types de discours. Les types de discours présents dans les verbatim seront donc discutés à l'aide du concept de dissonance.

Le concept de dissonance tire son origine du concept de dialogisme de Bakhtine (1984) et des controverses de Ravon (2012). Bakhtine postule que « l'homme ne parle pas de lui-même et des autres mais avec lui-même et avec les autres » (Clot, 2005 : 37). Le dialogisme est donc « constitué par les relations entre le dialogue intérieur et extérieur » (*ibid*). Dans les récits de pratique, j'ai noté que les praticiens réfléchissent à haute voix et que leur discours est en réponse aux questionnaires ou à certains collègues. Ils conversent et argumentent avec eux-mêmes et leurs collègues. Leurs conflits sont donc mis en mots. Ceci fait clairement référence au dialogue intérieur et extérieur conceptualisé par Bakhtine (1984). Le concept de controverses (Ravon, 2012) se rapporte aux désaccords sur la manière de travailler au sein d'un milieu de travail. Les controverses permettent d'explicitier ces désaccords, de réfléchir aux interventions et de chercher des consensus. L'analyse des verbatim a effectivement démontré la présence de tensions et de dialogues au sein des équipes de travail. Même

si plusieurs praticiens émettent des critiques, l'action prescrite est néanmoins réalisée par la majorité d'entre eux.

Ravon (2009a) affirme qu'à force de recevoir des prescriptions qui ne correspondent pas aux aspirations des praticiens, ces derniers risquent de développer du ressentiment face aux gestionnaires. Si les acteurs ne cherchent pas à harmoniser leurs discours, on assistera à une cacophonie au sein de l'équipe, comme lorsque les membres d'un ensemble ne jouent pas sur la même clé. D'après nos données, il existe des désaccords profonds sur la conception de l'intervention et le travail d'accordage ne se fait pas nécessairement. Par exemple, Camille affirme avoir l'impression que les gestionnaires ne comprennent pas le travail clinique. Ce dernier est, selon Camille, davantage axé sur une relation thérapeutique (lien de confiance) et privilégie le travail à long terme, la création d'espace pour l'expression de la souffrance et la compréhension du fonctionnement psychique d'un usager. Les tensions au sujet des conceptions de l'intervention doivent être vues comme des constructions concurrentes (Gergen, 2005). Les connaissances liées à l'intervention des praticiens se heurtent directement au travail prescrit par les CSSS. Si les contraintes sont fortes sur l'agir des praticiens, ces derniers risquent de tomber dans le ressentiment. Le ressentiment entraînerait, selon Lorient (2012a, 2013), une démotivation au sein de l'équipe (départ, congé, roulement, etc.) et pourrait affecter négativement la relation avec les clients (porte tournante, discontinuité, catégorisation des clients difficiles, fermeture de dossiers).

Les contraintes rapportées sur l'activité induisent donc une dissonance chez les praticiens, spécifiquement chez ceux qui aspirent à travailler autrement. Les praticiens qui formulent des critiques du discours dominant sont ceux qui conceptualisent le plus souvent une dichotomie entre une approche gestionnaire et une approche clinique de la situation d'intervention. Cette dichotomie reflète un débat

continu avec les gestionnaires des CSSS pour assurer un certain contrôle sur l'activité à faire. La présence de dissonances n'implique pas nécessairement un agir différent de l'activité prescrite, mais il nous en apprend sur les différentes prescriptions organisationnelles : les praticiens nomment les prescriptions avec lesquelles ils ne sont pas d'accord. L'analyse de la dissonance chez ceux-ci me permet donc de cerner les oppositions dans les discours existants. La dissonance touche les quatre formes de contrainte mentionnées ci-haut : une dissonance sur la manière de travailler (et de concevoir l'activité), sur la manière d'évaluer, sur la pertinence des tâches administratives et au sujet de l'organisation des services en CLSC.

### **5.2.1 Dissonance sur la manière de travailler**

La première forme de dissonance se situe au niveau de la manière de travailler et de concevoir l'activité. Des praticiens affirment être en désaccord avec l'approche gestionnaire du travail et défendent plutôt une approche clinique du travail à faire. En effet, ils accusent le CSSS de soutenir une vision de l'intervention inspirée du *casework*. Selon ces praticiens, l'objectif de l'intervention prescrite serait de réadapter les usagers le plus vite possible et de fermer les dossiers. La liste d'attente sert de levier pour exercer une pression sur les praticiens. Ces derniers font donc usage de l'opposition *casework* / activité thérapeutique dans leur récit de pratique. Une autre variante est l'opposition adaptation sociale / intervention psychosociale. Selon les praticiens, la manière de concevoir les problèmes, les moyens et les objectifs d'intervention des gestionnaires ne correspondent pas à leur propre conception. En somme, ils affirment que les gestionnaires n'ont pas de souci clinique et que ces derniers se soucient seulement des critères de gestion. Ce type de discours a des résonances avec le discours critique de la Nouvelle gestion publique (De Gaulejac, 2010; Anonyme, 2011) et des critères de gestion sur les métiers relationnels (Demailly, 2008). Les praticiens expliquent comment les nouvelles normes de gestion

affectent le travail qui se fait au quotidien et insistent sur les impacts négatifs de celles-ci, afin de rejeter une conception de l'intervention qui ne leur convient pas. Le langage utilisé pour parler de la manière de travailler reproduit la lutte de pouvoir entre les gestionnaires et certains praticiens, chacun voulant imposer sa conception de la réalité.

La dissonance se répercute également sur la manière d'aborder la question de la durée de l'intervention. Selon les praticiens, le discours dominant met de l'avant l'importance des interventions de courte durée. La durée prescrite par les gestionnaires est d'une heure par semaine et de huit à dix rencontres. Selon Demailly (2014), les TCC sont plus communes dans les services publics en France puisqu'elles offrent des thérapies de courte durée et moins coûteuses. Tout nous indique à croire que les restrictions budgétaires ont poussé les gestionnaires des CSSS à promouvoir les TCC dans le domaine de la santé mentale pour jeunes. Toutefois, plusieurs praticiens sont critiques face aux TCC et sont en désaccord avec la durée prescrite par les gestionnaires. Ils défendent la pertinence de leur approche et la nécessité d'être flexible dans la durée d'une intervention. Selon eux, on ne peut pas baliser la durée des interventions puisque chaque situation est différente. Des protocoles d'intervention avec un temps balisé entrent en contradiction avec le fait de se laisser la possibilité de travailler avec l'imprévisible et l'imprédictibilité (Vallet-Armellino, 2007). Certains praticiens argumentent aussi que des thérapies de longues durées sont plus efficaces et plus rentables pour l'institution, puisqu'elles permettent un travail de fond, évitant ainsi le phénomène de la porte tournante. Selon eux, des thérapies de courte durée risquent de brusquer les personnes, alors qu'une thérapie de durée variable permet de respecter le bien-être de la personne.

### **5.2.2 Dissonance sur la manière d'évaluer**

La deuxième forme de dissonance se situe au niveau de l'activité évaluative. Des praticiens affirment être en désaccord avec les outils standardisés par le CSSS et proposent plutôt de privilégier le lien de confiance avec les destinataires de l'intervention, de prendre le temps nécessaire pour bien évaluer les situations et d'ajuster l'évaluation et le plan d'intervention selon leur approche d'intervention. Les praticiens émettent des doutes quant à la standardisation des outils puisque ces derniers ne mènent pas à l'élaboration de pratiques singulières qui tiennent compte des situations particulières. Ils accusent le CSSS de vouloir imposer une manière d'évaluer et d'uniformiser les pratiques en SMJ. Mon analyse de contenu a démontré que les CSSS privilégient les formations en TCC et demandent directement aux praticiens, à travers les rencontres administratives et la supervision clinique, d'adopter l'approche des TCC. L'évaluation et les plans d'intervention sont aussi, selon certains praticiens, construits sous le modèle de la gestion de cas et des TCC. Ils répondent alors aux gestionnaires en affirmant l'importance de respecter leur autonomie professionnelle. Le discours des praticiens met l'accent sur la pertinence de construire l'évaluation selon leur approche théorique et de choisir la pratique d'intervention la plus appropriée pour chaque situation.

### **5.2.3 Dissonance sur la pertinence des tâches administratives**

La troisième forme de dissonance porte sur la pertinence des tâches administratives. Un écart existe entre les exigences administratives des CSSS et la réalité du terrain rapportée par les praticiens. Les praticiens reprochent aux gestionnaires d'émettre des cibles irréalistes. Par exemple, les gestionnaires demandent à leur intervenant de rencontrer quatre familles par jour, mais, selon Murielle, il n'est pas possible de mobiliser quatre familles par jour. Pour elle, il est impossible de bien faire le travail si

on suit les exigences administratives à la lettre. Cette dissonance renvoie au conflit de conception du travail bien fait relevé par Lorient (2012c). Selon cet auteur, les professionnels cherchent à faire correspondre les pratiques quotidiennes et leurs valeurs professionnelles. Murielle fait la différence entre *mobiliser* une famille et *rencontrer* une famille. Sa conception du travail bien fait se heurte directement à la conception soutenue par l'administration. Pour évaluer l'atteinte des cibles, les CSSS ont mis en place des instruments de mesure : les praticiens doivent entrer leur intervention dans un logiciel. Mylène explique que le travail à faire, tel que la communication avec les différents acteurs entourant un enfant, n'est pas toujours quantifiable. D'ailleurs, la critique des « statistiques » est généralisée parmi les praticiens. Lorient (2012c) explique que la gestion par objectifs quantifiés a pour effet d'augmenter le travail administratif des praticiens, ce qui déstabilise leurs habitudes de travail et leurs repères. De même, elle entrave la construction d'un sens collectif partagé et l'élaboration de la représentation du bon travail (Lorient, 2012c). L'augmentation du travail administratif a également été relevée dans nos données. Les praticiens en parlent en termes de charge élevée et de surcharge. On note aussi que ceux-ci, en élaborant un discours critique des exigences administratives, préservent leur représentation professionnelle du travail bien fait.

#### **5.2.4 Dissonance sur la manière d'organiser les services**

La quatrième forme de dissonance émane de l'inadéquation entre l'organisation des services et les problèmes vécus par les destinataires de l'intervention. Plusieurs praticiens sont en désaccord avec la façon dont les services sont divisés. Ils affirment que l'organisation des services ne tient pas compte de la situation des destinataires. Quelques-uns mentionnent que les CLSC se sont institutionnalisés et qu'ils sont de moins en moins communautaires. Ce discours soutient l'idée que les CLSC se seraient éloignés de leur population. De plus, les praticiens avaient des clientèles plus

variées, mais maintenant, depuis l'intégration des services (Fleury, 2002, 2009), ces derniers sont spécialisés et compartimentés. D'après certains praticiens, cette catégorisation de la population empêcherait le travail sur les multiples dimensions des problèmes. Ensuite, les praticiens dénoncent les changements d'intervenants fréquents, des changements attribués à l'organisation des services. Selon eux, ces changements d'intervenants fréquents contribuent à la discontinuité des services, à la perte du lien de confiance, à la distanciation du service avec la population et au phénomène de la porte tournante. Ils affirment aussi que la continuité du service et le lien de confiance ne sont pas toujours compatibles avec la recherche de l'efficacité organisationnelle.

