

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

**LES EFFETS DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX EN GROUPES DE
MÉDECINE FAMILIALE SUR LEURS REPRÉSENTATIONS DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE**

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

À LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

ALAIN GENESSE

JUILLET 2025

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.12-2023). 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

Je tiens à remercier Marie-Chantal Doucet, professeure à l'École de travail sociale de l'UQAM et directrice de ce mémoire, qui m'a accompagné tout au long de ma démarche. Provenant du terrain, le défi premier que j'ai dû relever fut de changer ma posture d'intervenant social en une posture de chercheur dans le cadre d'un projet de maîtrise, afin d'avoir un regard neutre et global de l'objet de recherche. Nos échanges nourrirent mes réflexions et, avec courage, de nombreuses fois sur le métier j'ai remis cet ouvrage afin de l'améliorer.

Merci à l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux du Québec qui, en 2019, a facilité le recrutement par la publication de notre demande de participation dans son périodique. Il n'est pas aisé de recruter des participants à un projet de recherche et cela constitue un des nombreux défis à relever. Je remercie les participants de m'avoir partagé leurs expériences le temps d'une rencontre et d'avoir honnêtement répondu à mes questions. Un remerciement plus particulier à Alain Hébert travailleur social, chargé d'affaires professionnelles, et Marie-Lyne Roc travailleuse sociale, chargée d'affaires professionnelles de l'OTSTCQ pour m'avoir accordé une entrevue en janvier 2019 lors de ma recherche d'information au sujet de l'intégration des travailleurs sociaux en Groupes de médecine familiale.

Je tiens également à remercier mes proches, ma fille Marilou, mes fils Étienne et Julien et leur conjointe, Virgine et Opale, lesquels, chacun et chacune à leur façon, m'ont apporté écoute et soutien. Un merci tout particulier à Julien qui s'appliqua à commenter une version préliminaire de ce mémoire et qui me permit de pousser plus loin mes réflexions.

Bonne lecture.

NOTE AUX LECTEURS

L’auteur de ce mémoire reconnaît la grande prévalence des femmes dans l’exercice des métiers des soins de santé, de la santé mentale et des relations humaines, notamment en travail social.

Afin de faciliter la lecture de ce document, nous avons employé la forme masculine de divers dénominatifs. L’abréviation familière « TS » pour désigner les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux se veut être une appellation neutre et inclusive dans la rédaction de ce mémoire.

Pour les 50 prochaines années, je souhaite pour l'École l'exercice d'un leadership rassembleur dans le nécessaire repositionnement et renouvellement du travail social au Québec autour des enjeux suivants : 1. Le sens, la pertinence, voire l'efficacité du travail social ; 2. Le manque d'intégration de nos 3 méthodes (individuel, groupe, collectif) ; 3. Les limites d'une formation qualifiante sur 3 ans alors que toutes les autres professions sont sur 4 ans ; 4. Des leviers collectifs sous-utilisés et mal coordonnés (Ordre, syndicats, Écoles et départements de travail social, communautés de pratiques comme RQIIAC, RÉCIFS).

DENIS BOURQUE, professeur, Université du Québec en Outaouais

Histoire de l'École de travail social de l'UQAM, 2019

DÉDICACE

Je dédie ce travail à toute personne qui ose savoir,
et cherche à faire sens par la raison et
l'humanisme du chaos et du désordre.

AVANT-PROPOS

Nous avons amorcé cette démarche de formation à la maîtrise en travail social, il y a 12 ans, et dans ce même lieu, l'UQAM, où nous avons entrepris une formation universitaire 30 ans auparavant, avec une même curiosité et soif de connaissances. Déçu du peu de réflexion des divers acteurs en établissement sur l'agir professionnel, une démarche en deuxième cycle nous apparût être la voie à suivre afin de nous satisfaire.

La société québécoise a grandement évolué depuis 30 ans, chaque jour nous pouvons nous demander si ce fut toujours pour le mieux. Certes, le filet de la sécurité sociale est important au Québec, mais le clivage social ne cesse de s'accroître et les problèmes sociaux sont de plus en plus complexes. Ce mouvement semble irréversible dans un univers socioéconomique dorénavant globalisé.

À nos débuts en intervention sociale, nous avons trouvé une place à l'intérieur d'organisations communautaires en région, principalement du domaine de la santé mentale adulte alors émergeant, faisant de nous un témoin et un acteur des efforts communautaires et gouvernementaux à l'amélioration du bien-être des individus et des communautés. N'ayant pas de formation professionnalisante, nous avons évolué en marge du système professionnel d'alors, en questionnement quant à l'encadrement des métiers relationnels. Au cours des années, nous avons collaboré avec divers organisateurs communautaires de CLSC et représentant des milieux communautaires, à la réalisation de projets locaux d'envergure. Ces acteurs professionnels, travailleurs sociaux ou non, portaient une vision de la société qui correspondaient à nos aspirations. Cela nous amena à nous intéresser à l'exercice du travail social tout en prenant une distance critique face aux approches du domaine de la psychologie auxquelles nous étions formé au baccalauréat. Malgré tout, nous nous questionnions sur les fondements de ces discours en travail social qui nous semblaient surtout animés par un militantisme engagé que d'actions reposant sur des fondements théoriques.

C'est avec ces questionnements que nous avons amorcé ce travail de recherche, tel un observateur du système professionnel du domaine de la santé mentale et des relations humaines, de ses praticiens en action, tout en occupant des fonctions d'agent de relations humaines dans un des établissements du système de soins de santé et de services sociaux québécois en grande restructuration. Nos années d'expérience et cette position d'observateur en marge des professions nous ont vraisemblablement

permis d'avoir un regard plus libre et critique sur ces organisations, leurs référents théoriques et les pratiques de leurs représentants.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
NOTE AUX LECTEURS	iii
DÉDICACE	v
AVANT-PROPOS.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	xii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xiv
RÉSUMÉ.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 ÉTAT DES LIEUX.....	5
Profession, identité, travail social, système professionnel québécois et GMF.....	5
1.1 Sur les professions	5
1.1.1 Définition	5
1.2 Les formes sociohistoriques des professions	7
1.2.1 Le modèle français	7
1.2.2 Le modèle germanique.....	8
1.2.3 Le modèle libéral.....	9
1.3 Théories sociologiques sur les professions	10
1.3.1 L’approche fonctionnaliste	10
1.3.2 L’approche interactionniste	12
1.3.3 L’approche wébérienne.....	13
1.4 Sur l’identité	14
1.4.1 Définition de l’identité	14
1.4.2 Contribution de la sociologie et de la psychologie	16
1.5 Sur l’identité professionnelle	18
1.5.1 Changements sociaux incessants.....	18
1.5.2 Mutation de paradigmes du secteur social	19
1.5.3 Nature du travail social	20
1.5.4 Au sujet de la qualification et de la compétence.....	22
1.5.5 Le référentiel québécois des compétences en travail social.....	23

1.6	Bref historique de l'évolution du travail social québécois	25
1.6.1	La période confessionnelle	27
1.6.2	La professionnalisation.....	27
1.6.3	La redéfinition du contrat social québécois	28
1.7	Le contexte québécois des professions	29
1.7.1	Bref historique	29
1.7.2	Les professions à exercice exclusif et les professions à titre réservé	31
1.7.3	Deux identités professionnelles, un milieu de pratique	34
1.7.4	Modernisation du système québécois des professions	35
1.8	Les groupes de médecine familiale.....	36
1.8.1	La naissance des GMF	37
1.8.2	La structure clinico-administrative des GMF.....	39
1.8.3	Critiques du modèle GMF.....	40
CHAPITRE 2 PERSPECTIVES THÉORIQUES.....		44
2.1	Cadre conceptuel.....	44
2.1.1	L'étude des représentations sociales.....	44
2.1.2	Les représentations sociales : définition	45
2.1.3	Les théories de la représentation sociale.....	45
2.1.4	Les représentations professionnelles	46
2.1.5	Identité professionnelle et représentations.....	49
2.1.6	Thématiques à l'étude.....	50
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE.....		52
3.1	La question de recherche.....	52
3.2	Utilité de la recherche.....	53
3.3	Objectifs de recherche	53
3.4	Méthodologie de la recherche	53
3.4.1	La posture compréhensive	53
3.4.2	Sur la recherche qualitative.....	54
3.4.3	Théorie ancrée.....	56
3.4.4	Modalités d'entrevue et collecte de données	57
3.4.5	Méthodes de repérage des représentations professionnelles et analyse	57
3.4.6	Limites méthodologiques	58
3.5	Le terrain	59
3.5.1	Échantillon	59
3.5.2	Considérations éthiques.....	60
3.5.3	Recrutement.....	60
3.5.4	Profil des participants	61
CHAPITRE 4 REPÉRAGE DES REPRÉSENTATIONS ET ANALYSE DU CONTENU.....		65
4.1	Repérage des représentations.....	66
4.1.1	La construction d'un savoir professionnel	67

4.1.1.1	Les savoirs en action	67
4.1.1.2	Le savoir professionnel et les référentiels professionnels en travail social	70
4.1.1.3	Des considérants légaux à la pratique	74
4.1.1.4	Des pratiques réflexives	76
4.1.2	L'identification professionnelle	77
4.1.2.1	Une identité professionnelle diffuse.....	78
4.1.2.2	Une identité liée à l'institution	80
4.1.2.3	Une identité mise à l'épreuve.....	81
4.1.3	Orientation des conduites professionnelles.....	84
4.1.3.1	Un départ ardu, la perte de sens	84
4.1.3.2	Des collaborations interprofessionnelles?	86
4.1.3.3	La pratique du travail social en GMF.....	90
4.1.4	Justification de l'agir professionnel	94
4.1.4.1	Une liberté retrouvée.....	95
4.1.4.2	Allégeance au mandat du programme-service.....	96
4.1.4.3	Certaines conséquences à la pratique en GMF	97
4.2	Analyse des contenus.....	102
4.2.1	Éléments de forme du discours des participants.....	102
4.2.2	Axe 1 La pratique professionnelle du travail social	106
4.2.2.1	Contexte sociopolitique : Le paradigme de la santé publique québécoise et de l'action publique	107
4.2.2.2	Les référentiels en travail social professionnel québécois.....	111
4.2.2.3	Évaluation du fonctionnement social	116
4.2.3	Axe 2 Les milieux de pratiques GMF et l'organisation des services	118
4.2.3.1	Des collaborations délimitées : un continuum de pratiques.....	124
4.2.4	Axe 3 Les représentations professionnelles du métier de travailleur social en GMF.....	128
4.2.4.1	S'affirmer professionnel, ou une affirmation professionnelle de soi?	128
4.2.4.2	Une action distinctive?.....	135
4.2.4.3	Un rôle social particulier?.....	142
CHAPITRE 5	DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS	148
5.1	Un univers sémantique complexe	148
5.2	Quelques paradoxes de la profession.....	153
5.3	Effets du milieu GMF sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux.....	161
CONCLUSION		169
ANNEXE A	Référentiel de compétences en travail social.....	179
ANNEXE B	Tableau comparatif des activités partagées et réservées	183
ANNEXE C	Les 6 voies de la professionnalisation	184
ANNEXE D	Modèles de professionnalisation*	185
ANNEXE E	Sondage SOM 2018 sur la perception de la qualité du service en santé mentale et relations humaines par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux *	186

ANNEXE F Référentiel national de compétence en matière d’interprofessionnalisme.....	187
ANNEXE G Continuum de pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et service sociaux..	188
ANNEXE H Les programmes services québécois (2004).....	189
ANNEXE I Les interventions qui s’apparentent à la psychothérapie	190
ANNEXE J Questionnaire d’entretien.....	192
ANNEXE K Exemple de protocole de prise en charge en situation d’idéation suicidaire d’un GMF	195
ANNEXE L Conception de la réflexivité dans les métiers relationnels	196

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1 : Démarche d'analyse des représentations professionnelles	58
--	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 : Profil des participants	64
---	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AAOR	Accueil, analyse, orientation, référence
ARH	Agent de relations humaines
C.c.Q.	Code civil du Québec
CIP	Pratiques de collaborations interprofessionnelles
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
Code	Codes des professions du Québec
CPCISS	Continuum de pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et service sociaux
CPE	Centre de la petite enfance
CPIS	Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé
CSSS	Centre de santé et services sociaux
DCI / DME	Dossier clinique informatisé / Dossier médical électronique
Domaine / SMRH	Domaine de la santé mentale et des relations humaines
ÉFS	Évaluation du fonctionnement social
Établissement(s)	Organisme(s) de services de santé et services sociaux du Québec
FEJ	Famille Enfance Jeunesse
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire
ICD	Intervention de courte durée
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
IP	Identité professionnelle
IPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MEES	Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur
MEQ	Ministère de l'enseignement du Québec
NGP	Nouvelle gestion publique
OPPQ	Ordres de psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
OPQ	Office des professions du Québec
OPsQ	Ordre des psychologues du Québec
OTSTCFQ / l'Ordre	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PL-21	Projet de loi sur Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RCPI	Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et service sociaux
RLS	Réseaux locaux de services
RP	Représentations professionnelles
RS	Représentations sociales
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SSG	Services sociaux généraux
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TS	Travailleuses sociales/travailleurs sociaux

RÉSUMÉ

La directive gouvernementale menant à l'intégration de travailleuses sociales et de travailleurs sociaux (TS) des Services sociaux généraux en Groupe de médecine familiale (GMF) en 2016 nous amena à nous interroger sur les effets de ce nouveau milieu de pratique sur les représentations de leur identité professionnelle. L'identité professionnelle est un thème récurrent du discours de praticiens du travail social québécois et de son instance régulatrice. Elle peut se conceptualiser comme un élément médiateur des savoirs aux pratiques professionnelles à visée émancipatrice. Nous avons cependant fait le constat que pour les TS en GMF participant à cette recherche, l'identité professionnelle est une notion floue, mal définie et peu signifiante quant à leur pratique professionnelle.

C'est l'Office des professions du Québec qui assure l'application du Code des professions du Québec, il contribue à développer la confiance du public et des institutions envers le système professionnel. L'adoption du projet de loi 21 en 2009 modifia le Code et institua les professions du domaine de la santé mentale et des relations humaines par ses dispositions. Elles affirmèrent, entre autres, une réserve à l'emploi du titre professionnel des professions du Domaine et énoncèrent une exclusivité à l'exercice d'activités réservées et partagées à risque de préjudices auprès de personnes vulnérables. Nous constatons que le système professionnel québécois est, entre autres, un mécanisme de gestion de l'offre professionnelle, garantissant ainsi la pérennité des activités professionnelles et de ses instances régulatrices.

La professionnalité dont se revendique le travail social québécois s'énonce d'une façon singulière, sur la base de valeurs fondatrices, de savoir-faire et savoir-être dit distinctifs. Bien que le système professionnel fasse l'objet de « modernisations » ponctuelles selon les contraintes socioéconomiques du moment, la position marginale du travail social à l'intérieur de ce système sied bien à l'intention d'une affirmation distinctive de sa pratique.

Nous constatons que l'identité professionnelle en travail social résulte de l'adéquation de savoirs issus des connaissances et des pratiques de l'intervenant aux tâches exercées. Ces tâches se constituent alors en pratiques professionnelles, se traduisant par une cohérence du soi (sujet) au soi professionnel contextualisé par le métier (milieu, collaborations, autonomie, clientèle). Nous avons cependant mis en évidence un déficit d'une réflexion sur l'action des travailleurs sociaux à la faveur d'une réflexion en action, déficit que nous pouvons lier à l'orientation essentiellement pratique de la profession, d'injonctions intériorisées à l'efficacité des activités et des services professionnels, à l'absence d'une formation continue disciplinaire. L'identité professionnelle des travailleurs sociaux en GMF est étroitement liée au statut d'employé de l'établissement d'origine, à l'exercice des tâches des Services sociaux généraux.

Mots clés : travail social, système professionnel, représentations professionnelles, identité professionnelle, groupe de médecine familiale.

ABSTRACT

The government directive leading to the integration of social workers (SW) from Services sociaux généraux into Groupes de médecine familiale (GMF) in 2016 led us to question the effects of this new practice environment on the representations of their professional identity. Professional identity is a recurring theme in the discourse of Quebec social work practitioners and its regulatory body. It can be conceptualized as a mediating element of knowledge to professional practices with emancipatory aims. However, we noted that the professional identity of the SWs in GMF participating in this research is a vague, poorly defined and insignificant notion with regard to their professional practice.

The Office des professions du Québec ensures the application of the Quebec Code des professions and contributes to developing public and institutional trust in the professional system. The adoption of Bill 21 in 2009 amended the Code and established the professions in the field of mental health and human relations through these provisions. They affirmed, among other things, a reserve for the use of the professional title of professions in the field and stated an exclusivity for the exercise of reserved and shared activities at risk of harm to vulnerable people. We note that the Quebec professional system is, among other things, a mechanism for managing the professional supply, thus guaranteeing the sustainability of professional activities and its regulatory bodies.

The professionalism claimed by Quebec social work is expressed in a singular way, on the basis of founding values, know-how and know-how-to-be that are said to be distinctive. Although the professional system is subject to occasional “modernizations” according to the socioeconomic constraints of the moment, the marginal position of social work within this system is well suited to the intention of a distinctive affirmation of its practice.

We note that professional identity in social work results from the adequacy of acquaintance from the knowledge and practices of the worker to the tasks performed, then constituting themselves in professional practices, resulting in a coherence of the self (subject) to the professional self contextualized by the profession (environment, collaborations, autonomy, clientele). However, we have highlighted a deficit of reflection on the action of social workers in favor of reflection in action, a deficit that we can link to the essentially practical orientation of the profession, to internalized injunctions to the efficiency of professional activities and services, to the absence of disciplinary continuing education. The professional identity of social workers in GMF is closely linked to the status of employee of the original establishment, to the exercise of the tasks of Services sociaux généraux.

Key words: social work, professional system, professional representations, professional identity, groupe de médecine familiale.

INTRODUCTION

Dans la foulée de la réforme structurelle du système de santé mise en place en 2016 par le gouvernement du moment, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) procéda au déploiement de travailleurs sociaux (TS) des équipes d'Accueil Analyse Orientation Référence (AAOR) du programme des Services sociaux généraux (SSG) en établissements vers les Groupes de médecine familiale (GMF), avec certaines réticences de part et d'autre. L'intention était de rendre les services plus efficaces, à moindre coût, tout en favorisant une forme de proximité de services sociaux en communauté. Des TS étaient déjà présents dans quelques GMF du réseau public, mais ce déploiement d'envergure visait à étendre la mesure à l'ensemble des régions du Québec. Il nous apparut intéressant de réfléchir aux impacts possibles de ces changements sur la pratique professionnelle des TS dans ces milieux privés, d'analyser les modalités de collaborations entre ces médecins entrepreneurs et les travailleurs sociaux provenant d'établissements publics, de voir les effets possibles de ces milieux de pratique sur les représentations de l'identité professionnelle des TS, trois ans après leur relocalisation hors des murs de l'établissement.

Depuis plusieurs décennies, des auteurs français et anglo-saxons ont fait des professions un objet d'étude, mettant en perspective leurs fondements et leurs fonctions selon l'organisation sociale de l'époque. Des travaux de chercheurs québécois ont fait une analyse du phénomène identitaire en travail social aux fils des années (Caron & Chouinard, 2014; Chouinard, 2013; Chouinard & Couturier, 2006; Pullen Sansfaçon & al, 2014), certains se sont intéressés aux éléments contribuant à la formation de l'identité professionnelle (Crête & al, 2015), et d'autres ont analysé les collaborations interprofessionnelles (Couturier, 2005; Couturier & al, 2016; Couturier & Belzile, 2018; Couturier & Belzile, 2021), et l'éthique (Gonin & al, 2012; Legault, 2003), mais aucun n'abordaient les liens entre identité et l'exercice professionnel selon ses prescrits.

C'est le Code des professions qui encadre l'exercice professionnel au Québec (Gouvernement du Québec, 2024). L'Office des professions du Québec (OPQ) est l'organisme parapublic veillant à son application, et sa mission première est la protection du public. Depuis 2009, le travail social se retrouve sous la catégorie des professions du domaine de la santé mentale et des relations humaines (Domaine ou SMRH). Ce domaine inclut une diversité de professionnels non apparentés aux travailleurs sociaux dont les audiologistes, médecins, infirmières, ergothérapeutes et conseillers d'orientation, ce qui peut

surprendre à première vue. Dans le cadre de ce mémoire, les professionnels du Domaine auxquelles nous nous référons dans notre analyse sont ceux qui nous semblent les plus apparentés à l'exercice du travail social, soit les psychoéducateurs et les psychologues. En effet, ces deux groupes professionnels s'intéressent plus particulièrement aux interactions de l'individu dans son environnement, à ses capacités d'adaptation et de mentalisation de son expérience, des dimensions spécifiques que nous ne retrouvons pas comme objet d'étude chez les professionnels mentionnés ci-haut. De plus, ils occupent des postes de professionnel du domaine social dans les établissements de santé et services sociaux tout comme les TS. Nous les avons exclus les thérapeutes conjugaux et familiaux de nos réflexions, bien qu'ils relèvent du même ordre professionnel que les travailleurs sociaux. L'exercice de ce titre professionnel réservé résulte de l'obtention d'une licence et d'un permis de psychothérapeute suite à la complétion du *Master of science, applied*, formation exclusivement offerte à l'Université McGill¹.

Compte tenu des bouleversements administratifs et organisationnels récents qui menèrent à l'intégration des TS en GMF, de l'intérêt particulier des TS et de son instance régulatrice à l'identité professionnelle, nous avons donc formulé notre question de recherche ainsi : « Quels sont les effets de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en Groupes de médecine familiale sur leurs représentations de l'identité professionnelle? » Nous avons identifié trois objectifs de recherche : 1) explorer les représentations professionnelles des travailleurs sociaux; 2) explorer la présence, ou non, de pratiques singulières du travail social en GMF; 3) explorer les effets de la pratique professionnelle des TS en GMF sur leur identité professionnelle. Pour ce faire, nous appuierons notre démarche sur un énoncé de départ selon lequel les professions sont des organisations sociales du travail, lesquelles prennent place dans un espace-temps évolutif, en interaction avec la sphère politique. En ce sens, les professions sont un construit social situé (Dubar & al, 2011).

Nous avons jugé important de procéder à un état des lieux sur les professions, l'identité et spécifiquement l'identité professionnelle. Un état des lieux est préférable au terme problématique, les professions relevant d'un phénomène² sociologique et non d'un problème social, bien que les professions reproduisent un même effet d'inclusion et d'exclusion sur la base de critères de

¹ [Master of Science, Applied \(M.Sc.A.\) Couple and Family Therapy \(Non-Thesis\) | eCalendar - McGill University](#) (consulté le 2025-06-23).

Il faut avoir complété préalablement un baccalauréat en sciences humaines ou en sciences pour y avoir accès.

² Fait, expérience observable, sensible (Encyclopædia Universalis [en ligne], 2018).

qualifications et de compétences à détenir. Vous retrouverez donc au Chapitre 1, une définition de la profession tirée des travaux de Dubar et ses collaborateurs qui ont procédé à une analyse exhaustive du phénomène professionnel. Nous nuancerons la signification du terme « profession » au regard des cultures issues de langue anglaise et de langue française procurant des sens différents, mais signifiants pour la culture québécoise de langue française, mais de tradition anglo-saxonne par son système juridique et ses référents culturels nord-américains. Nous poursuivons l'État des lieux par une synthèse de trois formes sociohistoriques des professions, formes qui nous seront utiles pour caractériser des éléments toujours actuels des professions, et examinerons trois théories sociologiques ayant contribué à leur étude. Nous enchaînerons en proposant une définition de l'identité, et soulignerons la contribution des disciplines de la psychologie et la sociologie à son étude. Nous verrons que l'identité résulte tant de processus psychologiques (adaptation/accommodation)³ que sociaux (socialisation primaire et secondaire)⁴. Quant à l'identité professionnelle, nous la définirons en la situant dans le contexte de la mutation des métiers du social. Nous comparerons les notions de qualification et de compétence en contexte de l'émergence des référentiels professionnels, dont le Référentiel de compétence de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) marquant la nature même du travail social professionnel québécois. Nous concluons ce premier chapitre par une synthèse historique de l'évolution du travail social québécois, une description du contexte québécois des professions et les notions importantes quant à la nature et les fonctions des GMF.

Au Chapitre 2, nous présenterons le cadre conceptuel de notre travail de recherche en introduisant les notions de représentations sociales (RS) à la compréhension des relations humaines. Issues des travaux de psychologie sociale de Moscovici, les RS s'imposent à nous du fait même de notre question de recherche, mais également par les perspectives d'analyse qu'elles procurent. Les représentations professionnelles (RP) se construisent lors d'interactions en contexte de travail et elles nous informent sur l'idée que l'on se fait d'une profession et de ses représentants. Selon la théorie des RS, leurs produits (IP, pratiques professionnelles, modalités de collaboration, objet d'intervention) sont également situés.

³ L'assimilation désigne la réintégration d'éléments externes nouveaux dans une structure interne préexistante ; l'accommodation, l'adaptation de l'organisme aux variations externes qu'il ne réussit pas à assimiler (Delaunay, 2023).

⁴ « La sociologie s'est efforcée ainsi de différencier les temps et les cadres de la socialisation en séparant notamment la période de socialisation dite « primaire », essentiellement familiale, de toutes celles qui suivent et que l'on nomme « secondaires » (école, groupe de pairs, univers professionnels, institutions politiques, religieuses, culturelles, sportives, etc.) » (Lahire, 2016).

Au Chapitre 3, nous précisons notre démarche de recherche, et l'utilité de notre question de recherche. Nous utiliserons une méthodologie qualitative et expérimentale⁵ selon une posture compréhensive. Nous qualifions notre démarche d'exploratoire compte tenu de la récente intégration des travailleurs sociaux en GMF au moment de notre démarche, et du nombre restreint de travaux sur le thème de l'identité professionnelle en travail social québécois et concernant les représentations professionnelles. Nous avons recruté nos participants sur une base individuelle, du titre professionnel et non du lien d'emploi les unissant aux établissements du réseau. La nuance nous apparaissait importante, car il ne s'agissait pas de faire une évaluation d'un programme-service gouvernemental ou d'une analyse de tâches, mais bien de considérer le travailleur social comme un professionnel en action dans un nouvel environnement de travail, de mettre à l'avant-plan le professionnel en exercice sous de nouveaux paramètres sollicitant une collaboration interprofessionnelle.

Au Chapitre 4, nous présenterons un repérage des représentations professionnelles et une analyse des contenus par fonctions, tel que proposées par Blin : La construction d'un savoir professionnel, l'identification professionnelle, l'orientation professionnelle et la justification de l'agir professionnel. Les multiples niveaux d'analyse qu'offre la méthodologie des représentations sociales dépassent largement le cadre d'un mémoire, nous nous sommes donc restreints à ce qui nous apparaissait le plus efficace à notre démarche.

Au Chapitre 5, nous discuterons de nos résultats. Nous avons regroupé nos réflexions sous trois thèmes émanant de l'analyse, soit un univers sémantique complexe, de quelques paradoxes à la profession, et les effets du milieu GMF sur l'identité professionnelle des TS.

Nous concluons ce mémoire en énonçant les principaux constats de nos réflexions, à l'effet que le travail social s'exerce dans un univers paradoxal de règles, de normes et de prescrits à la pratique, à l'intérieur d'un système professionnel porteur d'incohérences et d'inégalités, où diverses injonctions à l'efficacité modèlent les pratiques et les collaborations. Des réflexions quant à la professionnalité du travail social seront également soulevées, des thèmes de recherche pour de prochains travaux seront proposés.

⁵ « À travers cette approche, il s'agit de comprendre comment se construisent les représentations sociales, comment elles évoluent ou se modulent, comment elles fonctionnent ou interagissent avec d'autres processus psychosociaux » (Moliner & Guimelli, 2015, p. 42).

CHAPITRE 1

ÉTAT DES LIEUX

Profession, identité, travail social, système professionnel québécois et GMF

Ce premier chapitre nous permettra de camper les thèmes importants de notre question de recherche. Les professions étant un phénomène sociohistorique évoluant à travers le temps et les sociétés, il nous paraît important de débiter par un état des connaissances sur ce sujet. Ainsi, nous définirons ce que sont les professions, et présenterons trois variantes sociohistoriques de celles-ci afin d'en distinguer les différentes évolutions. Pour comprendre leur nature et leur fonction, nous résumerons également trois théories sociologiques des professions.

Le second thème à l'étude dans le cadre de cet État des lieux porte sur l'identité, et plus spécifiquement l'identité professionnelle. Pour compléter les éléments constitutifs de notre question, nous énoncerons des éléments précisant la nature du travail social.

Nous avons le souci de contextualiser les thèmes abordés, tout au long de ce mémoire, à la réalité québécoise. Ainsi, nous tracerons les principaux jalons de l'évolution du travail social québécois, présenterons le Référentiel de compétence de l'instance régulatrice, et décrirons ce qu'est un Groupe de médecine familiale.

1.1 Sur les professions

1.1.1 Définition

Le terme profession (*professio*) tire son origine de la langue latine, et revêt une double signification, de la déclinaison classique signifiant « déclaration publique », et une autre, de la déclinaison impériale, soit « métier » (Antidote 8, 2015).

Cette double signification s'est perpétuée dans la langue française. Comme Dubar et coll. l'énoncent, il s'agit, selon le contexte, soit d'une déclaration publique, de nature religieuse (la profession de foi), affirmant un engagement sur la base d'opinions ou de croyances revêtant une dimension vocationnelle; soit d'un synonyme « d'emploi rémunéré »; et conséquemment, il peut s'agir d'un regroupement de

personnes du même métier (les menuisiers, avocats, etc.); ou encore, sous la forme d'un qualificatif, de la reconnaissance d'une compétence au sein d'une organisation, soit d'être bon et expérimenté dans son métier (Autès, 2004; Dubar & al, 2011).

Dubar souligne pour sa part que la langue anglaise a retenu un sens plus restrictif au terme profession. Les professions sont « les activités de service organisées sous la forme d'associations professionnelles volontaires et reconnues légalement » (Dubar & al, 2011, p. 95), et elles revêtent ainsi donc un sens plus spécifique, lié l'*occupation* et les conditions d'accès aux professions. Le terme *occupation* revêt, quant à lui, en langue anglaise, le sens général de métier, et s'oppose ainsi au terme profession. En français, *occupation* revêt un sens très général, soit « ce à quoi on occupe son temps. » (Antidote 8, 2015), et exclus généralement toute référence au travail (anglicisme en sens).

C'est l'Office des professions du Québec qui encadre les professions au Québec. Elle comprend 54 professions regroupées sous 46 ordres, lesquelles encadrent leur exercice. L'Office souligne que la protection du public constitue un critère majeur quant à la reconnaissance d'un statut de profession. (Office des professions du Québec, 2010)

Afin d'avoir accès au titre de travailleur social professionnel tel que spécifié au Code, il faut obtenir soit un baccalauréat ou une maîtrise d'un des programmes universitaires reconnus par l'état québécois, et adhérer obligatoirement à l'ordre professionnel, lequel délimite le champ d'exercices. Précisons qu'en France, le travail social n'est pas une profession, et il sert d'appellation commune de différents métiers de la sphère sociale (éducateur spécialisé, d'assistant social, d'animateur socioculturel) (Autès, 2004) lesquels sont enseignés dans des écoles spécialisées. Aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada, le travail social est reconnu comme une profession⁶ et est enseigné dans les universités. L'obtention d'un permis émanant d'un ordre suite à la complétion d'un programme de formation d'une université ou d'un collège québécois, sanctionné par l'État, constitue la base de l'accès aux professions (Dubois H. , 2020).

⁶ Les titres professionnels en Ontario sont précisés selon les dimensions cliniques ou sociales de l'intervention (travail social vs service social de niveau collégial). Voir <https://www.ocswssw.org/public/about-rsws-and-rssws/> (consulté le 2024-11-30).

Aux fins de notre travail, nous retenons de l'école française, la définition de profession comme étant une forme d'organisation sociale du travail, prenant place dans un espace-temps évolutif, en interaction avec la sphère politique :

Les professions représentent des formes historiques d'organisation sociale, de catégorisation des activités de travail qui constituent des enjeux politiques, inséparables de la question des rapports entre l'État et les individus, question désignée traditionnellement, depuis Durkheim, en sociologie, comme celle des « groupes intermédiaires » (Dubar & al, 2011, p. 21).

Cette définition tient compte de l'évolution sociohistorique du phénomène des professions, et de la dimension d'entre-deux, négociée avec l'État, lui conférant un statut distinct, sinon particulier (Dubois H. , 2020; Roquet, 2012).

1.2 Les formes sociohistoriques des professions

Des formes d'organisation professionnelle du travail ont évolué au fil des siècles, mettant un accent particulier sur une ou l'autre des dimensions du métier. Ainsi, divers regroupements professionnels se distingueront par leur niveau d'autonomie face au pouvoir politique, par leurs critères d'admission, leurs méthodes de formation de ses membres, de l'établissement de marchés fermés ou encore par des modalités d'autogestion spécifiques. Nous présenterons ici trois modèles historiques des professions lesquels prirent forme en Europe, et dont l'origine remonte au Moyen Âge. Nous verrons que des éléments sont toujours bien présents dans les formes professionnelles contemporaines, et que le modèle québécois des professions en tire ses prémices.

1.2.1 Le modèle français

En France, à l'origine des professions ce sont ce que l'on appelle les corps d'état, étroitement issus du modèle ecclésiastique catholique, soumis à l'autorité du roi, et redevables en tout à ce dernier.

Le terme « état », sans majuscule, désigne, en France, depuis le haut Moyen Âge, pendant tout l'Ancien Régime et jusqu'au XIX^{ème} siècle, une catégorie juridique synonyme d'emploi qualifié ou de statut professionnel et opposant « les travailleurs ayant un état », c'est-à-dire relevant juridiquement et socialement d'un corps d'état, aux gens « sans état », c'est-à-dire

sans qualifications et sans appartenance à une communauté professionnelle qui les protège (Dubar & al, 2011, p. 29)⁷.

La notion de corps revêt une signification tout aussi importante :

Le terme de « corps », quant à lui, renvoie, à l'origine, à une notion théologique essentielle dans l'histoire du christianisme, celle d'Église, Corps du Christ. (...) Ainsi, l'extension de la notion de corps de l'Église à l'État, la reconnaissance des « groupements, corps et confréries » de métiers (ministeria) à l'intérieur de l'État, l'unification du modèle corporatif, la distinction entre arts mécaniques et arts libéraux, correspondent à des conceptions et débats proprement théologiques sur la valeur du travail, la relation entre travail manuel et intellectuel, la hiérarchie des fonctions et le contrôle de leur exercice (Dubar & al, 2011, p. 29).

Ainsi, dès ses origines, l'État français et ses produits étaient indissociables du monde religieux, catholique et romain, il constitue une monarchie collaborative par ses liens étroits avec les instances religieuses chrétiennes. Sous une même logique héréditaire, la transmission intrafamiliale du métier était le mode acquisition des connaissances et du maintien des corps de métiers.

L'accroissement des villes, l'avènement des universités, le surplus de biens produits par les artisans et la richesse cumulée par la vente dans les cités favorisèrent l'émergence d'un nouveau modèle de société permettant un dégagement progressif de la domesticité seigneuriale du monde médiéval européen d'alors. En émergèrent de nouvelles classes sociales, soit le marchand, le bourgeois et le clerc. Le marchandage entre les villes, le désir de s'assurer des revenus par la délimitation d'un territoire, conduisirent aux premières règles limitant la concurrence, mais tout en imposant une solidarité intra confrérie (serment d'allégeance, apprentissage du métier, accès aux activités corporatives statutaires) (Dubar & al, 2011, p. 34).

1.2.2 Le modèle germanique

Pour sa part, le modèle collégial de droit germanique (aux sources de la Réforme luthérienne) est empreint d'individualisme, et diffère du modèle français par sa forme égalitariste, où la profession « est considérée comme une vocation, c'est-à-dire la réponse à un appel de Dieu (calling), qui implique un perfectionnement permanent de tous les croyants » (Dubar & al, 2011, p. 48). Son principe de base est

⁷ Citant Supiot, 1994.

l'auto-gouvernance de la profession, constituée d'une communauté d'égaux. L'État n'y a pas sa place. Les confréries, par leurs organisations sociales à l'échelle des cités, et fondées de droit par la vocation, s'opposent à un pouvoir politique centralisateur et interventionniste, si tel était la visée du monarque. Le modèle collégial (guilde) n'est pas fondé sur l'hérédité familiale, mais bien de la vocation personnelle, notamment le travail, qui permet au chrétien de manifester sa foi.

Une forme du modèle germanique se développa dans les communautés puritaines anglo-américaines du XVIIe et XVIIIe siècle, inspirée des enseignements de Calvin. « L'activité des saints calvinistes exige que l'on reconnaisse le fait que tous les sujets sont des citoyens compétents et actifs plutôt que des enfants politiquement naïfs. Que le gouvernement n'est pas un foyer, ni l'État une famille élargie, ni le souverain un père affectueux » (Dubar & al, 2011, p. 56). Y est admis cependant certaines vocations particulières, qui se dévouent spécifiquement au bien-être de la communauté : le *Minister* (pasteur), le *Master* (maître d'école) et du *Magistrate* (juge), auxquels on adjoindra ultérieurement le *Doctor* (médecin). Ils ont droit à un traitement de faveur et à un territoire professionnel clairement délimité, car ces vocations visent spécifiquement la préservation de la communauté. Dans sa volonté de se détacher d'un paternalisme d'état, les sociétés d'inspiration germaniques s'autonomisèrent en élisant leurs propres instances de contrôle.

1.2.3 Le modèle libéral

Originaire du Royaume-Uni, le modèle libéral a été conçu par les philosophes moralistes Smith et Adam au milieu du XVIIIe siècle (Dubar & al, 2011, p. 64). Ce modèle allie l'économie aux besoins et désirs de l'individu, et fait de l'amour de soi le moteur des comportements humains. « Ce n'est pas la raison qui guide les conduites humaines et fixe les buts des actions, ce sont les sentiments, les passions liées à des objectifs divers et multiples » (Dubar & al, 2011, p. 66). La raison ne permettant pas de trancher parmi les passions humaines, elle ne peut servir qu'à identifier les moyens les plus efficaces pour répondre à celles-ci. En toute logique, ces quêtes passionnelles produisent nécessairement la rareté du bien convoité, de la compétition et des conflits entre hommes. D'où la nécessité morale de règles, permettant d'éviter les conflits, règles qui « constituent les composantes de la norme de réciprocité qui émerge du fonctionnement moderne des échanges » (Dubar & al, 2011, p. 67). L'amour de soi (*self-love*) devient la meilleure garantie de la prospérité pour tous, car l'enrichissement d'un individu favorisera l'enrichissement de son vis-à-vis dans la société (ibid).

Progressivement, le travail se spécialisa et se divisa. Ses produits s'échangèrent sur le marché, échanges qui tendent à se réguler selon une logique d'offre et de demande. Les professions, quant à elles, constituent une « résistance organisée à cette logique, peut engendrer durablement des "marchés fermés" caractéristiques des groupes professionnels » (Dubar & al, 2011, p. 64). « Le *professional* place le prestige avant l'argent, mais il est tout aussi intéressé que le *businessman* pour qui la richesse est le symbole principal de son statut » (Dubar & al, 2011, p. 113).

De ces trois formes sociohistoriques, nous pouvons dégager les contours des modèles contemporains des professions, soit la présence d'une structure hiérarchisée, inspirée de modèles ecclésiastiques, de la présence d'une exclusivité de territoire, de la délimitation des champs d'exercices, de la qualité des produits, d'une autogestion des activités par des pairs regroupés, d'un caractère vocationnel et individuel de la pratique, et d'un mandat particulier d'encadrement social.

1.3 Théories sociologiques sur les professions

Nous nous limiterons dans cette section à énoncer les principes directeurs de théories sur les professions. De retracer leur évolution dépasserait grandement le mandat de ce travail. L'étude sociologique des professions nous apparaît appropriée aux visées de ce mémoire, les professions étant une forme située d'organisation sociale du travail où l'individu représente un microcosme de la société où il évolue. La sociologie, discipline relativement récente (fin du XIX^{ème} siècle), s'emploie à analyser l'expérience ordinaire du social vu comme un objet en soi et non plus perçu comme relevant d'un ordre divin ou naturel. L'analyse sociologique permet une réflexion sur les formes collectives de l'existence, de la compréhension du sens que l'individu donne à son action afin « d'aider la société à se réformer et à résoudre les problèmes qui se posent à elle » (Dortier, 2013, p. 334). Cette visée prend forme entre autres par l'organisation professionnelle des métiers et leurs effets durables sur la société.

1.3.1 L'approche fonctionnaliste

Cette approche pose comme hypothèse

que les éléments d'une société forment un tout indissociable, jouent un rôle vital dans le maintien de l'équilibre d'ensemble et sont donc indispensables... il suppose donc la stabilité et l'intégration des systèmes sociaux, et tend à ramener l'explication des faits sociaux à la mise en évidence de leurs fonctions puisqu'ils ne sont que par ce à quoi qu'ils servent (Boudon & al, 2012, p. 101).

Dubar et al distinguent trois contributions majeures au paradigme fonctionnaliste :

1) En France, à la révolution de 1789, les corporations furent abolies, associées étroitement la structure monarchique de la société⁸. Au bout de plusieurs années sans la présence d'une structure professionnelle, Durkheim, à la fin du XIXe siècle, constate une perte du lien social dans une société industrielle où l'économique prédomine. Il conclut à la nécessité de réinstaller les groupes intermédiaires, soit des groupes sociaux entre l'individu et l'État, reconstruisant ainsi « ... une "personnalité morale au-dessus des personnes individuelles" qui soit capable "de départager les intérêts en conflit" et d'assurer ainsi "l'ordre et la cohésion sociale" » (Dubar & al, 2011, p. 89). Afin de vaincre l'anomie⁹ de la société, Durkheim réhabilite la place de l'organisation professionnelle, car elle constitue l'une des instances de socialisation des individus dans ces communautés concrètes, entre l'État et les familles, persistante malgré l'expérience révolutionnaire, « enracinée dans la sphère économique qui devient prépondérante dans la vie sociale » (Dubar & al, 2011, p. 93).

2) Carr-Saunders, sociologue, et Wilson, historien, firent l'étude d'une trentaine de formes professionnelles en Angleterre, leur écrit phare, *Sociologie of the Professions*, parut en 1933. Ces auteurs rejettent l'idée que les professions soient le reliquat de l'organisation politico-ecclésiastique primitive, modèle explicatif dominant au XIXème siècle, mais plutôt synonyme de modernité dans un mode industriel effervescent. Les auteurs énoncent trois éléments clés du professionnalisme, soit que « 1) les professions impliquent une technique intellectuelle spécialisée; 2) [cette technique est] acquise au moyen d'une formation prolongée et formalisée et 3) [qu'elle permet] de rendre un service efficace à la communauté » (Dubar & al, 2011, p. 103)¹⁰. Le professionnalisme, selon les auteurs, affirme une césure entre les membres et non membres, et procure un accès à l'autonomie, la liberté et la dignité en se dégageant du lien économique et avilissant du patronat.

3) Parsons, sociologue américain de l'école d'Harvard, associe les professions à quatre domaines : la médecine, la technologie (l'ingénieur), le droit, l'enseignement, et deux processus, soit l'application de

⁸ En France, le travail social n'est toujours pas considéré comme une profession, il n'est pas donc encadré par un ordre professionnel.

⁹ « Désorganisation, déstructuration d'un groupe, d'une société, causée par la disparition progressive de lois, de normes, de valeurs communes » (Antidote 8, 2015).