### **5.3 Les stratégies d'action mises en place par les praticiens**

« [O]n ne fait pas ce qu'on veut (...) On ne fait pas non plus seulement ce que l'autre, d'ailleurs toujours pluriel, veut [...] On "joue" entre deux processus » (Castejon, 2009 : 27)

L'institution exerce des contraintes afin d'orienter l'agir des praticiens et ces derniers vont bien souvent compléter le travail demandé par l'institution. Ils reproduisent ainsi des pratiques institutionnalisées. Toutefois, ils éprouvent de la dissonance face aux contraintes; ils vont abondamment parler de la manière dont ils sont en désaccord avec certaines prescriptions. Cette dissonance se reflète donc dans leur activité langagière. L'analyse de la dissonance ne permet pas de comprendre comment les praticiens vont au-delà des contraintes du travail prescrit. Ce type d'analyse permet seulement de cerner les oppositions dans les discours existants dans un milieu. Dans la troisième partie de ce chapitre, je vais expliquer comment les praticiens règlent ce problème de dissonance; ils mettent en œuvre des stratégies d'action qui leur permettent d'aller au-delà des contraintes organisationnelles.

Les praticiens ne font pas que reproduire ce qui est demandé par leur institution, ils produisent également des pratiques contextualisées donnant sens à leur activité. L'analyse discursive des actions en situation de travail a démontré que les praticiens possèdent un pouvoir d'agir sur le réel du travail. Ils peuvent transformer ou réorganiser l'action prescrite. Ils peuvent également agir autrement de ce qui est prescrit. Cette analyse est venue répondre à mon deuxième objectif de recherche, celui d'analyser le travail représenté des praticiens en vue de comprendre comment ces derniers réorganisent leur activité et transforment les pratiques institutionnalisées. Mon analyse discursive démontre clairement l'existence d'un écart entre travail prescrit et travail réel. En analysant les énoncés sur l'action, j'ai repéré quatre stratégies d'action qui permettent aux praticiens de se dégager des contraintes mises en place par l'institution : les praticiens vont mettre de l'avant un éclectisme pragmatique d'équipe (*faire multiple*), ils vont collectiviser l'agir (*faire en équipe interdisciplinaire*), ils vont réorganiser l'activité prescrite (*faire autrement* de ce qui est prescrit) et se mettre en résistance (*refus de faire* et *faire contre* ce qui est prescrit). En faisant usage de ces stratégies, les praticiens créent une marge de manœuvre dans leurs actions. En d'autres mots, ces stratégies d'action leur permettent d'exercer un certain pouvoir d'agir sur les situations d'intervention.

### **5.3.1 L'éclectisme pragmatique**

Les praticiens des équipes SMJ vont utiliser l'éclectisme pragmatique comme stratégie d'action pour défendre leur approche d'intervention face aux diverses prescriptions concernant la manière de travailler. L'agir des praticiens est normé, en partie, par leurs identités professionnelles. Les CSSS embauchent les praticiens selon leur statut professionnel, exigent que ceux-ci fassent partie de leur Ordre respectif et privilégient qu'ils soient individuellement polyvalents avec plusieurs approches. Toutefois, l'appartenance professionnelle ne semble pas être un facteur déterminant

dans l'orientation de l'agir des praticiens. Ces derniers choisissent leur approche d'intervention et sont ouverts aux approches complémentaires. Même s'ils nomment de manière claire leur identité professionnelle et leur spécificité dans l'équipe, les références à leur identité sont souvent courtes et brèves. De plus, les praticiens ont parfois des identités multiples. L'analyse de contenu a aussi permis de documenter les approches d'intervention mobilisées en santé mentale jeunesse. Je constate qu'il existe une diversité d'approches théoriques dans une discipline et que les praticiens puisent parfois dans différentes théories pour construire leurs récits de pratique. Enfin, les praticiens peuvent être très critiques de leur Ordre professionnel et ils présentent des expériences de travail très diverses (hôpitaux, autres équipes du CLSC et organismes communautaires). En résumé, la conception même de l'éclectisme est en tension : les questionnaires proposent un éclectisme chez tous les praticiens, alors que ceux-ci proposent plutôt un éclectisme dans une équipe. En effet, les praticiens utilisent l'éclectisme pragmatique comme une stratégie défensive qui leur permet de pratiquer selon leur manière de faire. Ils vont valoriser la multiplicité des manières de faire au sein de l'équipe. L'éclectisme pragmatique permet donc de contrer l'imposition d'une approche d'intervention prescrite par le CSSS ou les institutions professionnelles.

Mon analyse discursive de l'orientation des praticiens montre un bouleversement de leurs discours professionnels : plusieurs approches d'intervention se côtoient au sein d'une équipe et il n'est pas rare que des praticiens adoptent des notions liées à deux approches ou plus. L'orientation de l'intervention d'un praticien ne se retrouve donc pas nécessairement liée à son identité professionnelle. Les praticiens vont concevoir l'orientation de l'intervention en SMJ comme étant de l'éclectisme pragmatique et ils vont utiliser cette conception pour contrer la contrainte sur la manière de travailler. Je vais maintenant discuter des approches partagées par les praticiens en SMJ.

Selon ma recension des écrits, les approches d'intervention privilégiées en santé mentale jeunesse sont surtout des approches individualisées centrées sur les besoins spécifiques de chaque jeune. Les deux approches qui ressortent le plus dans mes lectures sont l'approche biomédicale et l'approche écosystémique. Selon Doucet (2014), tout le dispositif institutionnel en SMJ serait établi sur la base d'une logique développementale et de la socialisation de l'enfant (Doucet, 2014). Le paradigme dominant en SMJ est fortement influencé par les théories neurodéveloppementales et des thérapies cognitivo-comportementales qui mettent de l'avant un individu cognitif constitué d'un substrat biomédical (Doucet 2013). Les pratiques de l'approche biomédicale « sont essentiellement orientées vers le contrôle des symptômes pathologiques par le traitement psychotrope » (Perron, 2005 : 165). Très présente également, l'approche écosystémique porte son attention sur les contextes de vie du jeune, concevant la pathologie comme un processus dynamique de systèmes (Dionne, 2005).

Malgré l'orientation officielle des institutions, il y aurait de multiples approches à l'œuvre sur le terrain (Doucet, 2014; Demailly, 2011b, 2014; Ravon et Ion, 2012). Par exemple, Doucet (2014) constate la présence de trois schèmes logico-cognitifs dans la pratique en santé mentale jeunesse : fonctionnel, interprétatif et actanciel. Quant à Demailly (2014), elle constate que le champ de la santé mentale en France est écartelé entre le paradigme humaniste psychodynamique (la psychanalyse), qui est en difficulté, et le paradigme sécuritaire, qui insiste sur la dangerosité des malades et valorise la contrainte. Ce dernier paradigme cherche à renforcer les facteurs de protection de l'enfant et de leur famille, en diminuant les facteurs de risque. Au Québec, ce paradigme fait référence aux programmes d'intervention précoce. Selon Demailly, le paradigme sécuritaire forme l'orientation principale de la majorité des secteurs psychiatriques.

Mon analyse de contenu a identifié une série d'approches d'intervention utilisées par les praticiens. Les discours théoriques sont construits à partir de connaissances générées en sociologie, en psychologie et en sciences biomédicales. Les praticiens vont évidemment faire valoir des approches associées à leur groupe professionnel. Toutefois, certaines théories semblent traverser les deux équipes SMJ rencontrées : l'approche systémique (ex. évaluation qui tient compte de la dynamique familiale et des réseaux plus larges), l'approche psychodynamique (ex. adopter une démarche qui fait sens pour l'enfant), l'approche biomédicale (ex. évaluation centrée sur les symptômes et les diagnostics) et l'approche cognitivo-comportementale (ex. installer une routine et un encadrement pour les enfants anxieux). Il est fréquent de voir un praticien faire usage de notions découlant de différentes approches lorsqu'il décrit ses actions. Plusieurs extraits de verbatim démontrent ceci. Gilbert utilise l'approche systémique et la théorie de l'attachement avec les parents et les TCC avec les jeunes anxieux. Quant à Martine, elle privilégie le soutien et l'empathie avec la famille et les TCC avec les jeunes anxieux. Murielle parle de mariage de deux approches : « Très peu de gens travaillent maintenant... avec les concepts systémiques purs là, ça existe pas là. La plupart marient beaucoup la... [...] marient beaucoup la psychodynamique. » (Murielle)

Les approches d'intervention sont parfois vues comme étant des outils à la disposition des praticiens. La métaphore de la « boîte à outils » revient souvent dans le corpus : « [L]e CBT c'est un outil, c'est un marteau dans une boîte d'outil. C'est une façon d'arriver à ses fins, mais on ne fait pas juste ça avec une famille là... C'est un mélange d'outils qui est bon pour une famille. » (Dominique) Une variante est l'idée de prendre ce dont on a besoin et de délaissé le reste : « Ce n'est pas en contradiction. C'est peut-être juste ajouter... c'est ajouter à moi, à mon... heu... parce que je prends qu'est-ce que je suis à l'aise et je laisse qu'est-ce que je ne veux pas utiliser. » (Gilbert) Certains vont justifier cet éclectisme par la particularité de la

situation : « J'utilise beaucoup l'approche systémique. Ça dépend des situations des clients. Des fois, on va utiliser une approche plus behaviorale dans certaines situations avec les enfants. On va changer un comportement, ou apporter des choses. » (Roxann) Cependant, certains y voient une incohérence théorique à utiliser plusieurs approches :

« Ce qui ne marche pas, c'est quand les gestionnaires pensent que quelqu'un peut faire toutes les approches. Et là, de mon point de vue, ça, ça ne fonctionne pas. C'est des approches complexes, pis on ne peut pas tout maîtriser les champs. On ne peut pas être un peu TCC, un peu psychodynamique. On risque de mal faire tout à ce moment-là. » (Camille)

Les données confirment aussi l'hypothèse de Demailly (2014) concernant l'existence d'une tension entre l'approche biomédicale / TCC et la psychanalyse. Ces deux extraits démontrent bien cette tension chez les praticiens de première ligne :

« Mais c'est bien parce que, c'est comme, on peut peut-être avec certains cas comme l'anxiété ou la dépression, faire, je ne sais pas moi, quinze sessions, pis déjà tu vas voir des résultats, pis tu peux même le quantifier presque. C'est fantastique. Alors qu'avant, la psychodynamique, bien ça, c'était un peu plus... olé, olé. Ce n'est pas trop mesuré en tout cas. Mais ça donnait des résultats, aussi ça donne des résultats...

Q. Quand même?

R. Oui, c'est plus... c'est plus mou. » (Maurice)

« Je pense que c'est la nouvelle... la nouvelle mode là... la thérapie cognitivo-comportementale, c'est exactement ça. Les gens ont des problèmes dans leurs têtes ou leurs cognitions sont fausses pis il faut les changer. [inaudible - téléphone]. Même y a cette tendance-là à la formation que je suis actuellement. Tsé les gens y... y charment cette approche-là. Moi euh... non. Quand tu n'es pas bien, t'es pas bien. [...] Moi je trouve que c'est plus contextuel. Je suis formée comme ça. Ça ne veut pas dire que ce n'est pas intéressant à lire là... mais non. » (Murielle)

Malgré cette tension, les praticiens travaillent ensemble dans le même objectif, celui d'améliorer la condition symptomatologique de l'enfant.

En bref, l'activité des praticiens n'est pas nécessairement orientée par des savoirs disciplinaires exclusifs, ils font plutôt preuve d'un éclectisme pragmatique : ils vont amalgamer différentes notions théoriques, ils vont adopter leur approche à la situation particulière du jeune et ils ne vont pas hésiter à référer l'enfant vers un intervenant utilisant une autre approche (complémentarité). Enfin, les praticiens vont refuser d'adopter l'approche d'intervention prescrite en mettant de l'avant la multiplicité des approches au sein d'une même équipe de travail.

### **5.3.2 La collectivisation de l'activité**

Même si l'équipe de travail exerce une certaine force contraignante sur l'agir des praticiens, elle est surtout utilisée par ces derniers comme un contre-pouvoir au travail prescrit par l'organisation et la profession. En d'autres mots, je pense que les praticiens utilisent l'équipe (les savoirs collectifs et le travail réalisé en équipe) comme une stratégie d'action face au travail prescrit, permettant ainsi de dépasser les diverses contraintes. Mon cadre conceptuel, inspiré et emprunté de Yves Clot (2008), nous indiquait que c'est en se référant au genre professionnel d'une équipe de travail que les praticiens vont au-delà du travail prescrit. Le genre professionnel constitue un répertoire de connaissances et d'actions possibles. Ce répertoire se développe dans un contexte local et évolue dans le temps. Dans les deux équipes SMJ concernées, les praticiens mobilisent de temps à autre des savoirs collectifs pour penser et réaliser leurs actions. Ces savoirs ont été élaborés à travers les discussions d'équipe et les échanges avec les collègues. Les discours interdisciplinaires se distinguent alors des discours centrés sur la profession, régulés par les Ordres professionnels. Les interactions entre collègues permettent ainsi aux praticiens de s'appropriier le genre de

l'équipe, c'est-à-dire de développer un langage actionnel commun et de construire des connaissances transversales portant sur la santé mentale des jeunes.

L'analyse de contenu a démontré comment la structure organisationnelle même de l'équipe encadre les actions possibles des praticiens. L'évaluation, la discussion clinique et l'intervention se font généralement en équipe interdisciplinaire. L'équipe devient un fait réel qu'ils ne peuvent ignorer; elle constitue une sorte de cadre de pratique. Toutefois, elle est aussi perçue comme un contre-pouvoir au travail prescrit. En entrant en interaction constante avec leurs collègues, chacun réorganise l'activité prescrite selon le genre de l'équipe. En effet, les praticiens reconnaissent les compétences professionnelles de leurs collègues, les discussions interdisciplinaires leur permettent alors de complexifier leur compréhension des situations et de concevoir des pistes d'action plus appropriées. Du coup, l'équipe interprofessionnelle engendre un double mouvement chez les praticiens : le travail de tous est délimité par leur profession respective, mais les savoirs finissent par s'imbriquer et se transformer à travers les discussions d'équipe. Le genre professionnel des praticiens SMJ se situe donc entre une force collective et une force individuelle, c'est-à-dire entre les échanges interdisciplinaires et la réflexion de chacun. Les praticiens font preuve d'ouverture à l'interdisciplinarité tout en protégeant leur professionnalité face aux autres. Ils font un travail interpersonnel et intrapersonnel (Clot, 2008), c'est-à-dire qu'ils entrent en dialogue avec les autres et avec eux-mêmes (Bakhtine, 1984).

Dans une équipe interdisciplinaire, les discussions cliniques prennent une place très importante : elles permettent de confronter les hypothèses cliniques dans un environnement respectueux, ce qui exacerbe la réflexivité des praticiens et facilite le travail d'accordage entre collègues (Ravon, 2012). Des savoirs cliniques communs sont construits à travers ces discussions. De plus, les praticiens interpellent souvent leurs collègues pour voir comment ils travaillent ou pour leur demander leur avis sur

une situation, ils échangent avec eux. Lorsque les interactions entre collègues deviennent fluides, on assiste aussi à la construction de savoirs spécifiques à un milieu et à un partage des pratiques au sein de l'équipe. En œuvrant en SMJ, les membres de l'équipe ont développé certains savoirs, connaissances et habilités qui sont spécifiques à ce champ d'intervention. Ces savoirs forment peu à peu la mémoire collective du métier. Les échanges entre collègues permettent aux praticiens d'accéder aux savoirs du métier. Mis à leur disposition, ce répertoire d'actions possibles agit comme un réel contre-pouvoir à l'activité prescrite par l'institution ou la profession.

Ces savoirs du métier sont reflétés et traduits dans un langage actionnel commun, axé sur l'action appropriée à faire afin d'améliorer la condition symptomatologique du jeune et des liens familiaux. Tout d'abord, les praticiens prennent en compte dans leur évaluation les multiples dimensions des problèmes et des types de destinataires de l'intervention. Par exemple, ils vont décrire leur client par leur symptôme et ils vont parler des problèmes familiaux et sociaux que vivent les destinataires. Ils vont utiliser la notion de client lors des discussions formelles, alors que les notions d'enfant, jeune et parent sont privilégiées lors des discussions informelles entre collègues. Les praticiens partagent également une même façon de catégoriser la clientèle, ils la catégorisent selon leur clientèle par le type de symptômes, de dynamique familiale et de statut socio-économique. Ensuite, ils partagent une même attitude face au diagnostic. Malgré le langage symptomatologique généralisé et le discours sur la nécessité du diagnostic pour accéder à certains services spécialisés, plusieurs praticiens interviewés adoptent un discours critique des diagnostics. La critique ne vise pas le diagnostic en soi, ils s'inquiètent des conséquences négatives d'un diagnostic sur la vie de l'enfant et remettent en question le moment choisi pour entamer une telle démarche. Finalement, les praticiens ont une manière similaire pour parler des finalités de l'action : les actions menées par les intervenants en SMJ visent

à améliorer la situation de l'enfant ou de la famille. Le discours de l'amélioration est généralement associé à la diminution des symptômes de l'enfant. Ils adoptent également un langage relationnel et systémique lorsqu'ils parlent des finalités : le travail se fait sur l'individu, en lien avec son environnement; l'objectif est d'intervenir sur l'environnement afin de changer l'individu et d'adapter l'individu à son nouvel environnement. Les praticiens misent donc sur l'amélioration des liens entre les enfants et les parents, entre autres. Les discours sur les finalités insistent aussi sur l'autonomie de la personne afin qu'elle soit fonctionnelle dans la vie, sur l'importance d'offrir un espace pour que les enfants et les familles puissent s'exprimer, sur l'accompagnement des destinataires de l'intervention, ainsi que sur le sens que donnent les destinataires au problème qu'ils vivent et à la démarche thérapeutique. Les praticiens arrivent à bien articuler plusieurs de ces objectifs. Ainsi, les notions se complètent et un langage propre à la SMJ se révèle.

Comme mentionné ci-dessus, travailler en équipe génère aussi des tensions. Les controverses permettent de confronter les différentes perspectives et de délimiter le champ de l'action de chacun. Deux types de controverses sont ressorties de mes données. D'une part, les controverses se passent entre collègues de travail. Ces tensions interprofessionnelles portent généralement sur la manière de concevoir l'intervention. D'autre part, les controverses se passent avec les gestionnaires. Ces tensions portent sur la manière de travailler et les tâches à faire. Les contraintes organisationnelles exercées sur le travail réalisé en équipe peuvent nourrir un ressentiment envers les gestionnaires de la part de chez des praticiens. Les difficultés du travail sont souvent réorientées contre l'organisation (Ravon, 2009a). Les praticiens reprochent aux gestionnaires de cultiver l'instabilité dans l'équipe et de vouloir surencadrer le travail d'équipe. Cette analyse des controverses me permet d'affirmer que les discours des praticiens prennent appui sur le concept d'autonomie professionnelle et sur une conception clinique du travail d'équipe.

Certains praticiens utilisent le concept d'autonomie professionnelle pour contrecarrer les contraintes exercées sur leur pratique par l'équipe et les gestionnaires. Ce concept vient contrebalancer l'enthousiasme éprouvé par certains face au travail interdisciplinaire. Dans l'extrait suivant, l'autonomie professionnelle est associée au concept de responsabilité professionnelle : « Je trouve que justement, chaque professionnel est responsable de sa pratique professionnelle. Moi je ne vais pas dire à l'orthophoniste quoi faire... pis en ce sens là, elle non plus. » (Mylène) Elle sert également de support pour critiquer l'idée que toutes les connaissances deviendraient transversales et que les praticiens seraient interchangeables. Dans le prochain extrait, le concept d'autonomie professionnelle est utilisé pour défendre le développement des professions et réfuter le terme générique d'intervenant utilisé par les gestionnaires du CSSS :

« Pour ce qui est de l'autonomie professionnelle, bon... le problème... Ça c'est l'autre aspect. Y a une espèce de tradition un petit peu de... je dirais de confusion dans les fonctions des intervenants. On dirait qu'y a culture ici où un intervenant c'est un intervenant, qu'il soit travailleur social, pédopsychiatre... que tout le monde peut faire un peu n'importe quoi. Alors que dans les hôpitaux, moi toute ma carrière dans les hôpitaux, y avait une volonté de vraiment différencier les professions, pis de favoriser le développement de chacune des professions. Ici, ce n'est pas du tout, du tout valorisé. C'est même vu comme un problème. Si les psychologues veulent se réunir entre eux... cela a même été défendu par la direction ici. Parce que y ne conçoivent pas que... y voit ça comme une attaque à la multidisciplinarité, alors que ça n'a rien à voir. Pis l'idée un peu que tout le monde soit interchangeable là. Alors là, si... ça, ça rend certaines choses plus compliquées. Y a pas de souci de... d'excellence pour les professions. » (Camille)

Maude aussi relève une plus grande autonomie professionnelle à l'hôpital : « Au CHUM, je n'étais redevable à personne, je gérais mes horaires, et si je jugeais bon d'aller rencontrer tel milieu, ou de faire un partenariat avec telle personne, je ne le disais à personne. Et, j'avais donc 100% d'autonomie professionnelle. » (Maude)

Toutefois, l'autonomie professionnelle existe aussi en CLSC : « Pour moi, ce qui était intéressant en CLSC, c'était justement le fait que je trouvais qu'on a une autonomie pratique les psychologues. On a une autonomie professionnelle qui est encore préservée je trouve. » (Mylène)

La collectivisation de l'action constitue un contre-pouvoir des praticiens face aux contraintes organisationnelles et professionnelles. En fait, ces interactions interdisciplinaires créent un double mouvement chez les intervenants de première ligne en SMJ. D'une part, ils construisent un genre professionnel collectif (savoirs collectifs). D'autre part, ils défendent leur manière de travailler au nom d'une autonomie professionnelle. Les praticiens se retrouvent simultanément dans un mouvement collectif et affirmatif se réclamant de l'interdisciplinarité et un mouvement individuel défendant l'autonomie professionnelle. Le principe de l'autonomie professionnelle peut être utilisé dans une stratégie défensive protégeant les particularités professionnelles d'un praticien, mais il est avant tout une stratégie défensive face au contrôle gestionnaire de leur action. Les praticiens construisent des connaissances transversales en équipe, mais ils vont aussi promouvoir certains savoirs disciplinaires. Le rapport entre interdisciplinarité et autonomie professionnelle est constitutif des équipes SMJ. C'est ce qui leur permet de faire un contre-pouvoir aux contraintes professionnelles et organisationnelles.