¹⁰ Citant Carr-Saunders et Wilson.

la science et l'éducation libérale. Sur la base de certains critères, il énonce que l'activité professionnelle caractérise le mieux le système social moderne-libéral, et non l'activité commerciale-financière (le businessman) ou administrative-bureaucratique (le fonctionnaire), figures modernes du système social. Le professionnel réfère à une légitimité scientifique, à l'autorité fondée sur la compétence technique d'un domaine défini et particulier, et d'une neutralité affective orientée vers la satisfaction du client. Ainsi, l'application de la science au service des hommes est une marque distinctive de l'évolution des sociétés modernes. Parsons, par une analyse sociologique déductive des rôles du patient et du médecin, démontra que l'activité du professionnel est fondée sur l'institutionnalisation des rôles, par l'expression de comportements réciproques attendus, et a pour fonction essentielle d'assurer le contrôle social et la pérennité de cette structure.

Suite à une étude menée auprès d'étudiants américains en médecine, Merton, élève de Parsons, généralise sur le processus par lequel les *occupations* deviennent des *professions*, du fait « qu'elle se dote d'un cursus universitaire qui transforme des connaissances empiriques acquises par expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique et évalués de manière formelle, sinon incontestable » (Dubar & al, 2011, p. 116). C'est H. Wilensky¹¹ qui proposa, suite à ces travaux, une définition d'une profession sur la base de six critères à acquérir. L'activité doit : 1) être exercée à plein-temps; 2) comporter des règles d'activité; 3) comprendre une formation et des écoles spécialisées ; 4) posséder des organisations professionnelles; 5) comporter une protection légale du monopole; 6) avoir établi un code de déontologie (Dubar & al, 2011, p. 117). Cette définition demeure une référence à ce jour pour statuer sur la reconnaissance d'une profession¹².

1.3.2 L'approche interactionniste

« La posture interactionniste valorise les professions (métiers ou emplois) comme des formes d'accomplissement de soi. L'activité professionnelle de n'importe qui doit être étudiée comme un processus biographique et même identitaire » (Dubar & al, 2011, p. 121). On met ici en avant la subjectivité de l'individu dans sa réalité professionnelle vécue, quelle qu'elle soit (le danseur à tarif, le voleur professionnel, le musicien de danse, le chauffeur de taxi, l'entrepreneur de pompes funèbres, etc.)

¹¹ Harold L. Wilensky Professor of Political Science, Emeritus UC Berkeley 1923 – 2011
<https://web.archive.org/web/20150815011245/http://senate.universityofcalifornia.edu/news/haroldwilensky.html>
(consulté le 2024-12-06).

¹² Voir l'article 25 du Code des professions (Gouvernement du Québec, 2024).

afin de ne pas tomber dans les discours dominants des professionnels en place. L'instrument privilégié pour rendre compte de cette réalité est l'entretien de recherche biographique. Il permet de dégager l'entrée dans le métier, le déroulement de l'activité, les points tournants, les anticipations, les réussites et les échecs. À cela s'ajoute un élément essentiel, à savoir que toute activité est considérée comme relation et interactive, c'est-à-dire produite par un groupe de pairs, orientée vers la création d'un ordre interne, certes provisoire, mais nécessaire » (Dubar & al, 2011, p. 121). Ce que Hughes¹³ appelle « l'ordre de l'interaction est, dans le champ professionnel, le résultat contingent de l'action d'un groupe de travail valorisant le travail bien fait, essayant de contrôler son territoire et de se préserver de la concurrence » (Dubar & al, 2011, p. 122).

1.3.3 L'approche wébérienne

Max Weber apporta une contribution majeure et toujours d'actualité à la sociologie. Citons une œuvre majeure, « *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* » (1920) où il démontre que les comportements des individus ne sont intelligibles que si l'on prend en considération leur conception du monde dont les croyances religieuses en constituent une partie » (Boudon & al, 2012, p. 247). Selon lui, « l'atome sociologique est l'individu et non les structures que l'on a tendance à réifier » (ibid.).

La jonction de l'aspect métier et de l'aspect vocationnel au travail professionnel, rendue possible par la révolution protestante, amena une nouvelle « voie du salut et donc une manière de se réaliser dans le monde, sa vocation de chrétien » (Dubar & al, 2011, p. 148). Les premières figures professionnelles sont d'abord religieuses, car la monopolisation des voies du salut fut le premier enjeu des communautés humaines. Ces figures historiques se regroupent sous les types du Magicien, du Prêtre et du Prophète, en compétition pour leur place et leur influence dans la communauté. L'introduction du capitalisme et du protestantisme, la rationalisation économique des activités menèrent les activités professionnelles à une dynamique de monopolisation des chances de gains sur un marché. Selon son analyse, un modèle bureaucratique devient prédominant, tant dans les organisations économiques et les administrations de l'État, dû à l'interpénétration grandissante des sphères économiques, politiques et sociales. La figure de l'expert émergea parmi les fonctions requises à la gestion de l'État, et envahit ces bureaucraties. D'autres figures modernes émergèrent, soit le savant et l'homme politique. « Experts, savants et politiques constituent trois incarnations d'une nouvelle légitimité légale-rationnelle qui tend, selon lui, à

¹³ De l'école de Chicago (Eymeri-Douzans, 2016).

remplacer les figures magico-religieuses antérieures, traditionnelles et charismatiques » (Dubar & al, 2011, p. 148). À l'analyse du cas des mandarins chinois, Weber déduit que la légitimité des professionnels repose conjointement sur le monopole de la maîtrise des formes de la communication officielle et de la protection de l'État, garantissant ainsi le respect des valeurs centrales.

Au regard de ces théories sociologiques sur les professions, nous pouvons tracer les contours du modèle québécois des professions. Il est d'inspiration fonctionnaliste par l'héritage français qui situe les professions comme des intermédiaires utiles entre l'individu et l'État, d'une instance morale au-dessus des individus assurant une cohésion sociale, par une procuration de l'État. Le modèle québécois s'inspire également du modèle anglo-saxon par la maîtrise requise de connaissances techniques à l'exercice professionnel, connaissances obtenues par une formation prolongée, et vise à rendre service à la société sur la base des connaissances scientifiques. Cependant, les professionnels québécois qui exercent en établissement ne se sont pas libérés des liens économiques (salarial) les reliant au patronat (que nous discuterons au Chapitre 5). Pour sa part, la valorisation du travail bien fait se voit assurée par l'adhésion des individus (usagers de services et dispensateurs de services) à l'encadrement formel des instances régulatrices (ordres professionnels). L'Office des professions préserve les marchés et les expertises respectives par une convention de non-concurrence, le Code des professions, et veille à son application. La rationalisation économique des activités professionnelles, notamment en santé et services sociaux, favorise et requiert une gestion bureaucratique extensive par l'État.

1.4 Sur l'identité

Dans cette section, nous discuterons de la nature¹⁴ des identités, leurs diverses fonctions auxquelles les disciplines de la sociologie et de la psychologie ont contribué. Connaître la nature et les fonctions des identités nous permet de comprendre la centralité qu'attribue le travail social à l'identité dans la pratique professionnelle.

1.4.1 Définition de l'identité

L'identité est un concept aux multiples sens :

¹⁴ « Ensemble de ce qui constitue une entité et de son organisation » (Antidote 8, 2015).

Le concept d'identité désigne à la fois ce qui est propre à un individu ou à un groupe et qui le singularise. Il s'agit d'un concept ambigu qui revoie simultanément au même et à l'autre. Malgré ces difficultés, l'utilisation du concept d'identité en sociologie permet d'éclairer les relations de l'individu avec son environnement (Boudon & al, 2012, p. 117).

De plus, l'identité ne peut s'appréhender par une seule dimension, elle fait appel à un processus dynamique (Sorel & Wittorski, 2005) :

À la fois objet de recherche, support idéologique et catégorie de compréhension des réalités sociales, l'identité constitue une thématique d'envergure qu'aucune approche scientifique ou praxéologique n'a pu entièrement saisir. Analysée dans ses différentes formes d'expression et de manifestation (identité sociale, personnelle, professionnelle, politique, culturelle, sexuelle...) elle s'érige néanmoins en totalité indécomposable : en tant qu'elle caractérise la personne dans sa réalité complexe, elle demeure irréductible à l'une ou l'autre de ses dimensions, son intelligibilité se jouant ainsi des frontières disciplinaires (Sorel, 2015, p. 10).

Selon Dubar, l'identité réfère à deux positions depuis les origines de la pensée philosophique. La première, qu'il qualifie d'essentialiste, qui « repose sur la croyance en des "essences", des réalités essentielles, des substances à la fois immuables et originelles » (Dubar, C a, 2015, p. 4). Ainsi, l'identité renvoie à ce qui est stable et permanent chez un individu, à ce qu'il reste d'identique dans le temps. La seconde position, dite nominaliste ou existentialiste réfute l'appartenance essentielle de l'identité, et la présence de marques distinctives entre les individus, lesquelles évoluent dans le temps. Elle considère que ce « sont des modes d'identification, variables au cours de l'histoire collective et de la vie personnelle, des affectations à des catégories diverses qui dépendent du contexte » (Dubar, C a, 2015, p. 4). Dubar énonce deux modes quant à l'identification, soit les identités attribuées par les autres (identités pour autrui) et les identifications revendiquées pour soi-même (identité pour soi). Chacun est libre d'accepter ou de refuser l'identité qu'on lui attribue, et l'on peut affirmer une identité différente que celle qui nous est attribuée. « C'est la relation entre ces deux processus d'identification qui est au fondement de la notion de formes identitaires » (Dubar, C a, 2015, p. 4)¹⁵.

¹⁵ On réfère ici à l'approche interactionniste : « ...la posture interactionniste valorise les professions (métiers, emplois) comme des formes d'accomplissement de soi. L'activité professionnelle de n'importe qui doit être étudiée comme un processus biographique et même identitaire » (Dubar & al, 2011, p. 121). On met ici en avant la subjectivité de l'individu dans sa réalité professionnelle vécue.

1.4.2 Contribution de la sociologie et de la psychologie

À la fin du XIXe siècle, la sociologie revendique sa légitimité comme science, en se distanciant des méthodes de la psychologie. Durkheim dans ses *Règles de la méthode sociologique* énonce que l'association d'individus crée une réalité qui a ses propres lois. « Ainsi la conscience collective obéit à d'autres lois que la conscience individuelle » (Boudon & al, 2012, p. 188). Weber, pour sa part, trouve une utilité dans la compréhension des raisons qui sont, selon lui, à la base des actions et des croyances individuelles (ibid).

Ainsi, on ne peut dissocier l'influence réciproque de la psychologie et de la sociologie à l'explication du phénomène humain. Les disciplines de la psychologie sociale (cognitiviste) et de la sociologie clinique lors des années 1980, tentèrent une synthèse de ces méthodologies et enrichissent les connaissances actuelles sur le sujet.

Cette mise en contexte nous amène vers la contribution de ces deux sciences à l'explication et la compréhension de l'identité. C'est au sujet de la socialisation de l'enfant (qualifiée de primaire) que le débat prend forme entre Piaget, de la psychologie du développement, et les principes énoncés par Durkheim, sociologue. Pour ce dernier, la société est vue comme un tout, dotée une conscience collective (holisme). Celle-ci a des effets sur l'enfant dans son parcours, et ce jusqu'à l'âge adulte. Par effet de modelage, les rapports sociaux et les groupes sociaux favoriseront l'acquisition des éléments lui permettant d'être intégré socialement, ainsi de faire de lui un être social. Pour Piaget, Durkheim survalorise la contrainte sociale au détriment de la coopération. L'inculcation de règles sociales à des êtres passifs et égoïstes ne reflète pas la réalité du développement de l'enfant. Par l'observation des comportements enfantins, il voit la socialisation des enfants « comme une construction interactive des conduites sociales à la fois cognitive et relationnelle » (Dubar, Claude b, p. 11). À l'appui, des études ethnologiques menées dans les années 1930 auprès de sociétés « primitives » vinrent toutes à la conclusion qu'il n'y a pas de « loi générale régissant l'éducation des enfants dans les sociétés traditionnelles » (Dubar, Claude b, 2015 , p. 12) venant structurer la transmission de leur culture et de leur structure sociale. Ainsi, une théorie générale de la socialisation des enfants ne peut tenir la route.

Ici encore, société et individus sont en tension, qui ne se réduit pas, en première analyse, à des actes d'attribution et d'appartenance, mais engage également la question du psychisme, des conditions de son équilibre, de sa santé et de son bonheur (Dubar, Claude b, 2015 , p. 12).

Une logique d'exclusions mutuelle des disciplines est commune selon des paramètres fonctionnalistes, logique peu utile dans le souci de décrire la complexité humaine :

Le réductionnisme sociologique et le réductionnisme psychologique mènent tous deux à des impasses. Les oppositions entre les explications psychologiques et les explications sociologiques sont vaines. C'est dans l'étayage réciproque entre processus psychiques et processus sociaux qu'il faut comprendre les comportements, les conflits et les choix existentiels. L'introduction de la démarche clinique en sociologie vise à mieux analyser l'intrication permanente du psychique et du social. Elle permet de relativiser toutes les formes de psychiatrisation et de psychologisation des comportements sans pour autant exclure les explications de type psychopathologique (de Gaulejac, 2017, p. 31).

La recherche en éducation s'intéresse également à la construction l'identitaire des enseignants¹⁶, à une pratique qu'on qualifie de professionnelle, qui peut s'énoncer selon des processus d'identification et d'identification :

L'identification est le mécanisme par lequel l'individu tend à se singulariser, à se distinguer des autres, et l'identification est celui par lequel la personne se reconnaît des ressemblances avec ses différents groupes d'appartenance. Ces processus sont dialectiquement et inextricablement liés (Gohier & al, 2001).

Ces processus, l'identification et l'identification ont été mis de l'avant par Pierre Tap,¹⁷ lesquels combinent également des dimensions de l'analyse psychologique et sociologique. Ces processus interagissent au gré des remises en question individuelles dans une dialectique interactionnelle, entre le Soi et les Autres.

Une dialectique interactionnelle, par la parole et par l'accompagnement, est la modalité privilégiée de l'action des travailleurs sociaux, en intervention individuelle ou de groupe. L'identité professionnelle des TS s'en voit imprégnée, la dimension du Soi, personnel et professionnel, occupe une place centrale dans l'intervention comme nous le verrons plus loin à la section 4.2.4.1 : S'affirmer professionnel ou une affirmation professionnelle de soi.

¹⁶ Chez Jean-François Blin avec les représentations et pratiques enseignantes dans l'enseignement agricole (Blin, 1997).

¹⁷ Université Toulouse II - Jean Jaurès | UTM · Département Psychopathologie, psychologie de la santé, neurosciences, Docteur d'État Université de Paris-Nanterre.

1.5 Sur l'identité professionnelle

L'identité professionnelle (IP) fait partie des identités collectives car définie par un processus de socialisation secondaire¹⁸. La construction d'une identité collective produit un effet double, selon que l'on se situe en périphérie du collectif ou faisant partie de ce collectif. Dans le premier cas, vue de l'extérieure, cette construction a un effet de différenciation et, de l'intérieur, elle se vit comme une fusion des appartenances (Boudon & al, 2012, p. 118). Dubar définit les identités professionnelles comme « des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns aux autres, dans le champ du travail et de l'emploi » (Dubar, C a, 2015, p. 95). L'identité professionnelle est donc fortement liée à l'emploi et au travail, située dans le temps et l'espace, mais ne se limite pas à une simple dénomination de métier. Ces identités de la sphère professionnelle sont appelées à évoluer car elles sont « variables au cours de l'histoire collective et de la vie personnelle, des affectations à des catégories diverses qui dépendent du contexte » (Dubar, C a, 2015, p. 4)¹⁹.

1.5.1 Changements sociaux incessants

Par simple observation, on constate que l'innovation technologique est de tous les temps le moteur de l'évolution humaine. Elle a permis à divers groupes d'accroître leur qualité de vie individuelle et de se protéger face à une nature imprévisible, tout en établissant la dominance de certains groupes envers d'autres²⁰. Les groupes professionnels s'inscrivent dans cette logique de singularisation et de prévalence²¹ sociale, résultant d'une l'identification professionnelle (voir plus haut).

Depuis le Siècle des Lumières, l'idée de « modernité » transcende l'évolution des sociétés occidentales (Baudrillard & al) et agit comme moteur de changement. En jouxtant le « bouleversement incessant des forces productives » de Marx, au « processus historique de rationalisation » de toutes les sphères d'activités par l'optimisation des résultats et de la « maîtrise de l'avenir par la prévision » de Weber,

¹⁸ Voir note de bas de page 3.

¹⁹ Voir page 14.

²⁰ Nous référons au domaine d'étude de la technologie culturelle (Cresswell).

²¹ « De prévalent; du latin *praevalere*, “ valoir davantage “ » (Antidote 8, 2015).

Dubar, citant Schumpeter²², synthétise la dynamique de ces deux forces pour définir le phénomène de la modernisation, par l'expression *destruction créatrice* :

ce processus consistant, pour le capital et ses détenteurs, à détruire constamment les anciennes formes de production et d'échange pour les remplacer par des formes plus « innovantes » c'est-à-dire à la fois techniquement plus efficaces et financièrement plus rentables (Dubar, C a, 2015, p. 96).

La nouvelle gestion publique dont les effets transcendent les services de soin actuels du domaine de la santé et des services sociaux québécois²³ représente bien ce vecteur de modernisation incontournable. Par un recours récurant à d'importantes restructurations, dont la création en dernier lieu de Santé Québec, cette modernisation des services publics vise l'efficacité par des économies d'échelle. La modernisation du Code des professions québécois actuellement en cours (voir section 1.7.4 Modernisation du système québécois des professions) illustre bien le recours à ce processus, face à l'incessante évolution de la société, face aux ressources humaines de plus en plus rares et des coûts de santé en croissance exponentielle. Ces modernisations incessantes ont des effets sur les identités des professionnels du Domaine en établissement, car largement subites par eux (de Gaulejac, 2017; Martin-Martel, 2023).

1.5.2 Mutation de paradigmes du secteur social

Comme nous venons de le voir, les identités professionnelles se voient constamment redéfinies par de nombreuses mutations du monde de l'emploi, et ce dès les débuts de l'ère industrielle (mécanisation, production de masse, automatisation, gestion publique et maintenant l'intelligence artificielle). Depuis la fin de l'État-providence vers 1980 au Québec (Gusew & al, 2017) et ailleurs dans le monde, des mutations sont observables dans le secteur du social, influençant les emplois, les qualifications et les formes d'exercice du travail social : le développement du secteur social vers une vision de service à la personne; une ouverture du secteur d'emploi vers des agents qualifiés, professionnels ou non, provenant d'autres sphères du social (développement de l'employabilité); l'ouverture d'autres domaines d'activités à la dimension sociale de l'emploi (les politiques d'inclusion par exemple); le rôle et la place

²² Économiste autrichien (1883-1950), professeur à Harvard.

https://classiques.ugam.ca/classiques/Schumpeter_joseph/Schumpeter_joseph_photo/Schumpeter_joseph_photo.html (consulté le 2024-11-22).

²³ La NGP en milieu institutionnel détermine la pratique professionnelle des TS québécois comme nous le verrons aux chapitres 4 et 5.

plus grande de l'usager dans la définition de ses besoins et de la prestation de service (comité d'usagers); l'évolution de la notion de travail, de salariat et du rapport emploi/activités (monté du bénévolat); et l'évolution des politiques sociales maintenant soumises à une évaluation d'efficience (Soulet M.-H. , 1997), selon les principes de la NGP.

Dans ce contexte d'évolution, on peut se questionner sur le sens du travail face aux nombreuses mutations ayant cours. Le sens du travail peut se définir comme « la composante des identités professionnelles qui concerne le rapport à la situation de travail, à la fois l'activité et les relations de travail, l'engagement de soi à l'activité et la reconnaissance de soi par les partenaires (et notamment ceux qui jugent le résultat) » (Dubar, C a, 2015, p. 104)²⁴.

1.5.3 Nature du travail social

Qu'est-ce que le travail social? Autès²⁵ énonce que le travail social fait appel à trois registres : 1) il est une pratique²⁶ *symbolique*, et son efficacité est de nature symbolique; 2) il inclut une dimension *éthique*, d'une logique de droit; 3) il relève d'une *logique d'expérience*.

Premièrement symbolique, car il relève du registre du dire et de la parole, et inscrit donc l'agir dans le langage, en mettant des mots sur le réel, de l'expression possible d'une souffrance. Il en distingue quatre modalités, soit 1) celui de la subjectivation rendue possible par la prise de parole, et contribuant à la formation du *je*; 2) ce *je*, en relation avec l'autre (processus de socialisation) produit une identité propre; 3) l'accès à la parole, tout en étant potentiel d'action, affirme l'existence sociale; 4) la dynamique de subjectivation-socialisation est l'expression du lien social (Autès, 2004, p. 245).

Deuxièmement, le travail social est engagé dans une *logique de droit* : accès, respect du droit aux situations particulières sont au cœur de la pratique en travail social. L'application du droit s'opère par une prise de position entre ce qui est conforme, la norme, mais aussi vis-à-vis ce qui est juste, d'où

²⁴ Nous aborderons cette perte de sens du travail au chapitre 5 « Discussion sur les résultats », phénomène auquel les TS en GMF ont été confrontés.

²⁵ Sociologue au CNRS-Université de Lille. Enseignant dans plusieurs centres de formation en travail social, il a participé à plusieurs programmes de recherche sur les politiques sociales.

²⁶ Soulignons cette particularité des pratiques; « En effet, les pratiques obéissent à "une logique qui n'est pas celle de la logique" (Bourdieu , 1980) mais une logique pratique qui ne s'exerce qu'en situation et par rapport à des problèmes pratiques » (Blin, 1997, p. 140) .

l'enjeu éthique. Ainsi, le TS est constamment confronté face aux situations où il intervient, où il s'engage, sans pour autant chercher un fautif. « Ce qui s'éprouve dans cette confrontation répétée aux limites et aux bords du social et de l'humain, ne relève pas, en effet, d'une logique de la preuve » (Autès, 2004, p. 248).

Troisièmement, sur le plan social, le travail social est avant tout *une expérience constamment renouvelée*, « une situation toujours inscrite dans *l'événement*, dans l'ici et maintenant » (Autès, 2004, p. 248) par le contexte, les personnes et leurs modes d'interaction. Il mobilise l'agir, une logique d'action, une transformation de la situation. On ne peut revenir en arrière. « Le sens de l'action appartient à chaque situation et seule une narration peut en restituer toutes les dimensions » (Autès, 2004, p. 248).

Pour Karsz²⁷, « le travail social s'occupe de ce qu'il faut bien appeler la misère solvable dans la perspective d'une politique sociale donnée » (Karsz, 2011, p. 50), car on ne peut apporter de solution que si l'on énonce un problème dans un cadre d'actions données. Il propose une analyse à l'effet que le travail social soit un processus de production repérable en trois phases.

Ainsi, au point de départ est une matière première (le problème social, une situation) qui est restructurée, ou signifiée, en fonction d'une dominante précise, constitutive du travail social. Cette situation prendra sens selon les mesures mises en place pour la comprendre. Pour transformer la matière, le travail social utilise des outils pour l'intervention, parmi eux le travail théorique (pour se confronter aux concepts explicatifs), la clinique de l'intervention sociale, l'évaluation régulière des pratiques, l'analyse des pratiques, pour améliorer la compréhension des actions, et dégager des stratégies d'intervention.

Dans un deuxième temps, par la mobilisation des forces de travail qualifiées (les travailleurs sociaux), des actions peuvent être prises face à la matière première. Par défaut, les travailleurs sociaux sont les agents de l'État car sanctionnés par un diplôme, qui leur confère un pouvoir et une forme de légitimité.

Finalement, un produit résulte de ce processus. Le travail social aborde les problèmes d'une manière particulière. Il « s'occupe des malades sans les soigner, de délinquants sans les punir » (Karsz, 2011, p.

²⁷ Sociologue et philosophe français, professeur à l'Université de la Sorbonne.

79). Karsz fait l'hypothèse que « le travail social intervient sur une dominante idéologique, en mettant l'accent sur ce que les problèmes abordés mobilisent en termes de valeurs, idéaux, modèles, représentations, sentiments, conduites, etc. » (ibid.). Ce qui en résulte vise la confirmation ou la remise en question du problème social, d'une situation donnée.

1.5.4 Au sujet de la qualification et de la compétence

Il est commun de décrire les compétences qui sont requises à la dotation d'un poste de travail. La notion de qualification est plutôt absente de la sphère du travail au Québec, et constitue bien souvent un anglicisme²⁸.

Autès discute de la notion de qualification et de compétence dans le cadre d'une sociologie des professions : 1) la qualification « c'est d'abord l'ensemble des attributs professionnels accordés à l'individu, et socialement reconnus et rétribués » (Autès, 2004, p. 225). 2) Les qualifications des travailleurs renvoient également à la qualification du poste de travail, à leurs définitions. 3) :

C'est finalement selon la valeur reconnue, attribuée, négociée, à tel ou tel type de contenu de la qualification (...) qu'est produit le résultat qui amène à l'organisation des hiérarchies professionnelles, à la fois selon des échelles de rémunération et de prestige. C'est l'utilité, socialement définie, de telle ou telle qualification, qui la transforme en statut, et non principalement les éléments qui forment la compétence de l'individu (Autès, 2004, p. 226)²⁹.

Autès discute de l'apport de Touraine³⁰ sur ce thème, par l'introduction de la notion de qualification sociale, qui réfère à un certain nombre de connaissances sociales et de savoir-faire sociaux, mais aussi le respect de règles, et surtout des normes de la vie en société. Pour Autès, on se rapproche de plus en plus de la notion de compétence alors que les organisations de travail évoluent vers une individualisation et une plus grande flexibilité de sa main-d'œuvre et la dimension relationnelle de plus en plus importante, tant avec le public qu'à l'intérieur d'équipe de travail, qui caractérise la société de service.

²⁸ (Antidote 8, 2015).

²⁹ Les professions de médecin et d'infirmière revêtent un statut social d'importance par la valeur contemporaine accordée à la protection et au maintien de la vie.

³⁰ Sociologue (Dortier J.-F. , 2013, p. 453).

Il est convenu de décrire la compétence par trois niveaux de savoir à acquérir, le savoir (connaissances), le savoir-faire (maîtrise technique), et le savoir-être (compétence relationnelle). Autès fait valoir que les compétences, même si elles sont très pointues pour un domaine donné, ne sont pas nécessairement considérées utiles du point de vue social, et ne participent donc pas à la qualification d'une profession. « C'est donc le fait que le contenu de la compétence soit socialement reconnu, en fonction d'une définition sociale de l'utilité, qui fera la valeur de la compétence. On joint ici les questions de la légitimité dont on verra l'importance en ce qui concerne les compétences des travailleurs sociaux » (Autès, 2004, p. 228).

L'idée de mobilisation des compétences est essentielle à leurs applications dans la situation de travail. « C'est pourquoi Guy Le Boterf³¹ insiste sur la compétence comme "savoir-agir" dans des situations, comme capacité de mobiliser des ressources » (Autès, 2004, p. 228). Autès introduit, en corollaire, la compétence collective ou encore la compétence de l'organisation :

L'assemblage des compétences, leur mise en système, produisent une efficience qui dépasse la simple juxtaposition de compétences individuelles. L'organisation en tant que telle est donc plus ou moins compétente, produit des compétences qui sont un résultat, un effet de ces modalités d'organisation (Autès, 2004, p. 230).

Pour résumer, « la compétence est à la fois la maîtrise technique des opérations réalisées dans le cadre du travail, mais aussi la résultante, dans l'organisation et les rapports au travail, de la socialisation, de la subjectivation et de la formation de la personnalité » (Autès, 2004, p. 232). Le travail social québécois mobilise diverses compétences d'intervention et de collaboration en milieux de pratique institutionnels. Et bien que le Référentiel de compétences en travail social ait vu le jour en 2012, les compétences répertoriées s'inscrivent bien dans les visées de modernisation du Code des professions actuelle par des collaborations professionnelles élargies et assouplies.

1.5.5 Le référentiel québécois des compétences en travail social

Au Québec, s'inspirant de Le Boterf, l'OTSTCFQ a défini divers référentiels pour l'ensemble de l'agir professionnel. Quatre domaines de compétences sont énoncés: 1) une pratique éthique, critique et

³¹ Guy Le Boterf, directeur du cabinet Le Boterf Conseil, est reconnu comme l'un des meilleurs experts de la gestion des compétences et des dispositifs de professionnalisation. Il est professeur associé à l'Université de Sherbrooke (Canada) <https://www.editions-eyrolles.com/auteurs/guy-le-boterf> (consulté le 2024-12-06).

réflexive; 2) un processus d'intervention sociale auprès des individus, des familles, des groupes et des collectivités; 3) des collaborations professionnelles, intersectorielles et partenariales; 4) une contribution à son développement professionnel (le TS) et à l'évolution de la profession, notamment être capable de développer son identité professionnelle (OTSTCFQ, 2012). Le tout se décline en plusieurs sous-points (voir Annexe A).

Les référentiels ont entre autres pour avantages de faciliter la constitution d'un langage commun pour traiter de l'acte professionnel, ainsi que de réduire les espaces d'incertitudes auxquels l'un peut faire face. Ils permettraient également une forme de régulation entre les différents types d'acteur concernés par une activité (Fourdrignier, 2013).

Pour sa part, Carignan fait le constat que les référentiels de compétences ont comme fonctions de préserver et protéger les droits des populations qui reçoivent des services psychosociaux et communautaires, en plus d'encadrer et favoriser la mobilité de la main-d'œuvre dans le contexte de la mondialisation des savoirs (Carignan L. , 2013, p. 57). Par contre, « la pratique du travail social basée sur les compétences augmente la probabilité pour la formation en travail social d'être définie et contrôlée par les employeurs et par les intérêts de l'État, le travail social devenant ainsi sous mandat implicite de l'État » (Carignan L. , 2013, p. 72). Carignan introduit l'éthique comme une dimension transversale à la pratique réflexive et aux référentiels de compétences. L'éthique contribue à l'exercice du jugement professionnel, lequel se définit comme un processus menant à la prise de décision s'appuyant sur différentes considérations issues de l'expertise professionnelle (expérience et formation), qui a pour effet de procurer une marge de manœuvre aux professionnels, tout en faisant face à l'incertitude de manière responsable (Carignan L. , 2013, p. 73).

Ceci dit, la généralisation des référentiels de compétences dans les pratiques sociales soulève plusieurs réflexions et questionnements :

Comment concilier l'écart entre un rapport instrumentaliste à la pratique professionnelle centrée sur l'acquisition des compétences du référentiel et un rapport réflexif centré sur la capacité d'analyser et d'autocritiquer sa pratique sociale et les politiques en jeu? (Carignan & Fourdrignier, 2013, p. 11).

Ces questionnements sont d'actualité suite à l'intégration des TS en GMF et les réformes structurelles récurrentes en cours et à venir. Comment concilier technicisation et sauvegarde de l'autonomie des professionnels (recours imposé aux outils standardisés et aux bonnes pratiques de façon systématisée)?

Concilier le cadre prescriptif et l'activité réelle de l'intervention sociale (tâches en emploi vs pratiques professionnelles)? Concilier la pensée réflexive des praticiens du social et l'espace de formation (jugement professionnel in situ et formation continue issue du travail social) ? Et comment concilier les différents parcours de professionnalisation (identités professionnelles multiples et non pas unique et dogmatique) (ibid)³² ? Des tensions ne peuvent qu'émerger des visées de la formation à la profession (initiale et continue) et des attentes des employeurs du domaine social (accomplissement des tâches selon le prescrit).

La compétence des professionnels québécois s'énonce désormais selon leur cadre de référence respectif tel qu'énoncé par leur ordre et les prescrits du Code des professions³³. En ce qui nous concerne, les représentations de l'identité professionnelle des TS ont pu être remises en question suite à leur intégration en GMF, désormais leur lieu de pratique. Il sera intéressant de constater dans quelle mesure le Référentiel de compétence a pu jouer un rôle au maintien, voire à l'affirmation d'une identité professionnelle des TS.

1.6 Bref historique de l'évolution du travail social québécois

La société québécoise, comme toute société occidentale, évolue au gré de diverses tensions, entre les efforts de modernisation et maintien des traditions par ses politiciens au pouvoir. L'influence de grands mouvements sociaux mondiaux au cours du XX^{ème} siècle (des femmes, ouvriers et syndicaux, anarchistes, étudiants, communautaires, gais, écologiste), l'incessant repositionnement du rôle de l'État québécois et de l'État canadien quant à leurs politiques économiques et sociales ponctuèrent l'histoire du travail social et influèrent ses pratiques. Relevons un particularisme historique québécois, vecteur d'une stagnation sociale, soit la période duplessiste (1944 à 1959), qualifiée de grande noirceur. Elle marqua un retard quant à la modernisation de l'éducation, des services sociaux et de santé. Maurice Duplessis³⁴ insista « sur le sentiment nationaliste des Canadiens français en défendant l'autonomie provinciale et en affirmant les différences culturelles entre le Québec et le reste du Canada » (Alloprof). Il renforça son

³² Exemples par l'auteur de ce mémoire.

³³ Voir article 27 paragraphe 3 du Code des professions (Gouvernement du Québec, 2024).

³⁴ Premier ministre de la province de Québec, chef du parti Union nationale.

influence politique au Québec en s'alliant au clergé catholique, en maintenant la gouvernance des institutions éducatives et de soins axée sur le maintien des traditions avant tout chrétiennes³⁵.

L'histoire du travail social québécois est bien documentée et analysée notamment par les travaux de Mayer dans *L'évolution des pratiques en travail social* (2002), Carignan dans *Évolution du travail social au Québec* (2014), Groulx dans *Histoire du service social : éléments d'analyse* (2007), de Rondeau et Commelin dans *La profession de travailleur social au Québec* (2005), où l'on constate que le travail social nord-américain fut en tension dès ses débuts, polarisé entre les pratiques individuelles et l'action collective (*case-work* vs animation sociale). Ainsi l'appellation d'origine de « service social » évoquait une dimension vocationnelle à sa pratique³⁶.

Il est convenu de diviser l'histoire du travail social québécois en trois périodes sociopolitiques: 1) la période dite vocationnelle et confessionnelle, de la fin du XIX siècle à 1960, empreinte de paternalisme, où les activités sociales sont exercées par les femmes, où les pratiques sociales sont teintées des valeurs chrétiennes catholiques jusqu'à l'avènement de l'État-Providence; 2) de 1960 à 1980, la période de la professionnalisation du service social, par la création de nombreuses institutions sociales laïques et professionnelles (Loi sur les services de santé et les services sociaux, Code des professions), coupant les liens entre l'État et les institutions religieuses, en démocratisant l'accès aux services; 3) de 1980 à nos jours, la période caractérisée par le déclin de l'État-Providence, traversée de crises économiques, d'une redéfinition du contrat social, de ses effets néfastes de la mondialisation et la globalisation sur les populations marginalisées, de la montée des individualismes et d'une perte de confiance envers les institutions.

³⁵ « La spécificité tient plutôt ici à la cléricisation de la régulation sociale que, de concert avec les notables, l'Église catholique réussit à imposer au sein de la société libérale québécoise jusqu'à la Révolution tranquille. Cette cléricisation est favorisée par le centralisme caractéristique de l'Église romaine et la faiblesse relative de la bourgeoisie canadienne-française » (Bourque G. , 1995).

L'époque duplessiste fait l'objet d'un certain révisionnisme de temps à autre (Lapierre, 2010).

³⁶ L'Université Laurentienne en Ontario utilise toujours le terme « service social ». Voir : <https://laurentienne.ca/ecole/service-social#:~:text=L'%C3%89cole%20de%20service%20social,politique%20et%20%C3%A9conomique%20plus%20vaste> (consulté le 2024-08-10).

1.6.1 La période confessionnelle

Sous cette période, les institutions d'enseignement, de la santé et des services sociaux furent sous la gouverne de diverses congrégations religieuses, spécialisées dans l'un ou l'autre de ces secteurs. Le soutien financier des ligues de bienfaisances représentait la source principale de revenu des institutions de soutien aux indigents. La charité chrétienne constituait la valeur guidant leurs actions. Conséquemment, le service social visait « la régénération sociale et morale, la restauration de l'ordre familial, sa moralisation et sa rechristianisation » (Carignan I. , 2014). Malgré tout, certains programmes sociaux virent le jour. Ils sont surtout destinés aux enfants, aux familles et aux sans-emploi, par l'adoption des premières lois d'aide sociale. L'influence américaine des précurseurs du service social moderne (Richmond et Addams) favorisa au Canada le développement d'écoles de formation spécifiques, l'instauration de la discipline universitaire, du caractère laïque des pratiques, de sa nature scientifique, d'une action préférentiellement déployée en communauté et non en institution.

1.6.2 La professionnalisation

Succédant à la grande noirceur, la Révolution tranquille québécoise aboutit à la création d'un état québécois moderne. « On ne cherche plus à faire de la charité chrétienne, mais à réaliser l'adéquation entre des besoins et des ressources, à aider l'individu dans l'accomplissement de ses rôles familiaux et sociaux par le biais d'une intervention planifiée, balisée par les avancées académiques » (Carignan I. , 2014, p. 6).

On assiste à une autonomisation du champ d'action et d'intervention du service social, contribuant à sa professionnalisation. « On observe l'apparition d'une rationalité de l'intervention, une logique des méthodes, une maîtrise des techniques et une conformité des résultats » (Carignan I. , 2014, p. 6), lesquels concourent à l'intégration des politiques sociales, à la formation et aux modalités d'intervention. « On relevait une unité entre la gestion des services sociaux, la formation professionnelle et les méthodologies d'intervention autour d'un modèle professionnel de référence » (Groulx, 2007). La création d'une corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec en 1958 (CTSQ), favorisa la consolidation de l'identité professionnelle et la reconnaissance sociale de la profession auprès des gouvernements et du public.

1.6.3 La redéfinition du contrat social québécois

Au début de l'année 1980, en contexte de récession économique, l'État-Providence québécois vécut une première crise. Le modèle de prise en charge basé sur la méthodologie du planning social se voit confronté aux coûts de système important qu'il engendre (Fortier, 2010). « Les problèmes inhérents à un système devenu trop bureaucratique et technologique nécessitent un repositionnement de tous les aspects du travail social : la nature des services, la façon de les dispenser, les clientèles à desservir et la façon d'organiser les services » (Carignan I. , 2014, p. 9). La commission Rochon (1988) produira un rapport qui viendra redéfinir les priorités du gouvernement québécois, et instaurera ainsi une césure, pour des motifs économiques, au contrat social jusqu'alors en vigueur.

Le rapport a des incidences importantes sur l'exercice du travail social et l'État cherche à réunir les différents modèles d'intervention et à développer des approches intégrées en vue d'harmoniser et d'uniformiser les pratiques sociales centrées sur le curatif et le palliatif, en évacuant le préventif sous prétexte que l'on ne peut plus se le payer (Carignan I. , 2014, p. 9).

Autre moment marquant de la redéfinition du contrat social, la réforme Côté (1991), amorça un virage dit ambulatoire dans la foulée de la désinstitutionnalisation des soins et services en psychiatrie, en déficience physique et mentale déjà en marche, laquelle visait le déploiement des services dans la communauté. Malheureusement, cette réorganisation ne fit qu'amplifier les problématiques, les budgets n'ayant pas suivi l'intention de service, laissant dans la communauté des gens sans ressources et des intervenants sans moyens.

De façon sournoise, « les différentes réformes vont proclamer la prééminence du client ou du citoyen en le décrétant "au centre" du système, de nos préoccupations, afin de créer une alliance pratique et politique entre les planificateurs et les usagers, "contre" les professionnels et les employés en exercice » (Carignan I. , 2014, p. 11).³⁷ Elles confinent ainsi les professionnels, et surtout les syndicats professionnels, comme des intermédiaires nuisibles au nouveau contrat social à établir entre l'État et ses

³⁷ Citant (Lesemann, 2002).

citoyens,³⁸ lequel vise une saine gestion des finances publiques tout en offrant les soins nécessaires aux personnes au moment opportun.

Depuis, quelques réformes structurelles en santé et services sociaux eurent lieu, confirmant paradoxalement l'inefficacité croissante du modèle de gestion d'État, sous une pression grandissante des prestataires privés de soins qui revendiquent leur part de l'offre de service. La dernière réforme en lice fut la création des CISSS et CIUSSS et l'abolition des agences de santé (2015), dont les effets désorganisateur se font encore sentir.

En clair, de réforme en réforme, on assiste à une véritable déprofessionnalisation des services sociaux et les travailleurs sociaux ne sont plus maîtres-penseurs de leur pratique. Ils se voient confier, de plus en plus, des tâches évaluatives reposant sur l'utilisation d'outils de diagnostic (grille multiclientèle, régime de protection, etc.) et la gestion de services individualisés (plans d'intervention, les plans de services, etc.) (Carignan I. , 2014, p. 13)³⁹.

Les pratiques des professionnels du Domaine sont ainsi des processus, parmi d'autres, à gérer par des directions avant tout managériales et non cliniques. Dans ces contextes, les questions relatives à la finalité du travail social sont d'autant plus préoccupantes, la capacité de la discipline à définir sa pratique est toujours d'actualité.

1.7 Le contexte québécois des professions

1.7.1 Bref historique

C'est depuis 1974 que le principe de responsabilité partagée entre les corporations et l'État fut institué dans le nouveau Code des professions, ne limitant plus le pouvoir des corporations professionnelles à une simple délégation de l'État (Hébert & Sully, 2015, p. 3). En 1994, un changement législatif modifia le Code des professions, désignant dès lors les organisations professionnelles sous l'appellation de

³⁸ Voir : <https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2023-02-25/negociations-du-secteur-public/legault-choque-les-syndicats-en-les-accusant-de-fermeture.php>.

³⁹ Citant (Leemann, 2002).

« corporation »⁴⁰ par celui « d'ordre », et les travailleurs sociaux ne firent pas exception (Molgat, 2007, p. 97). Depuis, les ordres professionnels québécois relèvent de l'Office des professions du Québec (OPQ).

L'« office » est une forme d'organisation publique qui a pour but de fournir un service public à la population, en respectant les principes de la gestion publique. Il est généralement doté d'une personnalité juridique propre, ce qui lui confère une certaine indépendance vis-à-vis du pouvoir politique. Il est souvent financé par des redevances ou des taxes perçues auprès des usagers du service public, plutôt que par le budget général de l'État. Il est dirigé par un conseil d'administration ou un directeur général, qui rend compte à un ministre ou à un organisme de tutelle⁴¹.

L'OPQ est un organisme gouvernemental qui relève de la ministre responsable de l'application des lois professionnelles⁴².

Quelques années plus tard, l'idée de modernité se retrouve dans la refonte du Code des professions du Québec en 1999, dont le projet du plan d'action visait à « *Moderniser l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines* »⁴³. L'évolution des pratiques professionnelles, la déconcentration des lieux de services et les transformations des structures organisationnelles justifient cette mise à jour, « qui appelle à des coexistences et à des actions concertées, autrement dit à la multidisciplinarité et à l'interdisciplinarité » (Office des professions du Québec, 1999, p. 15).

Une mise à jour ultérieure du Code prend forme dans le cadre du rapport Trudeau : *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines* (2005). Elle se base sur un travail d'actualisation des champs d'exercices professionnels afin d'en saisir leurs natures et leurs finalités. Elle se limite donc qu'à énoncer « la désignation de la discipline professionnelle, les principales activités de la profession, la finalité de la pratique ».

⁴⁰ « Sous l'Ancien Régime, association d'artisans ayant pour but la défense de leurs intérêts et privilèges, ainsi que la réglementation de la profession » (Antidote 8, 2015). Bien qu'ancien, le sens de ce terme est toujours fort dans le cas de l'association de médecins québécois, maintenant sous l'appellation de Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FAMOQ). L'appellation de corporation a précédé cette dernière dénomination.

⁴¹ Moteur de recherche Bing (Office, définition selon principes de gestion publique) effectuée le 2023-09-25.

⁴² Madame Sonia Le Bel, ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor (2025).

⁴³ Sixième projet dans le cadre de cette refonte. Nous n'avons pu retracer les projets précédents.

Ainsi, la notion d'activité prend le pas sur la notion d'acte : « Plus englobant que la notion d'acte, celle d'activité évite l'énumération d'une multitude de gestes et fait davantage référence à un ensemble d'opérations ou d'interventions » (Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, 2001, p. 6).