### **5.3.3 La réorganisation de l'activité prescrite**

La troisième stratégie d'action utilisée par les praticiens est la réorganisation de leur activité. Cette stratégie est ici étudiée au niveau plus individuel que la précédente. Elle est spécialement utilisée pour dépasser les contraintes exercées sur la manière d'évaluer et la manière d'intervenir des praticiens. Le concept de réorganisation renvoie aux hypothèses théoriques développées par Clot et Faïta (2000) et Clot

(2008). Les individus ne reproduisent pas une activité, ils la recréent (Vygotski 1985). L'activité est une opération personnelle de l'activité; les employés s'approprient des prescriptions, et ils les transforment, créant ainsi de nouvelles actions (Clot et Faïta, 2000; Clot, 2008). En s'appropriant l'activité, en la façonnant à son être, ils arrivent à agir sur le réel. L'hypothèse théorique de Clot et Faïta (2000) et Clot (2008) a été très pertinente pour analyser mes données. Mon analyse discursive confirme la réorganisation de l'activité par les praticiens. Plus précisément, ils personnalisent l'activité prescrite et la réorganisent selon une conception clinique de l'intervention.

Les praticiens s'approprient des outils de travail et les façonnent à leur image. Ils modifient plus particulièrement les évaluations et les plans d'intervention. Plusieurs vont rejeter l'évaluation comme processus formel imposé aux destinataires de l'intervention. L'action d'évaluer est alors ajustée au style du praticien et aux particularités des destinataires. Les praticiens parlent de l'évaluation comme d'un acte personnel et non comme une activité objective. Ils ajoutent des parties à l'évaluation et en transforment d'autres. Plusieurs réalisent l'évaluation en plusieurs rencontres, ils prennent le temps nécessaire pour la réaliser. En ce qui concerne les ententes avec les destinataires de l'intervention, les professionnels réorganisent les ententes selon leur propre manière. Ils ne se sentent pas à l'aise d'initier un contact avec un nouvel usager par un plan d'intervention. Celui-ci est vu comme un outil simple et impersonnel. Au niveau de la composition du discours, il est important de noter que le pronom « je » et les verbes d'action sont dominants dans ce type de récit où la personne parle de ce qu'elle fait concrètement. On observe comment les praticiens travaillent avec les prescriptions : ils transforment constamment celles qu'on leur demande de faire pour les faire correspondre à leur manière d'intervenir. Ils détournent la norme prescrite et personnalisent leurs actions en vue de sa réalisation (Libois et Mezzena, 2009). Ils vont ainsi au-delà du travail attendu et font ce qu'ils pensent qui doit être fait.

Les praticiens se représentent autrement l'activité professionnelle et réinterprètent ainsi l'activité à faire. Plusieurs font appel au travail réflexif réalisé en équipe et à la relation thérapeutique avec les usagers. Leur activité n'est pas uniquement centré sur un symptôme, un comportement, encore moins sur des chiffres. La justification pour la réorganisation de l'activité s'appuie sur un discours clinique articulé autour des notions de décision clinique, de prise en compte du destinataire et de singularité de la situation. L'action est donc modulée par ces trois notions. Les praticiens parlent souvent de l'importance de la décision clinique sur l'action. Plusieurs justifient leur action par la décision clinique qui a été prise, en tant que professionnel et en équipe. La décision clinique est fondée sur le jugement professionnel ou la délibération clinique. Les intervenants font ce qui est approprié d'un point de vue clinique. Le jugement professionnel s'appuie sur le concept d'autonomie professionnelle. De plus, les praticiens insistent sur la nécessité de créer ou maintenir un lien de confiance avec le destinataire.

L'activité clinique nécessite également de tenir compte des destinataires de l'intervention. Ceci démontre que l'intervention se construit dans un rapport intersubjectif, c'est-à-dire dans un jeu dialogique entre deux personnes. M'inspirant de l'analyse bakhtienne du dialogue (Bakhtine, 1984; Clot, 2005), j'utilise le mot *destinataire* pour désigner ceux (usagers ou familles) auxquels l'intervention est destinée. Avant d'entreprendre une action, les praticiens en discutent avec les destinataires. Certains praticiens veulent que ces derniers participent activement à la prise de décision sur l'action à prendre. Ils veulent les inclure dans le processus d'intervention. Ils valident l'action avec eux. Les praticiens vont rechercher ce rapport dialogique parce qu'ils conçoivent leur activité comme étant relationnelle; ils font de la relation d'aide. L'activité clinique fait donc l'objet d'un dialogue et d'une négociation entre l'intervenant et la personne aidée. L'action n'est possible qu'à la suite d'une entente entre le praticien et le destinataire. Selon Schurmans (2013), il y a

un processus de négociation qui s'installe dans toute relation, surtout dans une relation d'aide. L'agir des praticiens est donc constamment en dialogue avec l'autre. Comme dirait Soulet (2003), il y a un dialogue continu avec le destinataire, tout au long de l'intervention.

Enfin, l'action des praticiens est modulée par la singularité de la situation. Selon ceux-ci, l'intervention est construite sur mesure afin que l'action soit ajustée à la situation particulière du destinataire de l'intervention. Comme le souligne Soulet (2003), l'agir est contraint par les caractéristiques propres des situations dans lesquelles il se déploie. L'évaluation des différentes caractéristiques provoque une réflexivité sur l'action à prendre. Selon mon analyse discursive, les caractéristiques peuvent être le type de famille, le type de problème ou les différents éléments d'une situation. Les praticiens mobilisent souvent le discours sur le « travail avec l'humain » pour résumer toute la complexité des situations et la diversité des éléments à tenir en compte. Toutefois, les particularités des familles semblent être le souci le plus marquant dans mes verbatim. Les praticiens s'intéressent beaucoup aux interactions des jeunes avec leur milieu et la situation des parents. Par exemple, une praticienne explique que le cadre de travail prescrit par l'institution ne convient pas à toutes les familles et qu'il faut faire preuve de flexibilité et s'adapter à leur situation.

Selon Soulet (2003), les intervenants apprécient le travail à faire selon les données sociales et psychosociales du client, en maintenant un dialogue continu avec celui-ci. Ils font usage d'une réflexivité en cours d'action et produisent des savoirs au cours de son intervention, variant selon le contexte du moment. Selon cette vision de l'intervention, l'activité clinique ne peut donc pas être prescrite ou standardisée. Soulet rajoute que le facteur d'incertitude vient exacerber notre réflexivité. En tenant compte des commentaires des destinataires et la singularité des situations, les praticiens interviewés font preuve de réflexivité.

### 5.3.4 La résistance à l'activité prescrite

« Alors est-ce que ça répond aux exigences, j'en sais rien. [rires] » (Murielle)

La quatrième stratégie d'action utilisée par les praticiens pour aller au-delà des contraintes organisationnelles est de leur résister et de les transgresser. La résistance peut se manifester contre l'ensemble des contraintes énumérées en début de chapitre. Cette stratégie d'action regroupe tous les discours et toutes les actions qui refusent d'agir selon le travail prescrit par l'institution, pouvant même aller à l'encontre des connaissances prescrites. Elle transforme le sens de l'activité et elle reconferme l'écart entre travail prescrit et travail réel. Elle démontre également que certaines pratiques sont irréconciliables entre elles. Les praticiens mettent en œuvre certaines pratiques sans les déclarer. Elles peuvent côtoyer ou remplacer les pratiques institutionnalisées. Ces « autres » pratiques permettent aux praticiens d'atteindre les objectifs d'intervention fixés avec les destinataires de l'intervention. La réorganisation de l'action représente une réinterprétation du travail prescrit par les acteurs, alors que la résistance représente le refus et la transgression. Toutes ces formes d'action ont en commun de résister au discours dominant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Toutefois, j'ai séparé cette stratégie en deux principaux types d'actions : les pratiques de résistance (refuser d'agir selon la prescription) et les pratiques silencieuses (agir au-delà de ou agir contre la prescription). Mon analyse démontre que les praticiens résistent surtout au nom d'un objectif clinique, de l'autonomie professionnelle et du maintien de la relation de confiance avec le destinataire de l'intervention. Elle démontre aussi que ce ne sont pas seulement des actes individuels; la résistance peut aussi être collective.

Il existe une littérature importante en psychosociologie explorant le phénomène de la résistance en milieu de travail (Castejon, 2009; Efros et Schwartz, 2009; Linhart,

2009). Efros et Schwartz (2009) définissent la résistance comme des actes, gestes et paroles qui sont « en apparence insignifiants et qui ne font l'objet d'aucune publicité, voire qui l'évitent soigneusement, subvertissent pourtant l'« ordre établi » » (p. 34). Selon eux, les milieux de travail constituent des « espaces potentiels de réappropriation active et de transgression de ce qui est prévu et admissible » (*ibid* : 40). Ces pratiques de résistance concrétisent donc une façon de *travailler autrement*. Castejon (2009) voit lui aussi dans les milieux de travail un lieu où s'exercent le contournement, l'écart, la non-obéissance à ce qui est prescrit (Castejon, 2009 : 28). Il propose d'analyser le « potentiel de subversion » dans les paroles, les gestes, mais également dans le silence ou le demi-mot (*ibid* : 30). Enfin, Linhart (2009) ancre la résistance des praticiens au travail prescrit dans les valeurs professionnelles, morales et sociales du collectif auxquelles ils appartiennent. Selon elle, les formes de résistance contemporaines sont plus personnelles, éloignées des enjeux sociaux et politiques de la société (Linhart, 2009). Je vais maintenant voir comment s'articulent les discours de résistance aux actions prescrites.

Les pratiques de résistance se rapportent à des actions qui refusent de mettre en œuvre les prescriptions. Mon analyse discursive a relevé que les praticiens résistent aux différentes contraintes : ils peuvent refuser d'utiliser les approches d'intervention prescrites, d'utiliser les outils standardisés, ainsi que d'accomplir certaines tâches bureaucratiques. L'activité prescrite peut donc être rejetée. Par exemple, plusieurs praticiens affirment que les gestionnaires font la promotion des TCC. Certains vont tout simplement l'ignorer, poursuivant sans rien changer à leur manière d'intervenir. Ils vont également en parler comme une pratique partagée au sein de leur équipe. Les professionnels voient cela comme une tentative de la part des gestionnaires d'exercer un plus grand contrôle sur leur action. Ensuite, le plan d'intervention n'est pas toujours complété. Certains praticiens vont même l'ignorer. Ils savent que cela est obligatoire, mais ils ne le font pas tous. Camille justifie son refus en invoquant la

primauté de maintenir la relation de confiance avec les destinataires. Il n'est pas le seul à ne pas le compléter. Un autre exemple est le refus de remplir certaines tâches bureaucratiques, telles que de donner son horaire au gestionnaire. Lorsque la mesure est évaluée selon une approche clinique, ils n'y voient aucun bienfait sur les destinataires. Au nom de l'autonomie professionnelle, certains praticiens ne répondent pas aux mesures de reddition de compte instituées par les gestionnaires.

En ce qui concerne la résistance en milieu professionnel, les données de mon analyse confirment ce que nous avons retrouvé dans la revue de littérature. Plusieurs chercheurs associent les mesures de reddition de compte et la promotion de thérapies courtes et peu coûteuses aux discours véhiculés par la Nouvelle gestion publique (Vallet Armellino, 2007; De Gaulejac, 2005, 2010; Couturier et Etheridge, 2012). L'objectif général de la NGP est d'améliorer l'efficacité des dispositifs de soins, tout en abaissant les coûts. Elle propose d'atteindre ces buts par la prescription d'approche d'intervention et des mesures de reddition de compte. Le discours dominant défend certaines approches d'intervention en se fondant sur des études sur les données probantes (Bogo, 2006). Ces études reflètent le paradigme positiviste dominant dans les professions contemporaines en santé et services sociaux (Bogo, 2006 : 10). Selon Bogo (2006), cette préoccupation favorise les modèles comportementalistes, puisque ceux-ci sont mieux traduits en des termes opérationnels. L'auteure soulève trois critiques pertinentes des études sur les données probantes : les critères utilisés excluent les clients présentant des problèmes et symptômes multiples; les personnes composant l'échantillon de ces études sont généralement favorables à l'approche privilégiée par l'étude; de telles études contiennent peu d'informations utiles pour les praticiens (quelles pratiques fonctionnent avec qui, dans quelles circonstances, etc.).

Quant aux pratiques silencieuses, elles regroupent tous les petits actes de résistance au quotidien et les pratiques qui passent inaperçues aux yeux de l'institution. Elles

nous rappellent que les praticiens sont plus que de simples exécutants de connaissances prescrites, ils sont aussi auteurs de leur pratique. Mispelblom (1981) définit les pratiques silencieuses comme des pratiques qui échappent au travail prescrit, fuyant le contrôle de l'action. Elles sont également appelées pratiques délinquantes (Soulet, 1997), déviantes (Carey et Foster, 2011) ou micro-transgressions (Efros et Schwartz, 2009). Soulet (1997) affirme que des intervenants laissent planer une opacité continue afin de ménager des marges de manœuvre. Efros et Schwartz (2009) affirment que les pratiques de résistance sont des critiques en actes et des transgressions microscopiques afin de transformer une situation. Les micro-transgressions ont donc une portée politique (Efros et Schwartz, 2009). Pour Carey et Foster (2011), les pratiques déviantes sont définies comme des actes de résistance mineurs, cachés, subtils, pratiques, astucieux et modérés, embourbés dans les parties du processus de travail, visant à résister et à miner les processus organisationnels normatifs. Dans leurs études, ils ont noté que les praticiens adaptent leurs comportements et leurs attitudes selon la situation. Ils ignorent les conseils, les directives, les procédures formelles et les prescriptions organisationnelles afin de faire face aux circonstances de l'intervention (Carey et Foster, 2011 : 583).

Les pratiques silencieuses sont donc des pratiques alternatives qui échappent au contrôle de l'institution et qui vont parfois à l'encontre des prescriptions organisationnelles. Mon analyse discursive a relevé que les praticiens valident cette stratégie d'action comme moyen de ne pas se conformer aux différentes contraintes. Elle est particulièrement utilisée pour contourner les contraintes administratives et celles exercées sur l'organisation de l'intervention. En effet, la manière de faire certaines tâches bureaucratiques ne respecte pas toujours les consignes administratives. La transgression des règles administratives semble être chose commune en SMJ. Puis, les praticiens vont parfois au-delà de leur mandat. Par exemple, ils ne vont pas nécessairement transférer les parents vers un autre service

lorsque l'intervention avec le jeune est terminée. Ils estiment que la relation de confiance avec les destinataires et la continuité sont plus importantes que les règles du CSSS. Ce geste ne respecte pas la division des services en CSSS. Aussi, ils peuvent prolonger les interventions avec certains destinataires ou intervenir auprès des personnes sans-statut. Enfin, mon analyse a repéré l'existence de pratiques parallèles. Les praticiens vont parfois réaliser deux pratiques en même temps, une qui respecte la prescription et l'autre qui l'ignore. La première répond aux exigences professionnelles de l'institution et la deuxième correspond à l'objectif fixé par le praticien et le destinataire. Du coup, on ne pourra pas leur dire qu'ils n'effectuent pas leur travail. Les intervenant vont mettre en œuvre des pratiques qui font sens avec la situation, peu importe la prescription.

Les pratiques silencieuses sont des pratiques qui permettent d'aller au-delà du travail empêché par l'institution. Les règles et les prescriptions sont parfois vues par les praticiens comme un élément empêchant leur travail. En adoptant des pratiques silencieuses, ils se donnent des marges de manœuvre dans leurs actions. Ils se donnent des possibilités pour intervenir sur les problèmes que vivent les destinataires. Les pratiques silencieuses leur permettent donc d'aller au-delà des contraintes et de rendre possibles certaines actions. Elles sont des moyens utilisés par les praticiens pour contourner les consignes. Cet agir permet de *faire autre chose* afin de répondre aux besoins des usagers. D'après mon analyse, elles répondent au caractère indéterminé des situations d'intervention et agissent au niveau du quotidien.

#### **5.4 Conclusion de chapitre**

Mon objectif de recherche était de documenter les différentes formes de contrainte sur l'action des praticiens, et ceux-ci vont au-delà des contraintes afin de faire leur travail. Mon analyse discursive a exploré le travail possible des praticiens. J'ai

constaté que les contraintes organisationnelles sur l'action induisent une dissonance chez ceux-ci et qu'ils ne sont pas toujours d'accord avec les différentes prescriptions. Pour résoudre ce problème de dissonance, les praticiens peuvent adopter quatre stratégies d'action possible : ils mettent de l'avant un éclectisme pragmatique au sein de l'équipe, ils collectivisent l'activité, ils réorganisent l'activité prescrite ou ils adoptent des pratiques déviantes et de résistance. Cette analyse sur les stratégies d'action des praticiens confirme l'hypothèse avancée par Clot (2008) et Clot et Faïta (2000), et reformulée par Marie-Chantal Doucet, c'est-à-dire qu'il existe bel et bien un écart entre le travail prescriptif des CSSS et le travail réel des praticiens. Les discours utilisés pour justifier ces stratégies d'action se fondent énormément sur une conception du travail de type clinique et interdisciplinaire. Une certaine logique d'action se dessine manifestement des données de mes analyses : les praticiens conçoivent leur agir comme une activité clinique et lorsqu'ils rapportent que l'institution ou la profession imposent des contraintes sur leur activité, plusieurs vont tout simplement résister en trouvant des stratégies pour contrer ou contourner celles-ci. Mon analyse confirme aussi l'hypothèse de la réorganisation de l'activité. L'action passe par plusieurs étapes entre ce qui est prescrit et ce qui est fait concrètement. Elle est réorganisée par les praticiens par rapport à la situation qu'ils ont en face d'eux et elle est définie par les différents acteurs qui sont impliqués dans cette relation. Dans un langage plus constructionniste, je dirais qu'il y a tout un système d'interactions en place dans chaque situation d'intervention et que les actions découlent de tous ces échanges. Les interactions se déroulent entre les collègues, entre les praticiens et les gestionnaires, ainsi qu'entre les praticiens et les destinataires de l'intervention. La mise à jour des interactions dévoile les divergences et contingences de conception de la situation (Loriol, 2012a). L'action peut passer à travers plusieurs processus : elle est réorganisée, elle est collectivisée et elle est modulée selon la situation des destinataires.

L'action des praticiens est principalement orientée par une conception clinique et interdisciplinaire de leur activité et ils utilisent plusieurs stratégies d'action face aux contraintes exercées par l'institution et la profession. Les discours puisent dans ces représentations de l'activité pour affirmer dans leurs discours leur désaccord face à l'approche gestionnaire du travail, pour mettre de l'avant un éclectisme pragmatique, pour collectiviser l'activité, pour réorganiser l'activité prescrite et pour résister et mettre en œuvre des pratiques parallèles. Comme l'écrit Doucet (2014), l'action des praticiens s'exerce au sein d'une tension entre les discours objectifs et une force liée aux modulations de la subjectivité et de l'intersubjectivité. Mon analyse discursive nous confirme que l'action des praticiens s'exerce au sein d'une tension entre un discours dominant de l'institution fondé sur une approche gestionnaire du travail et un discours fondé sur une approche clinique qui tient compte des destinataires de l'intervention et reconnaît une personnalisation de l'action. La particularité d'une situation est un argument suffisant pour qu'un praticien mette en œuvre une pratique non conforme. Selon Bogo (2006), les praticiens travaillent avec des contingences, des exceptions et des imprévus et ils utilisent seulement les théories dans la mesure où cela les aide à comprendre des circonstances individuelles et uniques (p. 13). Les connaissances disciplinaires ne suffisent pas à la réalisation de l'action. Bogo affirme qu'il est impossible de complètement prédire les résultats d'une intervention (*ibid* : 11), comme le suggèrent les protocoles d'intervention standardisés. Elle suggère plutôt de prendre en compte les conséquences des facteurs contextuels et de travailler avec la complexité de la situation (*ibid*). Le travail d'équipe et l'interdisciplinarité permettent d'étendre les possibilités d'action des praticiens.

L'activité clinique des praticiens s'appuie autant sur un genre de discours élaboré en équipe de travail interdisciplinaire que sur leurs appartenances professionnelles. Les discussions d'équipe et les échanges interpersonnels ont permis de développer ce genre de discours, perceptible à travers le langage commun et les connaissances

transversales mobilisées en entrevue. À travers les interactions avec les collègues, les praticiens s'ouvrent aux diverses perspectives et génèrent de nouvelles connaissances. C'est ainsi qu'un genre propre à l'équipe prend forme et se met à la disposition de tous ses membres. Ce répertoire de connaissances communes aux praticiens les soutient dans leur réflexion quant à l'action à prendre dans telle ou telle situation. En SMJ, l'agir des praticiens se retrouve toutefois entrecroisé entre une activité clinique réalisée en équipe interdisciplinaire et une demande de reconnaissance de leur autonomie professionnelle. En effet, lorsque les praticiens se sentent forcés d'agir selon une approche, ils se replient sur le concept d'autonomie professionnelle.

Mes objectifs étaient de comprendre comment les dispositifs normatifs orientent l'action des praticiens et comment ces derniers créent des marges de manœuvre pour leur action. Mon analyse de contenu montre que l'action des praticiens est orientée, en partie du moins, par les différents dispositifs normatifs. Toutefois, mon analyse discursive nous a permis de dégager comment plusieurs pratiques se démarquent des prescriptions. Je pense que l'action est surtout orientée par le genre de discours élaboré en équipe, c'est-à-dire par une activité clinique réalisée en équipe interdisciplinaire qui respecte l'autonomie professionnelle de chacun des praticiens. Doucet (2014) avait donc vu juste lorsqu'elle a écrit que le rapport à l'action des praticiens SMJ s'effectue en fonction de la situation des sujets, des appartenances professionnelles et encadrements organisationnels, et du genre d'activité dans une équipe de travail donnée (p. 256).