Notons que certaines formations de niveau collégial donnent accès à un titre professionnel. Pensons à l'inhalothérapie ou l'hygiène dentaire, secteurs de compétences techniques du domaine de la santé. Quant aux infirmières auxiliaires, elles reçoivent une formation de niveau secondaire, et sont membres de leur propre ordre professionnel (L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec). Les infirmières et infirmiers (techniciens, bacheliers, détentrices de maîtrise dans le cas des infirmières professionnelles spécialisées, ou IPS) sont membres de leur propre ordre (Ordres des infirmières et des infirmiers du Québec).

Le domaine de la SMRH regroupe différentes professions non reliées à l'intervention sociale, mais exerçant une évaluation de la condition mentale (voir Annexe B). Aucun des techniciens associés au domaine québécois de la SMRH n'est membre d'un ordre professionnel, contrairement à certains techniciens en Ontario, dont le travail social⁴⁴. Les techniciens en travail social et en éducation spécialisée au Québec, déjà à l'emploi d'établissement en 2010, purent exceptionnellement s'inscrire au registre des droits acquis (en travail social et en psychoéducation respectivement), si cette clause s'appliquait à eux au moment de l'entrée en vigueur du PL-21. (Gouvernement du Québec, 2009). Cette mesure transitoire s'avérait nécessaire afin d'assurer une pérennité des services, le PL-21 chamboulant le droit d'exercice de professionnels non membres d'un ordre à son entrée en vigueur. Depuis plusieurs années, certains groupes de techniciens revendiquent un ordre professionnel propre, n'étant pas reconnu comme professionnel au moment de l'adoption du PL-21⁴⁵.

1.7.2 Les professions à exercice exclusif et les professions à titre réservé

L'Office des professions du Québec (OPQ) est l'institution régulatrice des ordres professionnels québécois. Le Code des professions comporte une distinction quant au statut des professions :

⁴⁴ <https://www.ocswsw.org/fr/lordre-en-bref/>.

⁴⁵ <https://www.aeesq.ca/fr/vers-un-ordre>.

Dans le cas d'une profession à exercice exclusif, seuls les membres des ordres reconnus peuvent porter le titre et exercer les activités qui leur sont réservées par la loi. Dans le cas d'une profession à titre réservé, bien que les membres d'un tel ordre n'aient pas le droit exclusif d'accomplir des activités professionnelles, l'utilisation du titre est limitée à eux seuls (Thésaurus de l'activité gouvernementale, 2023).

Les professions à exercice exclusif ⁴⁶ font l'objet de lois spécifiques les instituant, elles précisent leurs champs d'exercices ainsi que leurs activités exclusives. Quant aux permis obtenus par les professionnels du Domaine, il ne leur permet que de porter un titre réservé⁴⁷ et non pas d'exercer des activités de façon exclusive (Beauregard, 2007, p. 99).

En se basant sur les principales activités de sa pratique (OTSTCFQ a, 2020, p. 4), le champ d'exercices du travailleur social est défini ainsi :

Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement (Office des professions du Québec, 2012, p. 14).

Malgré la création du titre réservé de travailleur social par le PL-21, un constat pessimiste fut fait à l'époque par une représentante de l'Ordre. Il illustre la confusion du moment:

Le fait que le travail social soit une profession à titre réservé favorise moins l'adhésion des membres que s'il s'agissait d'une profession d'exercice exclusif, étant donné que la pratique du travail social demeure ouverte à d'autres intervenants sociaux. Si l'intention du

⁴⁶ Activités ne pouvant être exercées par quiconque d'autre. Avocat, notaire, médecin, dentiste, pharmacien, optométriste, médecin vétérinaire, agronome, architecte, ingénieur, arpenteur-géomètre, ingénieur forestier, chimiste, technologue en imagerie médicale, technologue en radio-oncologie ou technologue en électrophysiologie médicale, denturologiste, opticien d'ordonnances, chiropraticien, audioprothésiste, podiatre, infirmière ou infirmier, acupuncteur, huissier de justice, sage-femme, géologue ou comptable professionnel agréé (Code des professions chapitre C-26, 2024) article 32.

Spécifions que les activités dites réservées du domaine de la santé mentale et des relations humaines, de même que l'exercice de la psychothérapie prévu au PL-21, sont attribuables à l'infirmière technicienne ou bachelière, et non à l'infirmière auxiliaire (voir Annexe B). Ainsi, infirmières (Loi sur les infirmières et les infirmiers chapitre I-8, 2022) et médecins (Loi médicale chapitre M-9, 2023) sont inclus dans deux catégories du Code, soit des professions à exercice exclusif et des professions à titre réservé pour ce qui est de l'exercice d'activités réservées et partagées.

⁴⁷ Safarti Larson réfère au modèle du champ (de pratique) libre modifié « où les praticiens sont accrédités par un organisme officiel et bénéficient de certains privilèges exclusif, et où le titre, mais non l'exercice lui-même, est un monopole protégé par la loi » (Safarti Larson, 1988, p. 26).

législateur, en adoptant le Code des professions, était d'assurer la protection du public, on peut dire qu'il a donné aux professions à titre réservé très peu de moyens pour assumer cette mission (Beauregard, 2007, p. 113).

Cela s'observait à l'époque par la dotation de postes d'intervenants psychosociaux en établissement qui n'exigeait pas d'être membre d'un ordre :

De plus, l'État envoie un message contradictoire lorsque, d'une part, il adopte un Code des professions pour protéger le public, mais que, d'autre part, il n'oblige pas les intervenants qu'il embauche à être membres de leur ordre professionnel (idem)⁴⁸.

Cela dit, les établissements convertirent progressivement la dotation de postes de psychosociaux par des postes de TS membres de l'Ordre.

Le projet de loi 21 modifiant le Code des professions affirma des responsabilités communes à tous professionnels⁴⁹, institua un encadrement de la pratique de la psychothérapie, et « une réserve d'exercice pour des activités à risque de préjudice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, en identifiant les professionnels pouvant les exercer » (Office des professions du Québec, 2012).

Deux critères ont guidé le Comité d'experts dans sa tâche d'identification des activités qui nécessitent d'être réservées, soit : 1) le risque de préjudice; 2) la formation liée au degré de complexité que comportent les activités, critère sous-tendant que seules les personnes ayant les compétences pour accomplir une activité sont habilitées à le faire (Office des professions du Québec, 2012, p. 33).

C'est donc dire que, paradoxalement, certaines activités (dites réservées) sont exclusives à des professionnels sous certaines conditions, tout en n'étant pas des activités exclusives au sens premier de l'appellation, car partagées entre les professionnels du Domaine.

⁴⁸ Et ce malgré la recommandation 5 du Groupe de travail : « Que toute personne dûment formée à l'exercice d'une profession et qui possède les qualifications requises ait l'obligation d'appartenir à l'ordre professionnel qui régit cette profession, afin de pouvoir l'exercer. (Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, 2001, p. 5).

⁴⁹ « L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles » (Office des professions du Québec, 2012).

1.7.3 Deux identités professionnelles, un milieu de pratique

Figure symbolique forte (voir section 1.2), le médecin exerce une profession empreinte de modernité par les connaissances nombreuses produites par les avancées technologiques incessantes et d'innombrables recherches cliniques aux traitements des maladies. Les TS, suite à leur intégration en GMF, évoluent à l'intérieur de ces milieux aux paradigmes issus de la méthodologie médicale, de nature positiviste.

Depuis plusieurs décennies, la pratique médicale, plus que toute autre, se voit de plus en plus encadrée par des normes de gestion gouvernementales (Collège des médecins du Québec, 2020). Les médecins disposent d'un statut particulier, historiquement conféré par les divers gouvernements successifs, celui d'un professionnel autonome, mais rémunéré par l'État s'ils participent à des activités cliniques des services des publics⁵⁰. Ainsi, bien qu'ils soient rémunérés par ententes avec le gouvernement québécois, seuls les médecins ne souscrivent pas à une relation employeur-employé des services publics. Ils conservent leur indépendance professionnelle, et exercent toujours un pouvoir d'influence et de gestion, formel et informel, sur les services du réseau de la santé⁵¹. L'accès aux soins, le vieillissement de la population, l'importance accordée au prolongement et au maintien de la vie par des moyens techniques de plus en plus onéreux et sophistiqués peuvent nous éclairer sur le pouvoir dont ils disposent, pouvoir qui va au-delà des connaissances à maîtriser, du dévouement aux patients et d'une disponibilité quasi totale qu'était la leur jusqu'à récemment (Côté & al, 2019). Par ailleurs, une fonction de contrôle social est exercée par les médecins, de plus en plus contraints par les dispositifs privés et publics de sécurité sociale, de statuer sur l'état de santé des patients afin de leur permettre d'accéder à des mesures d'aides diverses (prestations gouvernementales, remboursements d'assurance, traitements spécialisés en santé), générant ainsi un volume important de travail clérical, non facturable selon les ententes de rémunération.

⁵⁰ Le médecin, disposant d'un droit de retrait en vue de s'établir en pratique privée, devenant des médecins non participants au système public. Les médecins de certaines spécialités peuvent pratiquer à la fois au public et au privé (chirurgiens-plasticiens, orthopédistes). Le ministre se réserve le droit d'annuler le statut de non-participant d'un médecin s'il juge que les services sur un territoire donné ne sont pas suffisants afin d'assurer la pérennité du système de santé québécois (Gouvernement du Québec, 1999).

⁵¹ Le projet de loi 15 du ministre Dubé vient bousculer certaines modalités de gestion des médecins : Les médecins ne veulent pas des nouveaux directeurs médicaux nommés par Québec <https://lactualite.com/actualites/christian-dube-se-met-en-mode-ecoute-pour-bonifier-sa-reforme/> (consulté le 2023-05-09).

Les TS ne semblent pas être les seuls à questionner leur identité professionnelle au moment de leur intégration en GMF. On observe depuis peu un changement de paradigme quant à la pratique médicale au Québec. La pratique fait face à une compétition accrue de l'offre de services des professions des secteurs de la santé et des services sociaux, positionnant ainsi la consultation médicale tel un service parmi d'autres, où des discussions sont initiées par les usagers quant aux soins, non plus à prodiguer, mais à négocier (Côté & al, 2019). Ce rapport de négociation semble s'inscrire dans un mouvement irréversible d'un déclin des institutions (Dubet, 2002), d'une montée des individualismes dont la profession médicale avait su faire rempart jusqu'à maintenant, sur la base de savoirs et de pratiques hautement spécialisées.

1.7.4 Modernisation du système québécois des professions

Ces dernières années, suite à plusieurs débats dans la sphère publique, le Gouvernement du Québec a retiré certaines exclusivités à la pratique médicale. Ainsi, les infirmières praticiennes spécialisées obtinrent une pleine autonomie de pratique depuis janvier 2021, les libérant de la surveillance médicale dont il faisait l'objet jusqu'alors (voir p. 126). Les sages-femmes ont également gagné leur autonomie professionnelle suite à de nombreuses négociations, elles détiennent d'ailleurs une exclusivité de pratique (voir note de bas de page 46, p. 32).

Dans un même souci d'adapter le système professionnel aux réalités actuelles, le récent PL-67 « Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux » autorise certains professionnels à titre réservé habilités à poser un diagnostic en santé mentale, dont les psychologues, sexologues, conseillers d'orientation, infirmières, audiologistes et orthophonistes⁵², souhaitant ainsi faciliter l'accès aux services concernés.

Ils pourront désormais qualifier leurs conclusions cliniques de diagnostics, mettant fin à la confusion sémantique qui perdure autant auprès du public que dans les différents milieux : chez les décideurs, les employeurs, les assureurs, devant les tribunaux, de même qu'au sein des différents ministères et organismes. En comprenant mieux la portée des conclusions

⁵² Les audiologistes et orthophonistes peuvent diagnostiquer les troubles du langage qui servent à la détection, entre autres, des Troubles du spectre de l'autisme. Les conseillers d'orientation peuvent diagnostiquer la déficience intellectuelle et les troubles mentaux. Les infirmières peuvent diagnostiquer les troubles mentaux, de même les sexologues, en plus des troubles sexuels. Les psychologues peuvent diagnostiquer les troubles mentaux et les troubles neuropsychologiques.

cliniques de ces professionnels, il sera ainsi possible de redéfinir l'offre de services à la population autant dans le secteur public que privé⁵³.

Le projet de loi s'inscrit dans un mouvement de recadrage de l'exercice diagnostique du domaine médical et de la SMRH, mais maintient des restrictions à prescrire une médication⁵⁴.

Les travailleurs sociaux ne sont pas visés par les modifications autorisant certains diagnostics. Cela les positionne par défaut sous le statut professionnel des relations humaines, tout comme les psychoéducateurs et criminologues. Les connaissances et compétences permettant la formulation d'un diagnostic en santé mentale ne leur sont donc pas reconnues, laissant libre cours à un élément de déqualification, là où les connaissances du domaine de la maladie mentale sont omniprésentes. Cela dit, comme nous le verrons plus loin au sujet des référentiels de compétence (voir section 4.1.1.2 Le savoir professionnel et les référentiels professionnels en travail social), de ne pas émettre de diagnostic dans le cadre de la pratique professionnelle est conforme aux visées du travail social professionnel selon les énoncés de l'Ordre.

1.8 Les groupes de médecine familiale

À l'origine, les GMF sont des corporations autonomes, majoritairement à but lucratif, légalement constituées, regroupant des médecins de famille en vue d'offrir des services de santé de proximité (qualifié de 1^{ère} ligne) à la population. Ils se déclinent également en GMF-U (Universitaire) qui sont des GMF offrant une résidence pour la formation des médecins omnipraticiens selon des ententes avec le MSSS. Leur reddition de compte (GMF de tout type) est envers le MSSS, et non envers les CISSS et CIUSSS.

Près de 70 % des GMF sont constitués du regroupement d'au moins deux milieux cliniques⁵⁵. La majorité des GMF sont formés uniquement de sites en cabinet (72 %), alors que 16 %

⁵³ Communiqué commun des ordres professionnels concernés : <https://www.orientation.qc.ca/fr/actualite/co-recherches/projet-de-loi-67--un-tournant-majeur-pour-laces-aux-services-en-sante-mentale> (consulté le 2024-06-08).

⁵⁴ Des dispositions permettent aux pharmaciens certains traitements pharmacologiques.

⁵⁵ Afin de répondre à certains critères d'accès (ouvert 68 heures par semaine), des GMF ont pu conclure des ententes avec le service d'urgence d'un hôpital par exemple. <https://www.ledevoir.com/societe/715641/les-gmf-un-echec-financier-et-medical-selon-l-iris> 26 mai 2022, ce qui va à l'encontre du principe de désengorgement des urgences.

sont dits « mixtes » (site en cabinet et site en établissement). Enfin, la majorité sont de petite taille. En effet, les inscriptions pondérées se situent entre 6 000 et 18 000 dans près de 60 % des GMF (INESSS b, 2022).

Suite à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux en 2015 (Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 2015), les travailleurs sociaux ont été déployés dans les Groupes de médecine familiale au Québec⁵⁶. À ce jour, peu de données existent sur les profils cliniques des patients des GMF, les moyens technologiques de collection de données étant inexistant (INESSS b, 2022).

1.8.1 La naissance des GMF

La Loi sur les services de santé et services sociaux (Gouvernement du Québec, 1971), donna naissance au système sociosanitaire public québécois, et constitua les Centres locaux de services communautaires (CLSC) comme établissement de services de première ligne, suite aux recommandations du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu).

La création des CLSC visait notamment à pallier l'incapacité des cabinets médicaux privés à répondre aux besoins sanitaires de l'ensemble de la population, plus particulièrement dans les régions rurales et les quartiers défavorisés peu payants pour la profession médicale (Ploudre, 2017, p. 2).

Ainsi, le CLSC était pressenti pour l'accès privilégié aux services sanitaires, mais également aux services sociaux québécois. Cependant, le gouvernement permit aux médecins de famille de poursuivre leur travail en clinique privée, tout en étant rémunérés par le nouveau système de financement public de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Ainsi, le souhait que les omnipraticiens rejoignent massivement les CLSC ne se réalisa pas :

Refusant de devenir des employés salariés de l'État, les médecins craignaient avant tout de perdre leur statut de travailleuses et travailleurs autonomes et, de ce fait, de voir compromises leur liberté et leur autonomie professionnelle (et donc leur pouvoir sur les conditions de leur propre pratique) (Ploudre, 2017, p. 3).

⁵⁶ Notons qu'à l'origine, ce sont les psychologues qui avaient été visés par la mesure et non les travailleurs sociaux.

Les CLSC prônaient un mode démocratique de gestion (conseil d'administration issu du milieu), faisant difficilement bon ménage avec le système corporatif de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) qui venait de voir le jour.

Le rapport Clair (2000), dans un souci de protéger le système de santé, de l'adapter et l'améliorer, énonçait que :

Pour assurer la pérennité de notre système, il faut d'abord accepter que les ressources que la société québécoise, comme toutes les autres, peut consacrer à la santé et aux services sociaux, sont limitées. Cette acceptation conduit à deux obligations indéniables et indissociables : faire des choix et performer (Gouvernement du Québec, 2000, p. V).

Le rapport énonçait que la collaboration entre médecins en cabinet et les services en CLSC devaient permettre l'établissement de services de première ligne de santé dans le but de mieux desservir la population. Ainsi naquit l'appellation de Groupe de médecine de famille par la recommandation R-4 :

Que le volet médical de ce réseau de 1^{re} ligne soit assumé par des Groupes de médecine de famille, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes (Gouvernement du Québec, 2000, p. 52).

On constate que les CLSC, au fil de nombreuses réformes, ne représentent maintenant qu'une institution dénaturée de sa vocation initiale, de laquelle les médecins se sont soustraits dès leur création en rejetant tout lien d'emploi et de subordination aux instances décisionnelles d'un système maintenant révolu de démocratie directe par la représentation locale des communautés (Plourde, 2016; Plourde, 2017; Sioui & al, 2025).

Le terme médecin de famille, emprunt de l'appellation américaine⁵⁷, induit faussement l'idée d'un médecin prenant charge de tous les membres d'une famille, ou l'idée d'une pratique spécifique aux familles. Les mécanismes d'accès (guichets) actuels attribuent exclusivement un médecin aux patients et priorisent les clientèles dites à risque⁵⁸, relayant aux urgences les patients dits « orphelins »⁵⁹. La

⁵⁷ Family physician (Millette, 2021).

⁵⁸ Une confusion supplémentaire a eu lieu suite à la publication d'un rapport de l'INESS énonçant de nouveaux critères d'attribution d'un MD, et conséquemment d'un possible retrait de patients actifs attribués aux MD : Une étude de l'INESS propose une redistribution des rendez-vous médicaux. Voir :

médecine de famille est une médecine généraliste, de première ligne, pour toute clientèle et de tous âges, donnant accès aux médecins des diverses spécialités par un mode de référencement.

1.8.2 La structure clinico-administrative des GMF

Depuis 2002, par vagues successives de mesures gouvernementales, les GMF furent appelés à devenir la porte d'entrée des services sociosanitaires québécois (Breton & al, 2011). À partir de 2017, des modalités révisées de financements sont allouées afin de démarrer, aménager et assurer le fonctionnement des GMF, hors des enveloppes de la rémunération des médecins. De plus, des budgets spécifiques, hors de ces budgets GMF, sont prévus pour les infirmières cliniciennes et pour l'embauche de pharmaciens (Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille, 2017).

Les principes du modèle de l' « Accès adapté » sont largement appliqués à l'organisation de la pratique médicale en GMF (MSSS, 2019, p. 4). Le modèle vise « à offrir aux patients les services de santé dont ils ont besoin au moment opportun. Ce modèle (...) est reconnu comme l'un des fondements des services de première ligne de qualité et performants⁶⁰ » (Breton M. , 2019).

Le MSSS mit de l'avant le concept d'autorité fonctionnelle des médecins en GMF, face aux professionnels en provenance des CISSS et CIUSSS. Ce concept fut institué au début du déploiement des infirmières en GMF (2002-2003).

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-10-10/patients-sans-medecin-de-famille/une-etude-de-l-inesss-propose-une-redistribution-des-rendez-vous-medicaux.php> (consulté le 2024-11-04).

L'actuel projet de loi PL-106 vise entre autres l'instauration d'une rémunération pondérée par différentes variables, dont le profil des patients serait déterminé par un code de couleur selon le niveau de prise en charge requis (Gouvernement du Québec, 2025).

⁵⁹ Notons les efforts menés par le MSSS afin d'accroître l'accès au bon service et au bon moment par un professionnel par un mécanisme d'accès téléphonique centralisée (Guichet d'accès à la première ligne via 811), et des discussions avec la FMOQ afin d'assouplir l'accès aux services de première ligne <https://fmoq.org/affaires-syndicales/communications/communiqués/entente-acces-1re-ligne/> (consulté le 2022-05-01).

⁶⁰ Selon 5 principes directeurs : 1) l'équilibre de l'offre et de la demande, 2) la réduction des retards accumulés 3) la révision du système de rendez-vous 4) l'intégration de la pratique interprofessionnelle 5) l'élaboration des plans de contingence.

L'autorité fonctionnelle consiste à ce que le médecin responsable s'assure du bon fonctionnement des activités quotidiennes au sein du GMF. L'autorité administrative et la surveillance clinique consistent à ce que le gestionnaire du CISSS ou du CIUSSS gère les ressources humaines et veille à leur encadrement clinique (Gouvernement du Québec, 2017, p. 15).

L'autorité fonctionnelle du médecin fait sens du fait que les infirmières sont un corps d'emploi du domaine de la santé, et de la complémentarité de leurs activités professionnelles aux activités de santé d'un GMF.

Un constat est cependant fait quant aux moyens dont disposent les GMF :

Malgré le rôle important qu'ils jouent dans le système de santé et de services sociaux au Québec, les GMF disposent de peu de moyens et d'outils pour évaluer leurs pratiques et leurs clientèles et pour implanter des activités d'amélioration continue de la qualité des pratiques cliniques et organisationnelles. Les défis des GMF incluent notamment la capacité de production d'information sous forme d'indicateurs de qualité et la structuration d'activités de pratique réflexive et d'amélioration continue de la qualité (INESSS a, 2022).

La production d'informations des services offerts par les TS en GMF fait face à ces mêmes défis, suite au choix gouvernemental de s'affilier aux systèmes informatiques des GMF.

1.8.3 Critiques du modèle GMF

Une première évaluation du modèle GMF fut faite en 2008, sous l'égide du MSSS, suite au déploiement initial de 19 d'entre eux. Le défi de la collaboration médecins-infirmières a été soulevé, la pratique médicale en GMF a ainsi évolué vers un partage entre les médecins de la responsabilité à l'égard des patients, en plus de la collaboration avec les infirmières. Cette collaboration a nécessité un apprentissage et suscité de nombreuses questions sur les rôles, les attitudes, les comportements et les responsabilités de chacun. De plus, les médecins en GMF se disaient plus satisfaits sur le plan professionnel que l'ensemble des autres omnipraticiens. Par ailleurs, un accès plus rapide à des services psychosociaux, absents des GMF, était souhaité (MSSS, 2009).

D'autre part, de nombreuses critiques furent énoncées par le Vérificateur général du Québec à l'endroit du MSSS quant au fonctionnement et la gestion des GMF et cliniques-réseau, au regard des visées d'accessibilité et de la prise en charge des patients (Vérificateur général du Québec, 2015) ⁶¹.

Dénonçant la privatisation des services de santé dans le cadre d'un mémoire présenté à ses membres en 2017, le conseil d'administration de Médecins québécois pour le régime public (MQRP) fit une analyse du modèle d'affaire GMF. Les médecins-actionnaires, qui sont majoritaires parmi les 54 GMF à l'étude (82%), s'exposent selon le MQRP à un potentiel conflit d'intérêts, opposant la recherche du profit aux soins de santé accessibles et efficaces pour tous (Médecins québécois pour le régime public, 2017). Le MQRP recommande entre autres que :

- Le gouvernement doit s'assurer que les GMF opèrent sans but lucratif.
- Tout GMF doit être doté d'un conseil d'administration au sein duquel les usagers devraient être représentés, et produire au ministère un rapport de ses activités en regard à ses obligations. Ce rapport doit être disponible au public.
- Le gouvernement doit cesser le transfert des professionnels des CLSC vers les GMF. L'accès aux professionnels autres que médicaux en GMF ne doit pas se faire au détriment des CLSC. Pour une meilleure adéquation aux besoins multiples de la population, les professionnels des CLSC et GMF doivent agir de façon coordonnée.

Ces deux premières recommandations restèrent lettre morte. Dans le cas des transferts de TS des CLSC vers les GMF, cette pratique cessa. Suite à ce mouvement de professionnels, les gestionnaires d'établissement durent recréer les postes abolis de TS ayant fait l'objet de transferts vers les GMF, la demande pour les services publics ne cessant de s'accroître. Ainsi, la restructuration des services sociaux

⁶¹ Dont : le mécanisme d'orientation privilégié pour obtenir un médecin de famille, soit les guichets d'accès, n'est ni transparent ni équitable. Les exigences ministérielles liées au soutien financier que les agences versent aux GMF ont peu favorisé la prise en charge additionnelle de patients par les médecins, particulièrement de patients plus vulnérables. Les agences et les CSSS vérifiés n'encadrent ni ne suivent suffisamment les activités réalisées par le personnel clinique des GMF qu'ils rémunèrent. Le ministère n'a pas établi de balises quant aux résultats à obtenir et ne s'assure pas que l'utilisation des sommes consacrées à l'informatisation des GMF est efficace. Le MSSS et les agences vérifiées continuent généralement à financer les GMF même si ceux-ci ne respectent pas les exigences établies, dont le nombre de patients inscrits et les heures d'ouverture.

de première ligne hors des murs des établissements en GMF ne répondit que partiellement aux objectifs de départ, soit faciliter leur accès par la proximité qu'ils procuraient dans les communautés, et la fluidité d'une prise en charge sociale en rapprochant médecins et TS dans un même lieu, le tout à meilleur coût.

Nous assistons depuis peu à un mouvement de désaffiliation des GMF-U des CISSS et CIUSSS, s'organisant maintenant en corporation privée de MD, sous-traitant leur gestion administrative au privé, tout en maintenant leur entente de formation des omnipraticiens avec les facultés universitaires. Bien qu'ils se retirent des ententes de gestion des GMF et des sommes qui leur sont dévolues, ces corporations intègrent toujours des professionnels employés des établissements (TS, infirmières et autres) et obtiennent du MSSS un montant annuel pour des frais de gestion. Ils se dégagent ainsi du fardeau administratif et des redditions de compte au MSSS à coût nul⁶².

En conclusion de ce chapitre, nous constatons que la forme professionnelle des métiers tire ses origines d'une spécialisation de fonctions du travail, comportant un haut degré de complexité à la production d'extrants variés (bâtiments, gestion financière, défense des droits, soins de santé). Des regroupements (corps d'état, guildes, sociétés, corporations) sont autorisés par les instances politiques (monarchiques ou démocratiques), et disposent d'un certain niveau d'autogestion de leurs affaires courantes selon le modèle d'organisation en vigueur pour un territoire donné. L'accès à ces regroupements est restreint par divers critères, dont l'obtention d'une formation spécialisée reconnue, laquelle nécessite plusieurs années d'apprentissage.

Nous constatons également que l'identité s'acquiert par divers processus (psychologiques et sociologiques), dévoilant des dispositions particulières d'une personne, sollicitant une forme de dépassement de soi, un désir de faire le bien pour autrui. L'identité peut être individuelle et collective, revendiquée pour soi ou attribuée par autrui. L'identité professionnelle est de forme collective, elle peut évoluer au gré des milieux de pratique, de l'univers social, de prescrits juridiques, de contraintes économiques en constant changement, dans une visée d'efficience toujours à surpasser.

⁶² <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2109257/clinique-medecine-familiale-medway> (consulté le 2024-11-09).

Le travail social a une façon singulière d'aider les plus démunis de la société, en s'adressant à l'expérience individuelle, à laquelle un sens particulier y est attribué selon divers paramètres en vigueur (lois, conditions économiques, organisation des services, valeurs morales, éthique professionnelle). Le travail social n'échappe pas à ce renouvellement constant des visées d'une action sociale efficiente (référentiels de compétences, clientélisme, décloisonnement des secteurs de la sphère sociale et de ses acteurs, développement de l'employabilité comme panacée aux problèmes de toute nature) sous les incitatifs de la nouvelle gestion publique. Au Québec, les formes initiales de l'aide aux plus démunis se sont progressivement distancées d'une prise en charge par les instances religieuses pour se constituer sous une forme professionnelle du service social, hors des murs des hôpitaux. S'étant intégré aux structures d'aide étatiques depuis la Révolution tranquille québécoise, l'exercice du travail social a subi les contrecoups d'une redéfinition du contrat social québécois, maintenant à la merci des réformes gouvernementales.

Les GMF, quant à eux, occupent la place centrale des services de première ligne québécois, ayant supplanté le modèle CLSC, et ce malgré les nombreuses critiques qui lui ont été adressées. L'absence d'une reddition de compte ne permet pas d'évaluer l'efficacité des GMF selon les paramètres habituels des coûts-résultats auxquels sont soumis les établissements. Étant des milieux de soins privés, sous la gouverne de médecins, les TS déployés en GMF durent définir leurs activités et ce faisant, affirmer et renouveler leur identité professionnelle.

CHAPITRE 2

PERSPECTIVES THÉORIQUES

2.1 Cadre conceptuel

Cette section du travail vise à opérationnaliser les éléments théoriques de la professionnalité du travail social, des identités professionnelles qui lui sont liées, ainsi que les effets du milieu de pratique sur ces éléments. Les concepts de représentation sociale et de représentation professionnelle seront utiles à cette fin. Les représentations sont soit une idée, un énoncé, un sentiment une croyance issues des processus mentaux, qui nous renseignent sur un objet, son environnement et sur une façon de l’appréhender, de le comprendre (Moliner & Guimelli, 2015). Les représentations sociales peuvent se regrouper aisément par unité de sens, et facilitent une analyse thématique de l’objet de recherche.

Ce mémoire se veut être un exercice d’analyse de la pratique des TS en GMF, à l’aide des représentations sociales (RS) dont font partie les représentations professionnelles (RP) afin de qualifier ces logiques d’actions et les situations professionnelles qui en découlent.

2.1.1 L’étude des représentations sociales

Nous nous situerons dans une analyse de type structurale, qui s’intéresse aux contenus des représentations, à leur organisation et à leur dynamique. Les études des RS utilisent généralement des méthodes d’analyse statistique afin d’atteindre les objectifs de recherche (Abric J.-C. , 2003).

Molinier précise cependant que les techniques d’entretien sont très utilisées dans l’étude des RS.

Dans les faits, il est, avec les techniques d’association verbale et du questionnaire, l’un des moyens privilégiés permettant l’accès à ces contenus discursifs, eux-mêmes constitués d’opinions, de croyances, d’idées et d’attitudes et constituant le champ représentationnel de l’objet social étudié (Moliner & Guimelli, 2015, p. 43).

Si l’entretien est la seule méthodologie utilisée, un nombre important d’entretiens devront être réalisés afin d’assurer sa validité (principe de saturation).

2.1.2 Les représentations sociales : définition

Bien que proposée à l'origine par Durkheim (1898) sous l'appellation de *représentations collectives*, c'est à Serge Moscovici (1961), de l'école de la psychologie sociale, à qui nous devons le développement des représentations sociales telles que nous les concevons actuellement (Moliner & Guimelli, 2015).

Ainsi, Moscovici

va considérer que les représentations ne sont pas les produits d'une société dans son ensemble, mais qu'elles sont plutôt les produits des groupes sociaux qui constituent cette société. D'autre part, il va mettre l'accent sur les processus de communication, considérés comme explicatifs de l'émergence et de la transmission des représentations sociales (Moliner & Guimelli, 2015, p. 18).

Au cours de ces processus, des croyances individuelles peuvent faire l'objet d'un consensus et parallèlement, des croyances collectives peuvent s'imposer aux individus. Ainsi, « il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu ou du groupe » (Moliner & Guimelli, 2015, p. 18)⁶³.

Pour Moscovici, « la représentation est un ensemble organisé de connaissances » (Moliner & Guimelli, 2015, p. 20). Plus précisément, une représentation sociale peut se décrire comme un ensemble d'éléments (informations, opinions, croyances) entre lesquels les individus établissent des relations. Dans cette perspective, les représentations sociales sont des structures cognitives. Et parce qu'elles sont « sociales, ce sont des structures cognitives partagées » (Moliner & Guimelli, 2015, p. 20).⁶⁴

2.1.3 Les théories de la représentation sociale

Moliner distingue quatre orientations théoriques complémentaires à l'étude des RS : 1) l'approche originale, dite sociogénétique (Moscovici), décrit essentiellement les conditions et les processus impliqués dans l'émergence des représentations; 2) l'approche structurale (Abric J.-C. , 1976), que nous emprunterons, s'intéresse davantage aux contenus des représentations, à leur organisation et à leur dynamique; 3) l'approche sociodynamique (Doise, 1990) s'attarde aux liens entre rapports sociaux et les

⁶³ Citant (Moscovici, Préface, 1969).

⁶⁴ Citant (Moscovici, La psychanalyse, son image et son public, 1961).

RS; 4) l'approche dialogique (Marcova, 2007) met l'accent sur le rôle du langage et de la communication dans l'élaboration des représentations.

L'approche structurale s'inspire du processus d'objectivation afin d'introduire la théorie du noyau central. Suite à ses observations, Abric postule que, parmi les éléments cognitifs constituant une représentation, certains vont jouer un rôle différent. Elles constitueront un noyau central qui a, d'une part, une fonction génératrice de sens spécifique pour les individus, et d'autre part, une fonction organisatrice, agencant les éléments de la représentation. Ces derniers seront alors qualifiés d'éléments périphériques.

La conception structurale est celle d'une représentation sociale constituée de divers schèmes, en interaction, sous la dépendance d'une structure organisatrice plus profonde : le noyau central. Le système central est fortement marqué par la mémoire collective du groupe et par les normes auquel il se réfère, il résista au changement et constitue la base consensuelle partagée par les membres du groupe, il est donc essentiellement normatif. Le système périphérique est plus souple, plus sensible aux effets de contexte et permet l'intégration dans la représentation des variations individuelles liées à l'histoire des sujets, il est donc plus fonctionnel (Blin, 1997, p. 76).

« Si le noyau central peut se comprendre comme la partie abstraite de la représentation (Moliner, 1988), le système périphérique doit être entendu comme sa partie concrète et opérationnelle » (Moliner & Guimelli, 2015, p. 33). Le noyau, déterminé socialement et historiquement, assure la stabilité, la permanence et la pérennité des représentations. « Grâce à lui, les membres d'un même groupe peuvent se reconnaître, mais aussi se différencier des membres des groupes voisins et il contribue ainsi, dans une large mesure, à l'identité sociale » (Moliner & Guimelli, 2015, p. 33).

2.1.4 Les représentations professionnelles

Les représentations professionnelles sont, au même titre que toute autre représentation sociale, une unité de sens nous informant sur les interactions acteurs - contexte (ici les GMF), liées à des situations spécifiques. Pour Blin, les RP, quant à leur nature, « sont définies comme des ensembles de cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle et organisées en un champ structuré présentant une signification globale » (Blin, 1997, p. 89). Ainsi, les cognitions peuvent être de nature descriptive, car elles permettent de nommer ce qui est observé, de l'appréhender (la connaissance sur la cognition) ; elles peuvent être de nature prescriptive en ce qui touche la totalité des modalités d'une action observée (il faut... on peut...); elles peuvent être

de nature évaluative par « la manière dont les acteurs évaluent certains objets signifiants de leur pratique » (Blin, 1997, p. 88) , soit la valeur qu'ils leur accordent⁶⁵.

Blin dénote quatre niveaux d'analyse des RP. Point de départ de tout travail d'analyse, le premier niveau, soit le repérage des contenus, « est caractérisé par le repérage des cognitions portant sur les objets signifiants des activités et des identités professionnelles » (Blin, 1997, p. 91). S'appuyant sur la terminologie élaborée par Doise (1989), Blin décrit trois dimensions au repérage de contenu des RP, lesquelles définissent « la manière dont les acteurs découpent leur champ professionnel et y sélectionnent les éléments qui leur paraissent les plus pertinents » (loc.cit.) : 1) la dimension fonctionnelle regroupe des objets susceptibles d'être activés dans l'exercice de l'activité professionnelle (la pratique); 2) la dimension contextuelle décrit l'organisation, les statuts, les rôles, l'établissement, l'équipe et, de façon plus abstraite, l'institution, les finalités, les idéologies et les valeurs; 3) la dimension identitaire inclut les missions, compétences, qualités et motivations.

Au second niveau d'analyse, nous retrouvons la description du référentiel professionnel. Il consiste en « une mise en évidence du référentiel commun du collectif professionnel et des prises de positions différentes sur ce référentiel dégagant des groupes professionnels » (Blin, 1997, p. 91). Les cognitions chez un individu se résument donc à une prise de position face au référentiel commun. Elles peuvent s'exprimer sous la forme de descriptions, de prescriptions ou évaluations et se synthétiser en un mot ou une phrase type.

Au troisième niveau, nous retrouvons l'analyse structurale. Elle permet la mise en évidence des relations plus ou moins fortes liant les éléments, la nature des relations unissant les différentes cognitions. « L'analyse de similitude repose sur l'idée que "deux items seront d'autant plus proches dans la représentation, qu'un nombre d'autant plus élevé de sujets les traitent de la même façon" » (Blin, 1997, p. 93)⁶⁶.

⁶⁵ Voir également (Moliner & Guimelli, 2015, p. 44).

⁶⁶ Citant Flament, 1986.

Au quatrième et dernier niveau, nous retrouvons la contextualisation des analyses, « soit la différenciation des cognitions et des relations les unissant selon les contextes et selon les situations professionnelles » (Blin, 1997, p. 90)⁶⁷.

Blin précise quatre fonctions essentielles aux RP (Blin, 1997, pp. 94-95). Elles participent à la construction d'un savoir professionnel : 1) ce savoir se différencie du savoir scientifique et du savoir de sens commun du fait qu'il « permet aux acteurs de comprendre et d'agir sur la réalité selon un principe d'économie cognitive », car produit du contexte de l'activité professionnelle. Les référentiels communs facilitent la communication et la compréhension mutuelle des problèmes, et permettent une économie d'énergie. Blin remarque que les savoirs professionnels sont d'autant plus développés et mobilisés dans des contextes où les savoirs scientifiques ou techniques sont flous, non maîtrisés, voire ignorés; 2) les RP « définissent les identités professionnelles et protègent la spécificité des groupes intra et interprofessionnels ». Par le processus de socialisation professionnelle, elles préservent la spécificité et les avantages du groupe professionnel face aux autres groupes concurrents. À l'intérieur du même groupe, les RP « marquent aussi les identités, les idéologies, les territoires et participent des jeux et enjeux institutionnels » ; 3) par un effet de mobilisation des cognitions, les RP orientent les conduites et guident les pratiques professionnelles en « produisant un système d'attentes et d'anticipations, elles sélectionnent puis filtrent les informations provenant de la réalité pour conformer les pratiques à la représentation ». Elles participent à définir la finalité de la situation professionnelle et orientent le choix des démarches pour effectuer une tâche; 4) les RP permettent de justifier les prises de position et les pratiques professionnelles, a posteriori, par la construction préalable de relations entre des éléments et des actions⁶⁸ dans un système donné, déployés sous forme de prises de position et de routines, quasi automatisées, s'appliquant à une situation. Elles ont alors pour effet de renforcer les appartenances groupales.

⁶⁷ Notion non explicitée par l'auteur dans son texte. « L'analyse qualitative par contextualisation consiste à faire surgir le sens d'un élément (objet, événement, récit, etc.), et notamment d'un texte ou d'un élément d'un corpus, en lui posant des questions après l'avoir mis en rapport avec différents contextes constitutifs de différents environnements dans lesquels il s'insère » (Paillé & Mucchielli, 2012).

⁶⁸ « Toute action se situe dans un contexte physique, social et culturel où les valeurs morales et éthiques sont influentes et les représentations sociales de l'action sont capitales. L'action est donc loin de suivre une logique rationnelle et généralisée aussi sa compréhension impose de prendre en compte les propres points de vue des acteurs car ceux-ci sont " capables de comprendre ce qu'ils font pendant qu'ils le font" (Giddens , 1987) » (Blin, 1997, p. 140).

2.1.5 Identité professionnelle et représentations

Comme nous l'avons abordé à la section 1.4.1, l'identité revêt un double aspect, soit d'appartenance et d'unicité, se construisant par une confrontation des similitudes et des différences d'éléments centraux et périphériques au processus d'identification. Blin précise cette complexité par référence à deux pôles, soit : le pôle individuel, traduit par le concept de Soi (caractéristiques individuelles que s'attribue quelqu'un pour dire qui il est); le pôle social qui se définit par le système des normes (s'exprime à travers les rôles auxquels un individu se conforme pour répondre aux attentes des autres, d'un groupe, d'une situation donnée) (Blin, 1997, p. 178). Ainsi énoncée, l'identité revêt une fonction intégratrice du social par la sphère individuel.

L'identité sociale articule donc les composantes sociales et psychologiques à l'intérieur d'une structure affective et cognitive qui permet à l'individu de se représenter qui il est, et d'échanger avec le monde social qui l'entoure (Blin, 1997, p. 179).

Blin souligne que le milieu de travail a un effet sur l'émergence d'identités professionnelles, de par le travail, les responsabilités et les négociations qui y prennent place.

Ainsi, pour construire leur identité professionnelle les individus doivent entrer dans des relations de travail, participer aux activités professionnelles dans des organisations et participer aux jeux des acteurs et de leurs groupes qui s'y développent (Blin, 1997, p. 183).

Selon le lieu, la situation d'interaction ou l'attribution faite par l'Autre, un individu peut passer d'une identité professionnelle à une autre, dans la logique polymorphe de l'identité.

L'identité professionnelle serait un réseau d'éléments particuliers des RP, réseau spécifiquement activé en fonction de la situation d'interaction et pour répondre à une visée d'identification/différenciation avec des groupes sociétaux ou professionnels (Blin, 1997, p. 187).

Par ailleurs, « Si les professionnels sont souvent en situation de changement, ce qui est modifié, ce n'est pas tant les particularités d'une façon de travailler que les manières dont ils se représentent la nouvelle situation de travail » (Blin, 1997, p. 12). Cette affirmation nous guidera lors de notre discussion sur les résultats. Le changement confronte les pratiques et bien souvent des certitudes à de nouvelles perspectives et façons de faire tout aussi valides quant à leurs visées.

2.1.6 Thématiques à l'étude

Lors du travail préparatoire à l'élaboration de notre projet de recherche, notre revue de littérature nous amena à considérer quatre thématiques liées à la fois au cadre professionnel québécois de la pratique du domaine de la SMRH (Office des professions du Québec, 2021), et l'exercice du travail social dans un milieu pluridisciplinaire (les GMF). Ces lectures nous ont guidés lors de la conception de notre questionnaire d'entrevue (voir Annexe J) lors de la phase initiale de notre cadre conceptuel et méthodologique. Ainsi, nous avons donc élaboré un questionnaire tenant compte d'éléments initialement perçus comme centraux à la professionnalité du travail social, soit les activités réservées, et le nouveau contexte de pratique en GMF. De même, nous souhaitons valider la présence de nouvelles pratiques d'intervention et la présence d'effets sur les représentations de l'identité professionnelle chez les participants. Nous retrouvons donc au questionnaire:

1) Les activités réservées et partagées en travail social⁶⁹, incluant les éléments relatifs au processus clinique en travail social (Questions 1, 2, 3). Ces activités sont des éléments constitutifs des professions du domaine de la santé mentale et des relations humaines au Québec. Elles contribuent à délimiter les champs d'exercices. Cette catégorie de recherche nous permet de rendre compte du processus clinique en travail social, d'identifier des particularités, de recueillir des éléments quant à la professionnalité du travail social, d'établir un positionnement relatif du participant quant au référentiel de compétence en travail social (la dimension fonctionnelle des RP). Cela nous est utile afin de cerner les représentations quant à l'agir professionnel des TS en GMF.