## CONCLUSION

Ce mémoire examine l'écart entre le travail prescrit et le travail réel dans l'activité rapportée par les praticiens œuvrant en SMJ, en cernant d'une part les thèmes identifiés par les praticiens liés aux dispositifs normatifs, et d'autre part en analysant les discours et les stratégies d'action mobilisés par ces mêmes praticiens pour dépasser les contraintes issues de ces dispositifs. Mon but était de documenter les catégories orientant l'agir des praticiens et d'expliquer comment ceux-ci réorganisent l'activité prescrite. D'abord, l'analyse de contenu me permet d'affirmer que les dispositifs normatifs identifiés dans mon modèle d'analyse thématique existent bel et bien au sein du corpus recueilli. En d'autres mots, l'encadrement organisationnel, les appartenances professionnelles et l'équipe de travail orientent l'activité des praticiens en SMJ. Ce sont des catégories sociales qui structurent l'action des praticiens. Douze thèmes ont été identifiés par mon analyse de contenu des verbatim. Dans un premier temps, le CSSS encadre l'activité des praticiens de quatre façons : le contexte politico-légal, les normes organisationnelles, les prescriptions organisationnelles et l'organisation du travail. Dans un deuxième temps, il existe quatre manières par lesquelles l'appartenance professionnelle influence l'agir des praticiens : l'identité professionnelle, l'orientation de l'intervention, l'Ordre professionnel et le développement professionnel. Dans un troisième temps, l'équipe oriente l'agir des praticiens de quatre autres manières : les modalités de l'équipe, les dynamiques de l'équipe, les tensions au sein de l'équipe et le partenariat avec les autres acteurs du milieu.

Ensuite, l'analyse me permet d'affirmer que les CSSS exercent parfois des contraintes importantes sur l'agir des praticiens. Toutefois, ces derniers ont développé des stratégies d'action pour y faire face. En effet, le CSSS peut constituer un cadre de pratique assez contraignant. En travaillant en milieu institutionnel, les praticiens doivent accomplir certaines tâches et répondre à certaines exigences. Quatre types de contraintes sur l'action ont été relevées : les contraintes exercées par les gestionnaires des CSSS sur la manière de travailler, les contraintes exercées sur la manière d'évaluer, la contrainte administrative sur l'activité et la contrainte organisationnelle sur l'activité. La première forme de contrainte fait référence au contrôle normatif exercé par l'institution sur l'agir des praticiens lorsque les gestionnaires préconisent des approches de travail spécifiques et tentent de baliser le processus d'intervention. La deuxième forme de contrainte se rapporte aux différents outils standardisés prescrits en matière d'évaluation et de planification de l'intervention. La troisième forme de contrainte est la contrainte administrative, plus particulièrement les tâches administratives auxquelles les praticiens sont obligés astreints. La quatrième forme de contrainte est liée à l'organisation des services en CSSS et la structure organisationnelle avec laquelle les praticiens doivent conjuguer.

Ces contraintes induisent de la dissonance chez plusieurs praticiens, surtout chez ceux qui se représentent l'activité autrement. Les discours dominants sur l'intervention se fondent sur une conception biomédicale et cognitivo-comportementale de l'individu et une gestionnarisation de l'activité. Ces discours dominants se heurtent aux discours cliniques des praticiens, fondés entre autres sur les principes de la décision clinique, la prise en compte des destinataires et la singularité des situations. Les praticiens se sont montrés très critiques des contraintes organisationnelles et des diverses prescriptions. Mon analyse a également révélé que la relation qu'entretiennent les praticiens avec leur appartenance professionnelle et l'équipe de travail est plus

ambivalente. En fait, l'équipe est parfois vue comme une contrainte, mais elle est généralement perçue comme un contre-pouvoir face à l'activité prescrite, car elle favorise la construction de savoirs transversaux développés en équipe et l'usage d'un langage actionnel propre aux équipes. En ce qui concerne l'appartenance professionnelle, l'analyse a démontré comment, dans certains cas, l'identité professionnelle et les savoirs disciplinaires exclusifs pèsent peu dans la balance lors d'une intervention, tout en étant toujours présents comme catégories. La relation avec l'Ordre professionnel est également ambivalente : celui pouvant autant représenter une contrainte à l'action qu'un outil pour éviter de réaliser le travail prescrit par le CSSS.

Quatre formes de dissonances ont été relevées dans le discours des praticiens : une dissonance au niveau de la manière de travailler et de concevoir l'activité, une dissonance sur la manière d'évaluer, une dissonance sur la pertinence des tâches administratives et une dissonance sur la manière d'organiser les services. Premièrement, certains praticiens émettent leur désaccord face à l'approche gestionnaire du travail et défendent plutôt une approche clinique du travail à faire, celle-ci étant fondée sur les savoirs professionnels, l'échange interdisciplinaire et la prise en compte de la singularité des situations. Deuxièmement, des praticiens remettent en question l'utilisation d'outils standardisés et vont plutôt privilégier le lien de confiance et une évaluation personnalisée de longue durée et adaptée à leur approche d'intervention. Troisièmement, les cibles fixées par les gestionnaires sont qualifiées d'irréalistes par certains praticiens. Finalement, ces derniers affirment que les services offerts par le CSSS sont inadéquats avec la réalité des cas multiproblématiques et que la structure n'assure pas toujours le bien-être des destinataires de l'intervention.

Pour résoudre ce problème de dissonance, les praticiens mettent en œuvre quatre stratégies d'action qui leur permettent d'aller au-delà des contraintes organisationnelles et d'ainsi faire correspondre leurs actions à leur propre conception de l'activité. L'analyse discursive des actions a démontré que les praticiens possèdent un pouvoir d'agir sur le réel du travail. En effet, ils peuvent transformer ou réorganiser l'action prescrite. Ils peuvent également agir autrement de ce qui est prescrit. Les quatre stratégies d'action sont : l'éclectisme pragmatique, la collectivisation de l'activité, la réorganisation de l'activité prescrite et la résistance à l'activité prescrite. L'éclectisme pragmatique (la multiplicité des approches au sein de l'équipe) est utilisé par les praticiens comme une stratégie pour défendre leur approche d'intervention. Ensuite, la collectivisation de l'action en équipe de travail (les interactions menant vers la construction de savoirs collectifs) constitue une forme de contre-pouvoir au travail prescrit par l'organisation et la profession. La troisième stratégie d'action est la réorganisation de l'activité : les praticiens s'approprient des outils de travail et modulent leurs actions selon différentes notions (la décision clinique, la prise en compte des destinataires de l'intervention et la singularité des situations). Les praticiens réorganisent l'activité prescrite selon leur propre conception du travail. Enfin, ils vont parfois résister ou transgresser les contraintes organisationnelles. En d'autres mots, ils refusent d'agir selon les prescriptions. Ces pratiques peuvent côtoyer ou remplacer l'activité prescrite. En adoptant une ou plusieurs de ces stratégies d'action, les praticiens se donnent des marges de manœuvre dans leurs actions.

En adoptant une démarche de constructionnisme social (Burr, 2003; Gergen, 2005; Loriol, 2010, 2012a; Berger et Luckmann, 1986) et en m'inspirant d'une perspective dialogique (Bakhtine, 1984; Clot, 2005; Boutet, 2005), ce mémoire explique comment les membres d'une équipe de travail construisent des savoirs collectifs et

des pratiques d'intervention propre à leur champ d'intervention. De plus, la perspective de l'action située en contexte (Vygotski, 1985) permet de saisir le contexte historique et culturel dans lequel se déroulent les interactions entre collègues. Cette analyse sur les stratégies d'action des praticiens confirme l'hypothèse avancée par Clot (2008) et Clot et Faïta (2000), et reformulée par Marie-Chantal Doucet, selon laquelle il existe un écart entre le travail prescriptif des CSSS et le travail réel des praticiens. L'écart se crée lorsque ces derniers interviennent auprès des usagers en mettant en œuvre des stratégies d'action se démarquant de l'activité prescrite. Mon mémoire a permis de mettre en évidence la manière dont les praticiens s'approprient l'activité et réalisent des actions qui vont au-delà des contraintes organisationnelles.

### **Limites de l'étude et pistes de recherche**

Le contexte de la recherche est celui d'entretiens effectués avec des praticiens de première ligne en santé mentale jeunesse dans deux CSSS de Montréal. Cette recherche explore les thèmes heuristiques de l'encadrement organisationnel, des appartenances professionnelles et de l'équipe de travail retrouvés dans ces verbatim d'entretiens. Les entretiens ont été effectués suite à la mise en place des équipes SMJ dans ces deux CSSS. Qu'en serait-il maintenant alors que les équipes sont bien établies? Répondraient-ils de la même manière? Or, les résultats de mon étude pourraient soutenir les réflexions des praticiens sur l'activité qu'ils réalisent. Que penseraient les praticiens des résultats d'analyse? Que ressortirait-il d'une discussion de ces résultats en groupe? Et, est-ce que le travail représenté dans les entretiens correspond à ce qui est fait réellement avec les destinataires de l'intervention?

Les résultats de cette analyse sont issus d'une analyse de données secondaires. Les notions de contraintes et de stratégies d'action ne faisaient pas partie intégrante de la recherche initiale. Il serait pertinent d'approfondir ces aspects du travail avec les praticiens, c'est-à-dire de travailler avec la parole des praticiens sur ce qu'ils pensent de l'activité prescrite et sur la manière dont ils réorganisent leurs actions. Une telle piste de recherche est pertinente car il existe très peu de textes sur le sujet. En effet, l'analyse des actions et des discours en situation de travail est une démarche de recherche peu pratiquée au Québec. Des entretiens plus en profondeur et de l'observation directe des interventions des praticiens me semblent des pistes hautement prometteuses. Une telle démarche pourrait inclure un cadre conceptuel interactionniste socio-discursif (Bronckart, 2004, 2009; Fillietaz et Bronckart, 2005). Il serait également pertinent d'explorer les genres de discours dans les récits de pratique et de dégager les stratégies d'action en cours d'action. Toutefois, l'observation des interactions praticiens-destinataires est une tâche compliquée dans les métiers de la relation d'aide, puisqu'il s'agit d'utilisateurs en situation de vulnérabilité, dans notre cas, des enfants potentiellement aux prises avec des problèmes de santé mentale. La question de la confidentialité se pose aussi comme barrière potentielle à ce type de recherche. Il serait tout de même possible d'analyser la manière dont les praticiens parlent des contraintes à l'action et des stratégies d'action. Pour cela, il faudrait entreprendre des entretiens plus spécifiques qui auraient comme objectif d'analyser plus à fond l'activité langagière des praticiens de SMJ ou d'un autre service.

### **Les principaux apports du mémoire**

Cette étude pourrait être reçue avec une certaine méfiance, étant donné qu'elle repose sur des données secondaires et qu'elle porte sur une partie des thèmes abordés en

entretien. La majorité des extraits d'entretiens reproduits dans mon mémoire, qui ont servi à soutenir mes propos, ne forment pas toujours des textes continus sur les sujets analysés. En effet, il n'était pas toujours évident de cerner les types de discours présents dans les verbatim. De plus, la discussion théorique sur les catégories retenues pour mon étude (encadrement organisationnel, appartenances professionnelles, équipe de travail) mériterait d'être conceptualisée davantage, notamment par la réalisation d'entretiens uniquement sur ces trois thèmes, ce qui permettrait d'obtenir des textes clairs et étoffés. Néanmoins, ces lacunes ont été en partie contrebalancées de trois manières. Tout d'abord, les données empiriques de la recherche initiale sont d'une telle richesse que je n'aurais pas pu faire mieux dans le cadre d'un mémoire de maîtrise. Ensuite, mon codage a été fait de manière systématique sur l'ensemble des données, constituant pour la plupart de très longs verbatim. Cela a engendré une assez grande quantité de codes, et j'ai pris le temps nécessaire afin de bien structurer les données. Enfin, mon analyse discursive a décortiqué les détails des réponses, tentant de mettre en évidence l'implicite derrière les propos. Ma recherche devrait donc être vue comme une recherche exploratoire contribuant à la démarche générale d'analyse des actions et des discours en situation de travail.

Certaines personnes pourraient aussi critiquer la pertinence de rassembler les trois thèmes heuristiques et la cohérence analytique entre ces catégories. Comme le démontre mon mémoire, ces trois dispositifs orientent l'activité des praticiens. Ce sont des forces sociales qui agissent sur l'individu de l'extérieur, mais aussi de l'intérieur. Ces thèmes se prêtent bien à une analyse sociologique selon une perspective de construction sociale de la réalité (Berger et Luckman, 1986). D'ailleurs, ces phénomènes sociaux démontrent parfaitement bien la logique analytique dynamique : les praticiens créent des pratiques d'intervention, certaines

pratiques se voient objectivées par les institutions, les praticiens sont orientés par les pratiques institutionnalisées, et ainsi de suite.

Toutefois, la force principale de mon mémoire est la documentation des stratégies d'action mises en œuvre par les praticiens. L'analyse discursive permet d'examiner comment les praticiens s'approprient et se distancent de certains éléments de l'activité collective de travail. Elles n'ont pas été passées sous silence. Carey et Foster (2011) mentionnent que les praticiens se gardent d'en parler publiquement afin de protéger leur pouvoir d'agir contre les tentatives de contrôle de leur action par l'institution. C'est pour cela que mon mémoire ne porte pas sur ces pratiques d'un point de vue normatif. Mon étude démontre comment les prescriptions et les protocoles d'intervention sont bien souvent intenable face à la réalité pratique. Je m'inscris dans une démarche affirmative portant sur la nécessité de faire face à la réalité de la pratique et de se donner les moyens, comme praticiens, de travailler avec l'imprévu, les changements de positions en cours d'action, la particularité des destinataires et la singularité des situations. L'objectif d'aborder de front les stratégies d'action est d'alimenter la réflexion individuelle des praticiens, mais surtout d'alimenter la réflexion collective des équipes de travail.

Pour conclure, les effets de ma recherche sont multiples. Elle illustre l'utilité du cadre conceptuel utilisé, inspiré de la démarche d'analyse des actions et des discours en situation de travail. Il a également été construit à partir de l'hypothèse théorique avancée par Clot (2008) et Clot et Faïta (2000), et reformulée par Marie-Chantal Doucet, celle de la réorganisation de l'action et du postulat de l'écart entre travail prescrit et travail réel. Ce cadre conceptuel m'a amené à documenter l'activité prescrite par les différentes institutions et à explorer comment les praticiens travaillent réellement. Par une lecture renouvelée des œuvres de Vygotski et de

Bakhtine, plusieurs auteurs (Clot et Faïta, 2000; Clot, 2005, 2008; Boutet, 2005) théorisent aussi les concepts de *genre professionnel* et de genre de discours. Ces concepts sont très utiles pour étudier la spécificité d'une équipe de travail, incluant les interactions et les dialogues des individus (avec les autres, soi-même et le métier) et la transformation de la manière de travailler des individus dans le temps et dans un lieu donné. Le travail prescrit n'est pas seulement un soutien pour les nouveaux employés, il est un élément constitutif du travail. Les échanges interpersonnels sur le travail, les controverses, le questionnement intrapersonnel, la mémoire collective, tous ces éléments du terrain viennent s'ajouter au travail prescrit et le complexifier. C'est du moins ce que je pense. Enfin, ce cadre conceptuel permet également de contribuer aux recherches participatives et au développement des groupes d'analyse des pratiques dans les différents milieux de travail. Ces espaces permettraient aux praticiens de discuter, entre autres, des protocoles d'intervention et de la rigidité des contraintes, de l'existence de l'imprévisibilité et de l'incertitude, etc. Je pense donc qu'une instance de réflexion sur les pratiques, intégrée aux institutions tout en étant semi-indépendante de celles-ci, soit la meilleure façon d'atteindre une cohésion d'équipe et d'avoir un impact positif sur les destinataires de l'intervention. Les groupes d'analyse des pratiques ouvrent la possibilité d'analyser l'activité langagière des praticiens, d'échanger sur l'interdisciplinarité, d'aborder les controverses avec un certain recul et de faire le travail d'accordage des points de vue divergents (Ravon, 2009a, 2009b). Les praticiens ont déjà tout ce qu'il faut pour analyser leur activité, il ne suffit qu'à leur donner le temps et l'espace nécessaires pour le faire.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anonyme. (2011). *Le manifeste du Récifs*. Récupéré le 1 novembre 2016 de [http://riocm.ca/assets/files/Mardis%20RIOCM/Manifeste%20du%20RECIFS\\_25\\_05-2011.pdf](http://riocm.ca/assets/files/Mardis%20RIOCM/Manifeste%20du%20RECIFS_25_05-2011.pdf)
- Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*, Paris, Gallimard, 400 p.
- Berger, P. et Luckmann, T. (1986). « Les fondements de la connaissance dans la vie quotidienne », *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Kleinienne, 31-68.
- Berquin, A. (2010). « Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », *Rev Med Suisse*, vol. 6, n° 258, 1511-1513.
- Bogo, M. (2006). « The Context of Practice », *Social Work Practice; Concepts, processes, and Interviewing*, New-York, CUP, 3-34.
- Bouchard, C. (1987). « Intervenir à partir de l'approche écologique: au centre, l'intervenante », *Service social*, vol. 36, n° 2-3, 454-477.
- Boutet, J. (2005). « Genres de discours et activités de travail », dans L. Filliettaz et J.-P. Bronckart (sous la direction de), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*, Louvain, Peeters, BCILL, 19-35.
- Breton, J.-J. (1993). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes: prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec.
- Bronckart, J.-P. (2004). « Pourquoi et comment analyser l'agir verbal et non verbal en situation de travail? », dans J.-P. Bronckart & Groupe LAF (sous la direction de), *Agir et discours en situation de travail*, Genève, Cahiers de la Section des Sciences de l'Éducation, 12-144.

Bronckart, J.-P. (2009). « Les processus de construction des actions et leurs représentations en situation de travail. Présentation générale », dans S. Canelas-Trevisi (sous la direction de), *Langage, objets enseignés et travail enseignant*, Grenoble, Ellug, 17-18.

Burr, V. (2003). *Social constructionism*, New York, Routledge, 229 p.

Carey, M. & Foster V. (2011). « Introducing 'Deviant' Social Work: Contextualising the Limits of Radical Social Work whilst Understanding (Fragmented) Resistance within the Social Work Labour Process », *British Journal of Social Work*, vol. 41, 576-593.

Carle, M.-È., Kirouac, L. et H. Dorvil (2014). « La désinstitutionnalisation au Québec, 45 ans plus tard », dans M.-C. Thifault et H. Dorvil (sous la direction de), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec; 1930-2013*, Québec, PUQ, 141-178.

Castejon, C. (2009). « La résistance qui s'ignore », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol.1, n° 7, 19-32.

Clot, Y. (2005). « L'autoconfrontation croisée en analyse du travail: l'apport de la théorie bakhtinienne du dialogue », in L. Filliettaz et J.-P. Bronckart (sous la direction de), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*, Louvain, Peeters, BCILL, 37-55.

Clot, Y. (2006). « Clinique du travail et clinique de l'activité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, n° 1, 165-177.

Clot, Y. (2008) « Métier: du mot au concept », *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, 249-267.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 190 p.

Clot, Y. et Faïta, D. (2000). « Genre et style en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler*, n° 4, 7-42.

Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale (2004). *Accessibilité aux soins et services – clientèles jeunesse*, Rapport, Québec, 12 p.

Comité de la santé mentale du Québec. (1994). *Recommandation pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*, Québec: Gouvernement du Québec.

Couturier, Y. et Etheridge, F. (2012). « L'innovation impossible comme objet sociologique. Le cas de l'implantation d'un dispositif intégrateur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 53, 73-88.

de Carmago Grillo, S. V. (2007). « Épistémologie et genres du discours dans le cercle de Bakhtine », *Linx*, n° 56, 19-36

de Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion: idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, du Seuil, 275 p.

de Gaulejac, V. (2010). « La NGP: nouvelle gestion paraxodante », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 83-98.

Demaiilly, L. (2001). *Évaluer les politiques éducatives; sens, enjeux, pratiques*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 234 p.

Demaiilly, L. (2008). *Politiques de la relation*. Villeneuve d'Ascq, PUS, 373 p.

Demaiilly, L. (2011a). *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, 126 p.

Demaiilly, L. (2011b). « Les nouveaux managements et la question de l'autonomie professionnelle », *L'information psychiatrique*, vol. 87, n° 6, 467-474.

Demaiilly, L. (2014). « Pratiques de soin, pratiques de soi; Dynamiques et tensions dans les sociétés de la modernité avancée », dans M.-C. Doucet et N. Moreau (sous la direction de), *Penser les liens entre santé mentale et société; Les voies de la recherche en sciences sociales*, Québec, PUQ, 229-250.

Dionne, É. (2005). *La protection des jeunes aux prises avec des troubles mentaux: Organisation des services d'hébergement*, Beauport, Centre jeunesse de Québec, 95 p.

Dorvil, H. (2001). « Réinsertion sociale et regards disciplinaires », dans H. Dorvil et R. Mayer (sous la direction de), *Problèmes sociaux Tome II; Études de cas et interventions sociales*, Sainte-Foy, PUQ, 615-616.

Dorvil, H. (2005). « Nouveau plan d'action: Quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 41-42, 209-235.

Doucet, M.-C. (2011) « Problématisation des dimensions psychiques et sociales dans l'intervention, une perspective socioclinique », *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 17, n° 1, 150-174.

Doucet, M.-C. (2013). « Les agirs et les discours des praticiens de première ligne en santé mentale jeunesse: une connaissance composite », Colloque AIFRIS, Lille, France.

Doucet, M.-C. (2014). « Grammaire du métier de praticien de première ligne en santé mentale jeunesse », dans M.-C. Doucet et N. Moreau (sous la direction de), *Penser les liens entre santé mentale et société; Les voies de la recherche en sciences sociales*, PUQ, Québec, 251-276.

Doucet, M.-C. et Moreau, N. (2014). « Introduction », dans M.-C. Doucet et N. Moreau (sous la direction de), *Penser les liens entre santé mentale et société; Les voies de la recherche en sciences sociales*, Québec, PUQ, 1-8.