2) Les collaborations inter et intra professionnelles (Questions 4 et 5). Cette catégorie rend compte de la dynamique d'échange entre professionnels, échanges contributifs à la construction des IP. Elles nous permettent également de préciser les rôles et statuts qui sont impartis aux professionnels en GMF (dimension contextuelle des RP) et l'orientation des conduites. Notons que l'OPQ préconise la collaboration interprofessionnelle comme vecteur de modernisation, lequel prend forme tant dans l'organisation des pratiques professionnelles, de la déconcentration des lieux de services et les transformations des structures organisationnelles.

⁶⁹ Ces activités sont à la fois réservées et partagées par les professions du Domaine, bien que dans certains écrits officiels la dimension partagée est éludée avec le temps.

3) L'évolution des pratiques en travail social (Question 7). Cette catégorie nous permettra de rendre compte d'éléments pouvant contribuer à la constitution de savoirs professionnels à la pratique du travail social en GMF, lesquels pourraient être susceptibles d'influencer, à plus long terme, les pratiques du travail social hors établissement (dimension contextuelle des RP).

4) L'identité professionnelle du travailleur social en GMF (Question 6, et 7). Cette catégorie nous permettra de rendre compte, dans une certaine mesure, de l'IP antérieure à l'intégration en GMF, de l'évolution de l'IP une fois en fonction en GMF, par l'influence du milieu de pratique, selon un processus de socialisation professionnelle (dimension identitaire des RP).

Ces catégories furent utiles au repérage initial des RP des participants. Dans le cadre du repérage final que nous présentons dans ce mémoire, nous leur avons substitué les catégories fonctionnalistes des RP issus des travaux de Blin (voir Chapitre 4). Nous verrons que les contenus de ces catégories fonctionnalistes sont liés et complémentaires aux thèmes initiaux que nous venons de présenter. Ils seront utiles au travail de repérage des représentations.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Au chapitre 1, nous avons vu que les professions sont un construit social situé, modulé selon les lieux et les époques, qu'ils sont le reflet d'une organisation sociale évolutive. Les trois modèles d'analyse sociologique présentés nous offrent une compréhension et une explication complémentaire quant aux fonctions, aux dynamiques au phénomène des professions, des représentations symboliques qui leur sont associées. Nous avons également exploré la notion d'identité, et plus spécifiquement l'identité professionnelle et le travail social. Sous l'influence transcendantante⁷⁰ de vecteurs tels que la modernisation des institutions, la globalisation des processus économiques, d'une mondialisation des marchés⁷¹ voulant faire du monde une seule et même grande société (Ghorra-Gobin, 2017), les professions évoluent, se conforment ou réagissent à ces pressions au changement. Le travail social québécois n'y fait pas exception. Son évolution s'inscrit dans le cadre d'une modernisation du Code des professions auquel il adhère.

Au Chapitre 2, nous avons établi le cadre conceptuel dans lequel notre démarche s'inscrit, celui des représentations sociales. Dans ce troisième chapitre, nous préciserons la méthodologie employée ainsi que notre champ de recherche, soit les travailleurs sociaux exerçant en GMF. Nous préciserons les éléments constitutifs de notre démarche de recherche : la question de recherche, l'utilité attribuée, les objectifs de la recherche.

3.1 La question de recherche

Quels sont les effets de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en Groupes de médecine familiale sur leurs représentations de l'identité professionnelle?

⁷⁰ « Qui va au-delà d'une limite donnée » (Antidote 8, 2015), ici dans le sens des effets résultant de l'ouverture des marchés et le libre échange des biens, là où un des principes des champs d'exercices professionnels est la constitution de marchés fermés.

⁷¹ Pensons ici à l'effet des « GAFAM » sur les productions culturelles des pays où ils prennent une place de plus en plus importante.

3.2 Utilité de la recherche

Bien que l'identité professionnelle soit un thème familier chez les TS, nous constatons qu'elle est, suite à nos recherches documentaires, que peu étudiée. Nous sommes d'avis qu'il est utile d'interroger les travailleurs sociaux en situation de changement, où un grand degré d'incertitude est objectivable à l'organisation de leur pratique et la réalisation de leur prestation de services. En effet, c'est dans ces situations d'incertitudes et d'épreuves que des questionnements, tant personnels que professionnels, surgissent et qu'ainsi s'amorce une réflexion sur le sens du travail, les buts recherchés par ces pratiques, et l'utilité du travail social dans un environnement professionnel à teneur médicale.

3.3 Objectifs de recherche

Nos objectifs sont :

- D'explorer les représentations professionnelles des travailleurs sociaux;
- D'explorer la présence, ou non, de pratiques singulières du travail social en GMF;
- D'explorer les effets de la pratique professionnelle des TS en GMF sur leur identité professionnelle.

3.4 Méthodologie de la recherche

3.4.1 La posture compréhensive

Les travaux de Wilhelm Dilthey (1833-1911), psychologue, sociologue et philosophe allemand, le conduisirent, par une méthode herméneutique, à une réflexion épistémologique sur la compréhension et l'explication. L'approche émerge d'une réflexion critique sur les normes d'objectivisme, d'empirisme et de quantitativisme du modèle dominant de l'époque, le positivisme tel qu'établi par Comte⁷² au début du 19e siècle. Une critique s'organise autour de questionnements à savoir s'il est juste et utile de renoncer à « prendre pour objet cette expérience que nous réalisons quotidiennement et qui consiste à attribuer des intentions à autrui, à les interpréter, et à régler nos conduites à partir de notre réflexivité?

⁷² Philosophe français (Montpellier 1798-Paris 1857).

https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Auguste_Comte/114286 (consulté le 2025-07-12).

» (Schurmans, 2008, p. 91) également en opposition à la perspective déterministe qui nie une approche dynamique du culturel qui se définit comme une production collective (les construits d'une société).

De cette tension émergent la posture compréhensive et la raison interprétative de par « l'incapacité des démarches objectivantes à constituer en objet ces significations que les humains expriment et échangent » (Ibid. p.92). L'approche accorde à l'expérience subjective des individus une reconnaissance à titre de connaissance valide, et permet une prise en compte du sens donné aux émotions et aux sentiments à l'étude. Dilthey a pu faire valoir que l'approche compréhensive constitue la seule approche pouvant répondre aux complexités des objets d'étude des sciences humaines :

Les sciences de la culture ou de l'esprit (...) se sont en effet affirmées en revendiquant la spécificité de leur objet: l'être humain, qui est doué d'une faculté de connaissance et de représentation du monde. Selon cette école de pensée, la méthode compréhensive, fondée sur l'interprétation du sens de ses actions, serait de ce fait la seule adéquate pour l'étudier (Shapiro, 2018).

Nous adopterons donc dans le cadre de ce travail, une posture compréhensive qui accorde à l'expérience subjective des individus une reconnaissance à titre de connaissance valide, et permet une prise en compte du sens donné aux émotions et aux sentiments à l'étude.

3.4.2 Sur la recherche qualitative

Anadón (2006) trace les grandes lignes de l'évolution de la recherche qualitative qui émergea au milieu du 19^{ème} siècle, laquelle évolua au gré des connaissances, des courants idéologiques et des crises successives, en se préoccupant des « problèmes sociaux d'un point de vue qui dépasse l'analyse statistique pour tenter de mettre en évidence une situation qui a besoin d'un changement social » (Schurmans, 2008, p. 9).

Lors des années 1980, succédant à ce qu'Anadón qualifie de l'âge d'or de l'approche qualitative (stratégies de recherche diverses et pluralisme méthodologique de l'étude des phénomènes), émerge un moment qu'elle qualifie de *crise de la représentation*. Les questions de genre, de race et de classe préoccupent les chercheurs et inspirent des approches critiques. Ainsi, un mouvement s'établit vers les théories explicatives, au détriment de théories causales, mettant en exergue la réflexivité du chercheur au cœur de la démarche. S'en suit un questionnement sur la validité scientifique de telles recherches, où le chercheur traduit « dans ses écrits l'expérience vécue par les acteurs sociaux » (Schurmans, 2008, p.

12). Pour faire face à la critique, les critères scientifiques issus de l'approche expérimentale et positiviste (validité, fiabilité, généralisation) seront remplacés par des critères de rigueur. Les paramètres de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de confirmations seront alors définis par Lincoln et Guba et serviront de notions phares à la reconnaissance de la recherche qualitative comme démarche de recherche valide par une méthodologie rigoureuse à la collecte de données : séjours prolongés sur le terrain, descriptions riches du contexte et des acteurs, triangulation à la collecte des informations.

Ce survole théorique nous permet d'établir que la recherche qualitative est un champ interdisciplinaire qui préconise une approche multi méthodologique, une perspective naturaliste des phénomènes à l'étude (dans l'ici et maintenant sur le terrain, in vivo, épurée des biais culturels) et une compréhension interprétative de la nature humaine (l'objet d'étude comportant une part d'innée et une part culturelle)⁷³. Ce champ est essentiellement politique et construit par diverses positions éthiques et politiques (Anadón, 2006, p. 15). Ainsi, l'individu porte en lui non seulement les éléments qui en font un être unique, mais également des éléments constitutifs de son environnement social :

C'est la cristallisation de ces croyances, pensées, volontés, sous forme de « morale », sous forme de « valeurs », sous la forme du « droit » et des « institutions », qui retiendra l'attention et fournira le cadre épistémologique de la discipline (Messu, 2015, p. 32).

Certains voient dans la recherche qualitative contemporaine en science sociale une réification de l'individu comme opérateur analytique et questionnent ce changement de paradigme de la sociologie française:

La prolifération des méthodes dites qualitatives et le quasi-monopole aujourd'hui détenu par l'approche par entretiens individuels ne peuvent-ils être regardés comme une façon de réintroduire, presque en contrebande, l'individu dans la manière de procéder à l'appréhension et à l'explication du social ? Notamment, en lui conférant un pouvoir de compréhension du monde social dans lequel il se situe et qu'on avait eu tendance à gommer, si ce n'est à disqualifier (Messu, 2015, p. 41).

Cela dit, l'analyse qualitative permet de représenter les interactions complexes entre individu et société, interactions qui sont inscrites tout au long de ce travail de recherche.

73 « La culture n'est pas en rupture avec la nature, mais en coévolution avec elle. Alors que l'anthropologie culturelle insiste sur la diversité des cultures humaines, l'anthropologie cognitive postule au contraire l'existence d'invariants culturels » (Dortier J.-F. , 2013, p. 83).

3.4.3 Théorie ancrée

La théorie ancrée ou enracinée (*Grounded theory*), introduite par Glaser et Strauss en 1967 (Comeau, 1994), puis précisée par Strauss et Corbin (1998)⁷⁴, sera la méthodologie de référence en lien avec notre recherche. Issue de la nouvelle école de Chicago, elle se voulait une solution à la faiblesse théorique de la sociologie américaine des années 1950 (et de certaines sociologies européennes), qui basait sa scientificité sur l'utilisation d'instruments de mesure quantitative et d'analyses statistiques, mais désormais incapables de répondre aux problèmes sociaux ayant cours.

Il en est résulté l'élaboration d'un ensemble de règles pour une construction empirique de la théorie (*Grounded theory*), visant à connecter l'univers théorique sociologique aux problématiques sociales contemporaines, par l'application d'une logique rigoureuse au développement de catégories conceptuelles empiriquement fondées (Laperrière, 1982, p. 35).

Anadón affirme que la théorie ancrée « peut être considérée comme une approche de recherche et comme une méthode d'analyse de données cumulées selon d'autres perspectives de recherche » (Anadón, 2006, p. 20). Quatre phases la caractérisent, soit 1) la spécification de la situation à l'étude en terme de situations concrètes et délimitables; 2) la relève des données topologiques dans le but de définir les concepts locaux donnant un cadre général de référence de départ; 3) la construction des catégories conceptuelles et leurs propriétés, visant à désigner des caractéristiques généralisées; 4) et l'analyse comparative constante, par le codage des informations à une même catégorie conceptuelle, l'intégration des catégories et propriétés, puis la délimitation de la théorie.

Précisons que « les catégories conceptuelles et les propriétés qui s'y rapportent doivent être spécifiées jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune donnée nouvelle ne vienne plus bouleverser la définition des catégories ou celle des propriétés s'y rapportant » (Laperrière, 1982, p. 38).

Le produit d'une recherche qualitative constitue essentiellement une théorie empiriquement fondée, concernant une situation sociale donnée. Cette théorie met à jour les dynamismes sociaux sous-tendant cette situation et situe, temporellement et socialement ces dynamismes ainsi que leurs diverses composantes (...) les uns par rapport aux autres, jetant ainsi quelque lumière sur leur signification sociale (Ibid.).

⁷⁴ Tiré de (Paillé & Mucchielli, L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, 2016).

Lapierre précise que la méthodologie qualitative permet une théorisation comportant un haut niveau de complexité en révélant des processus sociaux peu connus.

Dans le cadre de ce mémoire, nous serons plus près de l'analyse qualitative par théorisation telle que formulée par Paillé. Les limites inhérentes au mémoire nous font adopter cette position (limite de l'échantillon et du temps alloué, objectifs de recherche, saturation théorique improbable). Cette analyse se distingue de l'approche originale de la *Grounded theory* du fait 1) qu'elle est prise comme méthode d'analyse de données plutôt qu'une stratégie générale de recherche; 2) qu'elle laisse de côté la production d'une théorie et met l'accent sur une théorisation, donc plus axée sur le processus que le résultat, amenant une nouvelle compréhension; et 3) « elle est détaillée en termes d'opérations successives de construction théorisante, plutôt que de codages multiples » (Mucchielli, 2009, p. 242). Comme le précise Paillé, « La codification, la catégorisation et la mise en relation peuvent à elles seules mener l'analyse d'un corpus de données à un niveau analytique très intéressant et suffisamment éloquent, indépendamment des objectifs visés » (Mucchielli, 2009, p. 248)⁷⁵.

3.4.4 Modalités d'entrevue et collecte de données

La collecte de données a été réalisée lors de neuf entretiens semi-dirigés (voir Annexe J) variant d'une heure à une heure trente, selon des modalités négociées à la pièce avec les participants, dans le milieu de travail ou lors d'une vidéoconférence. Seul le son a été enregistré. Une transcription intégrale a été produite sur traitement de texte (Word) pour chacun des entretiens et transférée sur NVivo facilitant ainsi son traitement et son analyse.

3.4.5 Méthodes de repérage des représentations professionnelles et analyse

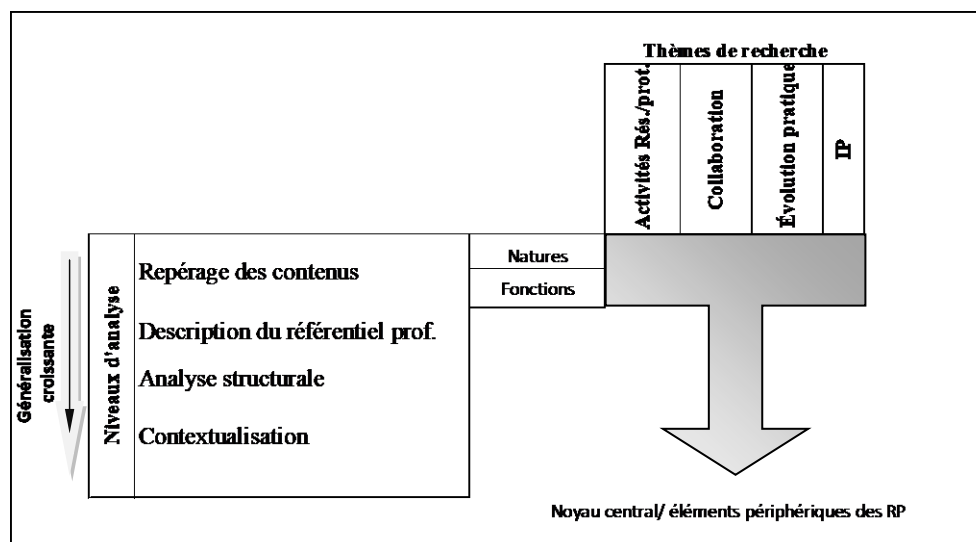
Nous baserons notre repérage des représentations et l'analyse des contenus (Chapitre 4) selon l'approche structurelle d'Abrieu (voir section 2.1.3). Afin de respecter le cadre qu'impose ce travail de mémoire, nous limiterons le repérage des contenus des RP selon leurs fonctions, celles-ci étant étroitement liées à la pratique et l'identité professionnelle : la construction d'un savoir professionnel, l'identification professionnelle, l'orientation des conduites et la justification de l'agir professionnel. Certains constats quant à la nature des RP (descriptives, évaluatives et prescriptives) seront évoqués quant à la forme du discours des participants (voir section 4.2.1).

⁷⁵ Elles constituent les trois premières étapes de notre démarche de recherche.

Nous avons initialement procédé à un repérage exploratoire qui nous amena à une catégorisation spontanée de contenus émergents. Nous avons poursuivi l'analyse, dans un second temps par une catégorisation des contenus selon nos thématiques initiales (voir section 2.1.6) : 1) les activités réservées et partagées; 2) les collaborations interprofessionnelles; 3) l'évolution des pratiques, 4) l'identité professionnelle. Des éléments quant à nature des RP, non présentés dans ce mémoire (descriptives, évaluatives, prescriptives) nous seront tout de même utiles afin de qualifier le discours des participants lors de l'analyse (voir section 4.2.1).

Vous retrouvez ici-bas une figure résumant la démarche d'analyse visant à dégager le noyau central des RP (voir section 2.1.3) selon nos catégories initiales⁷⁶.

Figure 3.1 : Démarche d'analyse des représentations professionnelles



3.4.6 Limites méthodologiques

Comme nous le mentionnons précédemment, la taille de l'échantillon constitue en soi une limite à la montée en généralisation des résultats de la recherche.

⁷⁶ Comme nous le verrons à l'introduction du Chapitre 4, à ces catégories initiales seront substituées les dimensions fonctionnalistes issues du contexte théorique (construction d'un savoir identitaire, l'identification professionnelle, l'orientation des conduites professionnelles, la justification de l'agir professionnelle), suite à notre travail de réflexion en cours de recherche. Le schéma d'analyse demeure toujours valide, une simple substitution des catégories peut se faire, les thèmes étant fortement liés par leur nature.

Des biais propres au chercheur sont également à considérer. Notre formation de base est un baccalauréat spécialisé en psychologie. Ainsi, notre formation axée sur le fonctionnement mental, les théories de la personnalité et les théories du développement favorisent un biais personnel en faveur d'une identité singulière, dite essentialiste, que l'on peut associer au concept de personnalité, plutôt qu'un pluralisme d'identités interchangeables selon le contexte, dit existentialiste (voir section 1.4), associé aux processus de socialisation.

Précisons également que nous ne sommes pas travailleur social, mais agent de relations humaines (ARH) travaillant en établissement depuis plus de 15 ans auprès de différentes clientèles, ayant œuvré au sein de secteurs diversifiés (plus de douze), sans avoir été détenteur de poste. À ce titre, nous exerçons nos tâches en marge du système professionnel québécois, en situation de précarité d'emploi, et nous faisons partie d'une catégorie d'emploi dont l'existence même est critiquée par l'instance régulatrice, bien que celle-ci ait la responsabilité d'encadrer les ARH détenteurs d'activités réservées et partagées sur le plan de la formation continue. Par ailleurs, nous avons pratiqué auparavant en milieu communautaire pendant plus de 20 ans, principalement en santé mentale adulte.

Ajoutons que cette situation d'employé professionnel du réseau tout en étant en marge du système professionnel nous permet une compréhension existentielle des aspects d'inclusion/exclusion inhérents à la constitution d'une identité professionnelle, et nous facilite l'exercice d'analyse critique du système professionnel dont nous ne faisons pas partie lors de la réalisation de ce travail de recherche.

3.5 Le terrain

3.5.1 Échantillon

Nous avons constitué un échantillon de 9 travailleurs sociaux (2 hommes, 7 femmes) détenteurs d'un baccalauréat ou d'une maîtrise en travail social. Nous pouvions nous attendre à une proportion de 1 homme pour 7 femmes (20%) pour notre échantillonnage selon les statistiques de l'OPQ (Office des professions du Québec, 2018). Nous avons donc une proportion de 29% d'hommes dans notre échantillon.

Cet échantillon est théorique et non probabiliste⁷⁷ puisque « l'échantillonnage théorique s'effectue d'abord sur la base de la perspective sociologique générale adoptée pour la recherche ou à partir des éléments principaux de la problématique » (Mucchielli, 2009, p. 90)⁷⁸. Lors de travaux de recherche sur une population plus large et diversifiée, la suite de l'échantillonnage dépend des catégories produites en cours d'analyse, afin d'obtenir la plus grande variabilité du phénomène à l'étude pour une démarche de théorisation valide, jusqu'à saturation. Cela dit, notre projet de recherche cible les travailleurs sociaux en GMF, l'échantillon demeure donc très spécifique et limité par la nature du projet.

3.5.2 Considérations éthiques

Le consentement des participants à cette recherche a été obtenu suite à aux explications données sur la nature et les objectifs de la recherche. Une synthèse du consentement a été communiquée verbalement lors de notre appel initial afin de valider l'intérêt et l'éligibilité des participants. Un formulaire de consentement écrit fut signé par chacun d'eux, formulaire qu'ils ont pu préalablement lire et sur lequel ils ont eu le loisir de poser des questions d'éclaircissement. Les participants avaient la possibilité de renoncer à leur participation à tout moment, sans justification. La protection de la confidentialité est assurée par l'utilisation de pseudonymes lors des transcriptions, il n'est pas fait mention de leur lieu exact de travail. Les données seront détruites au bout de 5 ans suite à la publication finale de ce mémoire. Les identités de personnes éventuellement mentionnées par les participants seront également protégées.

3.5.3 Recrutement

Nous avons procédé au recrutement de nos participants en deux vagues. La première par la publication d'un avis de recrutement sur par les médias officiels de l'Ordre. Elle s'est terminée en mars 2019. Nous avons retenu six participants, dont deux travailleurs sociaux et quatre travailleuses sociales. Nous n'avons pas retenu une candidate sur la base d'un manque d'expérience dans l'exercice de la profession. À ce stade de notre démarche, nous avons réalisé deux entrevues en personne et quatre en visioconférence.

⁷⁷ Pour diverses définitions : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/prob/5214899-fra.htm> .

⁷⁸ Citant Paillé.

Par ailleurs, nous avons dû apporter des précisions sur nos modalités de recrutement auprès d'un représentant d'un CIUSSS suite à la parution initiale. Des TS de cet établissement ont diffusé notre avis de recrutement à l'intérieur de leur milieu de travail. Notre stratégie de recrutement excluait la sollicitation par milieu de travail afin de ne pas associer notre démarche à un processus évaluatif des pratiques en établissement. Nous n'avons obtenu aucun participant en provenance de cet établissement.

Suite à un échange avec notre directrice de recherche en octobre 2021, il fut convenu de compléter notre échantillon à 9 participants et d'actualiser du même coup nos informations terrain en cours de cinquième vague de pandémie COVID-19. Nous avons donc sollicité directement des TS en GMF de notre réseau de travail. Afin de faciliter le recrutement dans un contexte où les ressources humaines étaient moins disponibles et difficiles à mobiliser, ces entrevues se réalisèrent uniquement par visioconférence.

3.5.4 Profil des participants

Le groupe se compose donc de 7 travailleuses sociales et de deux travailleurs sociaux. Les participants proviennent de 5 territoires de CISSS ou de CIUSSS du Québec, lesquels regroupent de petits, moyens ou grands centres de population⁷⁹. Nous avons une étendue d'âge de 34 ans, soit de 30 à 64 ans, dont l'expérience de travail à titre de travailleur social varie de 3 à 30 ans. Cinq ont un baccalauréat en travail social, quatre ont une maîtrise en travail social dont une a un baccalauréat d'une autre discipline. Trois ont des formations initiales issues de techniques au collégial. Une seule participante a complété sa formation dans une université anglophone du Québec.

Julien fait partie du groupe 40-49 ans. Il a complété une maîtrise en travail social suite au baccalauréat en travail social d'une université francophone québécoise. Il a à son actif plus de 16 ans d'expérience à titre de travailleur social. Il s'est porté volontaire pour un poste en GMF lors de l'intégration initiale de ceux-ci dans le milieu GMF en 2016. Lors de notre entrevue en 2019, il pratiquait depuis deux ans dans deux GMF, l'un à l'intérieur d'un CLSC, l'autre dans un GMF privé de deux petits centres de population.

⁷⁹ Un centre de population (CTRPOP) contient une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population de 400 habitants ou plus au kilomètre carré selon les chiffres de population du recensement actuel. Les petits centres de population, comptent une population de 1 000 à 29 999 habitants les moyens centres de population, comptent une population de 30 000 à 99 999 habitants. Les grands centres de population urbains comptent une population de 100 000 habitants et plus. Les régions rurales (RR) comprennent tout le territoire situé à l'extérieur des centres de population (CTRPOP). Ensemble, les centres de population et les régions rurales couvrent tout le territoire canadien. [Classification des centres de population et des régions rurales 2016 \(statcan.gc.ca\)](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-62-x/2016001/article/00001-eng.htm) (consulté le 2023-12-23).

Julien comptait 8 années d'expérience dans une équipe de soutien à domicile, et a par ailleurs travaillé au programme Famille enfance jeunesse (FEJ), et l'accueil psychosocial des Services sociaux généraux. Il a par ailleurs une expérience de travail en France.

Étienne fait partie du groupe d'âge de 50-59 ans. Il a complété un baccalauréat en travail social d'une université francophone québécoise. Il se perfectionna par sa participation à des groupes de réflexion clinique basés sur l'approche systémique en travail social. Il compte plus de 21 ans d'expérience à titre de travailleur social. Il s'est porté volontaire pour un poste en GMF lors de l'intégration initiale de ceux-ci dans le milieu. GMF. Il comptait deux années d'expérience en GMF en 2019. Il travaillait dans un GMF-U, d'un grand centre de population. Il travailla entre autres dans un centre de réadaptation pour personne avec un handicap visuel, et au programme Famille Enfance Jeunesse (FEJ).

Manon fait partie du groupe d'âge de 50-59 ans. Elle a complété un baccalauréat en travail social d'une université francophone québécoise. Elle compte plus de 25 ans d'expérience à titre de travailleuse sociale. Voulant poursuivre sa pratique en Services sociaux généraux, elle dû faire le saut vers un poste en GMF lors l'intégration initiale de ceux-ci dans le milieu GMF. Manon travaillait dans un GMF d'un petit centre de population lors de notre entrevue en 2019. Elle avait deux ans d'expérience en GMF. Elle compte des années de pratiques au programme de santé mentale en première ligne en CLSC, et également une expérience de travail en milieu communautaire.

Jane fait partie du groupe d'âge 40-49 ans. Elle a complété un baccalauréat en travail social d'une université francophone québécoise. Elle comptait une dizaine d'années d'expérience à titre de travailleuse sociale. Elle a choisi de faire la transition vers un poste en GMF lors l'intégration initiale de ceux-ci dans le milieu GMF. Lors de notre entrevue en 2019, elle travaillait à temps partiel dans un GMF d'un grand centre de population depuis 2 ans. Elle comptait plusieurs années d'expérience comme travailleuse sociale à l'équipe FEJ. Antérieurement elle travailla a plusieurs années comme éducatrice dans un Centre de la petite enfance (CPE).

Mélanie fait partie du groupe d'âge 60-69 ans. Elle a complété un baccalauréat en travail social d'une université anglophone québécoise. Elle a à son actif une quinzaine d'années à titre de travailleuse sociale. Elle dut faire la transition vers un poste en GMF lors de l'intégration initiale, faisant partie des TS visés par les mesures de transition. Lors de notre entrevue en 2019, elle travaillait dans un GMF d'un centre

de population moyen depuis 2 ans. Manon a une expérience à l'accueil psychosocial. Elle travailla également en milieu communautaire.

Nancy fait partie du groupe d'âge de 40-49 ans. Elle a complété une maîtrise en travail social, un baccalauréat en communication ainsi qu'un DEC en éducation spécialisée. Elle avait à son actif une dizaine d'années d'expérience comme travailleuse sociale. Elle se porta volontaire pour un poste en GMF au retour d'un congé. Lors de notre entrevue en 2019, elle travaillait dans un GMF d'un petit centre de population. Ses expériences antérieures à titre de travailleuse sociale furent en santé mentale de première ligne, et en Protection de la jeunesse à titre d'éducatrice.

Élise fait partie du groupe d'âge de 30-39 ans. Elle a complété une maîtrise en travail social dans une université francophone québécoise, et préalablement un baccalauréat en criminologie. Elle compte 2 ans d'expérience à titre de travailleuse sociale, soit ses deux années en GMF d'un petit centre de population. Elle obtient un poste en GMF lors de la première vague d'intégration dans le milieu GMF. Elle travailla préalablement en milieu communautaire. Lors de notre entrevue en 2021, elle travaillait dans 2 GMF en télétravail comme l'exigeaient les mesures de distanciation sociale dans le cadre de la pandémie.

France fait partie du groupe d'âge de 40-49 ans. Elle a complété une maîtrise en travail social dans une université francophone québécoise, suite au baccalauréat en travail social. Elle comptait plus d'une douzaine d'années d'expérience. Elle s'est portée volontaire pour un poste en GMF lors d'un projet pilote préalable à l'intégration initiale de ceux-ci dans le milieu GMF. Elle compte donc quatre années d'expérience en GMF d'un centre moyen de population. Elle travailla auparavant en santé mentale en milieu hospitalier, aux Services sociaux généraux et en milieu communautaire. Lors de notre entrevue en 2021, elle travaillait dans trois GMF à temps partiel en télétravail comme l'exigeaient les mesures de distanciation sociale. Elle pratiquait également en privé depuis une dizaine d'années.

Valérie fait partie du groupe d'âge de 30-39 ans. Elle a complété un baccalauréat en travail social dans une université francophone québécoise, et détenait une technique juridique. Elle compte une douzaine d'années d'expérience à titre de travailleuse sociale. Elle s'est portée volontaire pour un poste en GMF. Elle comptait deux années d'expérience en GMF d'un centre de population moyen. Elle travailla préalablement en milieu hospitalier, en FEJ et aux services généraux. Lors de notre entrevue en 2021, elle travaillait dans deux GMF en télétravail comme l'exigeaient les mesures de distanciation sociale.

Tableau 3.1 : Profil des participants

Participants	Groupes d'âges	Formation initiale	Diplôme	Milieus	Années de pratique	Nb de GMF	Volontariat
Julien	40-49	Bacc TS	M TS	Petit centre	16	2	oui
Étienne	50-59	Bacc TS	Bacc TS	Grand centre	21	1	oui
Manon	50-59	Bacc TS	Bacc TS	Petit centre	25	1	non
Jane	40-49	Ed p enfance	Bacc TS	Grand centre	10	1	oui
Mélanie	60-69	Bacc TS	Bacc TS	Grand centre	15	1	non
Nancy	40-49	DEC ed.sp.	M TS	Petit centre	10	1	oui
Élise	30-39	Bacc cri.	M TS	Petit centre	2	2	oui
France	40-49	Bacc TS	M TS	Moyen centre	12	3	oui
Valérie	30-39	Tech jur.	Bacc TS	Moyen centre	12	2	oui

Volontariat : cette colonne du Tableau 3.1 indique si les participants se sont portés volontaires pour exercer en GMF, que ce soit au moment de l'intégration initiale des TS en GMF, ou en un autre temps (pré ou post déploiement).

Nos participants pratiquent soit à l'intérieur de petit centre de population (4), soit en moyen centre de population (2), et en grand centre de population (3). La majorité des participants provient de GMF traditionnel (7) et deux pratiques dans des GMF-U, affiliés à des centres de formation universitaire en médecine familiale (voir note de bas de page 79, à la page 68).

CHAPITRE 4

REPÉRAGE DES REPRÉSENTATIONS ET ANALYSE DU CONTENU

Nous avons décrit au chapitre précédent la méthodologie mise en place afin de recruter nos participants, les moyens utilisés pour compiler nos données, nos catégories de recherche initiales selon notre cadre théorique et le type d'analyse appliqué.

Dans ce chapitre, nous présenterons les contenus les plus signifiants issus de nos entrevues, à la suite du travail exploratoire de repérage que nous avons effectué en trois temps. Nous avons multiplié les repérages afin de raffiner les informations pertinentes, car le contenu des entrevues nous apparaissait de prime abord peu révélateur ou informatif par l'évocation de lieux communs à la profession, ou des contenus familiers pour l'intervenant social que nous sommes.

Nous avons donc, dans un premier temps, procédé à un repérage des contenus émergents, nous amenant à une catégorisation spontanée. Nous souhaitions recueillir des éléments originaux de la pratique des TS en GMF, hors des catégories que nous avons initialement énoncées. Dans un second temps, nous avons procédé à un repérage des contenus selon nos catégories initiales de recherche, précisées à la section 2.1.6 (activités réservées/partagées, collaborations inter et intra professionnelles, évolution des pratiques et identité professionnelle). Dans un troisième temps, nous avons procédé à un repérage vertical des RP regroupés selon leur nature, leur niveau et leur fonction, tel que proposé dans le cadre conceptuel des représentations sociales. Le croisement de ces informations à l'aide de l'outil NVivo ne nous apporta pas d'éléments de sens supplémentaires.

Suite aux repérages, nous avons retenu des éléments descriptifs (Nature des RP) afin de préciser certains éléments contextuels (introduction de la section 4.1). Ces trois temps consacrés au repérage nous ont cependant permis d'identifier l'analyse fonctionnelle (fonction) comme étant la méthode générant le plus de contenus significatifs issus des entrevues. Les catégories composant l'analyse fonctionnelle des RP sont : la construction d'un savoir professionnel (section 4.1.1), l'identification professionnelle (section 4.1.2), l'orientation des conduites professionnelles (section 4.1.3) et la justification de l'agir professionnel (section 4.1.4). De plus, nous avons constaté que les catégories de l'analyse fonctionnelle ont plusieurs similitudes avec les catégories initiales de recherche, lesquels ont des liens plus étroits avec

la pratique professionnelle. Les catégories initiales de recherche s'inscrivent donc en cohérence à l'analyse fonctionnelle des contenus.

La seconde section du chapitre (section 4.2) sera consacrée à l'analyse des contenus, laquelle nous permettra de discuter de notre question de recherche, d'amorcer une description du référentiel professionnel.

4.1 Repérage des représentations

Un survol des éléments descriptifs des contenus d'entrevue (Nature des RP) nous informe que l'offre de services professionnels peut varier d'un GMF à l'autre, selon des caractéristiques du milieu (socio-économiques, sanitaires), des priorités de ses administrateurs-propriétaires et des ressources disponibles. Le noyau de professionnels en GMF est constitué des omnipraticiens auquel s'ajoutent en périphérie des infirmières bachelières, lesquelles sont des employées rémunérées des établissements publics. Certains GMF peuvent présenter des services de psychologues, et de pharmaciens.

Bien qu'un montant forfaitaire ait été versé aux GMF pour l'accueil et l'installation des TS, il s'ajouta aux tensions déjà présentes à l'intégration un manque à gagner par la location des espaces consacrés aux TS selon les propos de France:

Un bureau leur rapporte en moyenne 20 000\$ à 30 000\$ par année s'ils y mettent un spécialiste ou un médecin. Je peux te dire que quand on est arrivé et ils ont su qu'il fallait qu'ils nous fournissent un bureau, un téléphone, un ordinateur et tout ça! Là, ça s'est mis à ruer dans les brancards un petit peu! - France

Malgré le désir exprimer par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'uniformiser les services d'un territoire de CISSS ou CIUSSS à l'autre, l'offre de services en travail social se module différemment d'un GMF à l'autre, et ce à l'intérieur d'un même territoire. Ainsi, pour Julien, la clientèle desservie « c'est du zéro cent ans tout type de problématique », alors que dans le cas de Manon, « notre clientèle c'est 18 ans et plus. Quand c'est en bas de 18 ans, ils doivent les référer au CLSC ».

Pour Nancy, le statut socio-économique de la clientèle du GMF est différent de sa pratique antérieure :

En CLSC, je voyais beaucoup la population plus au niveau de la pauvreté, beaucoup des gens qui étaient en grandes difficultés psychosociales, au niveau de la santé mentale, très

démunis. Dans mon GMF, j'ai une clientèle au travail, fonctionnelle, qui a beaucoup plus de moyens. Ce sont des gens qui ont plus de ressources aussi. - Nancy

Certaines TS ne voient pas de changement quant au profil de leur clientèle en GMF. Nous relevons que celles-ci sont situées en grand milieu de population, en secteur urbain de forte densité, contrairement aux TS provenant de petits milieux.

4.1.1 La construction d'un savoir professionnel

Le savoir professionnel permet la mise en action du TS dans sa pratique. Les savoirs sont répartis selon les trois catégories généralement reconnues : les savoirs théoriques, les savoir-être et les savoir-faire. Ils se construisent par l'acquisition d'éléments théoriques lors de la formation initiale, par l'expérimentation en stage et en emploi. Ils sont consolidés et augmentés par la formation continue, par la participation à des communautés de pratique, de supervisions professionnelles, de collaborations diverses en milieu de travail et en communauté. Les savoirs se transposent en compétences à mettre en action, lesquelles sont répertoriés en référentiels.

Nos participants ont eu accès à la profession soit par le baccalauréat (5) ou la maîtrise (4). Pour quelques-uns, il s'agissait d'une réorientation de pratique, ou d'une ouverture vers d'autres possibilités d'emploi (3).

4.1.1.1 Les savoirs en action

Outre le baccalauréat et la formation continue, Julien identifie l'initiative personnelle comme un élément contribuant à la diversification de ses compétences professionnelles :

L'implication aussi, quand on s'investit dans des projets au sein du milieu de travail, ou qu'on se porte volontaire pour des comités. C'est avec ces expériences-là qu'on se bâtit une compétence professionnelle. - Julien

Volontaire pour être de la cohorte initiale de TS en GMF de son territoire, Julien précise que sa source de motivation « c'est d'acquérir des connaissances dans d'autres disciplines sans prendre le mandat du physio, de l'ergo. C'est ça qui est intéressant aussi en GMF ». Préalablement à son arrivée en GMF, l'acquisition de savoirs pertinents s'est faite dans le cadre de son travail au Soutien à domicile (SAD) en CLSC :

L'approche biopsychosociale on la développe nécessairement quand le médical est impliqué. En rencontre interdisciplinaire, on ne va pas juste là faire du psychosocial, on est là aussi pour vérifier certains aspects bio parce que s'il y a une problématique au niveau bio, il faut référer à l'infirmière ou au médecin, et eux font l'inverse. - Julien

Pour sa part, Étienne apporte une précision quant à la mission des GMF-U : « On a un mandat d'enseignement parce qu'y a des résidents qui sont ici pour deux ans, pour apprendre le métier concret de médecin ». L'enseignement et la pratique professionnelle au sein d'un GMF-U sont déployés selon une structure formelle:

Ici en GMF-U, il y a plus de rencontres d'équipe, plus une collégialité entre les médecins, ce que l'on retrouve beaucoup moins qu'en GMF, la structure ne favorise pas ça. Ici la structure et le mandat du GMF-U forcent les médecins à s'asseoir pour évaluer les résidents, à en parler, développer dans le fond l'enseignement, donner des cours, développer l'entraide, etc. - Étienne

Le travailleur social n'est pas le seul professionnel à s'impliquer dans la formation des médecins :

On est appelé, les différents professionnels à former, supporter, et enseigner. J'ai donné un cours aux résidents et les médecins en vue de tenir compte du contexte dans lequel les patients nous arrivent, leurs enjeux relationnels. - Étienne

Soucieux d'offrir des sessions de formation continue, ce GMF-U offre deux journées annuelles de réflexion thématique à tous les professionnels, en vue d'élargir leur compréhension d'enjeux sociaux, notamment les déterminants sociaux de la santé :

Les médecins et les professionnels se rencontrent, pour réfléchir à notre pratique. Vas trouver ça ailleurs, dans d'autres GMF, y ont pas ça. Parce que c'est un GMF-U, il y a un financement différent qui permet de consacrer des montants d'argent à ça. - Étienne

La consolidation des savoirs en travail social souffre, selon Étienne, de lacunes importantes quant au cursus de la formation continue offerte par l'Ordre, largement issue de disciplines autres que le travail social:

Toutes les formations qu'on a des fois, moi ça me fait réagir. C'est des psychologues et c'est des formations tellement psychologisantes, des fois le monde va là et ils « trippent ». Moi, j'ai été à une formation avec des TS qui incarnent le service social. On devrait plus investir sur les formations qui sont offertes par des travailleurs sociaux. - Étienne

Outre la formation continue, Étienne identifie également le mentorat comme un moyen privilégié de transmission des pratiques et des savoirs en travail social, un moyen permettant de se dégager des contraintes de gestion omniprésentes :

Oui, pour sortir du moule et pour apprendre notre profession, il faut qu'on soit collé avec des travailleurs sociaux plus expérimentés. Ça qui m'a permis de dire ha oui! On peut faire ça, parce qu'à l'époque c'était permis, et on le faisait. Donc cette curiosité-là d'aller vers l'autre, de comprendre. D'être aussi en lien avec l'Ordre, parce que je pense que l'Ordre à ce mandat-là, même si des fois, ils s'en éloignent un peu. - Étienne

Pour Jane, ses savoirs, au contact des professions médicales, ne semblent plus être en phase avec la réalité de sa pratique en GMF. Elle est de plus en plus préoccupée par les attentes du milieu GMF, à des interventions thérapeutiques, ce pour quoi elle se dit non formée :

Mon outil principal, c'est mon savoir-faire. Mon savoir-être, je le travaille depuis des années, je suis à l'aise, mais le savoir-faire, je trouve ça de plus en plus difficile dans le contexte actuel parce que les attentes sont de plus en plus élevées. - Jane

Valérie a trouvé pour sa part une voie de passage face aux inconnus de la pratique en GMF : « On apprivoise comment transposer d'autres outils qu'on a pour d'autres situations qui ne sont pas si différentes dans l'impact du fonctionnement ». Le mot « outil » peut référer tant à des outils de collecte de données, que des moyens d'accompagnement. Leur application à d'autres contextes enrichit la consolidation d'un savoir, ici sous une modalité expérientielle.

L'expérience professionnelle, qu'on peut qualifier de savoir consolidé, fut pour Manon un élément important contribuant à son affirmation professionnelle dans son nouveau milieu GMF :

Moi, j'ai quand même de l'expérience ça m'a beaucoup aidé dans ma crédibilité auprès des médecins aussi, d'être capable de mettre des limites, de me positionner dans mon rôle de travailleuse sociale. C'est risqué pour les jeunes, dans le sens qu'il faut être solide. - Manon

Julien pose un regard rétrospectif sur les savoirs requis en GMF, suite à son intégration :

Je ne pense pas que je me serais lancé en GMF en début de pratique. De un, tout était à construire, de deux on se retrouve confronté qu'on est vraiment incompetent au départ. T'as beau t'appuyer sur la base du travail social, ton évaluation, ton plan d'intervention, les compétences, mais ça prend quand même un peu d'expérience. - Julien

En somme, un esprit curieux, l'ouverture vers les autres professions, l'implication auprès de comités multi professionnels permettent le partage et l'acquisition de savoir-faire professionnels favorisant la collaboration. Un seul de nos participants bénéficie d'une structure formelle d'acquisition et de transfert des savoir-faire et savoir-être dans son milieu de travail, en étant en GMF-U. L'accompagnement d'un mentor, quant à lui, favorise une mise à distance de l'influence managériale des services au détriment de l'exercice du rôle professionnel, et la transmission des pratiques de la discipline, dans un souci de continuité. Les formations offertes par des praticiens d'autres disciplines, de psychologues bien souvent, peuvent brouiller la nature des savoirs de la discipline du travail social, et contribuer à une identité diffuse.

Compte tenu de la grande diversité des clientèles et des problématiques rencontrées en GMF, une solide expérience professionnelle est identifiée par plusieurs de nos participants comme un préalable nécessaire à la compétence du TS. L'emprunt d'outils et de moyens d'interventions appartenant à un registre commun de la pratique répond à certaines pratiques transversales que l'on pense à l'aide au deuil, au développement de l'autonomie fonctionnelle, à la prévention du suicide, à l'acquisition d'une saine routine de vie et à la promotion de la santé.

Les savoir-être et savoir-faire sont les éléments les plus cités par nos participants pour décrire le savoir professionnel des TS. Lorsque le milieu de pratique regroupe des modalités issues d'autres registres professionnels (infirmières, psychologues, médecins, etc.) comme nous le voyons dans les GMF, un inconfort peut être ressenti, pouvant générer un questionnement sur sa propre compétence. L'approche biopsychosociale peut constituer une voie de passage lorsque les dimensions de la santé se trouvent prépondérantes à la prise en charge d'un usager.

4.1.1.2 Le savoir professionnel et les référentiels professionnels en travail social

Élément fondamental assurant la protection du public, les activités réservées et partagées du Domaine s'actualisent au moyen d'un référentiel professionnel balisant les compétences de ses membres. La pratique professionnelle du travail social en GMF ne se limite pas qu'aux activités réservées et partagées telles que libellées au Code :

En GMF, je ne fais pas d'homologation de mandat d'incapacité, et je ne suis pas dans un contexte hospitalier ou de CHSLD où il y a des mesures de contention, c'est un acte qui est

partagé. Je ne fais pas d'évaluation pour l'adoption. Je me sens plus ou moins touché par les actes partagés ou réservés. - Julien

Nos participants expriment une connaissance approximative du Référentiel professionnel en travail social, bien qu'ils pratiquent, pour la majorité d'entre eux, depuis plusieurs années :

Je ne connais pas le truc en particulier, mais c'est sûr qu'au niveau des compétences, ça oui, au niveau des travailleurs sociaux. Mais ce référentiel-là, non, ça je ne le connais pas, mais je vais aller en prendre connaissance. - Nancy

Quant à Étienne, le Référentiel est perçu comme utile, mais secondaire à sa pratique :

C'est une aide à l'ancrage professionnel dans un aspect réflexif. Mais pour moi ce n'est pas quelque chose sur lequel je vais me référer. Peut-être ça aurait été utile que je m'y réfère quand j'étais plus jeune en pratique, mais aujourd'hui je dirais j'ai développé ma propre identité professionnelle, mais en contact avec des gens, d'autres travailleurs sociaux plus expérimentés, en réfléchissant, en faisant partie de comités. - Étienne

Julien apporte une nuance quant au Référentiel, par une perspective d'amélioration continue : « Le document de l'Ordre sur les compétences du TS⁸⁰, c'est justement un outil de référence pour s'améliorer je pense. Parce qu'on ne peut pas tout maîtriser ces compétences-là ». Ceci dit, pour Élise, notre participante la moins expérimentée, mais la plus récemment formée, le Référentiel de compétences est inconnu :

Le mot « Référentiel » de compétences de l'Ordre ne me dit pas nécessairement de quoi, mais on a regardé les normes, on a regardé les documents de l'Ordre. Il y avait une formation obligatoire aussi sur le nouveau Code de déontologie. On avait un cours sur le fonctionnement psychosocial. - Élise

En abordant le Référentiel des compétences en travail social, Valérie nous mentionne que « c'est trop technique pour moi comme terme », référant à des concepts abstraits apparemment non liés à sa pratique.

⁸⁰ (Référentiel de réflexion sur la pratique professionnelle en travail social Guide d'accompagnement destiné aux travailleuses sociales et aux travailleurs sociaux visant la conduite d'une réflexion critique à propos de leur pratique professionnelle, 2013).

Une certaine mise en garde est à propos face à cette mise à distance des fonctions réflexives à la pratique, ou s'entremêle sens commun et savoirs disciplinaires :

Les expertes sont le plus souvent surtout habiles à transmettre leur sens commun, puis à le cristalliser durablement chez les apprenants. Ce faisant, elle brise le cercle vertueux de l'apprentissage et du développement. Les efforts analytiques à consentir pour ensuite déconstruire cette cristallisation du sens commun afin d'avoir l'effet de développement professionnel émancipatoire attendu sont énormes (Couturier & Belzile, 2024, p. 97).

Nous avons invité nos participants à nous décrire leur organisation du travail, leurs tâches quotidiennes en GMF, ce dont ils nous en parlèrent avec une grande aisance. Mais cette aisance à décrire leurs tâches contraste nettement des difficultés à discuter de la professionnalité du travail social, de référentiel de compétence, de la pratique professionnelle, et d'identité professionnelle. Cette difficulté à nommer la nature du travail social est reconnue par nos participants. Pour y parvenir, il est nécessaire de dégager un espace et un temps de réflexion individuel ou collectif, ce que le milieu institutionnel offre peu ou tente même d'évacuer.

Les métiers du Domaine exercés en établissement sont similaires par leurs actions cliniques et administratives, hormis certaines modalités évaluatives, de certains services en communauté ou en contexte d'hébergement, ou d'intervention en situation de crise. L'intérêt des professionnels s'oriente spontanément vers l'action, les tâches, mais aussi à une organisation efficace de celles-ci. Cela dit, la difficulté des TS à caractériser leurs actions persiste. Afin d'explicitier la singularité du travail social et ses pratiques, les participants se réfèrent à leurs activités de travail conformes à l'offre des Services généraux, et à leur affiliation à cette direction clinique. Cette affiliation réfère selon nous à plus qu'un simple lien administratif, il représente des caractéristiques d'activités professionnelles institutionnelles en travail social, entrant en concurrence avec une identité basée sur la profession. Nous constatons donc que ces propos s'apparentent à un référentiel de métier plus qu'un référentiel professionnel (voir Annexe D) :

Le ... modèle se construit sur la logique du métier exercé. C'est alors le référentiel d'activités correspondant au poste de travail qui est privilégié. Il s'agit de former des professionnels sur mesure, au détriment de la polyvalence. Nous ne sommes plus dans le champ des compétences génériques, mais spécifiques (Carignan & Fourdrignier, 2013, p. 40).

Le second écueil se rapporte à la démarche de construction du référentiel, notamment à la tentation de construire la liste des compétences à partir d'une observation factuelle de la

pratique telle qu'elle s'observe sur le terrain. En effet, l'approche par compétences a souvent comme point de départ l'étude des fonctions de travail d'une profession, lesquelles sont ensuite traduites en compétences à acquérir pour avoir accès au marché du travail (idem p.217).

Dans cette logique de métier exercé, le questionnaire d'autoévaluation professionnel (OTSTCFQ a, 2016) s'apparente à un référentiel de métier par les dimensions prescriptives de l'évaluation et de l'intervention en travail social, traduisant le Référentiel d'activités professionnelles en compétences opérationnalisables.

Par ailleurs, un sens plus large de métier nous est proposé par la littérature scientifique quant aux professions du Domaine. L'appellation légale dédiée de « professions du domaine de la santé mentale et des relations humaines » revêt un autre sens sous cette perspective :

L'idée de métier, qui s'inscrit dans un discours commun d'action, est passée de concept quotidien chez les professionnels (psychologues, conseillers d'orientation, organisateurs communautaires, psychiatres, travailleurs sociaux, etc.) à un concept scientifique en usage dans les études sur le travail (Clot, 2008 ; Dejours, 2007 ; Demailly, 2007 ; Doucet, 2014 ; Vivier, 2016). Quant au mot relation, il désigne ce qui se trouve au centre de l'éthos⁸¹ du métier, c'est-à-dire l'action de « travailler la relation » avec les sujets que les praticiens rencontrent dans le cadre de leur travail⁸² (Doucet & Viviers, 2016, p. 1).

Et plus spécifiquement, « un métier relationnel peut être défini comme une activité clinique de configuration et de réparation des subjectivités, que ce soit au moyen de transactions adaptatives ou émancipatrices ou encore d'une quête de sens » (Doucet, 2014, p. 257).

Les nomenclatures administratives des services en santé et des services sociaux (santé mentale et dépendances, psychosociaux généraux, par catégories de clientèles, etc.) induisent une segmentation des pratiques que l'on peut observer dans le discours de nos participants. L'idée de métier relationnel permet d'intégrer les dimensions de la santé mentale et des relations humaines dans une visée heuristique de l'aide à autrui, surpassant la segmentation qu'imposent les programmes-services. L'idée d'une pratique spécifique par secteur se trouve de ce fait aplanie.

⁸¹ « Caractère anthropologique commun à un groupe d'individus appartenant à une même société » (Antidote 8, 2015).

⁸² Citant (Doucet 2014).

Dans ce contexte, la liberté du professionnel réside dans la latitude qu'il s'autorise à la prestation des services par l'exercice du jugement professionnel, jugement relevant de la réflexivité (voir Annexe C). Cette liberté d'action en intervention ouvre de possibles actions en marge des conventions, à des pratiques implicites facilitant l'aide. Chez nos participants, cette liberté s'observe par une reprise des services sans un retour obligatoire à la liste d'attente, ou d'une modalité d'entrevue en milieu ouvert (marche à l'extérieur) par Valérie, par un processus de coévaluation avec les médecins chez Étienne, ou encore chez Jane par une conscientisation des usagers quant aux inégalités sociales.

Ainsi, pour nos participants, le référentiel professionnel qu'ils évoquent décrit une pratique individuelle liée à une clientèle étendue en GMF, à leur début pas bien connue d'eux, d'un agir professionnel en continuité des orientations de l'établissement, mis en tension par les enjeux éthiques de la profession confrontés à l'organisation gouvernementale des services de santé et services psychosociaux.

En résumé, les référentiels professionnels en travail social sont peu connus et semblent, à première vue, peu utiles dans le cadre de la pratique professionnelle de nos participants. Au mieux, ils servent d'outils de référence lorsqu'on doit réfléchir à sa pratique. Les activités réservées et partagées concernent peu les TS en GMF selon l'ensemble des propos recueillis. Les référentiels professionnels propres aux participants rencontrés s'apparentent à des référentiels de métier, c'est-à-dire une nomenclature de tâches à accomplir dans le cadre de son travail (voir p. 71-73).

4.1.1.3 Des considérants légaux à la pratique

Les interactions individus et société sont au cœur des pratiques en travail social. Elles prennent forme, entre autres, sous des aspects légaux encadrant la profession, décrits comme des éléments distinctifs à la pratique :

Tout l'aspect légal de la profession du travail social, c'est quelque chose qui me manque. Puis, quand j'ai des formations plus spécifiques par rapport à ça, ça me ramène vraiment à mon rôle de TS, à mon identité professionnelle, à qui je suis vraiment, plutôt que des formations qui sont données autant aux psychologues qu'aux travailleurs sociaux. (Nancy)

On constate que les règles de confidentialité en GMF du domaine médical ne sont pas appliquées selon les mêmes modalités d'établissement, et divergent des professions du Domaine:

Une fois, j'ai reçu une dame qui a dévoilé l'abus sexuel dans son enfance pour la première fois, et elle ne voulait pas que je le note. Ce n'est pas parce qu'on n'a pas confiance en notre médecin, qu'il va utiliser ça contre nous, c'est peut-être juste parce qu'on a envie que ça reste là avec la travailleuse sociale avec laquelle on fait affaire, point. Comme un psychologue, ça n'est pas toujours bien compris encore. – Nancy

Un avantage est soulevé par Valérie concernant la facilité d'accès à l'information en GMF, par souci d'efficience :

Je trouve qu'il y a une collaboration médecin-intervenant pour le mieux-être de l'utilisateur, pour un continuum des services de l'utilisateur. C'est sûr qu'il y a toujours une responsabilité du patient de ramener ce qu'il voudra bien au médecin, mais je trouve que pour le médecin, d'avoir accès à nos notes, moi, je pense que c'est là la richesse de l'information. Tu sais, on peut le faire verbalement ou aller se voir, mais on peut le faire aussi indirectement en lisant les notes. Je pense que l'accès à l'évolution de la personne pour le traitement médical aussi, je pense que ça, ça peut amener vraiment une plus-value au médecin. - Valérie

Par ailleurs, le consentement aux services et aux soins est lié au droit de la personne de refuser qu'une information soit transmise à quiconque sans son autorisation. L'instauration de dossier patient informatisé, sans restrictions d'accès aux utilisateurs, contrevient aux principes d'un consentement libre et éclairé par l'utilisateur, spécifique et limité à un service ou un soin, à renouveler chaque fois qu'il est dispensé. Implicitement, l'accès intégral à l'information semble être une condition permettant aux acteurs du domaine de la santé d'assurer une continuité des soins pertinents et cohérents, mais peut également assurer une rationalisation de l'offre de soins. La consignation automatisée des informations factuelles au Dossier santé Québec (DSQ) des soins dispensés par les professionnels contraste avec la représentation subjective qu'accorde l'utilisateur à ces mêmes informations, ce dont le TS doit constamment tenir compte dans sa pratique.

Par ailleurs, la pratique de la psychothérapie est dorénavant encadrée par le Code par suite de l'adoption du PL-21, et donc soumise à des considérants légaux. La pratique illégale de la psychothérapie, le bricolage d'approches cliniques en intervention questionnent Jane, et sont une source de confusion à l'exercice de la profession chez plusieurs TS. Ces questionnements démontrent un sens éthique à la pratique et un besoin de congruence en lien avec les sphères des savoirs :

Elle m'a dit (une collègue TS), si tu prends juste un morceau d'une approche, disons que l'on va travailler les distorsions cognitives par des éléments de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), ça t'as le droit parce que tu ne prends pas l'approche au complet, tu prends une technique de l'approche. Les gens, ils veulent des trucs, ils veulent des

techniques. Y a une collègue qui m'a dit tu pourrais utiliser la thérapie cognitivo-comportementale pour faire face aux distorsions cognitives. Je connais ça, je lis ça, mais l'appliquer comme tel, je ne suis pas à l'aise. - Jane

Pour sa part, Étienne a réfléchi sur l'aspect thérapeutique de sa pratique et les conséquences quant à l'exercice illégal de la psychothérapie :

Je pense que je fais des gestes à connotation psychothérapeutique et qui sont thérapeutiques sans pour autant être dans une psychothérapie. Ce qui fait en sorte que je navigue assez bien avec ça et je pense que je suis en mesure de ne pas outrepasser mes capacités, mon mandat. Je vis assez bien avec mon identité professionnelle en lien avec les actes réservés ou partagés. - Étienne

En résumé, les aspects légaux de la profession ne se limitent pas qu'à l'encadrement de la pratique professionnelle du travail social, qu'à l'exercice réservé de la psychothérapie ou du respect des règles de confidentialité et de la déontologie. Elle apparaît plus prégnante à l'activité professionnelle du travail social, implicitement liée au fait social, de l'individu dans son environnement, de sa légitimité comme sujet de droit.

4.1.1.4 Des pratiques réflexives

Une démarche réflexive critique est garante d'une pratique éthique du travail social, là où se confrontent les valeurs individuelles, les normes sociales, le cadre de pratique professionnelle et le rôle des institutions. Comment aider à faire sens des difficultés vécues lors d'une intervention si le TS lui-même ne peut faire sens d'une société de plus en plus éclatée?

Étienne déplore un manque de réflexion sur la pratique, laquelle se trouve envahie par l'utilisation et la recherche d'outils divers : « Moi je trouve ça extrêmement ennuyant quand les gens parlent et s'échangent des outils même si je ne remets pas en question la pertinence, mais je trouve que ça dénote l'insécurité professionnelle et identitaire sur c'est quoi notre rôle, qu'est-ce qu'on fait ».

Loin d'une simple collecte de données, sa pratique réflexive s'insère rapidement dans le processus clinique, et révèle un niveau élevé d'intégration des savoirs :

Comment le service social s'exprime même à travers le processus de référence. Qui est en relation, qui est en lien. On va essayer de coconstruire ensemble une compréhension des

difficultés dans lequel le médecin se retrouve, et le patient se retrouve. Ça, c'est ce que moi j'induis. – Étienne

Être au cœur des problèmes des gens a permis à Mélanie de constater que cette profession lui a donné beaucoup en retour, la pratique professionnelle a favorisé la découverte de ses forces, qu'elle a mises à profit en vue de faciliter le changement. La réflexion a favorisé son cheminement professionnel :

J'ai trouvé qu'à travers ça, j'ai beaucoup grandi. J'ai appris que j'ai de quoi à donner, j'ai de quoi à offrir, mais aussi des gens avec qui je travaille. Je reçois beaucoup. C'est ça qui me touche le plus d'avoir cette opportunité-là d'entrer à l'intérieur des vies des gens et d'être témoin de choses des fois très souffrantes, très lourdes et d'être impliquée, d'avoir un rôle à jouer dans ce processus de changement qui, des fois, peut être assez spectaculaire. On plante des semences, ce n'est pas nous nécessairement qui va voir la fleur à la fin. - Mélanie

En résumé, une pratique réflexive permet de se préserver du flot d'informations que le professionnel peut recevoir, et ainsi de se recentrer sur les visées de la pratique. Cependant, les outils de collecte de données sont de plus en plus présents dans les pratiques du domaine de la SMRH, sous l'injonction grandissante à la standardisation des pratiques. Les outils ne peuvent se substituer à l'intervention à proprement parler. La dimension relationnelle du travail social se constate, entre autres, par l'enrichissement professionnel que procure l'intervention, offrant une forme de rétroaction quant à son efficacité. Au-delà des gestes techniques, le savoir-être professionnel se trouve grandement enrichi par ces échanges. Mais, est-ce que la satisfaction de l'utilisateur est garante d'une intervention réussie, dans un contexte où l'expérience client devient de plus en plus une norme en milieu institutionnel?

4.1.2 L'identification professionnelle

L'identification professionnelle est une catégorie de recherche qui regroupe les RP qui émergent des interactions des TS dans son milieu de pratique, produisant une identification au groupe professionnel d'appartenance et conséquemment, une différenciation des autres groupes professionnels. Elles protègent la spécificité des groupes intra et interprofessionnels.

4.1.2.1 Une identité professionnelle diffuse

La question identitaire est un thème récurrent en travail social québécois, tant sur l'aspect de l'identité collective qu'individuelle. Et pourtant, les TS affirment une nette distinction de leur profession des autres professions du Domaine, sans pour autant parvenir à nommer cette spécificité.

Étienne nous énonce ce que l'identité implique sur le plan sémantique, ajoutant à la complexité du phénomène :

Identité ça vient du mot identique, c'est la recherche de ce qui est identique et pourtant l'identité professionnelle c'est aussi une recherche de différenciation, également professionnelle. Et je trouve aussi que le travail social c'est une profession difficile pour se définir. - Étienne

La comparaison est un moyen permettant de définir une identité, mais la comparaison demeure une méthode limitée et insatisfaisante :

C'est une profession difficile à définir, je pense. À part peut être les ergothérapeutes où est-ce que déjà il y a quelque chose qui est proche de nous. Et c'est pour ça que je pense que c'est souffrant même de trouver notre identité professionnelle parce qu'on a à se casser la tête justement sur qui on est comparativement aux autres. On s'identifie en se comparant aux autres, au lieu de se définir comme qui ont est. - Étienne

Élise évoque l'approche clinique et l'exercice d'un rôle comme éléments distinctifs de son identité :

Dans cette profession du travail social, pour moi, bien c'est mes approches, les approches avec lesquelles tu travailles. Puis, comment est-ce que tu es capable de distinguer ton rôle versus le rôle des autres professionnels. C'est ça qui me vient spontanément. - Élise

Quelques incertitudes sont nommées par elle quant au champ de pratique du travail social, à la source d'une confusion identitaire. Les pratiques du Domaine semblent pour elle difficiles à différencier:

C'est tout le temps vraiment difficile, surtout en GMF parce qu'en GMF, on dirait des fois qu'on est des psychologues. Donc, je ne sais pas exactement... Il y a tellement de façons d'être psychologues, il y a tellement de façons d'être travailleurs sociaux, mais pour moi, la différence, c'est que je ne fais pas de psychothérapie. - Élise

Pour Manon, une dimension vocationnelle fait partie de son IP :

Je me considère comme une professionnelle et que les TS on est des professionnels aussi. La profession de travail social c'est une vocation, je pense parce qu'il faut aimer ce que l'on fait. On ne peut pas faire ce travail-là si on ne croit pas en ce qu'on fait. On est des agents de changement. - Manon

Son identité professionnelle s'actualise à travers ses actions et son engagement :

Je dirais implication sociale... Je ne comprends pas exactement qu'est-ce que tu veux dire. L'implication sociale et communautaire, dans le sens que le travail que je fais c'est avec l'individu, mais dans la communauté, je réfère beaucoup aux services communautaires aux alentours. - Manon

Le savoir-faire et la collaboration sont pour Mélanie deux éléments liés à son IP. Malgré tout, cela demeure un concept diffus, qu'elle relie à l'observance des normes de la profession, selon une posture de non-experte, associée à l'accompagnement :

Identité professionnelle, pour moi c'est un gros mot. J'ai mon baccalauréat, j'ai mon expérience et tout ça, mais c'est la qualité de ma présence et de mon professionnalisme avec les gens qui sont plus importants. Pour moi, c'est ça, de respecter le code d'éthique et de déontologie. Je suis fière d'être professionnelle et envers les autres, je n'ai pas toutes les réponses. Je travaille avec les gens. C'est une collaboration. Je ne sais pas si je réponds à la question! - Mélanie

Confrontée aux demandes de services des médecins en GMF, Jane constate que les attentes du milieu GMF ne correspondent pas à sa pratique du travail social, ce qui génère une remise en question de ses compétences et conséquemment de son IP. La notion de rôle l'aide à faire la part des choses et à déterminer son action:

J'ai eu une référence en trouble alimentaire. La personne souffre au niveau psychologique. Je trouve que je ne suis pas outillée pour faire fasse à ça. Je vais écouter la personne, revoir les saines habitudes de vie, la référer, en même temps... J'essaie de départager ce qui fait partie de mon rôle, ce qui ne fait pas partie de mon rôle. Dans l'identité actuelle du travailleur social, que ça soit institutionnel, GMF, CLSC, hôpital, CHSLD, je ne m'y retrouve pas, pour être honnête. - Jane

En résumé, l'IP est une notion difficile à préciser chez les participants. Certains évoquent la formation universitaire, l'adhésion à un ordre professionnel, l'engagement personnel, la nature et les modes d'interventions, le rôle exercé afin de décrire ce concept. La comparaison avec d'autres professions proches est une modalité aidant à se situer, mais cela demeure incomplet et insatisfaisant. La proximité des différents professionnels du domaine de la SMRH dans un même milieu de pratique semble contribuer, chez certains TS, à un effet de diffusion de l'IP. L'identité attribuée par le milieu, par des requêtes des demandeurs de services, dont les MD ont l'exclusivité en GMF, entre en conflit avec l'identité revendiquer pour eux-mêmes. L'écart perçu génère un malaise identitaire, malaise qui peut également être présent chez de nombreux TS en établissement. Une pratique professionnelle légitime et autonome du travail social en établissement se trouve de plus en plus contrainte à des modalités de pratiques institutionnalisées par des directives managériales, lesquelles apparaissent peu coordonnées dans l'immensité organisationnelle des CISSS et CIUSSS, questionnant leur cohérence et leur utilité.

4.1.2.2 Une identité liée à l'institution

Être employé d'une institution revêt une dimension qualifiante chez les professionnels, et peut être d'une façon plus significative pour les TS. Elle leur confère une reconnaissance quant à ses compétences, et rend légitimes leurs actions.

Pour Valérie, son affiliation au programme-service, une façon d'être et de faire propre à elle, sont évoquées pour définir son identité :

Mon identité, c'est par rapport à mon mandat de services sociaux généraux et généraliste. C'est d'être capable de chercher une aide, et si je ne suis pas celle pour répondre, comment orienter la personne vers les bonnes ressources spécifiques s'il le faut. - Valérie

On constate qu'une modulation de la pratique professionnelle aux programmes services peut altérer l'identification professionnelle à proprement parler. Les rencontres intraprofessionnelles, un répertoire à jour des procédures du secteur de services auquel se référer devient les garants, pour Valérie, de son IP et de sa pratique, tel un pare-feu aux demandes du GMF afin de demeurer fidèle au mandat. Le consensus d'équipe a ici une valeur prépondérante :

C'est là que les réunions d'équipe GMF sont importantes et que les écrits procéduraux sont importants pour se camper et savoir elle est où mon identité professionnelle CLSC versus ce

que le GMF voudrait que je fasse. C'est là les capacités d'affirmation de dire : écoute, ça, non, ce n'est pas dans ma cour. - Valérie

Tout en réclamant des balises procédurales claires de l'établissement, Valérie exprime un sentiment de liberté créatrice dans sa pratique en GMF, facilitée par une distanciation de l'institution, mais en cohérence avec l'équipe de médecins du GMF :

C'est ce que je retrouve et qui me stimule dans mon travail, la liberté professionnelle, la confiance aussi qu'on a bâti avec les médecins. La liberté, c'est vraiment mon grand mot à moi. Je ne pense pas que c'est l'identité, je ne sais pas si c'est là que tu peux le définir, mais ce que ça représente pour moi le GMF versus le CLSC, c'est la liberté, de la créativité. - Valérie

Les TS en GMF sont devenus, pour France, des bons à tout faire, constituant une sorte de fourre-tout de services psychosociaux, du fait que l'usager a un médecin de famille :

On se fait définir par les autres. Donc, tout ce que les autres ne font pas, bien nous autres on se ramasse avec. Donc, c'est plate qu'en tant qu'équipe, on se fait définir par les critères d'exclusion des autres services CLSC. Et il y a huit ou neuf mois d'attente, ou plus. Le problème qui était ponctuel et réversible va devenir chronicisé. On se dit on va les prendre en GMF, et on va leur donner un petit coup de main. Tu sais, on va essayer de leur donner un peu de ressources à ces gens-là. - France

En résumé, chez certains participants, l'IP est en fonction du programme-service duquel ils relèvent, soit les Services généraux. Paradoxalement, une distanciation de l'établissement procure un sentiment de liberté retrouvée, une sorte d'émancipation des contraintes inhérentes à la gestion des services. L'absence de réunions en GMF favorise une adhésion aux rencontres clinico-administratives intra professionnelles du programme-service de l'établissement, et limite les TS à des réflexions intra disciplinaires. Les décisions prises lors de ces rencontres visent à assurer une cohérence de pratiques en fonction du mandat que s'attribuent les TS, mandat issu de l'établissement.

4.1.2.3 Une identité mise à l'épreuve

Les TS sont d'emblée associés à l'intervention familiale, à la protection de la jeunesse, et ces représentations sociales perdurent dans la société québécoise. Les TS peinent à affirmer les composantes professionnelles de leur travail. Se définir et s'affirmer professionnellement demeure un défi quotidien pour eux.

Pour Étienne, le terme professionnel évoque rigueur et autonomie. « Le fait d'avoir une identité professionnelle forte m'a permis dans le fond de prendre ma place, mais adéquatement. En fonction des besoins et en fonction de qui je suis ».

Par la réflexion, Étienne identifie des éléments ayant contribué à la formation de son IP :

Il y a probablement un intérêt, une curiosité à comprendre qu'est-ce que je fais. Aussi un sentiment d'imposteur, un questionnement. Même si l'université induit ça, il y a quelque chose qui n'était pas si clair que ça. Je pense qu'il faut un malaise sur qui je suis, qu'est-ce que je fais, pour pouvoir dire à mes collègues infirmières du CLSC ce que je fais, comment je peux les aider. Et il y avait tellement de flous un moment donné, j'avais même de la difficulté à me définir. Fait que ce malaise-là a contribué à un processus réflexif sur qui je suis, qu'est-ce que je fais. - Étienne

L'absence d'un modèle clinique spécifique au travail social laisse place au modèle clinique prépondérant de la santé mentale :

Je trouve que les travailleurs sociaux vont calquer, ils deviennent de petits psychologues en lien avec tout l'envahissement de la santé mentale qui a pris beaucoup beaucoup de place. - Étienne

Conséquemment, de faire un peu de tout et n'importe quoi contribue à une perte de sens, d'intégrité et d'unicité. Il ajoute :

Mes collègues, je pense que parfois leur identité n'est pas si claire que ça, leur pratique n'est pas si claire que ça ce qui fait qu'y font faire plein de choses qui est pas toujours du service social. Je pense qu'outiller, supporter, donner de l'information c'est correct aussi, mais je pense que c'est réducteur de ce que l'on peut faire. Je pense que mes collègues ont peur de se sentir incompetentes dans certaines situations, c'est pour ça qui vont se chercher des outils pour se rassurer. Au lieu de se laisser aller par ce qui est en train de se passer présentement. - Étienne

Lors de son cheminement professionnel, la sectionnalisation par problématiques et par clientèles a eu à long terme, un effet de morcellement de son IP :

Je pense qu'en CLSC elle avait régressé. Je me sentais un peu étouffé en CLSC justement en lien avec l'entente de gestion, l'offre de service, et non on ne fait pas ça, ça c'est à nous autres, ça c'est à moi. Donc très très très sectionné, ce qui fait que, je pense que les CLSC sont devenus sclérosés je dirais de par cette sectionnalisation des problématiques, et des

gens. Quand le propre de notre pratique est justement d'être intégrative et globale. - Étienne

Étienne précise que l'IP n'est pas quelque chose de figée dans l'espace-temps, elle est en mouvement, à redéfinir constamment :

Pour moi, mon identité, elle est toujours à redéfinir justement. Quand c'est le temps de l'expliquer, c'est difficile même. C'est le vivre ensemble, comment aider les gens avec le thème de vivre ensemble dans une société, comment supporter les gens avec ça. Mais je pense que l'identité, c'est l'aspect de tenir compte du contexte dans lequel les problèmes se présentent et les enjeux relationnels dans lesquels ils se situent aussi. - Étienne

L'approche systémique à laquelle il s'est formé a influencé son IP. Une dualité d'identité est mentionnée : « Les enjeux relationnels viennent d'avantage de l'identité systémicienne que de l'identité travail social, même si je pense que c'est très très lié ensemble ». Profession et approche d'intervention sont deux éléments distincts dans cet énoncé.

Jane, ayant de plus en plus de difficultés à concilier son cheminement professionnel et les demandes provenant des milieux de pratiques institutionnels et des GMF, énonce avec espoir qu'elle arrivera à faire émerger une pratique professionnelle congruente à son identité :

Mais, je pense franchement je vais traverser vers quelque chose, ce n'est pas clair encore... mais ce n'est pas vrai que je vais rester dans ma cloison. - Jane

Face à l'éloignement des confrères, la solitude de la pratique, la charge de travail importante, et l'étendue des connaissances requises quant à la diversité des clientèles et des problématiques, France mentionne :

Il faut être extrêmement autonome. On apprend à être autonome. Le fait que l'on soit aussi seul, dans les équipes médicales, fait qu'on devient très autonome. Pour être bien en GMF, il faut que tu aies une bonne identité professionnelle, il faut que tu aies une belle autonomie professionnelle. Je pense qu'il faut que tu aies un bon bagage. Plus tu as ça, je pense, plus c'est à ton avantage d'aller là-dedans. – France

En résumé, l'IP des TS est mise à l'épreuve aux divers contacts, bien souvent informels, des professionnels en milieu de pratique. La perspective écosystémique à la pratique professionnelle du

travail social se trouve confrontée à la sectionnalisation des clientèles et des problématiques, sous la forme des programmes-services en établissement. Les modèles cliniques des professions de la santé mentale semblent imposer un référentiel commun aux pratiques du domaine de la SMRH, basés sur le l'outil diagnostique statistique nord-américain (DSM). La conciliation difficile des prescrits de l'Ordre professionnel aux prescrits de la pratique en milieu institutionnel et l'injonction managériale aux interventions guidées par les bonnes pratiques sont des éléments mettant à l'épreuve la revendication d'une l'IP authentique chez nos participants.

Un bon bagage professionnel et une grande autonomie sont des éléments structurants requis afin d'évoluer adéquatement en GMF. La réalisation professionnelle de soi constitue malgré tout une épreuve pour les TS en milieu GMF. Un travail sur soi, une réflexion sur le sens du travail social deviennent des incontournables chez plusieurs de nos participants afin se trouver une place dans ce milieu. L'IP n'est donc pas quelque chose de figée, elle peut évoluer, se préciser au fur et à mesure des rencontres et des réflexions.

4.1.3 Orientation des conduites professionnelles

Les RP participent à définir la finalité de la situation professionnelle et orientent le choix des démarches pour effectuer une tâche, en « produisant un système d'attentes et d'anticipations, elles sélectionnent puis filtrent les informations provenant de la réalité pour conformer les pratiques à la représentation » (Blin, 1997, pp. 94-95) .

4.1.3.1 Un départ ardu, la perte de sens

Le déploiement des TS en GMF fut imposé, et fait de façons disparates, sans préparation adéquate nous précise Manon :

On a été pitché, garroché sans cadre, sans rien, alors moi j'ai décidé d'écrire sur mon rôle de travailleuse sociale, que c'était un mandat court terme, que je travaillais des objectifs de changement dans le présent. Quand je suis arrivée, on pensait que je ferais de la psychothérapie. - Manon

Des répercussions quant aux collaborations professionnelles étaient inévitables, et la bonne volonté de chacun fut mise à contribution. Malgré leur grande capacité d'adaptation, un sentiment de démobilisation des TS s'en suivit. Dicté par l'employeur gouvernemental (MSSS), le déploiement signifiait

un déracinement de son milieu de travail, l'intégration dans un nouvel environnement physique souvent exigü et non adapté, sans les supports informatiques de base, sans le soutien de proximité des collègues ou du chef de service.

Ce qui ressort le plus, c'est l'isolement. C'est l'environnement, le manque de locaux, le fait d'avoir à s'adapter. Les relations de travail, ça, c'est difficile dans certains GMF, il y a des travailleuses sociales qui en souffrent beaucoup au niveau de leur travail quotidien, d'avoir à se débattre pour leur crédibilité, à prendre leur place. Donc le manque de soutien, l'isolement, le manque de travail d'équipe, le fait d'être isolé en clinique médicale. - Nancy

Tous les participants nomment s'être mobilisés localement suite à l'intégration, de leur propre initiative, afin de se soutenir mutuellement entre TS en GMF d'un même RLS. Une offre de services fut élaborée, un modèle de pratique précisé, lesquels se conjuguèrent essentiellement à partir des modèles de l'Accueil Analyse Orientation Référence (AAOR)⁸³, et du suivi adulte des services psychosociaux de 1^{ère} ligne CLSC. De son côté au GMF-U, Étienne a perçu une occasion unique de définir une offre de service :

On nous a donné un cadre qui était très large. Mais moi j'ai apprécié beaucoup cette largesse-là pour justement développer notre propre offre de services, sans s'enfermer dans les fleurs du tapis. Le mandat dans lequel on s'inscrit influence la pratique que je veux avoir.
- Étienne

Il énonce ainsi que le mandat du milieu de pratique a une influence sur la pratique. Selon lui, l'efficacité et la performance perçues au sujet des MD en GMF induisent des attentes face aux autres professionnels :

Les médecins c'est du monde brillant, extrêmement travaillant. Moi j'ai beaucoup d'admiration pour les gens qui sont ici. Y sont payés, mais ils travaillent fort. Les gens qui ne travaillent pas, avec des médecins ils ne passeront pas. - Étienne

En résumé, l'intégration des TS en GMF fut improvisée d'un milieu GMF à l'autre. En se regroupant lors de rencontres intra professionnelles, les TS s'offrirent un support mutuel lors de cette transition majeure.

⁸³ (Services sociaux généraux Offre de service, 2013), parfois également connu comme Accueil Évaluation Orientation Référence.

Face aux demandes du milieu de travail, les TS durent préciser leur offre de services et amorcer ainsi une réflexion sur leur pratique, sous de nouvelles perspectives. L'un de nos participants saisit cette occasion afin de modeler une offre de services selon sa vision du travail social professionnel. Une injonction à la performance des médecins est perçue par ce même participant, injonction qui peut influencer la reconnaissance professionnelle que leur accordent ces MD aux TS en GMF.

4.1.3.2 Des collaborations interprofessionnelles?

Une vision ministérielle du travail interdisciplinaire est mise de l'avant et balise l'intégration des TS en GMF pour l'optimisation des services. Que pouvons-nous observer des collaborations interprofessionnelles en GMF? Après un an en fonction, Julien décrit sa relation avec les MD tel un échange de services :

Le but c'est de se faciliter la tâche et de faciliter la tâche au médecin. L'autre chose, c'est que, au fur et à mesure de l'intégration en GMF, en équipe de travail, on a planifié un peu la clientèle selon ce qu'on voyait et ce que l'on ne voyait pas, qui allait plus aux services spécialisés du CLSC. - Julien

De se côtoyer sous le même toit a été un facteur intégrateur et multiplicateur selon Jane :

D'être à la porte d'à côté, d'aller cogner, de faire une discussion informelle, ça a été facilitant pour comprendre le rôle du TS, et d'être sollicité dans les cas qu'ils ont, où il y a des problématiques plus psychosociales. - Jane

Par contre, une tendance s'accroît selon elle, quant à l'appréhension des problèmes sociaux, ce à quoi une approche médicale contribue :

Un médecin qui réfère quelqu'un en travail social c'est qu'il s'inquiète au sujet de son patient et qui veut que ça se passe mieux pour lui. Mais on est dans le curatif toujours, dans la réadaptation. On n'a plus le temps d'être dans le préventif. - Jane

Si l'effort à la tâche ne s'appréciait qu'au seul volume de patients vu quotidiennement, cela constituerait une source de tension à la collaboration. Cela préoccupa nos participants, et des mises au point furent nécessaires:

Pour les médecins, quand ils voient que j'ai quatre personnes dans ma journée, ils se demandent qu'est-ce que tu fais le reste de ton temps...? Il faut expliquer c'est quoi nos

tâches comme travailleur social, ce n'est pas juste de rencontrer des gens, on a plein de démarches, on a des retours d'appel, on a des gens à supporter par téléphone. - Nancy

Mélanie voit un gain à sa présence en GMF :

Ça donne beaucoup d'informations aussi au médecin. Des fois, des choses qu'ils ne connaissent pas ou qu'ils n'ont pas vues. Surtout sur l'utilisation de drogues et d'alcool ou une situation que la personne peut vivre, mais que le médecin n'a aucune idée, mais souvent, nous, on va le voir. - Mélanie

Elle ne précise pas si un consentement spécifique au partage de l'information est préalablement obtenu de l'utilisateur.

Cela dit, Jane et l'ensemble de nos participants, sauf un, nomment l'absence de co-interventions et l'absence de réunion interdisciplinaire :

Chacun travaille dans son petit silo, le médecin reçoit le patient dans son bureau, moi je reçois l'utilisateur qui a été référé dans mon bureau, la nutritionniste. On ne fait pas de rencontres multidisciplinaires. - Jane

Par contre, la discussion clinique entre professionnels, en un à un, est présente :

Y a pas vraiment de réunion d'équipe, en tout cas si y en a je n'ai pas été invité. Mais, si j'ai des questions et que j'ai des hypothèses, je m'adresse directement au médecin ou à l'infirmière. - Jane

Un milieu professionnel encadré par des mandats bien définis, enrichi d'une appartenance à l'institution locale, semble être des conditions gagnantes aux collaborations interprofessionnelles, selon l'expérience passée de Valérie :

À mon établissement antérieur d'un autre CISSS, le CLSC est dans la même bâtisse que l'hôpital. Dans le cadre de l'Accueil psychosocial, je trouvais ça vraiment riche sur le plan professionnel, quelqu'un se présentait avec des idées suicidaires ou quoi que ce soit, on prenait le corridor qui nous amenait à l'hôpital. Il y avait vraiment un bon partenariat avec les infirmiers au triage, l'AIC⁸⁴, avec les psychiatres de garde. Il n'y avait pas d'écart, on était comme une grande équipe, comme une équipe mobile. Donc, la collaboration était vraiment là. - Valérie

⁸⁴ Assistante Infirmière-Chef aux urgences.

Des rencontres de gestion au GMF lui ont permis de préciser la fonction du travail des TS. Cette pratique s'est cependant estompée avec le temps. Elle jugea plus utile de s'investir aux réunions intra professionnelles en milieu CLSC, où se regroupaient les collègues TS, confirmant ainsi que la sphère clinique en travail social GMF relève avant tout de l'approche disciplinaire dans le cadre du programme-service :

En 2018, on était invitée à aller aux réunions sur l'heure du midi. On faisait des rappels de procédures, un rappel de notre rôle, des rappels de fonctionnement, on faisait un compte rendu de nos listes, etc. Je n'y vais plus en tant que tel aux réunions de la clinique, mais les Services sociaux généraux, on combine nos réunions des TS en GMF, un point avec l'Accueil psychosocial et les TS des services généraux du CLSC. - Valérie

Nancy fait le constat que la nature du travail en GMF ne favorise pas les pratiques collaboratives avec les omnipraticiens, que la psychiatrie et le travail social ont plus d'affinités, s'adressant à un objet commun dans le cadre de l'évaluation, soit l'individu souffrant, en rupture de sens :

Moi j'avais vraiment ce désir-là de travailler en interdisciplinarité en GMF pour l'avoir implanté à l'urgence avec les psychiatres, infirmières. Mais je me suis rendu compte qu'en GMF, ce n'est pas toujours pertinent. L'ouverture n'est pas toujours là parce qu'ils roulent leurs patients très rapidement. Les gens ne sont pas nécessairement en contexte de crise, ils sont en suivi, ils ne sont pas en contexte d'évaluation. En contexte d'évaluation, c'est facile de dire: le psychiatre a obtenu son information, la TS poursuit. Donc, en GMF, si on veut faire de l'interdisciplinaire et travailler ensemble, il faut vraiment avoir de la souplesse. Il faut avoir de la place dans son horaire pour les prendre ponctuellement. - Nancy

Nancy souligne, au sujet de la collaboration des omnipraticiens en GMF et l'interdisciplinaire :

Il faut toujours qu'ils voient des avantages, de l'efficacité ou du rendement. Pour l'instant, dans mon GMF, j'ai moins trouvé le filon pour les amener vers des actions concertées. Les psychiatres, c'était facile d'aller trouver l'efficacité et le rendement parce qu'on partait avec les patients et ils en voyaient d'autres. Jusqu'à maintenant, dans mon GMF avec ma clientèle, c'est un petit peu moins facile à trouver pour faciliter l'interdisciplinarité. - Nancy

Ainsi, le milieu GMF influence peu sa pratique professionnelle. L'effet est plutôt inverse :

Dans les pratiques, pas tellement. Comme on n'a pas de réunion d'équipe, je suis peu influencée par des discussions, par de l'argumentation et à changer mes façons de faire. C'est plus l'inverse, c'est plus moi qui apporte une vision différente, qui amène une autre façon de voir une situation. Peut-être que la prescription de médicament vient moins vite, peut-être qu'ils vont envisager de traiter une dépendance avant d'aller vers autre chose. - Nancy

Par ailleurs, une ouverture envers la profession médicale s'est opérée chez Mélanie :

J'ai changé ma vision par rapport aux médecins. Je réalise comment les médecins sont consciencieux et qui sont préoccupés par l'ensemble de la santé. Pour eux c'est leur patient. Ils sont très ouverts à collaborer et au bien être de leurs patients, plus que ce que je pensais.
- Mélanie

L'enseignement médical aux résidents du GMF-U, dont Étienne est témoin, lui procure le sentiment d'une plus grande efficacité lors de collaboration interprofessionnelle:

Ce que les médecins induisent auprès du résident, c'est la rigueur et la façon qu'ils vont penser. C'est le diagnostic différentiel⁸⁵. Y a cet aspect-là aussi que moi je vois, l'arbre de réflexion dans lequel ils sont. – Étienne

En résumé, se retrouver voisin de bureau a favorisé une prise de contact réciproque des TS et des médecins. Un travail de collaboration initial s'est fait, au gré des rencontres, visant à préciser les situations et clientèles à référer en travail social, pouvant contribuer entre autres à une évaluation différenciée lors d'une consultation médicale. Ceci dit, des rencontres de co-interventions MD-TS sont plutôt l'exception que la règle. Il n'y a pas de réel travail interdisciplinaire en GMF, l'organisation du travail ne le permet pas, et aucun avantage ne semble justifier l'investissement de temps et d'énergie. Ce ne sont pas toutes les consultations de santé en GMF qui requièrent l'implication d'un TS. Cependant, la psychiatrie et le travail social, en clinique externe ou en urgence hospitalière, adressent des dimensions psychosociales communes, et leur complémentarité en intervention s'en trouve facilitée. Le volume d'utilisateurs rencontré dans une journée de travail a soulevé des questionnements et des mises au point furent nécessaires. Ces questionnements reflètent des niveaux distincts de l'action, qui illustrent des différences fondamentales des deux secteurs d'activité, tant dans leurs visées respectives qu'à la pratique professionnelle.