Duclos, C. Lebeau, A. et M. Guay (2013) « Étude des modes d'organisation des équipes de première ligne en santé mentale jeunesse en Montérégie », *Santé mentale au Québec*, vol. 38, n° 1, 61-80.

Efros, D. et Schwartz, Y. (2009). « Résistances, transgressions et transformations: l'impossible invivable dans les situations de travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 7, 33-48.

Eggerston, L. (2005). « Children's mental health services neglected: Kirby », *Canadian medical association journal*, vol. 173, n° 5, 471.

Ehrenberg, A. (2004).« Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, 77-88.

Fablet, D. (2004). « Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles: une visée avant tout formative », *Connexions*, vol. 2 n° 82, 105-117

Fablet, D. (2009). *Animer des groupes d'analyse des pratiques: pour une clinique des institutions sociales et éducatives*, Paris, L'Harmattan, 167 p.

Filliettaz, L. et Bronckart, J.-P. (2005), « Introduction », dans L. Filliettaz et J.-P. Bronckart (sous la direction de), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*, Louvain, Peeters, BCILL, 2005, 5-16.

Fleury, M.-J. (2002). « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 2, 7-15.

Fleury, M.-J. (2009). « Santé mentale en première ligne », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, 19-34.

Fleury, M.-J. et Acef, S. (2013). « Réformes du système de santé mentale. Tendances internationales et perspectives Québec-France », *Santé mentale au Québec*, vol. 38, n° 1, 17-41.

Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2004). « Historique et enjeux du système de santé mentale québécois », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 1, 21-38.

Gergen, K. J. (2005). *Construire la réalité: un nouvel avenir pour la psychothérapie*, Paris, du Seuil, 266 p.

Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*, Paris, PUF, 474 p.

Gignac, M. (2009). « Les multiples visages de l'opposition, conférence de la journée pédopsychiatrique régionale », Centre jeunesse Saguenay-Lac-Saint-Jean, *Quand la santé mentale a un air de trouble de comportement*, 6e conférence, 6 novembre 2009. Récupéré le 3 mai 2015 de <http://www.regroupement.net/6nov2009MartinGignac.pdf>

Healy, K. (2005). *Social work theories in context: creating frameworks for practice*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 238 p.

Houle, G. (1997). « L'histoire de vie ou le récit de pratique », dans B. Gauthier (sous la direction de), *Recherche sociale*, Montréal, PUQ, 287-393.

Institut de recherche en santé du Canada (2010). *L'accès et les temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents; Document d'information*, 56 p. Récupéré le 5 mai 2015 de [http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/policy\\_acces\\_et\\_les\\_temps\\_dattente.pdf](http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/policy_acces_et_les_temps_dattente.pdf)

Institut universitaire en Santé mentale Douglas. (2016). *Justice et santé mentale au Québec*. Récupéré le 9 septembre 2016 de <http://www.douglas.qc.ca/info/justice-sante-mentale>

Irwin, S. (2013). « Qualitative secondary data analysis: Ethics, epistemology and context », *Progress in Development Studies*, vol. 13, n° 4, 295-306.

Kirouac, L. et Dorvil, H. (2014). « Renouer avec sa santé et son image; La double peine des travailleurs qui s'absentent en raison d'un trouble mental », dans M.-C. Doucet et N. Moreau (sous la direction de), *Penser les liens entre santé mentale et société; Les voies de la recherche en sciences sociales*, Québec, PUQ, 49-72.

Lahire, B. (2004). *La culture des individus : dissonances culturelles et distinction de soi*, Paris, La Découverte, 777 p.

Larose, F., Terrisse, B., Lenoir, Y. et J. Bédard. (2004). « Approche écosystémique et fondements de l'intervention éducative précoce en milieux socio-économiques faibles. Les conditions de la résilience scolaire », *Brock Education*, vol. 13, n° 2, 56-80.

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail; contribution à la psychologie ergonomique*, Paris, PUF, 263 p.

Lesage, A et Edmond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 15 p.

Lhuillier, D. (2010). « Les risques psychosociaux: entre rémanence et méconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol 2, n° 10, 11-28.

Libois, J. & Mezzena, S. (2009). « L'analyse de l'activité comme espace démocratique de développement: approche clinique d'une situation professionnelle en travail social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 1, 125-138.

Loriol, M. (2010). « La construction sociale du stress: entre objectivation, subjectivité et régulations collectives des difficultés au travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2, n° 10, 111-124.

Loriol, M. (2012a). *La construction du social; Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*, Rennes, PUR, 214 p.

Loriol, M. (2012b). « Répertoire d'action et travail collectif dans l'activité des brigades de police-secours », *Les mondes du travail*, n° 11, 27-42.

Loriol, M. (2012). « Éthique et soins en milieu hospitalier: un regard sociologique », *EPU du centre hospitalier de Charleville. Groupe de travail sur l'éthique*. Charleville

Mézières, France. Récupéré le 25 février 2015 de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00702612>

Loriol, M. (2013). « Travail émotionnel et soins infirmier », *Santé mentale*, n° 23, 60-63.

Maisonneuve, J. et Pinel, J.-P. (2004) « Dialogue autour des groupes », *Connexions*, vol. 2 n° 82, 9-18.

Massé, L. (1999). « Le déficit de l'attention. Les troubles de l'affect, de la pensée et du comportement », dans E. Habimana, L.S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant, M. (sous la direction de), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent; Approche intégrative*, Boucherville, Gaétan Morin, 63-81.

Ministère de la santé et des services sociaux (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 62 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale: la force des liens 2005-2010*. Québec, Gouvernement du Québec, 97 p.

Mispelblom, F. (1981). « Pistes pour pratiques silencieuses: ébauche d'une méthodologie d'analyse-intervention socio-historique en travail social individuel », *Contradictions*, vol. 29, 71-100.

Nadeau, L., Rousseau, C., Séguin, Y. et N. Moreau (2009). « Évaluation préliminaire d'un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse à Montréal: Faire face à l'incertitude institutionnelle et culturelle », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, 127-142.

Organisation mondiale de la santé. (2001). *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la santé dans le monde*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 172 p. Récupéré le 6 mai 2015 de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1)

Otero, M. (2014). « Comment étudier la folie dans la cité; Spécificité et non-spécificité de la folie civile », dans M.-C. Doucet et N. Moreau (sous la direction de), *Penser les liens entre santé mentale et société; Les voies de la recherche en sciences sociales*, Québec, PUQ, 75-116.

Paillé P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3e éd., Paris, Armand Collin, 424 p.

Perron, N. (2005). « Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 18, n° 1, 162-175.

Poirel, M.-L. et Weiss, B. (2014). « Vous avez dit intégration? Incertitudes et tensions dans les représentations de l'intégration sociale dans les publications gouvernementales et les programmes sociaux au Québec », dans M.-C. Doucet et N. Moreau (sous la direction de), *Penser les liens entre santé mentale et société; les voies de la recherche en sciences sociales*, Québec, PUQ, 159-180.

Poirier, M. Gagné, J et H. Dorvil. (1989). « De l'État providence à l'État-limite: la nouvelle politique de santé mentale du Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, n° 1, 209-235.

Poupart, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques », dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (sous la direction de), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaétan Morin, 173-209.

Ravon, B. (2009a). « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales*, vol. 2, n° 152, 60-68.

Ravon, B. (2009b). « L'extension de l'analyse de la pratique au risque de la professionnalité », *Empan*, vol. 3, n° 75, 116-121.

Ravon, B. (2012). « « Refaire parler le métier »; Le travail d'équipe pluridisciplinaire: réflexivité, controverses, accordage », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2 n° 14, 97-111.

Ravon, B. et Ion, J. (2012), *Les travailleurs sociaux*, 8e éd., Paris, La Découverte, 125 p.

Rhéaume, J. et Sévigny, R. (1987). *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale, tome II*, Montréal, Saint-Martin, 214 p.

Rhéaume, J., Sévigny, R. et L. Tremblay (2000). *Sociologie implicite des intervenants en milieu pluriethnique*, Rapport de recherche.

Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson-Lafleur, J., Measham, T. et J. Broadhurst (2014). « La santé mentale jeunesse: un domaine à la croisée des chemins », *Santé mentale au Québec*, vol. 39, n° 1, 101-118.

- Sabourin, P. (2003). « L'analyse de contenu », dans B. Gauthier (sous la direction de), *Recherche sociale*, Québec, PUQ, 357-385.
- Schurmans, M.-N. (2013). « Négociations et transactions: Un fondement socio-anthropologique partagé », *Négociations*, vol. 2, n° 20, 81-93.
- Sévigny, R. (1985). « Santé mentale et processus sociaux », *Sociologie et sociétés*, vol. 17, n° 1, 5-14.
- Sévigny, R. (1986). « La construction sociale du champ de la santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 2, 13-20.
- Sévigny, R. (2009). « Sociologie clinique et schizophrénie en Chine postmaoïste: l'expérience de Lu Lu », *Sociologie et Sociétés*, vol. 41, n° 1, 125-158.
- Simard, P. et Berthiaume, N. (1998). « La recherche évaluative dans le réseau de la santé et des services sociaux en région éloignée. L'expérience de définition d'une évaluation du travail de rue en Abitibi- Témiscamingue », *Service social*, vol. 47, n° 1-2, 191-210.
- Soulet, M.-H. (1997). *Les transformations des métiers du social*, Fribourg, Éditions Universitaires, 312 p.
- Soulet, M.-H. (2003). « Penser l'action en contexte d'incertitude: une alternative à la théorisation des pratiques professionnelles? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, n° 2, 125-141.
- St-Amand, N. et Pinard, J.-L. (2014). « Psychiatriser la souffrance; La santé mentale au Nouveau-Brunswick », dans M.-C. Thifault et H. Dorvil (sous la direction de), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec; 1930-2013*, Québec, PUQ, 111-140.
- Thifault M.-C. et Desmeules, M. (2014). « Sortir de Saint-Jean-de-Dieu; Expériences de la désinstitutionnalisation, 1930-1976 », dans M.-C. Thifault et H. Dorvil (sous la direction de), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec; 1930-2013*, Québec, PUQ, 63-86.
- Thorne, S. (1998). « Ethical and Representational Issues in Qualitative Secondary Analysis », *Qualitative Health Research*, vol. 8, n° 4, 547-555.

Turgeon, J., Anctil, H. et J. Gauthier. (2003). « L'évolution du ministère et du réseau: continuité ou rupture? », dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (sous la direction de), *Le système de santé au Québec*, 2e éd., Sainte-Foy, PUL, 93-117.

Turgeon, J. et Bernatchez, J. (2003). « Les données secondaires », dans B. Gauthier (sous la direction de), *Recherche sociale*, Québec, PUQ, 431-468.

Vallet-Armellino, M. (2007). « Tomber juste. Des effets sur la clinique des nouvelles normes de gestion de la psychiatrie », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2 n° 4, 143-158.

Vygotski, L. (1985). *Pensée et langage*, Paris, Éditions sociales, 419 p.

Yardley, S. J., Watts, K. M., Pearson, J. et J. C. Richardson (2014). « Ethical Issues in the Reuse of Qualitative Data: Perspectives From Literature, Practice, and Participants », *Qualitative Health Research*, vol. 24, n° 1, 102-113.