⁸⁵ Diagnostic procédant par comparaison et différenciation entre maladies voisines. Voir : <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=4122> .

4.1.3.3 La pratique du travail social en GMF

Comment la pratique du travail sociale s'est-elle modulée en GMF? Est-ce que la pratique s'est enrichie au contact de ce nouveau lieu de pratique?

Lors de son l'échange initial avec un nouvel usager, Julien nomme

être là pour les accompagner dans ce qu'ils vivent, en fonction de leurs besoins, leurs attentes. Faut être réaliste des fois comme professionnel on peut cibler des besoins, mais ce n'est pas nécessairement ce que la personne veut travailler ou changer, faut s'en remettre à ça justement. - Julien

Je dis souvent aux gens, des solutions t'en a plein ton sac à dos, c'est juste que tu les vois pas. Mon rôle c'est de t'aider à prendre conscience que tu possèdes des habiletés et tu possèdes des solutions face au problème que tu vis. C'est juste que peut-être tes stratégies ne soient pas suffisamment efficaces, qui t'en manquent un peu. - Julien

Julien nous précise que diverses évaluations et démarches doivent être menées selon la demande de l'usager, la chronicité du problème, mais également le niveau de risque présent :

Mon rôle va être d'évaluer et de l'orienter en santé mentale, mais aussi d'intervenir en amont, en intervention de crise si y a des idées suicidaires, donc de mettre en contact avec le Centre de prévention du suicide (CPS), d'installer un filet de sécurité selon la cote d'estimation du risque. - Julien

Au sujet du travail social, Étienne précise qu'il

est essentiel pour faire en sorte que les gens soient en mesure de trouver un équilibre, de trouver une place, de trouver une façon de fonctionner qui va être satisfaisante en fonction de leurs besoins, en fonction de leurs aspirations, de leur confort. - Étienne

L'importance accordée aux enjeux quotidiens, à la dimension relationnelle, et à la vie en communauté trace les contours du travail social pour Étienne :

On est plus pragmatique, y a quelque chose qui est plus rattaché, on est plus centré sur les besoins concrets des gens pour qu'ils puissent redevenir fonctionnels. Différemment je dirais des autres professionnels. On sert de liant aussi à la communauté, aux gens. Je pense qu'on est aussi la seule profession aussi qui va avoir cette sensibilité-là. - Étienne

De façon générale, dans son rôle et dans ses tâches, Étienne apporte du «support au médecin, et un support à la clientèle. J'évalue, mais je ne considère pas faire une évaluation. Pour moi, je considère que je supporte les médecins en lien avec leur patientèle ».

La moitié des références que j'ai, je les vois avec les médecins. Mettons que monsieur est dépressif. Quand je le rencontre, je fais émerger les causes qui font en sorte qu'il est dépressif, à ce moment-là je saisis ces occasions. Des fois ça se règle tout de suite, des fois ça permet de référer à une autre ressource. - Étienne

Il nous la décrit sa posture dans le cadre du processus clinique qu'il a mis en place :

Quand les médecins viennent me voir « live », ou quand le médecin a une référence, je dis au médecin peux-tu me résumer pourquoi je suis ici, devant le patient. Moi je pose un peu de questions pour aller plus loin. Et là je dis aux gens, on va vous mettre sur liste d'attente, on va éventuellement vous rencontrer ou il y a telle chose, telle chose... Je te dis, et ça fait toute une différence, dans le mandat d'enseignement et dans le mandat pour la clientèle, pour les médecins... - Étienne

La supervision de la relation médecin-patient à laquelle Étienne participe comporte un double effet :

Ça permet d'outiller les MD, de comprendre autrement leur patient, et moi ça me permet de saisir ces occasions-là riches de souffrance, ou de détresse pour mobiliser les gens et faire sens avec eux sur une compréhension de leur situation, différente que juste médicale. - Étienne

Lors de discussions préalables entre l'Ordre et le MSSS au déploiement des TS en GMF (Roc & Hébert, 2019), il a été convenu que les TS poursuivraient leurs actions sur les déterminants sociaux de la santé, dont le travail de concertation et l'action collective sont des moyens d'action. Étienne nuance :

Non, ce n'est pas ce que l'on fait en GMF. En même temps, en GMF la pratique est comme en adulte en CLSC. Je pense qu'en GMF, la pratique de mes collègues ressemble plus à ce qui se fait en psychosocial adulte. - Étienne

C'est-à-dire une approche individuelle, visant à réduire des difficultés adaptatives de l'utilisateur, à améliorer son fonctionnement social.

En soulignant l'étendue des champs d'action du travail social, Jane constate que l'action du TS semble de plus en plus se réduire à la sphère individuelle, détachée de son environnement :

Le travail social, ça se passe dans plusieurs sphères de la personne et dans plusieurs sphères de la société. Parfois faut travailler au niveau individuel, parfois au niveau familial, parfois faut travailler dans les écoles, au niveau communautaire, parfois il faut travailler au niveau politique. Mais, je trouve qu'on a eu un énorme recule depuis plusieurs années, c'est comme ils nous confinent de plus en plus, que les travailleurs sociaux ça va faire de la thérapie. - Jane

Jane vise à accroître, dans le cadre de ses interventions, le pouvoir d'agir de l'utilisateur lors des rencontres individuelles, et cela a un double effet :

Je m'enlève de la pression avec les usagers en leur disant c'est vous qui avez le pouvoir de changer votre situation. Vous vivez quelque chose de très difficile, mais vous avez déjà aussi vécu des choses très difficiles, comment vous avez fait, quelles forces vous avez pour traverser ça. - Jane

Je trouve que travailler au niveau individuel les problèmes des gens actuellement, c'est comme un coup d'épée dans l'eau. Le nombre de fois que je suis obligée de normaliser la situation des gens, comme des parents qui viennent me consulter, de leur dire que vous n'êtes pas les seuls parents qui disent qu'ils sont stressés par la vie, par le travail, et qui sont impatients avec leurs enfants par manque de temps. C'est comme, il y a quelqu'un au bout de la chaîne qui a décidé qu'on travaillait en p'tits silos. - Jane

L'effet catalyseur de sa pratique s'est estompé en GMF, conséquence des modalités de gestion des services :

J'aime beaucoup la prévention, ça c'était mon dada, aller dans les écoles, rencontrer les enfants, faire les choix gagnants, rencontrer les parents, discuter, être dans la communauté, participer à des activités communautaires. Voir ce qui influence les gens dans leur milieu, au niveau des déterminants sociaux. Ça c'est la travailleuse sociale que j'ai été. Mais c'est pu ça. Maintenant une travailleuse sociale, j'appelle ça une gestionnaire de charge de cas. - Jane

Un constat négatif est soulevé par France, soulignant une dégradation de ses conditions de pratique :

Quand je regarde ma pratique il y a 20 ans et que je regarde ma pratique aujourd'hui, je peux te dire une chose, quand j'ai commencé, mes conditions étaient beaucoup plus belles qu'elles le sont aujourd'hui. Je parle de charge de cas, de formations, d'ambiance de travail, de support clinique, de sécurité au travail. Aujourd'hui, il faut se battre pour tout avoir. - France

Au-delà de la pratique au quotidien, le groupe de TS en GMF du réseau local répond à un besoin d'affiliation professionnelle :

J'adore ce que je fais en GMF, ça ressemble à ma pratique professionnelle au privé, mais par contre, ce qui faisait que je voulais rester dans le public, c'était d'avoir une collaboration interprofessionnelle. Dans mon GMF, je ne l'ai pas. Par contre, je l'ai avec mes collègues TS GMF avec qui on échange. Ça, j'ai un beau sentiment d'appartenance. - France

Valérie s'est autorisée à sortir du cadre conventionnel des rencontres en bureau, mesures sanitaires aidant, en introduisant des modalités différentes décloisonnant ainsi le format des rencontres en cabinet :

Avec la pandémie, j'ai innové, j'ai quatre formules de rendez-vous : les vidéoconférences, quand on voulait éviter que les gens se présentent, mais qu'on voulait se voir, téléphone, le présentiel et, quand on ne pouvait pas se voir en bureau, j'ai initié qu'on puisse faire du plein air - Valérie

Si le contact initial de l'utilisateur au GMF est avec la TS, cela peut favoriser une prise en compte enrichie des éléments d'évaluation pour le MD :

On dresse un portrait sur un plateau d'argent de la situation de la personne, ce qui est pertinent pour comprendre l'aspect dépressif, anxieux et de savoir que son besoin est déjà identifié. C'est un peu comme l'infirmière du triage, mais davantage en psychosocial. - Valérie

Julien émet un doute sur l'émergence d'une pratique spécifique pouvant provenir des milieux GMF :

Le travail social évolue toujours et va toujours évoluer à mon avis. Les approches, collaboratives, l'approche biopsychosociale, systémique, les approches propres à la profession. Notre pratique est teintée de ces approches-là et de la théorie qui s'y rattache, mais... est-ce qui va émerger une nouvelle pratique spécifique en GMF ? Je ne pourrais pas le dire, peut-être. - Julien

Il ne croit pas que le travail social subira d'altération du fait d'une proximité accrue avec les professionnels de la santé :

Mais je ne pense pas que l'on va s'éloigner de la profession parce qu'on est en GMF. Moi ma crainte d'éloignement de la profession c'est plus les gestionnaires de cas, ceux qui sont en soutien à domicile. La gestion de cas c'est plus de l'organisation de service. Moi je sens plus que je fais du psychosocial en GMF, ce pour quoi j'ai étudié. - Julien

En résumé, les TS en GMF s'inscrivent en complémentarité des interventions du MD, des besoins de services psychosociaux des usagers qu'ils rencontrent. Ils procèdent aux tâches d'AAOR et mettent en place rapidement des modalités d'intervention en fonction de l'urgence. Ils visent l'actualisation des compétences de l'usager, initiée par une conscientisation de son potentiel d'action, en vue de surpasser une épreuve personnelle en vue d'établir un fonctionnement social optimisé. Pour nos participants, le travail social revêt une dimension plus pragmatique de l'intervention, il vise une mobilisation vers le changement. Certaines collaborations entre MD et TS ont permis de sortir les rencontres de ses murs, sans pour autant revêtir la fonction d'un réel accompagnement de l'usager dans son milieu. Bien que la prise en compte de l'individu en interaction dans son l'environnement social demeure centrale selon les perspectives du travail social, la pratique en GMF ne favorise pas l'action sociale ou communautaire par ses professionnels. Les approches médicales, relevant d'une logique individuelle (le patient malade), peuvent entrer en conflit avec une approche écosystémique de l'individu et ses problématiques en société. Cependant une perspective préventiviste est préconisée tant en travail social qu'en Santé publique⁸⁶, lesquelles tiennent compte des multiples niveaux d'interactions de l'individu en société, de l'importance des déterminants sociaux de la santé, ce à quoi les MD adhèrent en principe. Les TS peuvent rendre compte de l'effet des déterminants sociaux sur la santé auprès des MD, et ainsi permettre une appréciation plus globale de l'état de bien-être du patient, et considérer des alternatives aux traitements pharmacologiques. Cela dit, une dégradation des conditions de pratique en travail social au cours des années est constatée par certains participants, conséquences attribuées notamment aux diverses réformes structurelles du secteur de la santé et des services sociaux.

4.1.4 Justification de l'agir professionnel

Les RP permettent de justifier les prises de position et les pratiques professionnelles, a posteriori, par la construction préalable de relations entre des éléments et des actions dans un système donné, déployés sous forme de prises de position et de routines, quasi automatisées, s'appliquant à une situation.

⁸⁶ Dans son mémoire présenté en commission parlementaire sur l'étude du projet de loi 15 sur la réforme de la santé proposée par le gouvernement Legault en mars 2023, « L'Ordre salue l'article 29 particulièrement l'alinéa 4 voulant que l'action sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux soit un des objectifs guidant les pratiques des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux. L'Ordre souhaite toutefois que le PL-15 aille encore plus loin en l'inscrivant comme un mandat attendu des services sociaux et des directions de santé publique (DSP) » (OTSTCFQ, 2023).

4.1.4.1 Une liberté retrouvée

À l'extérieur des murs de l'établissement, seuls et malgré une charge de travail considérable, les TS ont le sentiment de s'être affranchis d'un carcan qu'ils semblaient jusque là ignorer.

Une mesure organisationnelle d'importance, la reddition de compte des interventions, est absente en GMF selon les propos de Mélanie :

Dans le contexte d'un CLSC, c'était très réglementé tu sais, les statistiques et les quotas. On a moins de ça en GMF. On ne fait pas de statistiques. - Mélanie

Cela questionne sur les moyens disponibles pour faire état de l'utilité, l'efficacité, l'efficience et la performance de la pratique du travail social et autres professions en GMF.

L'évaluation du fonctionnement social, ce sont des papiers et des papiers, c'est pour ça que je ne planifie pas des journées à tout casser tous les jours parce que ça prend du temps à écrire. La cueillette de l'information, ce n'est pas quelque chose qu'on peut faire dans une rencontre. - Mélanie

Mélanie se sent conséquemment plus dégagée dans ses tâches au GMF, de la micro gestion du temps et des tâches, à distance des gestionnaires administratifs:

Ce que j'apprécie le plus c'est qu'il y a beaucoup plus d'autonomie dans mon rôle. Je reçois mes références, on fait les triages ensemble (collègues TS), on choisit. On fait ce qu'on a à faire, sans que personne ne soit derrière nous. - Mélanie

Un certain état d'esprit facilite grandement chez Étienne l'agir professionnel, état d'esprit qu'il peut actualiser en GMF :

Cette espèce de liberté, se laisser la permission d'explorer me permet d'être plus compétent. Je dis aux gens, ça je ne suis pas en mesure de faire ça, ça je ne ferai pas ça, mais ça je peux faire ça par exemple. Si vous voulez, on peut faire ça ensemble. On va faire un bout et on verra. C'est ben plus confortable. - Étienne

Pour Valérie, le GMF est synonyme de liberté :

Je gère mes listes d'attente, je gère mon horaire, mes formules, je propose des choses, je me fais entériner et endosser. Pas de flafra là! Quand j'ai parlé avec ma gestionnaire du CLSC,

pour les rencontres en plein air, elle a dit : Bien oui! Parles-en avec ta gestionnaire de la clinique et si elle est d'accord, pas de problème! C'est une liberté professionnelle. - Valérie

En résumé, un sentiment de liberté retrouvée, d'autonomie professionnelle, permet à nos participants d'être en plus grande congruence avec leur pratique professionnelle, dégagée des contraintes omniprésentes de la gestion administrative imposées aux professionnels. Cet état d'esprit ne peut qu'être bénéfique à la pratique, favorisant une reconnaissance externe de la profession.

4.1.4.2 Allégeance au mandat du programme-service

Malgré tout, les TS en GMF doivent réaliser un mandat, mettre en œuvre une offre de services selon les prescrits de l'établissement.

Jane, qui se fit endosser ultérieurement par sa chef d'établissement, eut à prendre une position ferme au sujet d'un différend local, en s'appuyant sur l'offre de services de son Réseau local de service (RLS), et une utilisation appropriée des ressources, afin de recadrer l'offre de services aux usagers en GMF:

J'ai parlé à la médecin en chef, ils ont perdu l'habitude depuis quelques années de faire des références en santé mentale vers le CLSC, parce qu'ils ne répondent pas à leurs demandes. Fait que le GMF les garde, on ne les réfère plus. Mais il réfère ça maintenant à la travailleuse sociale du GMF. Donc, des fois j'avais des cas chroniques de gens qui avaient des problèmes de santé mentale depuis 10, 15 ans. - Jane

Au début de sa pratique au GMF, Mélanie confirme s'être opposée à une demande de la gestionnaire GMF :

Les régimes de protection, on n'en fait pas en GMF, ce n'est pas possible. On ne fait pas de visites à domicile, on ne peut pas évaluer tous les environnements, ça serait trop lourd en termes de temps. - Mélanie

Lorsque le patient reçoit des services au GMF, Manon précise que

c'est nous qui gérons nos crises. Si la personne avait besoin d'intensité, on travaille avec l'équipe de crise en CLSC qui va nous supporter, les voir la fin de semaine, mais c'est quand même nous qui portons le dossier de cette personne. - Manon

En résumé, nos participants ont exprimé une allégeance au mandat qu'il leur était confié, en prenant position à l'encontre de certaines demandes du GMF, non conformes aux façons de faire du milieu de pratique d'origine, ou dans certaines situations, brimant un accès aux soins requis à l'utilisateur depuis des années. Il est étonnant de constater l'inaction des gestionnaires publiques, imputables selon le principe de responsabilité populationnelle, face à un boycottage de services par des MD de certaines régions, et que la TS du GMF a dû seule faire face à cette résistance passive organisée.

4.1.4.3 Certaines conséquences à la pratique en GMF

Au fur et à mesure de l'intégration en GMF, certains irritants durent être adressés afin de faciliter la collaboration. Certaines actions nous révèlent, par une réflexion nous permettant d'aller au-delà des évidences, que le travail social et la pratique médicale évoluent selon des préceptes différents, voire opposés.

Des demandes impromptues d'informations et de validations, pratiques communes pour les médecins, ont fait l'objet d'une mise au point pour Manon :

On ne cogne pas à ma porte quand je suis en rencontre. Parce qu'eux c'est dans leur façon de fonctionner. S'ils sont en rencontre, il cogne à la porte pis là ils viennent. J'ai dit non, je ne fonctionne pas comme ça à moins qu'il y ait une urgence majeure. - Manon

Ils ont cette façon-là eux de se déranger mutuellement quand ils ont besoin, de s'appeler. En travail social, c'est différent. Quand je suis dans un momentum important avec mon client qui se confie par rapport à quelque chose, ça cogne à la porte, des fois, l'impact est grand. Que les gens soient plus conscients qu'on ne vient pas cogner juste pour une ressource ou une information. - Nancy

Comme certains participants l'ont évoqué, à la réception d'une nouvelle demande, Jane fait sa propre appréciation de la priorisation de la prise en charge, au-delà de l'évaluation médicale, ce qui n'est pas courant dans les services de santé :

Je vais revoir l'urgence. Est-ce qu'il y a des idées suicidaires, est-ce que c'est une personne qui est à risque d'itinérance, est-ce qu'elle est en manque de nourriture? Je repasse selon mes critères. Donc eux (MD) aiment bien que l'on puisse prendre les dossiers urgents et semi-urgents en dedans de 30 jours. Habituellement, pour moi, ce n'est pas plus que 24-72 heures. - Jane

La gestion des risques concernant les personnes en attente au GMF semble être une charge qui pèse lourd sur les épaules des TS en GMF, plus lourd qu'à l'AAOR en établissement puisque leurs demandes sont orientées vers les différentes listes d'attente cliniques suite à l'évaluation, au contraire du GMF:

Le travail que j'ai à faire c'est de ne pas porter la liste d'attente sur nos épaules. Des fois je me dis c'est dur de pas sentir ce poids-là, mais si on le partage avec les médecins parce que c'est eux autres qui nous font les références, donc ils sont responsables aussi. - Manon

Autre conséquence insoupçonnée quant à la continuité des services, France constate que la pratique en GMF génère certaines difficultés d'accès aux services spécifiques en CLSC ou à certains services de 2^{ème} ligne, et peut occasionner de possibles ruptures de services et une surcharge de travail:

On a des listes d'attente parce qu'il n'y a à peu près rien qu'on peut envoyer dans les programmes spécifiques du CLSC, ce n'est jamais assez fort, ce n'est jamais assez ci ou ça, bref, moi, ce n'est pas compliqué, je n'essaie même plus de les envoyer au CLSC, je prends trop de temps pour faire ça. Ça va me prendre une demi-journée pour faire la référence et une demande de services pour remettre ça au CLSC en complétant les documents spécifiques qu'ils m'ont demandé de compléter et il ne sera pas pris ou il va être pris dans deux ans. - France

Tous les programmes spécifiques, ce sont rendus des programmes spécialisés, au lieu d'être nommé « spécifiques », ça devrait être « spécialisés ». - France

Cette nouvelle réalité nous suggère que l'accès aux services psychosociaux de première ligne, mission première des CLSC, se déplace vers les GMF, que l'accès aux services CLSC est soumis à des critères d'accès de plus en plus exclusifs, de moins en moins universels. Cette restriction à l'accès semble ne pas être le fait d'une réelle planification, mais d'initiatives singulières et localisées de gestionnaires de guichets d'accès.

De faire sens de son travail est communément associé à une pratique professionnelle authentique. Une perte de sens se traduit par un repli sur soi, en sentiment de solitude, et, conséquemment, la montée d'une forme d'individualisme, telle une modalité de la survie professionnelle. Les pratiques se font au gré des dispositions individuelles selon les propos de France :

On demande toujours les mêmes affaires depuis des années et des années. Donc, on est tous dans le lâcher-prise. Là, chacun fait sa business comme il veut, chacun fait ses documents comme il le veut, chacun rencontre ceux qui veulent, chacun gère sa liste comme il le veut parce qu'on est tous devenus individualistes parce qu'on n'a pas

l'encadrement et on est tellement souffrant qu'on est tous à sauver sa peau. Bien moi aussi! Bien moi, dans mon GMF, les médecins ne me demandent pas ça, donc je ne le fais pas. Donc, on a tous des pratiques qui sont très erratiques et disparates. - France

Certains participants trouvent qu'ils rencontrent en GMF la même clientèle qu'auparavant. D'autres nuancent :

En CLSC, je voyais beaucoup la population plus au niveau de la pauvreté, beaucoup des gens qui étaient en grandes difficultés psychosociales, au niveau de la santé mentale, très démunie. Dans mon GMF, j'ai une clientèle au travail, fonctionnelle, qui a beaucoup plus de moyens. Ce sont des gens qui ont plus de ressources aussi. - Nancy

Majoritairement en lien avec la santé mentale, trouble d'adaptation, anxiété reliée à une situation, dépression reliée à une situation. C'est d'évaluer : est-ce que c'est situationnel ou c'est chronique? Aussi, violence conjugale, problèmes financiers, problèmes de dettes, incapacité de mettre des limites. Peu d'itinérance. - Mélanie

Cet énoncé s'inscrit en cohérence des difficultés à rejoindre des clientèles stigmatisées, vivant en marge et ne s'insérant pas dans la logique des offres de services institutionnalisées (personne en situation d'itinérance, de dépendance, de problématiques sociales multiples). La situation géographique des GMF a un effet sur la composition de sa clientèle, un effet observable à l'intérieure d'un secteur de municipalité à l'autre.

C'est sûr qu'à mon GMF, je ne suis pas au cœur de la ville, versus le GMF X, où ma collègue a vraiment une autre réalité. Elle me raconte qu'elle doit accompagner des gens pour les formulaires d'aide sociale. Elle est vraiment dans une autre réalité que moi. Je ne suis pas exposée à cette paperasse-là ou à cette clientèle-là dans mon GMF. - Valérie

Des compétences peuvent être manquantes chez des participants afin de bien intervenir auprès d'une clientèle si diversifiée, et ce manque est à la source de certaines improvisations :

La majorité du temps, on est peu ou pas formé pour le faire. Ce qui fait qu'il y a des pratiques très erratiques entre chaque professionnel de chaque GMF! Ça y va selon ses champs de compétences et selon son aisance. - France

De plus,

c'est tellement compliqué d'aller chercher la formation. Moi j'ai eu un deuil périnatal avec un homme. Je n'avais jamais eu cette situation, c'est sûr que j'ai pris une demi-journée pour me former avant de rencontrer mon client. - France

Élise justifie certains raccourcis au processus clinique par l'injonction à l'efficacité, qui semble s'être intériorisée⁸⁷ par sa présence en milieu GMF:

Je fais rarement des plans d'intervention. Je sais que j'ai beaucoup de collègues qui ne font pas vraiment de plans d'intervention, mais j'identifie toujours un objectif. J'essaie vraiment tout le temps de faire mes évaluations du fonctionnement social, mais je sais qu'en pratique, j'ai des collègues qui ne les font pas du tout. Parce qu'on manque de temps. - Élise

Et dans la situation de France :

Je vais être bien honnête, depuis que je suis en GMF, moi je n'en fais pas de plan d'intervention (PI), je n'en fais pas de notes de fermeture, je n'en fais pas des résumés d'intervention. Moi, je fais mon Accueil Évaluation Orientation Référence, je rencontre mes clients, je fais mes notes et je ferme, mais je fais en moyenne cinq ou six rencontres, mes notes, elles sont très succinctes. - France

Face aux possibles urgences psychosociales quotidiennes et d'un manque dans l'organisation des services, une modalité fut mise en place au GMF de Valérie, en collaboration avec l'équipe de MD :

Depuis plus d'un an, on a mis en œuvre des plages d'urgence psychosociale pour nous rendre disponibles aux médecins d'une façon structurée dans notre agenda, parce que le fait de composer les deux rôles, ce n'est pas évident d'avoir un médecin dans l'après-midi qui me dit : Hey, j'ai quelqu'un suicidaire, est-ce que tu peux intervenir? Est-ce que tu peux faire ça? - Valérie

En résumé, les participants font certains constats de leur présence en GMF. La consultation spontanée du MD pendant que le TS est en rencontre avec l'utilisateur n'est pas une pratique collaborative acceptable pour ces derniers. L'intervention du TS peut être compromise, car les conditions nécessaires à son adhésion sont non contrôlées, bousculées. Par ailleurs, une validation des priorisations du MD n'est pas une pratique courante chez les professionnels des services de santé, bien qu'ici cette repriorisation des TS vise à ce qu'ils prennent action rapidement, selon d'autres dimensions évaluatives face à certaines situations définies comme urgentes en intervention sociale. Le partage de risque avec le MD lorsque

⁸⁷ « C'est la conformité de tel ou tel mode de conduite à notre système de valeurs qui nous incite à le faire nôtre » (Encyclopaedia Universalis, 2016).

l'usager est en liste d'attente de services du TS, constitue, selon nous, une présomption de responsabilité partagée et demeure à être validée⁸⁸.

On constate l'émergence d'une nouvelle première ligne donnant accès à des services psychosociaux par la présence des TS en GMF. Bien que cela ne semble pas être issu d'une démarche managériale planifiée, les services en CLSC deviennent de moins en moins universels, de plus en plus spécifiques, voire spécialisés, par un resserrement de critères d'accès, en ciblant certes des clientèles ayant des problématiques plus complexes, mais restreignant conséquemment l'accès à des services courant de première ligne pour l'ensemble des populations. Ainsi, il apparaît qu'une problématique chronicisée doit être identifiée chez un usager pour avoir accès à des services en CLSC.

Face au mandat étendu des TS en GMF, la multitude de clientèles et la diversité de problématiques sociales, la surcharge de travail et la complexité des problèmes à traiter restreignent l'accès à de la formation continue de ces TS, et risque ainsi de compromettre l'actualisation de leur compétence en intervention. Il semble peu préoccupant pour certains gestionnaires d'assurer la formation continue des TS, étant confinés à une logique de prestation de service en mode d'urgence au jour le jour, au cas à cas, contraignant les TS à performer sans revendiquer des conditions de pratique acceptables.

Face à une perte de sens liée à la pratique, d'une mise à distance des confrères en établissement et en GMF, submergés de demandes et coincés à l'intérieure d'une superstructure organisationnelle en déficit de cohérence et d'humanisme, les TS et autres professionnels peuvent agir un repli sur soi afin de se maintenir au travail et préserver un équilibre personnel. Ainsi, certains participants ont pu omettre la production de documents cliniques, lesquels sont garants d'un processus réflexif et évaluatif conforme aux normes de pratiques.

Sur une note plus positive, l'initiative d'une participante menant à l'aménagement de plages de consultation d'urgence, tant pour les MD que pour les TS, a permis une meilleure efficacité dans la

⁸⁸ La question du suivi par le MD d'un patient référé à un professionnel dont la fonction clinique relève d'un établissement reste à être précisée dans le cas qui nous occupe. Le code de déontologie des médecins précise que « Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place » (Collège des médecins du Québec, 2020, p. 154). En GMF, le médecin gestionnaire a une responsabilité fonctionnelle envers les TS y offrant des services, l'établissement a la responsabilité clinique de ses TS extra-muros.

prestation de leurs services et de meilleures pratiques collaboratives dans leur GMF. Il est tout de même étonnant qu'un seul milieu soit parvenu à ce constat.

4.2 Analyse des contenus

Vous retrouverez sous cette section une analyse des repérages issus de la section précédente. À la lumière de ces repérages, il apparut fécond d'aborder cette section d'analyse selon trois grands axes : L'axe 1) la pratique professionnelle du travail social; l'axe 2) les milieux de pratiques GMF et l'organisation des services; et l'axe 3) les représentations professionnelles du métier de travailleur social. Mais avant tout, nous présenterons certaines informations émergeant de nos analyses des RP qui seront utiles à notre travail d'analyse.

4.2.1 Éléments de forme du discours des participants

Nous constatons une difficulté chez nos participants à faire sens de leurs expériences sous l'angle des catégories de recherche abordées lors de l'entrevue.

Au plan communicationnel, les participants s'expriment au « Je », indiquant ainsi qu'il s'agit de l'expression d'une opinion n'engageant que celui qui l'énonce. Les propos des participants sont nommés avec prudence par l'utilisation fréquente des expressions « un peu », « je pense », « pour moi », énonçant une relativité au propos, une indétermination à leur réponse. Cela s'apparente au procédé de contextualisation des informations en contexte dialogique (TS-usager), contextualisation qui s'inscrit à l'ÉFS lors de la formulation de l'opinion professionnelle. Telle une habitude, cette pratique professionnelle s'étend à l'expression de l'opinion de nos participants. Un dialogue n'était pas possible dans le cadre de notre protocole d'entrevue, il s'agissait d'une collecte de donnée par questionnaire dans le cadre d'une recherche. Ce contexte de collecte d'informations à sens unique s'apparente à une situation inhabituelle pour les TS, où habituellement ils s'activent à l'explorer le sens qu'attribue une personne à sa situation. Cette situation inhabituelle évoque pour nous une expérience bien connue du domaine de la psychologie du développement, la « situation étrange⁸⁹ » dans laquelle un poupon se voit plonger dans un environnement inconnu, et ses réactions observées. Selon ses réactions, on peut établir le degré de confiance en soi dont il fait preuve, ses capacités à explorer son environnement et

⁸⁹ Introduite par Mary Ainsworth en 1969, technique expérimentale permettant d'évaluer le type d'attachement d'un enfant (Miljkovitch & al, 2003).

conséquemment, son type d'attachement. La situation étrange d'entrevue semi-dirigée avec les participants évoque un certain niveau de nouveauté, d'incertitude à l'affirmation professionnelle.

Les participants ont abondamment décrit la nature des Services sociaux généraux offerts dans leur milieu GMF, leurs rôles et mandats, l'organisation et l'efficacité des services socio-sanitaires. Leur assurance dans l'expression de ces propos contraste nettement des incertitudes quant aux réflexions sur l'identité professionnelle, l'utilité, la nature et les fonctions du travail social⁹⁰.

Par l'incapacité de nommer ce que l'on fait, je pense. Si l'on était capable de nommer davantage ce que l'on fait et la pertinence de ce que l'on fait, ce qui est extrêmement difficile, on serait davantage en mesure de justifier pourquoi on le fait. Moi je suis capable de le faire micro, avec mes proches, avec mes collègues ici. Mais, socialement, c'est extrêmement difficile. - Étienne

Nous constatons un nombre peu élevé de RP de nature prescriptive. Peu de participants énoncent des normes de pratique professionnelle, hormis des considérants de confidentialité et des notions d'évaluation du fonctionnement social. Nous étions dans l'expectative que les TS utiliseraient un discours professionnel intégrant des perspectives centrales en travail social⁹¹, des notions issues des référentiels de compétences, des normes de pratiques professionnelles, des modalités d'inspection professionnelle. Au contraire, le discours des participants est majoritairement empreint des modalités de services des établissements, des programmes-services mis en application. Nous relevons quelques représentations relatives à la nature du travail social, dont certains peuvent même questionner la professionnalité du métier :

Quand je pense à pratique professionnelle, pour moi, ce n'est pas une profession, c'est une vocation être travailleur social! - France

⁹⁰ Voir l'entrevue radiophonique réalisée auprès d'une commissaire aux États généraux du travail social de 2023 qui illustre cette difficulté à nommer le travail social <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/le-15-18/episodes/738337/rattrapage-vendredi-19-janvier-2024/17>.

⁹¹ À titre d'exemple, l'énoncé du programme de formation au baccalauréat en travail social de l'UQAM : « La personne détentrice d'un baccalauréat en travail social intervient auprès des personnes, des familles, des groupes et des communautés vivant de l'oppression et aux prises avec des difficultés d'ordre social. Elle les aide à clarifier leurs besoins, à cerner la source de leurs problèmes, à trouver et à mettre en œuvre les solutions qui leur conviennent, à revendiquer leurs droits, à effectuer des changements sociaux et à influencer les politiques sociales. Sa pratique se base sur des principes d'autodétermination, de réduction des inégalités sociales, d'amélioration de la qualité de vie et de défense des droits » <https://etudier.uqam.ca/programme?code=6998> (consulté le 2024-01-29).

Et d'autres représentations externes remettant en question l'autonomie professionnelle :

Quelqu'un ne va pas bien, t'es supposé faire tant de rencontres, et c'est supposé d'aller. Ça doit être quantifiable. Je trouve que cela, ça va à l'encontre des valeurs du travail social. Le travail social, ça ne peut pas être toujours quantifiable. - Jane

Nous relevons quelques prescrits de participants quant à l'organisation de leur pratique. Mélanie s'est opposée à une demande du MD gestionnaire de son GMF lui demandant d'effectuer une évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur. Le prescrit à ne pas réaliser ces évaluations est issu du mandat des services généraux en établissements, non pas du cadre professionnel, et s'est transposé en GMF.

Les régimes de protection, on n'en fait pas en GMF, ce n'est pas possible. On ne fait pas de visites à domicile, on ne peut pas évaluer tous les environnements, ça serait trop lourd en termes de temps - Mélanie.

Julien évoque des zones de chevauchements des pratiques de diverses professions dans le cas d'utilisateurs au profil plus complexe. Il émet une injonction à la collaboration qu'il précise au regard de son expérience antérieure au Soutien à domicile:

Quant on est en rencontre inter, on ne va pas juste là faire du psychosocial, on est là aussi pour vérifier certains aspects bio parce que s'il y a une problématique au niveau bio, il faut référer à l'infirmière ou au médecin. L'infirmière fait un peu la même affaire, s'il y a des besoins psychosociaux ce qu'elle a à faire c'est de nous référer. C'est un peu le mode de fonctionnement en interdisciplinarité, il faut qu'un ou l'autre on ait le regard biopsychosocial. - Julien

Étienne insiste pour que les références vers le secteur psychosocial du GMF-U par le MD ne soient pas orientées vers un type de professionnel (TS ou psychologue), prescrivant ainsi une modalité au référencement à son GMF-U. L'orientation vers l'un ou l'autre des professionnels se fait ultérieurement lors d'un échange clinique avec sa collègue psychologue, ils orientent alors la demande selon des critères implicites à leurs pratiques.

Parce que déjà de différencier ce qui appartient au TS au psychologue... moi je vais rencontrer des gens qui ont des troubles d'anxiété, qui ont des problèmes de dépression majeure, etc. Je vais intervenir à ma couleur, en fonction des enjeux contextuels, des enjeux relationnels. Ma collègue psychologue, elle a va travailler très différemment de moi, mais elle va travailler plus sur le sens, ce qui fait que les gens sont en dépression. Nous on se

différentie très bien, on va travailler différemment l'un et l'autre et on vit très bien avec ça.
- Étienne

Valérie accorde une grande importance à la constitution d'un cadre normatif de la pratique en GMF, déplore un manque de rigueur organisationnel, et conséquemment évoque la nécessité de consigner des modalités clinico-administratives pour composer avec certaines incertitudes au travail :

Ici, il manquait d'écrits. C'était des discussions, des lignes de conduite, mais il manquait vraiment pour moi d'écrits. Fournissez-nous un document de travail. C'est appelé à changer, mais donnez-vous une ligne conductrice pour qu'on le diffuse à l'ensemble de l'équipe. C'est sûr qu'il y a eu une adaptation, j'avais besoin d'écrits, j'avais besoin de procédures et de structures. - Valérie

Par ailleurs, nous constatons que les participants issus d'établissements situés à l'intérieur du même grand centre de population⁹² que leur GMF remarquent que peu de disparités quant aux profils des clientèles rencontrées. Les grands centres ont une densité populationnelle élevée et des caractéristiques socio-économiques plus homogènes par secteur de résidence, conséquemment les établissements et organismes de ces secteurs ont des clientèles similaires. Par contre, les TS de GMF évoluant à l'intérieur de moyens et de petits centres de population remarquent la présence de clientèles distinctes en GMF. Il y a prévalence d'usagers mieux nantis, plus autonomes, ayant accès à une couverture santé au travail, à des prestations d'assurance-salaire. Ces clientèles éprouvent soit des problèmes de santé mentale non chronicisés, d'épuisement professionnel. Elles sont aux prises avec des situations de conflits interpersonnels, de ruptures de couple, de violence conjugale, de difficultés de fonctionnement familial.

De plus, les profils de clientèle d'un même centre de population de moyenne dimension peuvent varier d'un GMF à l'autre. Certains de ces GMF peuvent offrir des services spécifiques pour une population donnée, par exemple un suivi de grossesse pour les femmes sans médecin de famille. Ainsi, la composition socio-économique d'un territoire et l'organisation locale des services se reflètent dans les patientèles des GMF d'un même RLS⁹³.

⁹² (Voir note de bas de page 66, à la page 58).

⁹³ Le « Plan régional d'organisation de services (PROS) médicaux généraux » fait l'analyse des besoins des populations et l'offre de services médicaux pour un territoire de CISSS ou CIUSSS donné. Voir le PROS 2021-2024 de la région de la Capitale-Nationale à titre d'exemple : [DRMG-PROS-2021-2024_Final.pdf \(gouv.qc.ca\)](#) (consulté le 2023-12-30).

Il y a des GMF que c'est familial... c'est beaucoup plus familial. Il y a les suivis de grossesse et tout ça, c'est une autre réalité. - Valérie

En CLSC, je voyais beaucoup la population plus au niveau de la pauvreté, beaucoup des gens qui étaient en grandes difficultés psychosociales, au niveau de la santé mentale, très démunie. Dans mon GMF, j'ai une clientèle au travail, fonctionnelle, qui a beaucoup plus de moyens. Ce sont des gens qui ont plus de ressources aussi. - Nancy

Comme la clientèle des GMF peut provenir de l'extérieur du RLS, « ça nécessite non seulement une connaissance au sein de mon établissement pour les services spécialisés et les ressources du milieu, il faut que je développe une connaissance d'autres régions » nous mentionne Julien. Cette injonction à connaître les ressources des communautés est une habileté qui semble être plus importante à maîtriser par les TS en GMF qu'en établissement.

En résumé, les discours de nos participants en GMF expriment une liberté d'action en périphérie de prescrits à la pratique professionnelle. La pratique professionnelle du travail social en GMF chez nos participants est conforme à la réalisation du mandat des Services généraux en premier lieu, à la réalisation des prescrits professionnels subséquent, qu'ils soient issus des savoirs cliniques ou de l'encadrement professionnel de l'Ordre. La dernière légalisation du travail social (PL-21), la constitution d'un titre professionnel réservé du domaine de la santé mentale et des relations humaines n'ont pas d'influence sur la nature même du travail social exercé en GMF. Cette légalisation n'apporte pas plus de reconnaissance de la part du public ni de la part d'autres professionnels envers la profession du travail social.

4.2.2 Axe 1 La pratique professionnelle du travail social

Plus que toute autre profession, le travail social québécois est une pratique située dans le temps et l'espace, il évolue au gré des problèmes sociaux émergents, des tensions qu'ils engendrent. Ainsi, les fondements et les visées du travail social sont constamment examinés, réitérés afin d'en comprendre l'utilité.

Le travail social « de par sa nature, doit répondre à des besoins en évolution au sein de structures mouvantes et une définition statique ou intemporelle ne pourrait capter cette dimension dynamique de la profession⁹⁴ » (Rondeau & Commelin, 2005, p. 269).

C'est dans cette perspective qu'ont eu lieu en 2023 des États généraux du travail social québécois⁹⁵, 25 ans après ses premiers. Les thèmes des finalités du travail social, de ses pratiques, de l'identité professionnelle, de l'organisation des services sociaux, de la formation et des compétences ont été revisités (Institut du Nouveau Monde, 2023), mais des questionnements semblent toujours perdurer. Depuis 2009, les professions du Domaine furent instituées légalement au Code des professions par l'adoption du PL-21, dont la protection du public est leur raison d'être. Malgré tout, de nombreuses insatisfactions sont toujours présentes chez les travailleurs sociaux. Le Code des professions apparaît utile à l'organisation des services professionnels, à l'encadrement de la pratique de la psychothérapie, en restreignant son accès par diverses conditions⁹⁶. Il n'apporte aucun élément structurant face aux mutations sociales incessantes porteuses de problèmes sociaux.

4.2.2.1 Contexte sociopolitique : Le paradigme de la santé publique québécoise et de l'action publique

Les sociétés modernes accordent une importance toujours croissante à la santé et lui consacrent d'énormes ressources. Son effet sur les pratiques professionnelles, bien qu'implicite, est manifeste.

L'épidémiologie constitua les prémices scientifiques de la santé publique, et les bénéfices qu'elle procura aux populations furent remarquables dès ses débuts (Corvol & al, 2019). Cette approche étendit ses perspectives sanitaires vers une gestion élargie des comportements déviants à la source de contagions majeures, et subséquemment à une gestion plus efficiente des émotions, à la constante recherche d'une meilleure qualité de vie, un accroissement de l'autonomie individuelle, de performances humaines toujours à surpasser. Ainsi, le comportement humain déviant s'énonce comme la source des problématiques sanitaires.

⁹⁴ Citant (Lecomte, 2000, p. 26).

⁹⁵ Façonner le travail social de demain [États généraux du travail social : Façonner le travail social de demain - Institut du Nouveau Monde \(inm.qc.ca\)](https://www.inm.qc.ca/fr/etats-generaux-du-travail-social) .

⁹⁶ Des psychanalystes québécois se dirent préoccupés par l'instauration de l'encadrement de la psychothérapie par le PL-21 (Pelletier-Morin, 2025). Les psychanalystes affirmant souscrire à d'autres instances de formation continue que celles pouvant être déterminées que par le Collège des médecins du Québec ou de l'Ordre des psychologues du Québec (Le Pont Freudien, 2001).

Des événements majeurs nous ont permis de saisir l'étendue d'action de la santé publique dans la société québécoise: la tragédie du Lac-Mégantic de 2013 (Bouchard-Bastien & Brisson, 2017), la pandémie de 2020, et de façon plus sournoise et pernicieuse, la contamination à l'arsenic de la municipalité de Rouyn-Noranda de 2023. La gestion de ces crises a révélé l'intrication des instances politiques québécoises et des instances de la Santé publique⁹⁷, questionnant l'indépendance scientifique de l'institution d'une part, et la crédibilité de l'action publique gouvernementale d'autre part, générant des tensions entre plusieurs secteurs de la société civile fondés, quant à eux, sur les postulats du libre marché économique et des libertés individuelles.

Comme l'explique le sociologue Michel Autès, le social se construit, dans un grand inconfort, à l'articulation « entre l'économie de marché et le gouvernement démocratique » (Louli, 2020, p. 73).

Soulignons qu'aux États-Unis d'Amérique, des législations d'États concernant l'encadrement des professions sont également présentes⁹⁸. De telles instances régulatrices constituent des exceptions à l'exercice de la libre entreprise dans une économie de marché basée sur la libre concurrence et une réglementation minimaliste.

Certains tenants de la déréglementation, tels le Bureau de la concurrence du Canada (BC, 2007) ou la *Federal Trade Commission* américaine (FTC, 2014), considèrent la réglementation professionnelle comme une barrière au commerce des services et à la libre circulation de la main-d'œuvre (Dubois H. , 2020, p. 267).

Il apparaît donc pertinent de situer l'évolution du travail social et de ses pratiques à l'intérieur de ces paradigmes sociaux et politiques où entrent en tension santé et économie, où les normes de santé publique sont devenues le nouveau paradigme des sociétés modernes vieillissantes, une nouvelle moralité reléguant aux oubliettes le contrôle social des déviations à la norme par les institutions religieuses (Massé, 2003).

Suite à la redéfinition du contrat social québécois, l'obligation de résultat de l'administration publique québécoise (Loi sur l'administration publique chapitre A-6.01, 2000) s'inséra à tous les niveaux de la

⁹⁷ L'organigramme du MSSS nous permet de constater que l'ensemble des services sociosanitaires québécois est encadré par la Santé publique (MSSS b, 2022).

⁹⁸ Par exemple : <https://www.op.nysed.gov/professions/licensed-clinical-social-worker/license-requirements> (consulté le 2024-11-30).

gestion gouvernementale par une quête constante à l'efficacité des services publics⁹⁹ (Gonin, 2018, p. 198), quête bien décrite par nos participants dans leur pratique. Ce prescrit administratif d'efficacité entre en tension avec une obligation de moyen¹⁰⁰ des pratiques socio-sanitaires.

L'on serait aujourd'hui passé à un âge post-disciplinaire, où les barrières institutionnelles construites par les disciplines pour asseoir leur légitimité sont subverties par une logique qui installe une sorte de pilotage, ou de domination, de la science par la commande politique (Alix & Autès, 2023, p. 7).

Cette obligation de moyen conjuguée à l'injonction des patients à la guérison a pu se traduire en GMF par le référencement de MD à la thérapie¹⁰¹ pour des difficultés de fonctionnement social, et a conséquemment contraint l'action des TS à des modalités d'intervention individuelle, reléguant paradoxalement à la marge les actions de prévention et d'interventions systémiques face aux comportements sociaux à risque.

Préalablement au déploiement des TS en GMF, des représentants de l'Ordre réaffirmèrent auprès de représentants gouvernementaux que la réduction des inégalités sociales demeurerait une modalité d'action importante à la pratique du travail social¹⁰².

On me disait que les TS vont être relocalisés en GMF, mais ils vont pouvoir continuer dans le fond à agir sur les déterminants sociaux donc, faire du réseautage. Non ce n'est pas ce que l'on fait en GMF. La pratique en GMF est comme en psychosocial adulte en CLSC. - Étienne

Le mandat strictement sanitaire des GMF, l'encadrement administratif et clinique des établissements contraignent une action sociale émancipatrice des TS qui souhaiteraient agir selon cette perspective. En GMF comme en établissement, les TS en intervention individuelle peuvent toujours prendre en compte

⁹⁹ Les tableaux de bord de gestion sont des outils de monitoring de plus en plus commun dans l'administration publique québécoise (MSSS, 2021), [Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux \(gouv.qc.ca\)](https://gouv.qc.ca/repertoire-des-indicateurs-de-gestion-en-sante-et-services-sociaux) (consulté le 2023-11-14).

¹⁰⁰ « En droit de la santé, il est convenu qu'un médecin a, sous réserve de certaines exceptions, une obligation de moyen (et non de résultat) envers chacun de ses patients. Cela implique qu'il doit prendre les moyens appropriés dont il dispose pour poser des diagnostics les plus justes possible, offrir des traitements adéquats et faire un suivi avec chaque patient concernant sa condition. Ces consignes visent entre autres à réduire le nombre de victimes d'erreurs médicales » <https://medlegal.ca/code-deontologie-medecins/> (consulté le 2024-02-03).

¹⁰¹ Relevant de l'Ordre des psychologues du Québec pour l'encadrement de la psychothérapie.

¹⁰² (Roc & Hébert, Entrevue avec les représentants de l'OTSTCFQ au sujet de l'intégration des travailleurs sociaux en GMF, 2019)

des conditions de vie d'un usager à l'ÉFS afin de contextualiser les problèmes vécus¹⁰³, tel que Jane s'efforce de faire. Mais, dans un cas comme dans l'autre, leurs actions visant à contrer les inégalités sociales à l'échelle d'une communauté, telles qu'énoncées par l'Ordre, sont absentes, et demeurent à notre avis, une intention plus qu'une action, et ce même en CLSC depuis plusieurs années¹⁰⁴.

De plus, les GMF ne participent pas aux diverses tables de concertation locale¹⁰⁵ visant un développement coordonné des communautés face à des enjeux sociaux d'importance. Bien que leurs services sanitaires soient indispensables aux populations, les GMF ne sont que des acteurs de soutien quant à l'amélioration des conditions sociales des communautés, ils s'en remettent aux établissements et ses structures administratives pour répondre à cet enjeu. Les TS sont conséquemment contraints à des interventions d'adaptation individuelle, déterminées par diverses politiques sociales d'activation¹⁰⁶.

Comme le soulignent Clot et Litim, « il faut toujours plus fréquemment assumer les responsabilités de l'action envers autrui et ses imprévus sans pouvoir agir sur ce qui rend cette même action crédible, efficace ou légitime » (Gonin & al, 2012, p. 180).

Un mode de gestion autoritaire et unilatérale de l'action publique « visant à objectiver et à contrôler l'ensemble des variables de l'environnement interne comme externe de l'institution » a comme conséquence

la remise en cause de l'autonomie professionnelle, notamment à travers des référentiels, des contrats d'objectifs, des procédures et instruments standardisés, des guides de « bonnes pratiques », des progiciels de gestion intégrée, des indicateurs de performance et des évaluations externes (Bonny, 2012, p. 34).

Bien qu'ils expriment avoir retrouvé une liberté d'action loin d'un carcan clinico-administratif de l'établissement, les TS, plus que tout autre professionnel du Domaine, se trouvent désinvestis d'une réelle liberté de pratique aux visées émancipatrices telle qu'énoncées par l'Ordre par l'adhésion au

¹⁰³ Voir (La prise en compte des déterminants sociaux de la santé en GMF : C'est possible!, 2023).

¹⁰⁴ Le virage inscrit parle rapport Clair nous donne les paramètres de ce constat.

¹⁰⁵ Table de concertation : terme utilisé pour désigner une structure de concertation et de collaboration entre différents acteurs d'un territoire donné. Elles peuvent également être de nature sectorielle ou intersectorielle (Moteur de recherche Bing 18 avril 2023).

¹⁰⁶ « L' "activation" revêt une double signification : 1) "activer" les dépenses de l'État afin d'assurer une gestion proactive des risques sociaux; 2) "activer" les individus concernés par ces dépenses, d'une part les bénéficiaires, et d'autre part les professionnels chargés de mettre en oeuvre les politiques publiques » (Gonin & al, 2012, p. 169).

mandat des services publics, là où la pratique professionnelle doit se conformer aux programmes-services gouvernementaux.

Si le code de déontologie ne balise pas les rapports du TS avec un employeur institutionnel, lequel constitue un tiers influant dans la relation professionnelle, il met tout de même l'intérêt du client (l'utilisateur) et la protection du public comme dimensions prépondérantes au devoir de loyauté envers l'employeur¹⁰⁷. Comme Legault le précise :

Concilier les exigences de la performance des institutions et la qualité de la relation de service est (...) l'un des principaux enjeux de l'éthique professionnelle d'aujourd'hui (Legault, 2003, p. 26).

Et,

Le professionnel en institution doit se positionner soit comme un exécutant des décisions de l'institution ou bien il se perçoit comme aux services des personnes (loc. cit.).

Conséquemment, la pratique professionnelle en institution est en soi une pratique sous tension, encadrée par les programmes-services, confrontant quotidiennement la conscience professionnelle dans la mesure où il y a une réelle prise en compte des dimensions éthiques par ses praticiens. Les actions émancipatrices des TS s'exercent avant tout par leur propre volonté d'émancipation des cadres institutionnels, affirmant leur autonomie professionnelle, dans ses derniers retranchements, par des pratiques qualifiées d'implicites ou de silencieuses.

4.2.2.2 Les référentiels en travail social professionnel québécois

La nature, l'utilité, les finalités et les usages des référentiels de compétences ont fait l'objet d'analyses et de réflexions quant à leur pertinence en vue de la constitution des contenus de formations universitaires professionnalisantes¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Les tribunaux confirment que même si un membre d'ordre professionnel salarié a un devoir de loyauté envers son employeur, ses obligations déontologiques vont au-delà des directives qu'il peut recevoir de son employeur <https://ordrecrha.org/fr-CA/ordre/membres/code-de-deontologie/deontologie-et-normes/conflit-dinteret>.

¹⁰⁸ Formations menant à un titre professionnel, en opposition aux programmes de formation axés sur les connaissances : philosophie, sociologie, sciences fondamentales entre autres. L'enseignement constitue un cas

Les compétences des professionnels se déclinent en savoirs et actions à maîtriser dans le cadre de la pratique (voir Annexe A pour le travail social). Ces savoirs et actions sont répertoriés à l'intérieur de référentiels propres à chaque ordre professionnel.

Le travail social comme profession s'emploie à promouvoir le changement social et la solution de problèmes dans les relations humaines de même qu'il aide les personnes à se donner du pouvoir et à se libérer en vue d'un plus grand bien-être. S'appuyant sur des théories du comportement humain et des systèmes sociaux, il intervient dans le champ des interactions entre les personnes et leur environnement. Les droits de la personne et la justice sociale sont des principes fondamentaux de l'action en travail social (OTSTCFQ, 2012, p. 8).

Élaborés par ses membres et pour ses membres, les référentiels de compétences professionnelles du Domaine sont des prescrits¹⁰⁹ d'activités professionnelles, légitimées par l'instance reconnue, précisant des attendus quant à l'exercice professionnel.

Le référentiel est un construit social qui clarifie les normes d'une activité ou d'un sens social donné à des systèmes sociaux [...] Le référentiel est un outil de médiation normatif permettant aux activités humaines de s'y référer (de s'y rapporter) pour étudier un écart ou des différences : "c'est un processus normatif qui permet de différencier" (Foucault, 1969). Il n'a nullement la prétention de correspondre à du réel ou une réalité¹¹⁰. (Carignan & Fourdrignier, 2013, p. 34).

Le concept de compétence intègre les divers savoirs, permettant aux processus analytiques et décisionnels de déterminer l'action à poser selon un contexte donné. Le jugement professionnel s'enrichit des expériences cumulées. Le travail de conceptualisation des référentiels découle d'une théorisation de l'action¹¹¹, où la réflexivité rend possible l'autonomie professionnelle :

d'espèce, le brevet d'enseignement est en soi un permis donnant accès à la pratique de l'enseignement qualifiée de professionnelle par ses détenteurs.

¹⁰⁹ « De prescrire, signifie généralement « ordonner formellement, indiquer précisément ce qui est exigé » (www.larousse.fr, 2023).

¹¹⁰ Citant : (Cros et Raisky, 2010, p. 107).

¹¹¹ « Une théorisation de la pratique, comme une tentative de production inductive d'une matrice conceptuelle à même de rendre compte au plus profond de ce qui spécifie le travail social en acte » (Soulet M.-H. , 2003, p. 127).

La compétence professionnelle consiste à savoir quand il faut passer à l'action et quelle action il faut engager dans tel ou tel type de situations. C'est un rapport dynamique et construit lors de la mise en œuvre d'agirs professionnels nécessitant la présence d'une pensée et d'une analyse critique ainsi que réflexive. Ainsi, il devient compliqué de prédire et de prédéterminer les compétences nécessaires à la pratique professionnelle et de les consigner dans un référentiel pour l'exercice de la profession en travail social (Carignan & Fourdrignier, 2013, p. 71).

Bien que les savoir-faire et savoir-être sont décrits comme des éléments centraux de la pratique de nos participants, la vague connaissance de l'un ou l'autre des référentiels de compétence en travail social questionne la centralité et la fonction de ces référentiels, la capacité des TS à articuler explicitement les savoirs associés à la professionnalité du travail social, et conséquemment leur mise en œuvre en intervention. Cette méconnaissance est observée tant chez nos participants les plus expérimentés que novices.

La version actuelle du Référentiel (OTSTCFQ, 2012)¹¹² décrit quatre domaines de compétence: 1) une pratique éthique, critique et réflexive ; 2) un processus d'intervention social ; 3) des collaborations professionnelles ; 4) le développement professionnel et l'évolution de la profession. Les compétences sont énoncées sous la forme de la capacité à produire l'action décrite. Des libellés sont inscrits afin d'opérationnaliser ces domaines.

Ce référentiel vise plusieurs buts, dont rendre possible d'apprécier l'adéquation des programmes universitaires avec les compétences attendues, fournir des balises aux universitaires (administrateurs, responsables de programmes et professeurs) pour leur permettre d'orienter et de structurer leurs programmes de formation, indiquer aux étudiants les compétences attendues par l'Ordre au terme de la formation et fournir aux milieux de pratique des repères pour juger de l'identité du travailleur social (Carignan & Fourdrignier, 2013, p. 211).

Deux autres référentiels viennent préciser la pratique professionnelle du travail social : le Référentiel d'inspection professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec (OTSTCFQ b, 2013) et l'un méconnu, le Référentiel de réflexion sur la pratique professionnelle en travail social, qui se veut un outil complémentaire pour la conduite d'une réflexion critique à propos de la pratique professionnelle dans une visée d'amélioration continue de celle-ci (OTSTCFQ a, 2013, p. 1).

¹¹² De 2005 à 2012, le « Référentiel de formation des travailleurs sociaux » était le seul en vigueur.

Cette réflexion se fait sur une base volontaire et personnelle et peut servir d'outil préparatoire à la démarche d'inspection professionnelle.

Suite à leur lecture, nous constatons une cohérence documentaire et conceptuelle des référentiels, et une progression en spécificité des descriptifs d'actions d'un référentiel à l'autre. Le degré de conformité de la pratique individuelle est confirmé suite à l'inspection professionnelle par la complétion d'un questionnaire d'autoévaluation et la production de documents administratifs¹¹³.

Dans le cadre de leur réflexion, les auteurs des référentiels de compétences en travail social québécois durent concilier des postures épistémologiques a priori opposées (compréhensive et explicative), où le fonctionnalisme constitue, une fois de plus, un chemin de traverse obligé¹¹⁴ à la réalisation du mandat de protection du public par l'Ordre :

Le concept de compétence invoqué par les organismes régulateurs semble s'inscrire davantage dans une perspective comportementaliste et fonctionnelle plutôt que socioconstructiviste et dynamique. Cette perspective risque d'amener les programmes de formation à formuler l'acquisition de ces compétences en des objectifs opérationnels comportementalistes (Carignan & Fourdrignier, 2013, p. 71).

Une perspective strictement fonctionnaliste des référentiels de compétence se limiterait à établir un répertoire d'actions vérifiables (les gestes professionnels) en vue de la disciplinarisation¹¹⁵ de ses membres afin d'assurer la protection du public. L'Ordre apporta un élément de solution à ce risque d'objectification des pratiques en énonçant, comme compétence première au référentiel, l'exercice

¹¹³ « Avec le nouveau processus (en vigueur le 1 juin 2024), l'inspection professionnelle se déroulera en 3 étapes. Le processus d'inspection professionnelle, pour toutes les personnes inspectées, débute par un questionnaire en ligne. Environ 70 % des parcours s'arrêteront à cette étape et environ 30 % des personnes inspectées passeront à l'étape suivante : une entrevue avec dépôt d'un dossier client. Finalement, environ 1 % des personnes inspectées recevront une visite sur leur lieu de travail. » <https://www.otstcfq.org/actualites/inspection-professionnelle-nouveautes-2024/> (consulté le 2024-02-24).

¹¹⁴ Locution synonyme de raccourci (Office québécois de la langue française), utilisée ici dans le sens d'un moyen permettant de relier deux concepts non apparentés, voire contradictoires.

Le modèle d'Éduconseil utilisé par plusieurs ordres comporte une analyse fonctionnelle de la profession, plus ou moins explicitée : « une analyse qui conduit à la mise en évidence du rendu souhaité dans l'accomplissement des responsabilités propres à l'exercice de la profession plutôt qu'à la description détaillée du processus à mettre en œuvre pour y parvenir » (OTSTCFQ b, 2012, p. 6).

¹¹⁵ Terme qui réfère ici à l'application du processus d'inspection professionnel et l'amélioration continue des membres de l'ordre professionnel.

d'une pratique éthique, critique et réflexive. Il instaure le jugement professionnel comme régulateur des conduites professionnelles, et il précise que l'inspection de ses membres s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue :

Le travailleur social développe son jugement professionnel par l'exercice d'une pratique réflexive, au coeur de l'action. Cette pratique réflexive permet l'analyse de ses interventions, de sa pratique, pour en retirer des apprentissages transférables dans ses actions à venir. Le professionnalisme qui en résulte implique, au besoin, la mobilisation et la maîtrise de ressources spécifiques (grilles, protocoles, guides de pratique) nécessitant souvent d'être adaptées aux situations particulières, ce qui suppose une bonne capacité de jugement professionnel éclairé et un ressourcement constant par la formation continue (OTSTCFQ, 2012, p. 12).

Acquérir, développer et maintenir ses compétences, appliquer un processus réflexif à sa pratique constituent les axes du savoir et de la mise en action du professionnel :

La formation axée sur les compétences ne s'oppose pas au développement d'une pratique réflexive; au contraire, elle peut même contribuer à la soutenir en fournissant les bases conceptuelles, idéologiques et éthiques à une analyse critique de la pratique et à la construction d'une théorie de l'action. La pratique réflexive est un mode d'apprentissage qui débouche généralement sur des connaissances applicables à des situations spécifiques alors qu'un référentiel des compétences renvoie, entre autres, à des connaissances théoriques qui ont une portée plus générale (Carignan & Fourdrignier, 2013, p. 215).

De plus, le Référentiel de compétences des TS et ses référentiels d'activités énoncent les fondements de la pratique professionnelle, des compétences de ses membres, en conformité des énoncés fondamentaux de regroupements internationaux auxquels il adhère¹¹⁶. Ainsi, face aux inégalités inhérentes des sociétés, l'Ordre affirme les valeurs de justice sociale, de défense des droits et d'autodétermination comme marque distinctive de la profession. Bien que les référentiels respectifs des psychologues (Ordre des psychologues du Québec, 2011) et les psychoéducateurs (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2018) comportent également un descriptif d'activités et précisent des savoirs requis à la pratique professionnelle, ces référentiels ne représentent pas pour autant les fondements de leur discipline. Ce sont les savoirs scientifiques issus de la recherche

¹¹⁶ L'Association internationale des écoles de travail social (AITS) et de la Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS) (OTSTCFQ a, 2012, p. 7).

« Les droits de la personne et la justice sociale sont des principes fondamentaux de l'action en travail social » (OTSTCFQ a, 2012, p. 8).

en psychologie et en éducation qui constituent les fondements explicites de ces professions (Chouinard & Caron, 2015), et ce bien qu'ils ne soient pas inscrits aux référentiels. Leurs référentiels d'activités professionnelles ou de compétences professionnelles constituent donc l'énoncé de modalités d'actions de ces professionnels, sous la forme de cadre de pratiques.

4.2.2.3 Évaluation du fonctionnement social

L'évaluation du fonctionnement social (EFS) est l'évaluation exclusive des TS dans l'exercice des activités réservées¹¹⁷, mais n'est pas une évaluation réservée aux TS dans toute autre situation clinique¹¹⁸. Avec justesse, nos participants évoquent qu'il est possible d'exercer au quotidien en GMF sans exercer d'activités réservées ou partagées.

Soulignons que les groupes et les collectivités sont évacués du champ d'exercices des TS au profit des individus depuis le PL-21, ce qui situe les TS en action communautaire hors du domaine professionnel québécois spécifié au Code, inscrivant la professionnalité des disciplines à la sphère individuelle¹¹⁹. On observe d'ailleurs une tendance historique vers l'intervention individuelle depuis plusieurs années:

La transposition de ce discours fondamental dans le quotidien de l'intervention a donné lieu à une pratique du travail social où les efforts sont surtout déployés au niveau du fonctionnement des individus dans la structure sociale. En conséquence, l'orientation du travail social est davantage axée sur le soutien aux individus, et peu ou pas du tout sur les structures sociales qui créent les contextes de l'intervention et qui portent souvent l'empreinte d'inégalités, d'injustices et de discriminations (Molgat, 2007, p. 25).

Certains de nos participants ont nommé qu'ils ne complètent pas systématiquement d'ÉFS dans le cadre de leur pratique en GMF, ce qui peut questionner leur compréhension de la situation spécifique d'un usager, la probité des fondements théoriques sur laquelle est basée leur action, associant l'intervention en travail social à une simple conversation de gros bon sens, où la subjectivité peut prendre place.

¹¹⁷ (Code des professions chapitre C-26, 2024).

¹¹⁸ L'Ordre rend maintenant accessible la formation sur l'ÉFS aux détenteurs de droits acquis, il assure la surveillance de la mise à jour de leurs compétences.

¹¹⁹ L'Ordre procède tout de même à l'inspection professionnelle des organisateurs communautaires. Par ailleurs, l'adhésion à un ordre professionnel n'est pas obligatoire pour être éligible à ces postes en établissement.

L'absence de mesures de contrôle de la sphère clinico-administrative a pu mener certains participants à faire des choix visant l'efficacité par certaines omissions, à première vue sans conséquence pour l'utilisateur. On peut attribuer ces omissions à une charge de travail irréaliste, un sentiment de solitude, d'abandon et d'épuisement, d'une pression implicite à la performance, d'une réaction cynique face à une gestion incohérente.

L'ÉFS n'a pas pour objectifs de rendre la personne fonctionnelle selon une visée de normativité sociale ni que le professionnel n'analyse et explique ce fonctionnement à l'aide de théories du développement ou de l'adaptation.

Cela signifie que plutôt que de chercher la cause dans une perspective de causalité linéaire (effet entonnoir-vertical), il est question de replacer le problème dans son contexte, de le situer comme une manifestation d'une globalité dans laquelle il fait sens (perspective horizontale). Il s'agit donc de comprendre plus que d'expliquer (OTSTCFQ a, 2022, p. 21).

Horizontalité plutôt que verticalité, comprendre et non expliquer. Dans une perspective épistémologique inclusive, l'une ne devrait pas avoir une valeur plus grande que l'autre:

L'explication renverrait à des déterminismes cachés, la compréhension à des choix libres et conscients. Cette opposition radicale n'est en rien nécessaire, les deux démarches pouvant être complémentaires (Dortier J.-F. , 2013, p. 62).

On peut toutes se joindre à cette idée habilement formulée que :

Comprendre, c'est expliquer au regard des intentions du sujet, en reconnaissant la complexité des phénomènes qui déterminent son rapport au monde, ses représentations et ses actions (Pesce, 2019, p. 279).

Pesce énonce ainsi la place prépondérante accordée à l'expérience du sujet face au monde social explicite.

Par ailleurs, afin de faire sens de la situation d'un usager, l'Ordre énonce que

l'évaluation reflète les forces et les ressources de la personne ainsi que celles de son milieu, tout en analysant ses conditions de vie, avec une attention particulière aux questions d'oppression, de discrimination, d'exclusion, de stigmatisation ainsi qu'aux inégalités sociales et économiques (OTSTCFQ, 2012, p. IX).

Une orientation est ainsi inscrite à l'ÉFS par des instances, induisant à sa finalité une posture découlant d'approches anti-oppressives ou de lutte aux inégalités sociales, en vue d'initier un changement social. Et paradoxalement, une analyse sociale critique implique la détermination de causes, à laquelle les théories explicatives des systèmes oppressifs ou inégalitaires contribuent à la constitution de ce savoir. Cela dit, l'intervention individuelle en travail social, tant en GMF qu'ailleurs en établissement, ne permet pas d'agir sur les causes des injustices sociales et conséquemment, d'inscrire l'intervention individuelle dans d'un mouvement de lutte aux inégalités.

Comme toute évaluation en santé et services sociaux, l'ÉFS et les évaluations réservées du Domaine permettent non seulement l'accès à des services, ils répondent dans un même souffle aux impératifs de gestion visant l'utilisation efficiente des ressources face aux besoins sans cesse croissants des populations.

4.2.3 Axe 2 Les milieux de pratiques GMF et l'organisation des services

À la section précédente, nous avons vu que les paradigmes associés à la santé publique orientent les pratiques des professions du Domaine, que les référentiels professionnels, bien qu'ils fondent le cadre de pratique professionnel, sont peu connus de nos participants. Et bien que l'énoncé sur l'ÉFS comporte une incohérence épistémologique (approche compréhensive de l'évaluation et théories explicatives du fonctionnement), elle permet une compréhension de la situation d'un usager tout en inscrivant une orientation par l'attention portée à l'analyse de dynamiques d'oppression. Dans cette prochaine section, nous analyserons des éléments d'organisation de service de première ligne en GMF influençant les représentations des pratiques professionnelles des participants.

Depuis 2002, les cliniques médicales ont pu se constituer en GMF afin d'accéder à un financement public récurrent, leur permettant d'assurer une offre de services étendue par l'ajout de professionnels à l'emploi des CISSS et CIUSSS, dans le but de répondre aux besoins sans cesse croissants de la population. Les GMF demeurent à ce jour la principale porte d'entrée des soins de santé de première ligne au Québec (MSSS c, 2022), un rôle mainte fois réitéré par les gouvernements successifs malgré de

nombreuses critiques sur leur non-performance (Plourde, 2022), et l'absence d'une réelle reddition de compte (INESSS b, 2022)¹²⁰.

Les services de première ligne :

regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.). À l'intérieur de ces deux grands types de service, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide (MSSS, 2004, p. 6).

Nos participants ont fait état d'un nombre prescrit de rencontres auxquels ils sont contraints par l'instance administrative. Les services psychosociaux de première ligne sont qualifiés de bref ou de court terme, c'est-à-dire qu'une douzaine de rencontres sont proposés par épisode de service, et peuvent être modulés en intensité selon l'urgence, habituellement plus élevée en début d'épisode. Des interventions de crise sont offertes, quant à elles, en contexte d'urgence (crise suicidaire, risque d'homicide, crise familiale, catastrophes naturelles, tragédies) sans délai d'attente, dès leur prise en charge jusqu'à sa résolution, et peuvent se poursuivre par des interventions des services réguliers.

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a procédé en 2013 à une étude¹²¹ sur l'innocuité¹²² et l'efficacité de l'intervention sociale et psychologique de courte durée (ICD)¹²³, laquelle est essentiellement définie par sa durée, soit une douzaine de rencontres.

¹²⁰ Précisons que les interventions des TS en GMF ne sont pas inscrites au système de gestion I-CLSC, ne permettant pas de comptabiliser la performance des services offerts. Le financement des GMF, selon le cadre de gestion actuel, n'est pas lié au nombre de services rendus, mais bien au nombre de patients inscrits, au contraire des services dispensés en établissement.

¹²¹ Étude à laquelle ont participé des représentantes de l'OTSTCFQ et l'OPsQ.

¹²² Caractère d'un produit, d'une substance qui n'est pas nuisible (Antidote 8, 2015).

¹²³ « L'intervention de courte durée n'évoque que la dimension temporelle des thérapies brèves, dont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie brève orientée vers les solutions (TBOS) font partie ». « La thérapie orientée vers la solution est centrée sur les mécanismes que les personnes utilisent spontanément pour régler leurs problèmes et sur le fonctionnement de ces mécanismes » (Simard & Turcotte, 1992).

Les auteurs relèvent que, malgré de nombreuses contraintes méthodologiques,

l'analyse des données scientifiques, appuyée sur des données contextuelles et le savoir d'experts, indique clairement que l'ICD, quelle que soit l'approche utilisée, est de légèrement à modérément efficace pour favoriser des changements significatifs chez les personnes présentant une grande variété de problèmes psychologiques et sociaux (INESSS, 2013, p. IV).

Ainsi, peu importe l'approche privilégiée, l'efficacité clinique des ICD est comparable selon cette étude. Des facteurs communs¹²⁴ aux approches joueraient un rôle plus important que les techniques particulières de chacune des approches, et ils soulignent « la nécessité de faire correspondre les interventions choisies aux caractéristiques de l'utilisateur » afin d'augmenter l'efficacité des ICD (INESSS, 2013, p. IV). Par ailleurs, l'étude souligne que, suite à une revue de littérature de sites spécialisés, les ICD sont principalement mesurées sous l'angle organisationnel et peu sous l'angle clinique. Cela dit, les ICD ont leur raison d'être à l'intérieur des services sociaux généraux :

Leur efficacité est prometteuse selon les études cliniques et elle devra être démontrée sur le terrain en misant sur le jugement professionnel des intervenants et leur capacité à évaluer les pratiques (INESSS, 2013, p. 51).

Cette conclusion rappelle que le jugement professionnel réel des intervenants et leur capacité à évaluer leurs pratiques sont des éléments clés à leur pratique, et renvoi à l'importance de la réflexivité en vue du succès de l'intervention. Jugement professionnel et démarche évaluative constituent des arguments valides face aux injonctions grandissantes à la standardisation des pratiques du Domaine.

Cette volonté d'exercer sa capacité d'évaluation s'est actualisée dans le cadre d'une recherche impliquant trois équipes cliniques en santé mentale adulte de première ligne de la grande région montréalaise, incluant la participation de pairs chercheurs¹²⁵. Elle identifie des indicateurs cliniques au succès des interventions en termes d'amélioration du bien-être de l'utilisateur, et non seulement en termes d'efficacité des modalités d'ICD :

¹²⁴ « Cinq facteurs et éléments communs pourraient avoir un effet sur l'efficacité d'une intervention : les caractéristiques de l'utilisateur, les caractéristiques du clinicien, l'alliance thérapeutique, les attentes de l'utilisateur et les variables non spécifiques de l'intervention » (INESSS, 2013, p. IV).

¹²⁵ Personnes utilisatrices de service de 1^{ère} en santé mentale adulte participant comme témoin expert.

Les rencontres de croisement des savoirs ont permis d'identifier, de manière consensuelle, six principaux effets que devraient viser les interventions de courte durée chez les personnes utilisatrices de services : 1) un apaisement et une stabilisation des symptômes; 2) une amélioration du niveau de fonctionnement; 3) une confiance dans ses capacités à poursuivre son processus de rétablissement; 4) une mise en action vers le rétablissement; 5) l'espoir de continuer à aller mieux; 6) d'être entourée d'un réseau personnel et communautaire (Houle, 2018, p. 5).

Ces dimensions cliniques sont cependant supplantées par une reddition de compte statistique et financière, dont le délai à la prise en charge initiale est souvent l'élément faisant l'objet du monitoring le plus serré. De façon générale, il y a absence de procédure à l'intérieur des équipes cliniques permettant d'évaluer en continu l'efficacité des modalités de service (administratives et cliniques). C'est dire, en d'autres termes, que l'absence de plainte tend à faire foi de la « non-insatisfaction » des usagers face aux services reçus, sans évaluer leur réelle efficacité. Exception faite de certains projets cliniques en centres spécialisés, il n'y a pas de modalités instituées pour élaborer une prestation de services efficace, renouvelée et innovante. Le transfert de ces connaissances et de pratiques innovantes de centres de recherche¹²⁶ vers les services de première ligne des établissements est aléatoire et sujet aux intérêts individuels des professionnels selon des cadres organisationnels, qui sont par nature contraignants.

Lorsqu'un épisode de service atteint le nombre de rencontres prescrit, et qu'une poursuite des interventions s'avère nécessaire, l'intervenant devra se justifier auprès du gestionnaire clinique. Si le nouveau besoin identifié est autre que celui de l'épisode initial, un nouvel épisode doit être créé, et l'utilisateur se retrouvera à nouveau en liste d'attente. Nos participants exercent cependant une liberté d'action face à cette norme :

Tu sais, quand c'est une fois ou deux, je leur fais du soutien ponctuel. Je ne déroge pas tant des bonnes pratiques du CLSC, c'est juste le gros bon sens. Je ne remettrai pas en liste d'attente pendant six mois un usager quand je connais déjà et que c'est un contact ponctuel.
- Valérie

Mélanie relate le propos singulier d'une gestionnaire de GMF évoquant des difficultés d'intervention en lien avec un nombre de rencontres à atteindre :

¹²⁶ Notamment L'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPS) du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Avec ma chef d'équipe (infirmière), c'était très difficile. Les propos qu'elle avait, c'était : Oh, il faut que ça roule, il faut que ça roule! En dedans de six sessions, si vous n'êtes pas capable de résoudre le problème, vous avez un problème! - Mélanie

Une injonction à l'efficacité est ainsi induite par la gestionnaire à la réalisation de leurs activités professionnelles. De tels propos tendent à restreindre le libre arbitre professionnel, questionnent la reconnaissance des compétences des praticiens, et illustrent les tensions présentes entre la gestion des services et le travail d'intervention. Le suivi psychosocial revêt une dimension autre qu'un suivi de santé et peut être confondant pour les praticiens du secteur de la santé. Généralement, une visite médicale en première ligne se conclut par un traitement ou une référence vers un spécialiste, une poursuite de suivi n'est requise que si le profil clinique de l'utilisateur est complexe, que le traitement est non concluant ou nécessite des ajustements. Dans le domaine de la SMRH, l'alliance thérapeutique se crée en suivi clinique et permet d'agir sur le problème. Aux modalités de suivi clinique peuvent se joindre des rencontres en groupe thérapeutique pour des fins d'enseignement ou de soutien.

Règle générale, en GMF l'intervention en simultané de professionnels de première ligne n'est pas requise, les situations cliniques étant de moindre complexité (voir Annexe H). Le MSSS énonce que les pratiques interprofessionnelles comme une modalité efficiente à l'offre de services face aux besoins de santé croissants, mais ne facilite pas pour autant leur réalisation par ses modalités organisationnelles. De plus, par un amalgame de professions regroupées sous un même domaine, les activités réservées et partagées du Domaine favorisent l'interchangeabilité des professionnels, leur mobilité vers divers milieux de pratique. Elles simplifient l'encadrement des activités professionnelles par l'OPQ et réduisent, d'un même souffle, le rapport de force des ordres et de leurs professionnels face à l'employeur gouvernemental¹²⁷.

Par ailleurs, un regroupement de professionnels dans un même lieu facilite la présence d'une communauté de pratique¹²⁸, essentielle au développement des compétences et au partage de

¹²⁷ Santé Québec est l'employeur unique du secteur de la santé et services sociaux gouvernementaux depuis l'adoption du Projet de loi n° 15, « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace », en décembre 2023.

¹²⁸ « Les communautés de pratique sont des groupes de personnes qui interagissent régulièrement pendant une période prolongée afin de partager des préoccupations communes, de consolider leur expertise et de développer de nouveaux savoirs. Elles constituent des communautés naturelles d'apprentissage pouvant se constituer de diverses manières. Certaines sont interdisciplinaires, alors que d'autres sont plutôt associées à une problématique ou à un secteur d'activité. Elles peuvent regrouper des personnes d'une même organisation ou des personnes de

responsabilités au sein d'une organisation. Les GMF offrent cette communauté de pratique aux médecins. Aux premiers moments de l'intégration en GMF, la communauté de pratique des TS déplacés vers les GMF s'est fragilisée, les interactions quotidiennes entre collègues diminuèrent, l'environnement de pratiques changea. Auparavant de facto présente intra-muros, la communauté de pratique des TS hors de l'établissement a pu se maintenir par des initiatives individuelles, par des liens d'amitié entre certaines personnes et ultérieurement par des réunions de TS en GMF d'un même RLS, de leur propre initiative.

J'ai dit à ma patronne il faut qu'on se voit, on a besoin de se voir, on a besoin de mettre en commun ce qu'on vit parce qu'on a besoin de développer des stratégies d'intégration et de s'en parler. On a besoin de parler de comment on fonctionne, pour se permettre de ventiler et de confronter nos idées. - Étienne

On observe chez nos participants une remise en question du sens du travail où les travailleurs sociaux en GMF sont de plus en plus distants de leur communauté de pratique, de l'organisation des services, notamment par les modalités de programmes-services¹²⁹ nationaux, lesquels prennent place à l'intérieur de territoires de plus en plus éclatés et élargis¹³⁰. La structure de service GMF est efficiente dans le cadre d'une offre de service où les collaborations requises sont largement sous des modalités de référencement. Les TS en GMF doivent adresser toutes les problématiques pour tous groupes d'âge ou profils cliniques. Cet accroissement de l'offre de service de première ligne par les TS en GMF a eu pour effet de restreindre l'accès aux services de première ligne en CLSC (voir Annexe H), par un resserrement de critères d'exclusion sur la base de la sévérité des problèmes. France évoque cette évolution insidieuse transformant les services de première ligne généraux en de services désormais spécifiques, et des

plusieurs organisations » (Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 2015).

¹²⁹ Depuis 2004, terme qui remplace programme-clientèle. « Un programme-service désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune » (MSSS, 2004, p. 2).

¹³⁰ L'étendue des territoires de CISSS et CIUSSS regroupe plusieurs municipalités elles-mêmes regroupées en MRC. La standardisation des processus cliniques et administratifs, dont les guichets d'accès centralisés sont un élément, a évacué des dimensions de l'évolution historique des pratiques d'un territoire. La prise en compte des réalités locales est désormais un facteur désuet dans la planification d'une offre de service globalisée.

services spécifiques vers des services spécialisés par l'instauration de critères de plus en plus restrictifs et nombreux, d'une institutionnalisation locale des modalités d'accès aux services TS en GMF, (voir p.98).

On peut constater que la réforme structurelle des services de santé et services sociaux de 2015 a toujours des effets importants quant à l'épuisement des travailleurs sociaux en établissements (Martin-Martel, 2023).

4.2.3.1 Des collaborations délimitées : un continuum de pratiques

Les compétences de collaborations interprofessionnelles (CIP) (voir Annexe F et H) sont peu sollicitées en GMF¹³¹. L'expérience préalablement acquise par certains participants en équipes multidisciplinaires (SAD, Santé mentale) leur a permis de se façonner des repères collaboratifs. Ces repères se trouvèrent confrontés aux pratiques parallèles prévalentes en GMF, et ne correspondaient pas aux attentes de plusieurs participants. Cela a causé des déceptions chez certains d'entre eux. Des ajustements furent nécessaires à l'élaboration d'un travail collaboratif interprofessionnel adapté au milieu.

Les rencontres multidisciplinaires sont inexistantes aux GMF de nos participants, sauf dans un cas (1 GMF-U). Les rencontres multidisciplinaires ont pour objet le partage clinique, où la concertation d'interventions et des suivis cliniques sont nécessaires au maintien et à l'évolution d'un l'usager. Elles enrichissent ainsi les compétences évaluatives des professionnels par l'exposition aux divers points de vue clinique, constituant autant de perspectives différentes d'un même usager.

En fait, il n'existe pas de situations simples et d'autres complexes, mais plutôt des regards plus ou moins complexes sur des situations ontologiquement complexes. Le niveau de complexité du regard qu'y portera la travailleuse sociale, ou l'apprenti lors des simulations, dépendra notamment du mandat professionnel octroyé à la travailleuse sociale et des circonstances cliniques (Couturier & Belzile, 2024, p. 98).

Nous constatons que les profils des clientèles GMF ne nécessitent pas un niveau élevé de collaboration, encore moins une intégration des pratiques en vue de répondre adéquatement aux demandes. Cela correspond aux trois premiers niveaux du continuum de collaboration du modèle de CIP, soit une pratique indépendante, en parallèle ou par consultation/référence (voir Annexe H). La structure

¹³¹ Les collaborations intersectorielles et partenariales énoncées au Référentiel de compétence en travail social (OTSTCFQ a, 2012) sont plus largement sollicitées en intervention auprès des groupes et des communautés, et en milieu communautaire (voir Compétence 3 Annexe A).

organisationnelle des services en GMF est donc conforme à cette réalité clinique. Il n’y aurait pas de gain d’efficience à un déploiement plus élevé de pratiques collaboratives (pratique de concertation ou pratique de soins et de services partagés), tant pour les médecins que les TS.

Pour sa part, Étienne a créé une modalité de collaboration unique parmi nos participants, par sa collaboration à l’évaluation de certains usagers en présence des MD, favorisant ainsi la détection d’indices psychosociaux ayant une incidence sur leur santé et leur fonctionnement social. Nous pouvons ici parler de concertation de services en CIP. Le statut universitaire du GMF-U, dont l’enseignement aux résidents constitue une fonction essentielle, favorise et encourage cette pratique de collaboration interprofessionnelle. Ces modalités de collaborations demeurent cependant le résultat d’initiatives personnelles et de négociations locales, et ne font pas l’objet d’un cadre de pratiques collaboratives uniformisé en GMF-U. En GMF régulier, ce type de collaboration pourrait même questionner la compétence et le leadership du médecin sur les aspects de la santé mentale entre autres (voir à l’Annexe K l’exemple d’un arbre décisionnel d’un médecin en GMF face à un usager suicidaire).

En travail social plus particulièrement, l’hypothèse clinique ne s’élabore pas sur la base de critères diagnostics inscrits à l’intérieur de protocoles, mais plutôt par un travail de mise en contexte de la situation de l’usager et la posture singulière de ce dernier face à celle-ci. Ainsi, pour une situation similaire, un usager pourrait choisir le statu quo plutôt que le changement, il serait en congruence avec lui-même, et se dire satisfait de sa démarche. L’exercice du libre arbitre d’un usager, volontaire à recevoir des services, permet l’engagement dans sa démarche de changement et favorise l’efficacité de l’intervention.

La mise en pratique du principe d’exercice du libre arbitre dans l’analyse des problèmes sociaux sous l’angle du développement du pouvoir d’agir se traduit par l’impérieuse nécessité de négocier la définition du problème et des solutions avec les personnes concernées. Une telle démarche implique donc d’appréhender les composantes structurelles des problèmes sociaux sous l’angle particulier des impacts personnels et collectifs qu’ils entraînent du point de vue des personnes concernées (Le Bossé, 2008, p. 162).

Pour un usager, établir un lien de confiance facilite l’engagement au processus clinique, l’ouverture de soi, l’externalisation de ce qui est en cause, et implique nécessairement de se mettre en position de vulnérabilité. Intervenant et usager élaborent, lors d’un échange, une compréhension de la situation, du problème rencontré et formulent une demande d’aide, une forme d’entente de service.

Leurs approches se rejoignent notamment dans le refus de considérer les individus comme donnés, toujours déjà-là : ce sont des êtres sociaux, historiquement situés, se constituant dans leurs transactions avec le monde. Ils ne peuvent être extraits des situations : ils sont à la fois constitués par elles et constituants de la réalité dans laquelle ils s'inscrivent (Dierckx, 2016, p. 33).

Ce travail de construction de sens, processus commun aux professions du Domaine, n'est pas une modalité clinique fondée des professions de la santé, et ce même pour le traitement des troubles mentaux. L'échange du psychiatre avec le patient vise le repérage d'éléments diagnostics validés et pondérés en fonction de leur importance clinique respective. Les diverses versions du DSM¹³² illustrent bien ce fait (de Gaulejac, 2017). Ainsi, dans le cas de troubles mentaux, le sens qu'attribue le patient aux éléments qu'il énonce n'a qu'une valeur relative au processus diagnostic, il pourrait même avoir un effet délétère lors traitement médical dans le cas d'une personnalité oppositionnelle ou de troubles psychotiques, où l'on intervient auprès de personnes qui sont temporairement ou de façon permanente, inaptes. Ainsi, la validation d'une hypothèse clinique par un collègue TS ne peut donc se faire que dans le cadre d'une discussion exposant l'ensemble des tenants et aboutissants d'une situation. La confidentialité prend ici tout son sens, et l'échange usager/TS ne peut se faire qu'en privé, sans la présence de tiers, compétents ou non.

Nos participants nomment que la majorité des discussions cliniques se font entre TS, qu'ils soient dans un même lieu de pratique, ou de divers lieux sous un même programme-service lors de rencontres clinico-administratives. Cette collaboration orientée vers l'intra professionnel est naturelle et attendue, les enjeux cliniques d'une profession sont d'emblée mieux appréhendés par un confrère. Cette prévalence vers l'intra est, de plus, conforme à la division des responsabilités des établissements (cliniques et administratives) et des GMF (fonctionnelles), elle confirme du coup le statut d'invité des TS en GMF, évoluant sciemment ou non en soutien de services médicaux. Le gestionnaire répondant de l'établissement et le gestionnaire du GMF demeurent les seuls répondants des deux entités juridiques et voient au cadre de collaboration.

Les infirmières bachelières ont été les premières à faire l'objet du mode de gestion hybride (clinico-administrative/fonctionnelle) à ses débuts. Après quinze ans sous ces modalités, les pratiques infirmières en GMF ont, selon elles, contribué à une certaine évolution de leur rôle professionnel, rôle qui semble

¹³² Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, actuellement à sa version 5.

maintenant mieux balisé et plus satisfaisant¹³³. Cependant, malgré une spécialisation accrue de leurs pratiques, on constate que les infirmières praticiennes spécialisées (IPS)¹³⁴ peinent toujours à se distancier de l'encadrement médico-corporatiste québécois, et revendique toujours leur autonomie professionnelle¹³⁵. Bien que la pratique du travail social et la pratique infirmière sont des pratiques historiquement genrées, fondées sur les valeurs de la charité chrétienne (Cohen, 2008) et dispensées par des congrégations de religieuses en milieu hospitalier, la pratique en travail social a su se distancier de l'encadrement médical à partir du moment où elle a pris place dans la communauté, hors des murs des hôpitaux, s'attaquant à la misère sociale des plus démunis.

En résumé, les GMF demeurent à ce jour la principale porte d'entrée des soins de santé de première ligne au Québec. L'intervention sociale et psychologique de courte durée (ICD) est la modalité de services privilégiée par les établissements et offre une certaine efficience. L'exercice du jugement professionnel et les démarches évaluatives des pratiques constituent des arguments valides à l'affirmation professionnelle face aux injonctions grandissantes à la standardisation des pratiques du Domaine. Les communautés de pratique en milieu de travail sont essentielles au développement des compétences et le partage de responsabilités au sein d'une organisation. Pour les TS en GMF, elles sont inexistantes. Les compétences de collaborations interprofessionnelles (CIP) sont peu sollicitées en GMF, les profils des clientèles GMF ne nécessitent pas un niveau élevé de collaboration, encore moins une

¹³³ « De leur côté, plusieurs infirmières estiment que le modèle GMF a permis une évolution de leur rôle, évolution qui n'est pas terminée. Une majorité d'entre elles apprécient la diversité des tâches, l'autonomie ainsi que le suivi des patients et elles constatent que leur rôle professionnel est devenu plus intéressant qu'à leur arrivée au GMF » (MSSS, Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec, 2009, p. 79).

¹³⁴ Détentrice d'une maîtrise en science de la santé.

¹³⁵ En recherche d'autonomie et de reconnaissance professionnelle, ce n'est que tout récemment que les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) se sont vues autorisées à se constituer en clinique professionnelle autonome, la plupart toujours sous l'égide étatique, et ce malgré un contexte d'accès difficile des patients aux soins.

Voir : Une première clinique d'infirmières praticiennes spécialisées à Montréal, (2022-11-09) <https://www.ledevoir.com/societe/sante/770169/la-clinique-d-ips-ouvrira-le-1er-decembre-a-montreal>, Cousineau, M.-È., Le Devoir (consulté le 2023-10-07).

Une première clinique d'infirmier praticien spécialisé à Jonquière, (2023-10-05) <https://informeaffaires.com/regional/sante/une-premiere-clinique-dinfirmier-praticien-specialise-a-jonquiere>, Boivin Forcier, K., Informe affaire (consulté le 2023-10-07).

Les cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées « loin des cibles », (2023-04-14) <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1971463/sante-ips-cliniques-montreal-urgences>, Boily, D., Gentile, D., La Presse (consulté le 2023-10-07).

intégration des pratiques en vue de répondre adéquatement aux demandes. La pratique en travail social a su se distancier de l'encadrement médical par des pratiques extra-muros des hôpitaux, s'attaquant à la misère sociale des plus démunis, ce qui n'est cependant pas le profil prévalant en GMF.

4.2.4 Axe 3 Les représentations professionnelles du métier de travailleur social en GMF

À la section précédente, nous avons fait état de l'organisation des services de premières lignes en GMF, précisant la place attribuée aux TS en exercices, et le niveau de collaboration professionnel présent. Cette présente section au sujet des représentations de nos participants quant à la pratique du travail social nous renseigne sur la professionnalité du métier. Nous analyserons les différentes formes d'affirmation professionnelle en travail social, des modalités d'action qualifiées de distinctives à l'exercice du travail social professionnel, et l'idée d'un rôle social particulier attribué à l'exercice du travail social professionnel.

4.2.4.1 S'affirmer professionnel, ou une affirmation professionnelle de soi?

Nos participants n'ont pas d'hésitation à s'affirmer comme professionnel au même titre que tout autre professionnel de la santé et des services sociaux. Ils se reconnaissent compétents dans leur champ d'exercices¹³⁶, sans pour autant préciser des compétences précises (savoir-être, savoir-faire) au regard d'un référentiel ou de représentations personnelles.

Une confusion classique en travail social, celle qui concerne l'utilisation fréquente des termes savoir-faire et savoir-être, et de leurs diverses déclinaisons. Leur usage désordonné, et parfois impropre, contribue à plusieurs confusions, dont la première est celle entre connaissance (lié au sujet) et savoir (indépendant du sujet en raison de son caractère universel). Si nous reconnaissons que ces termes permettent de dire à peu de frais les intentions des formateurs, ils sont en réalité d'une très faible utilité pour comprendre le processus fondamental que permettent de concevoir les théories de l'activité, celui qui lie le processus de développement professionnel et le processus d'apprentissage. Or, c'est précisément une meilleure utilisation de ce double processus complexe qui permet le développement de la compétence fondamentale à l'analyse et l'auto-analyse de l'activité (Couturier & Belzile, 2024, p. 101).

¹³⁶ À distinguer du terme « champ de pratique », concept utilisé avant l'adoption du PL-21, confondant des modalités d'actions, somme toute communes aux professions du Domaine, et l'objet d'intervention en travail social, soit soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement.

Les participants n'ont pas nommé de distinction entre les diverses professions du domaine de la SMRH et le travail social, ni des professions à titre réservé des professions à exercice exclusif (voir section 1.7 : Le contexte québécois des professions).

Au fond, on est des travailleurs sociaux, donc on a une façon de faire, on a une identité professionnelle on a des valeurs professionnelles. Moi, je me considère comme un professionnel de la santé et des services sociaux au même titre que l'infirmière, que le physio, que l'ergo, que le médecin même. Dans un contexte de travail inter comme en GMF, on a nos mandats professionnels, notre expertise et nos limites. - Julien

Je suis fière d'être professionnelle et envers les autres, je n'ai pas toutes les réponses. Je travaille avec les gens. C'est une collaboration. Je ne sais pas si je réponds à la question! – Mélanie

De s'affirmer professionnel est la revendication d'un statut particulier de la sphère d'emploi, sur la base de critères institués pour certains participants, implicites pour d'autres. Cette revendication est de nature identitaire et résulte de processus de socialisation secondaire, dont l'acquisition d'une formation spécifique du métier (universitaire ou autres) et l'application de pratiques particulières au traitement de problèmes complexes sont des marques distinctives des professions. Le terme profession est par ailleurs sémantiquement lié à une déclaration solennelle, à l'adhésion formelle d'un candidat aux prescrits législatifs et réglementaires d'un champ d'exercices (lois, règlements, codes), et aux représentations qui lui sont associées (sociales, professionnelles, valeurs). Au Québec, des institutions para gouvernementales (ordres professionnels) se portent garant de la conformité du niveau de savoir et de la qualité de pratique de ses membres, leur conférant ainsi une spécificité d'action dans un champ d'exercices (voir section 1.3.1 L'approche fonctionnaliste).

Quand tu me dis profession... on dirait que je pense à l'Ordre des travailleurs sociaux, éthique... Oui, c'est ce qui me vient. L'Ordre des travailleurs sociaux, éthique, profession. - Jane

Ainsi, pour nos participants, la complétion de la formation académique, l'éthique, la déontologie, l'inscription à l'Ordre semblent être des conditions suffisantes afin d'affirmer la professionnalité du travail social et légitimer sa pratique. Quant aux établissements-employeurs, la professionnalité d'un employé se confirme par des critères administratifs, soit le maintien de son inscription à son ordre, au respect des critères déontologiques et l'application des normes administratives de pratique.

Malgré l'adoption du PL-21, un poste de professionnel en établissement demeure non conforme au système légal québécois¹³⁷. Les ARH détenteurs d'activités réservées et partagées ou non exercent les mêmes tâches professionnelles en établissement, mais évoluent en marge du système légal professionnel.

Il faut se rappeler que jusqu'à l'entrée en vigueur du PL 21, un grand nombre des postes du réseau de la santé et des services sociaux ne comportaient pas l'exigence d'être membre de l'Ordre. Le poste était alors désigné sous le vocable générique d'« agent de relations humaines » (ARH) en vertu des conventions collectives. En pratique, les détenteurs de ces postes étaient dans plus de 80 % des cas des diplômés en travail social. (Pauzé, 2016, p. 59)

À l'époque, certains TS en établissement obtenaient de l'employeur une conversion de leur poste en poste ARH afin de ne pas souscrire à l'Ordre, inscrivant de ce fait même une non-reconnaissance de la profession. Avant même l'adoption du PL-21, le refus de l'employeur gouvernemental de convertir des postes TS en ARH, suite à des revendications de l'Ordre, permit d'induire une forme d'exclusivité de pratique en établissement, sans pour autant qu'elle soit fondée juridiquement¹³⁸. Malgré tout, les ARH font toujours partie de la sphère professionnelle en établissement, assurant une continuité des services par leur présence. La création récente de postes « ARH membre » d'un ordre se veut une solution administrative à la dotation de nombreux postes de TS sans titulaire. Par ce moyen, un accès à l'ensemble des titres professionnels libère l'employeur d'un processus d'analyse des fonctions de travail liées à la dotation du bon titre professionnel selon un poste d'emploi¹³⁹ et facilite une dotation simplifiée des postes. De plus, il dégage l'employeur de former cliniquement ses spécialistes du Domaine, de valider et maintenir leurs compétences en continu, responsabilités qui incombaient à l'employeur jusqu'au milieu des années 1990 (Dubois & Garceau, 2000).

¹³⁷ Les postes de TS et d'ARH cohabitaient en établissement depuis leur introduction au cours des années 1970. Une volonté de se distancier des représentations associées aux travailleurs sociaux, porteurs d'une idéologie de classe, amena cette remise en question de la profession (Favreau, 2000). Notons que le titre d'ARH est inexistant dans les établissements d'enseignement du Québec, mais que l'emploi d'adultes non qualifiés comme enseignant est une chose maintenant courante en contexte de pénurie de main-d'œuvre.

¹³⁸ Il n'y a toujours pas d'exclusivité d'exercice pour les professions du Domaine, mais un titre réservé. Une gestion administrative stricte par les établissements-employeurs crée encore à ce jour une exclusivité de pratique implicite.

¹³⁹ Un récent règlement de grief au CIUSSS de l'Estrie – CHUS (avril 2024) invalide cette exigence administrative lorsqu'aucune activité réservée n'est applicable à la fonction. Si des activités réservées sont exercées, le poste doit être converti selon les titres d'emplois du Code. Ce grief à force de jurisprudence pour l'ensemble des CISSS et CIUSSS.

Afin de faire face à la pénurie grandissante de professionnels et de répondre aux besoins croissants des populations, l'employeur gouvernemental aurait la liberté administrative de dédier les activités réservées et partagées exclusivement aux professionnels des secteurs cliniques concernés, et ainsi permettre à des ARH non membres d'occuper des fonctions professionnelles en établissement^{140 141}. Cette logique administrative a déjà cours dans plusieurs équipes cliniques par l'emploi de techniciens¹⁴² (santé mentale, déficience intellectuelle et TSA, Soutien à domicile) non soumis aux contraintes d'un ordre professionnel, mais exerçant tout autant auprès de personnes vulnérables.

Soulignons que ce ne sont que des postes de TS à découvert qui sont comblés par des ARH membres, et ce malgré des revendications de l'Ordre notamment dans le secteur de la protection de la jeunesse (OTSTCFQ c, 2020). Une telle pratique administrative, à la marge de l'esprit du Code, serait impensable pour des postes de psychologue ou de psychoéducateur. Comment expliquer ce phénomène et l'absence de revendications des TS en établissement face à ces pratiques administratives de l'employeur gouvernemental, sinon par une reconnaissance implicite qu'un bagage de connaissances soit requis pour leur exercice, dont le travail social ne serait se prévaloir?

¹⁴⁰ Les nombreux candidats auparavant exclus de la maîtrise, maintenant du doctorat en psychologie, combleraient cette pénurie de personnel, tout comme les diplômés des programmes anglophones de « Bachelor of social sciences ». Une formation pratique pourrait être offerte par les employeurs afin de leur permettre de répondre aux exigences des postes et d'obtenir un droit de pratique lié à une ou des activités réservées/partagées. Un certificat universitaire de deuxième cycle pourrait également qualifier ces personnes, comme le fait maintenant l'employeur gouvernemental en enseignement [Nouvelles maîtrises qualifiantes en enseignement 100 % à distance](https://www.gouv.qc.ca/actualites/education/2024-04-08/nouvelles-maitrises-qualifiantes-en-enseignement-100-a-distance) [Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/actualites/education/2024-04-08/nouvelles-maitrises-qualifiantes-en-enseignement-100-a-distance) (consulté le 2024-04-08).

¹⁴¹ Ces lignes ont été écrites avant la publication d'un article faisant état de l'avancement de travaux du Gouvernement du Québec visant la mise en place de programme passerelles permettant une harmonisation des exigences professionnelles et l'emploi de certains profils d'emploi <https://www.lapresse.ca/actualites/education/2024-08-19/etudiants-en-psychologie/quebec-promet-de-nouveaux-debouches.php#:~:text=Depuis%20l'an%20dernier%2C%20les,000%20%24%2C%20rappelle%20la%20ministre.&text=O%C3%B9%20sont%20pass%C3%A9es%20les%20cl%C3%A9s%20de%20notre%20syst%C3%A8me%20d'immigration%20%3F> (consulté le 2024-08-21).

¹⁴² Des groupes de techniciens (éducateurs spécialisés, techniciens en travail social) s'affirment égaux quant au professionnalisme de leur intervention, et revendique leurs compétences et autonomie de pratique par la création de leur propre ordre professionnel. Les professionnels (TS, psychoéducateurs, psychologues, ergothérapeutes, infirmières, ARH) et les techniciens en établissement se partageant les mêmes clientèles. Leur prise en charge est établie à partir de critères cliniques arbitrairement définis d'un réseau local de services à l'autre. Dans tous les cas, les techniciens exercent de façon autonome des interventions comportant un risque de préjudice auprès de clientèles vulnérables ayant des problèmes complexes, sans pour autant être sous l'encadrement et la protection d'une instance disciplinaire. Il s'agit donc d'un système à deux volets, porteur d'incohérences.

Il est commun, par ailleurs, d'entendre l'expression « nous sommes notre propre outil de travail » dans le domaine des relations humaines :

Tu es ton propre outil de travail. Je pense que tu l'as ou tu ne l'as pas. Le reste, ça s'apprend. Je pense que d'être travailleur social, ton outil de travail, c'est toi. Tout part du climat de confiance, de ta capacité à l'établir. Tu as beau avoir des diplômes plein ton mur, si tu ne réussis pas à aller chercher ton client, ça ne marchera pas. – France

C'est la qualité de ma présence et de mon professionnalisme avec les gens qui sont plus importants. - Mélanie

Ainsi formulé, des qualités personnelles intrinsèques (humanisme, authenticité, une sensibilité à l'autre, un respect et un engagement envers les plus vulnérables) complètent un savoir-être professionnel à acquérir, lesquelles se modulent et peuvent s'amalgamer en intervention (Turcotte, 2009).

Moi, dans mon identité, c'est sûr que je pense que mon enthousiaste, ma couleur professionnelle aussi et ma touche de plein air, de faire mes rencontres plein air, ça, ça m'a amené un rehaussement dans mon identité je trouve. – Valérie

De plus, une forme de rigueur et d'autonomie est également associée aux termes « profession » et « l'IP » chez les participants. À cela s'ajoute, chez deux participantes, une dimension vocationnelle :

Je me considère comme une professionnelle et que les TS on est des professionnels aussi. La profession de travail social c'est... une vocation, je pense parce qu'il faut aimer ce que l'on fait. On ne peut pas faire ce travail-là si on ne croit pas en ce qu'on fait. On est des agents de changement. - Manon

Quand je pense à pratique professionnelle, pour moi, ce n'est pas une profession, c'est une vocation être travailleur social! - France

Bien que vocation ne s'accorde plus avec profession, être dévoué, d'aimer et de croire en ce que l'on fait appuient l'idée que l'on ne peut faire ce travail sans être porteur d'un projet, d'une intention bienveillante, au risque d'être inefficace ou de sonner faux aux yeux de certains TS et usagers. Le salaire ou l'appartenance à un groupe professionnel ne peuvent à eux seuls être des motivations suffisantes à la pratique de ces métiers, où se confrontent les valeurs personnelles des intervenants aux nombreux comportements autodestructeurs et malveillants de populations marginalisées (pauvreté, négligence, violences, toxicomanie, abus), sans risquer l'épuisement professionnel. Ainsi, un travailleur sur soi semble

inévitables afin de se préserver comme intervenant du domaine de l'intervention et faire sens de son travail.

La représentation de l'intervention que nous partageait Mélanie (voir p. 77) évoque un phénomène connu en relation d'aide, celui de la dette symbolique de l'usager envers l'intervenant. Mélanie évoque avoir reçu autant que les usagers lors des rencontres, et que cette modalité transactionnelle contribue non seulement à une intervention efficace, mais également à son enrichissement professionnel et personnel, tout en préservant la dignité de l'usager¹⁴³. Le fait qu'elle peut non seulement donner, mais également recevoir en relation d'aide instaure une dimension égalitaire à cette relation, et inscrit ipso facto l'intervenant comme individu solidaire à la souffrance de l'usager face à une société fondamentalement injuste¹⁴⁴. Ainsi, être témoin de souffrances humaines fonde une légitimité d'action.

Bien que les rôles aidant-aidé ne soit pas inversés, ils peuvent apparaître diffus et perméables chez les TS en contexte d'intervention. Les dimensions personnelles et professionnelles s'entrecroisent, l'individualité supportant le travail professionnel. Ce phénomène s'apparente aux notions de transfert et contre-transfert en psychanalyse, deux modalités transactionnelles potentiellement conflictuelles en intervention et en psychothérapie. Lorsqu'ils s'opèrent, ils renseignent le psychologue sur sa propre psyché et la psyché de l'usager, où se rejouent dans la rencontre thérapeutique des conflits relationnels antérieurs. Utilisées à bon escient, ces perceptions contribuent au traitement. Ce phénomène est également connu sous l'appellation de « résonance » pour les tenants de l'approche systémique (Brunschwig, 2001), concept bien connu de ses adeptes en travail social.

Il apparaît que Mélanie évoque par son propos une affirmation professionnelle de soi (Doucet & Viviers, 2016), ou une pratique pour soi (Chouinard & Caron, 2015) (voir Annexe L), où les savoirs (académiques, être et faire) sont avant tout modulés par un individu réflexif. Conséquemment, les compétences professionnelles et l'adhésion à un ordre ne sont pas des conditions suffisantes à l'exercice du travail

¹⁴³ « Contrairement à la dette mutuelle, la dette unilatérale établit un rapport créancier-débiteur qui est foncièrement inégalitaire. Elle introduit ainsi dans la relation sociale une asymétrie qui brise la logique échangiste et instaure un rapport de dépendance susceptible de se transformer en rapport de pouvoir » (Sarhou-Lajus, 1997). Voir également une fiche de lecture sur le sujet : <http://fredfantaisie.com/la-haine-de-la-dette>.

¹⁴⁴ Voir l'approche du « Care » en soin (Noël-Hureau, 2015). Une égalité dans la relation ne peut s'appliquer en psychothérapie malgré une attitude bienveillante, le professionnel ayant un statut d'expert face aux pathologies du client.

social contemporain, empreint d'individualisme. Dans cette diffusion identitaire, l'individu est au premier plan, le professionnel en appui de l'action.

À notre époque de modernité avancée marquée par une reconfiguration des rapports sociaux (identités, institutions, rôles sociaux), les TS rencontrés expriment une liberté d'action face aux institutions de formation, face à l'organisme régulateur, aux employeurs institutionnels, et même des communautés de pratique, et ils se mettent en quête d'un soi professionnel par leurs actions.

Confronté à l'incertain, aux décisions personnelles, aux choix de vie et engagements, l'individu est déstabilisé, dérouté, et souffre. Une pathologie nouvelle naît de ces injonctions permanentes à l'autonomie : l'épuisement psychique et la dépression (Ehrenberg, La Fatigue d'être soi, 1998). Cette figure de l'individu à la recherche de soi en côtoie une autre : l'individu éclaté. L'incertitude dans laquelle est placé l'individu contemporain est due à un relâchement des dispositifs d'intégration (école, famille, travail) et des rôles sociaux bien établis. Chaque individu est soumis à une tension permanente entre divers modèles de conduite, d'où une nécessaire réflexivité (autoanalyse) permanente sur ses propres conduites. D'où le développement des méthodes de développement personnel, du coaching, des ouvrages sur l'art de vivre, témoins de cette incessante quête de soi (Dortier J.-F. , 2013, p. 181).

On peut ainsi mieux comprendre une individuation¹⁴⁵ des conduites au travail, une mobilisation décroissante des TS face aux incohérences organisationnelles, une adhésion relative aux savoirs académiques et aux prescrits professionnels, où le concept flou et polymorphe de « jugement professionnel » sert d'assise à une affirmation professionnelle de soi, ouvrant les réflexions vers des bricolages créatifs en intervention.

J'ai une collègue qui m'a dit, si tu prends juste un morceau d'une approche, par exemple la thérapie cognitivo-comportementale, disons que l'on va travailler un élément des distorsions cognitives, les « tous », les « jamais », mais ça t'as le droit parce que tu ne prends pas l'approche au complet, tu prends une technique de l'approche - Jane

Les rôles et les normes sociales n'étant plus clairement établis, il importe alors de s'interroger en permanence sur la façon de se comporter. Comment l'enseignant doit-il agir vis-à-vis d'un élève qui perturbe sa classe : punir, dialoguer, laisser passer ? Aucun prêt-à-

¹⁴⁵ « Les individus sont contraints à de nouvelles pratiques réflexives ; ils doivent se forger eux-mêmes, sous l'injonction d'un ensemble d'institutions les enjoignant à se constituer en tant qu'individus et à percevoir la vie sociale comme une société des individus ». « Ce qui hier était censé être octroyé par les institutions est désormais censé être produit de manière réflexive par les individus eux-mêmes » (Martuccelli, 2019, p. 102).

penser ou prêt-à-agir n'est vraiment imposé. Le répertoire comportemental reste ouvert. D'où une réflexion permanente (Dortier J.-F. , 2013, p. 300).

Ainsi, des « prêt-à-intervenir » issus de procédés cliniques formatés ne peuvent être satisfaisants pour les TS en phase avec les faits sociaux actuels, bousculés par les changements organisationnels incessants dont ils sont l'objet, dont le dernier en lice, leur présence imposée en GMF.

4.2.4.2 Une action distinctive?

De nombreuses interventions sont communes aux professions du domaine, elles s'apparentent à de la psychothérapie, mais n'en sont pas (voir Annexe I). Le travailleur social qui n'est pas accrédité psychothérapeute¹⁴⁶ doit agir selon l'une de ces modalités d'action, notamment par l'accompagnement dans le milieu de vie de la personne, ou d'une manière symbolique et affective, par sa présence bienveillante et une compréhension de la situation de la personne lors de rencontres au bureau. En GMF, l'accompagnement des TS relève de cette dernière modalité.

Je pense que je fais des gestes à connotation psychothérapeutique et qui sont thérapeutiques sans pour autant être dans une psychothérapie. Ce qui fait en sorte que je navigue assez bien avec ça et je pense que je suis en mesure de ne pas outrepasser mes capacités, mon mandat. Je vis assez bien avec mon identité professionnelle en lien avec les actes réservés ou partagés. - Étienne

Cette limitation à la pratique de la psychothérapie instaure une vigilance à l'exercice professionnel chez le TS, une constante incertitude de l'action afin de ne pas outrepasser ce qui est autorisé (Côté & Brodeur, 2020). Afin de réduire cette incertitude, l'un peut toujours choisir de faire comme il a toujours fait, ou de faire comme les collègues sans trop remettre en question les pratiques, tout en demeurant conforme au cadre organisationnel.

Je leur explique la différence entre la psychothérapie qui est quelque chose définie et réglementée, de ce que je peux offrir. Le travail que je fais, c'est quelque chose de plus global pour voir comment ça va, comment ça va avec les autres, en général, ce qui va bien et ce qui va moins bien, ce qu'on peut faire. – Mélanie

¹⁴⁶ En 2014, seulement 2,5% des TS détenaient un permis de psychothérapeute (Côté & Brodeur, 2020).

Ainsi dit, l'intervention en travail social peut s'apparenter à une simple conversation, un échange informel entre deux inconnus. Mais en regardant plus attentivement ses propos, Mélanie évoque ici un processus plutôt qu'une suite d'actions selon une méthodologie formatée d'intervention.

Par ailleurs, les participants rencontrés évoquent une façon singulière d'appréhender l'environnement social en travail social, de comprendre les problèmes sociaux, d'expliquer les dynamiques relationnelles, ce qui pour eux est porteur d'une action distinctive.

On a vraiment un regard, les travailleurs sociaux, où on implique tous les facteurs psychosociaux, les facteurs, que ça soit aussi au niveau de la santé. Je pense qu'on a une vision qui est très globale et qui amène vraiment une évaluation qui est riche. – Nancy

Selon Étienne, le travail social

est essentiel pour que les gens soient en mesure de trouver un équilibre, de trouver une place, de trouver une façon de fonctionner qui va être satisfaisante selon leurs besoins, leurs aspirations, leur confort. - Étienne

Tous deux énoncent des éléments en périphérie de la nature du travail social, de ses effets, et n'évoquent pas selon nous une spécificité d'action. L'une met en évidence le regard global posé sur la situation d'un individu et l'autre énonce une visée vers un mieux-être. Expliciter ce que l'on fait apparaît lacunaire chez les participants, une réflexion sur l'action semble perfectible.

À la relecture du Référentiel de compétence en travail social (voir Annexe A), on constate que la réflexivité transcende tout le contenu du référentiel, qu'elle ne s'inscrit pas uniquement à la section 1.3 de celui-ci (Agir selon une démarche réflexive dans sa pratique). La pratique professionnelle, comme toute action volontaire ayant une visée, implique une réflexion préalable à l'action afin de bien la planifier, et une réflexion consécutive à l'action afin d'évaluer son efficacité (Domaines 1 et 2), ce qui constitue un premier niveau à la réflexivité. Ce qui semble devoir être bonifié, au regard de nos entretiens, se situe dans la capacité de nommer ce que l'on fait (Domaine 3 Les collaborations) et ce pour quoi on le fait (Domaine 4 Développement professionnel, évolution de la profession) au-delà d'un

savoir-dire auprès de l'utilisateur en situation d'intervention¹⁴⁷. Nous pouvons relier cette compétence à parfaire à l'acquisition d'une pratique de réflexion pour l'action (voir Annexe C), réflexion qui demeure un exercice en soi, et se confond souvent à l'analyse d'une situation clinique. Il s'agit donc d'une réflexion sur le travail social en tant qu'objet disciplinaire, en tant que pratique professionnelle distincte, afin d'explorer une légitimité d'action sur autrui selon un mandat spécifique. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce non-dit sur la profession est cohérent à une affirmation professionnelle de soi prévalant à l'exercice du travail social. L'incapacité à dire peut générer un malaise identitaire lorsque vient le moment de parler d'un métier, d'une pratique professionnelle qui se vit selon une individuation professionnelle.

Dans cette même idée d'une difficulté à la réflexion sur l'action, Étienne, qui compte de nombreuses années d'expérience, nomme ne pas pouvoir décrire son processus clinique, mais se laisse plutôt imprégner par la situation en intervention, son senti dans l'échange en préparation à l'intervention.

Je ne suis tellement pas mécanisé dans mes interventions, pour moi ce qui me vient à l'esprit c'est comme une espèce de vide, de blanc. C'est difficile de décrire, mais c'est clair que je vais être beaucoup centré sur la demande, sur le contexte, je vais questionner, mais je me laisse beaucoup guidé par ma curiosité. Pas pour faire n'importe quoi, mais en lien avec la demande des gens, en lien avec le contexte, le mandat dans lequel je m'inscris. Il y a quelque chose de cet ordre-là qui est assez complexe à décrire. - Étienne

On comprend que sa pratique est hautement intégrée, qu'elle ne se fige pas dans le cadre de procédures ou de l'utilisation d'outils d'évaluation. Bien qu'il ne la décrive pas formellement, il serait réducteur de dire qu'il ne dispose pas d'une méthodologie d'intervention, d'une structure d'analyse, d'un répertoire d'interventions. On peut associer la spontanéité qu'il s'accorde dans le cadre de la rencontre à une des formes intégrées de réflexivité dans une logique de l'action, en s'ajustant au moment même de sa réalisation (voir Annexe C), ce que la complétion d'outils cliniques ne permet pas. Cela dit, d'explicitier ses actions ne semble pas utile au regard de sa collaboration avec une collègue psychologue, chacun reconnaissant leur champ d'exercice respectif.

¹⁴⁷ Un savoir-dire est évoqué au Référentiel de compétence (2012) mais n'est pas défini. Il est repris dans (OTSTCFQ a, 2022), « Axe 2 : Communiquer », en lien avec la qualité de la production du discours et de la communication écrite dans le cadre de la pratique.

Je vais intervenir à ma couleur, en fonction des enjeux contextuels, des enjeux relationnels. Ma collègue psychologue, elle va travailler très différemment de moi, mais elle va travailler plus sur le sens, ce qui fait que les gens sont en dépression. Nous on se différencie très bien, on va travailler différemment l'un et l'autre et on vit très bien avec ça. - Étienne

Sur le plan des méthodologies d'interventions, une approche de conscientisation des potentiels favorisant la réflexivité chez l'utilisateur est fréquemment évoquée :

Je dis souvent aux gens, des solutions t'en a plein ton sac à dos, c'est juste que tu les vois pas. Mon rôle c'est de t'aider à prendre conscience que tu possèdes des habiletés et tu possèdes des solutions face au problème que tu vis. C'est juste que peut-être tes stratégies sont pas suffisamment efficaces, qui t'en manquent un peu. - Julien

Je suis là pour les accompagner dans ce qu'ils vivent, en fonction de leurs besoins, leurs attentes. Faut être réaliste des fois comme professionnel on peut cibler des besoins, mais ce n'est pas nécessairement ce que la personne veut travailler ou changer, faut s'en remettre à ça justement. - Julien

De postuler l'ignorance, l'inefficacité des solutions employées ou la non-activation d'un potentiel chez l'utilisateur sont des éléments communs aux professions du Domaine afin de justifier l'agir professionnel. Pour sa part, le psychologue s'efforce à rendre conscient l'univers psychique de l'utilisateur, les conflits intérieurs, de modifier les distorsions cognitives afin d'atteindre un niveau de fonctionnement psychologique satisfaisant; le psychoéducateur vise l'adaptation de l'individu à son environnement. Pour Julien,

l'idée du travail social c'est de rendre la personne autonome. J'amène la personne vers des solutions, parce que le but ce n'est pas qu'elle cogne à ma porte de nouveau pour le même problème. Elle peut être autonome et reprend du pouvoir sur sa vie. – Julien

Les professions du Domaine visent à accroître l'autonomie¹⁴⁸ de l'utilisateur et une reprise de pouvoir sur sa vie, cette visée d'action est particulièrement en phase avec le phénomène d'individuation des travailleurs sociaux précédemment abordé.

¹⁴⁸ « Éthique minimale, individualisme et éducation à l'autonomie peuvent nous aider à aborder la problématique de la mise à disposition de chacune des capacités et des moyens (pratiques, cognitifs, culturels, axiologiques...) pouvant lui permettre de : 1° répondre par lui-même à la question de la vie bonne; 2° pouvoir agir concrètement – en gestes et en esprit – pour atteindre ce but désirable » (Roelens, 2021, p. 7).

L'autonomie peut être individuelle ou collective, mais elle désigne, dans les deux cas, la capacité à se gouverner soi-même, sans faire appel à une source de commandement extérieure ou à une autorité transcendante (Dieu, le Cosmos, la Nature, les Anciens, la Tradition, etc.). L'individu ou le collectif trouvent en eux-mêmes le principe des lois auxquelles ils consentent à se soumettre librement. L'autonomie est donc synonyme de liberté. Plus précisément, elle apparaît comme le résultat d'un processus d'émancipation (Monjo, 2013, p. 173).

Ce qui est bon pour soi, le TS, ne peut qu'être bon pour autrui, l'utilisateur. Activer l'utilisateur constitue le prolongement d'une activation de soi, ouvrant une voie vers l'autonomisation professionnelle selon cette même logique.

Un tel devenir soi-même, dans une société des individus, passe par la réussite des processus d'individuation psychique (devenir sujet, construire son individualité...) et d'individualisation sociale (reconnaitances, socialisations plurielles...) (Roelens, 2021, p. 6).

Un défi demeure pour les TS en GMF, celui d'actualiser le potentiel d'autonomie de chacun, leur participation à la vie sociale par le seul moyen de rencontres individuelles, en retrait d'interactions sociales¹⁴⁹, bien qu'elles puissent être évoquées et discutées.

Le travail social, ça se passe dans plusieurs sphères de la personne et dans plusieurs sphères de la société. Parfois faut travailler au niveau individuel, parfois au niveau familial, parfois faut travailler dans les écoles, au niveau communautaire, parfois il faut travailler au niveau politique. Mais, je trouve qu'on a eu un énorme recule depuis plusieurs années, c'est comme ils nous confinent de plus en plus, que les travailleurs sociaux ça va faire de la thérapie. - Jane

Nous avons personnellement observé un aspect de cette logique d'activation dans le cadre de nos fonctions auprès de famille dont un enfant est atteint d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Les interventions des services de 2^{ème} ligne visaient en premier lieu une activation du parent afin de le rendre capable, afin qu'il devienne « l'éducateur spécialisé » de son enfant, faisant de lui un mandataire de la fonction réadaptive de l'institution de soin. Cela place le parent dans une double contrainte, celle d'être un parent aimant et veillant au bien-être de son enfant, tout en étant l'éducateur spécialisé de celui-ci, responsable de son autonomisation aux yeux de la société, de l'institution de soin, au risque de se vivre tel un mauvais parent. Cette double contrainte sociale est présente partout où des jeunes en

¹⁴⁹ « Dans les sociétés rurales, par définition plus traditionnelles, les solidarités se développent essentiellement à l'échelon de la famille élargie. Liés à la famille pour leur protection, les individus le sont aussi pour leur reconnaissance, l'identité familiale étant alors le fondement de l'intégration sociale » (Paugam, 2018, p. 2).

difficulté intègrent un nouveau milieu social (CPE, écoles, groupes sociaux), où la conformité aux règles se veut garante d'un bon fonctionnement social.

Dans le champ de l'inadaptation sociale comme dans celui du médico-social, les réalités sociales, les pratiques professionnelles et les prescriptions des politiques sociales questionnent le sens de l'autonomie. Les éducateurs spécialisés sont-ils dans des injonctions paradoxales à « devoir rendre autonomes » les différents publics rencontrés ? Comment le faire lorsque ces personnes sont dans des situations de dépendance physique où la présence de l'autre est indispensable ? (Grondin & Pichon, 2013, p. 122).

Les démocraties des droits de l'homme, c'est-à-dire les sociétés qui font des droits fondamentaux de chacun et de l'autonomie humaine en général leur pierre de touche et leur principe d'organisation (Gauchet, 2017), sont ainsi les premières sociétés rigoureusement individualistes. En leur sein, l'éducation vise à accompagner chaque jeune dans le développement de son autonomie personnelle (Foray, 2016; Singly, 2009/2010) et non à le préparer à occuper un rôle social prédéfini (Roelens, 2021, p. 6).

Outils à s'autonomiser est certes louable, mais dans une société des individus, quel niveau d'autonomie doit-on assumer afin d'être aux normes avec celle-ci?

Cette question évoque le degré d'émancipation auquel les TS en établissement peuvent aspirer. Des paradigmes théoriques sont prépondérants à l'intérieur des milieux de pratiques, toutes professions confondues, et servent d'interface à la compréhension de la situation d'un usager. La maîtrise de composantes de ces théories a pour effet de se voir perçu (identité attribuée par autrui) et de se percevoir (identité revendiquée pour soi), comme un professionnel compétent dans son métier. Ainsi, les catégories diagnostiques des psychopathologies issues de la psychiatrie (DSM), les modèles d'interventions issues des bonnes pratiques (thérapie cognitivo-comportementale, d'approches brèves, ou axées sur les solutions) sont largement employés dans le domaine de la santé mentale. Ils ont pour effet de standardiser l'agir professionnel aux prescrits clinico-organisationnels institués, et tendent à conditionner l'agir en travail social.

Plusieurs études démontrent l'écart entre les prescriptions organisationnelles et le travail réel des professions et font état d'un malaise croissant vis-à-vis des contraintes de l'organisation¹⁵⁰ (Doucet & Viviers, Introduction, 2016, p. 2).

¹⁵⁰ Récitant à (Dejours, 2010; Lhuillier, 2006).

Un défi d'affirmation professionnelle se pose là où prévalent des savoirs cliniques méconnus des TS (psychopathologies, physiologie du cerveau), un défi qui s'exprime dans le cadre de l'évaluation du fonctionnement social. Celle-ci a fait l'objet d'un recadrage récent, avec la participation d'institutions d'enseignement, dans un souci d'uniformisation de son enseignement, et conséquemment de son expression:

D'après les résultats d'un sondage portant sur l'enseignement des activités réservées réalisé auprès des universités en 2019, le comité de la formation a constaté que l'enseignement relatif à l'ÉFS et aux activités réservées s'effectue de façon transversale parmi différents cours et qu'il n'est pas harmonisé d'une université à l'autre dans les différentes écoles et unités de travail social au Québec (OTSTCFQ a, 2022, p. 12).

Avoir une pratique où le social est au cœur de l'analyse et de l'action demeure un autre aspect du défi à s'affirmer professionnellement à l'intérieur des milieux aux métiers majoritairement sanitaires, où prévalent les paradigmes individualistes associés à la maladie mentale.

La réflexion sur l'intervention doit éviter de se cantonner dans les limites des méthodologies de l'intervention collective, individuelle et groupale comme si elles étaient opposées, reproduisant de manière un peu grossière la fameuse dichotomie individuel/social présente aux premières heures des sciences sociales (Doucet, 2017, p. 152).

Enfin, cette réflexion ne devrait pas être une affaire de méthode, mais interpelle plutôt le champ de la connaissance et celui de l'action dont les connexions sont, il faut bien le dire, parfois ténues dans le monde de l'intervention sociale (loc. cit.).

D'ailleurs, l'appellation du domaine « santé mentale et relations humaines » reflète cette dualité.

Enfin, pour traiter d'une pratique dont le social est le noyau, comme objet et comme type d'approche, il nous apparaît nécessaire de prendre en considération cette dimension spécifique, et la façon dont elle est mise en œuvre dans les pratiques et dans les formes prises par la réflexivité des travailleurs sociaux¹⁵¹ (Dierckx, 2016, p. 21).

Dans le cas contraire, n'agissant pas au cœur des enjeux sociaux, le travail social se verra relégué à une pratique en marge du champ professionnel, où les TS seront réduits à des intermédiaires utiles afin de relier l'offre de soins de l'établissement au réseau social de l'utilisateur, à trouver un hébergement adéquat, à obtenir des prestations de sécurité sociale, à servir de lien ponctuel vers des services externes.

¹⁵¹ Référant à (Chouinard & Caron, 2015).

Je pense qu'ils avaient une vision très limitée de ce qu'on pouvait faire. C'est comme des stéréotypes du travail social : on va chercher de l'argent, on remplit des formulaires. On a eu à les sensibiliser. Ce n'était pas facile au début, mais au fur et à mesure de rencontrer des clients et d'avoir à côtoyer certains médecins. - Mélanie

Paradoxalement, ayant la possibilité d'évoluer dans une pratique en parallèle (voir Annexe H) en GMF, les participants, porteur de leurs propres actions professionnelles auprès de l'utilisateur, ont pu prendre certaines distances de ces stéréotypes attribués au métier.

4.2.4.3 Un rôle social particulier?

Bien qu'il soit souvent confondu au mandat confié ou la tâche exercée dans le cadre de leur fonction, un rôle particulier à l'exercice du travail social émerge des représentations professionnelles des participants et des référentiels professionnels¹⁵². Cette notion de rôle n'apparaît pas aussi centrale quant aux autres professions du Domaine.

3.1.2 Être capable d'expliquer et de faire valoir son rôle et sa contribution en lien avec sa vision disciplinaire spécifique, ses normes de pratique professionnelles et ses obligations déontologiques, dans un esprit de collaboration (OTSTCFQ a, 2022).

Mon rôle c'est de t'aider à prendre conscience que tu possèdes des habiletés et tu possèdes des solutions face au problème que tu vis. C'est juste que peut-être tes stratégies ne sont pas suffisamment efficaces, qui t'en manquent un peu. - Julien

J'essaie de départager ce qui fait partie de mon rôle, ce qui ne fait pas partie de mon rôle. Est-ce que je dois être plus formée en spécialités, ou être une généraliste et de continuer dans cette option-là ? Ça sa vient me chercher beaucoup. Je n'aime pas me sentir incompetente... ça me remet dans l'impuissance. – Jane

La notion de rôle renvoie à un « ensemble des comportements associés à une place ou à un statut et qui constituent l'apparence sociale de quelqu'un » (Antidote 8, 2015). Il n'est pas étonnant que la notion de rôle soit évoquée en travail social, notion étroitement liée à la filiation sociale du métier et la popularité du modèle d'analyse systémique (structure et dynamique familiale) à sa pratique. Comme nous l'avons vu précédemment, dans une perspective fonctionnaliste, Parsons démontra que l'activité du professionnel est fondée sur l'institutionnalisation des rôles, par l'expression de comportements

¹⁵² « Mais les représentations sont aussi caractérisées par des ancrages dans des réalités collectives s'exprimant dans les liens qui unissent appartenances et positions sociales aux modulations dans les représentations sociales » (Blin, 1997, p. 77).

réciroques attendus (médecin-patient), et a pour fonction essentielle d'assurer le contrôle social et la pérennité de cette structure.

Ainsi, le rôle évoqué par les participants relit la pratique du travail social à une fonction sociale, un statut particulier, celui d'un gardien d'un humanisme¹⁵³ en péril face à l'oppression, aux injustices sociales et de luttes des places¹⁵⁴, animée par une éthique de vertus (Pullen Sansfaçon & Crête, 2020). Dans cette perspective, la pratique professionnelle du travail social se positionne en marge des professions du Domaine, sur la base de valeurs fondatrices, de principes éthiques faisant de la justice sociale, la défense des droits individuels et la réalisation de projets collectifs les moteurs de son action. De plus, un rôle de protection des plus vulnérables semble tellement imprégné à la pratique qu'il n'a pas été évoqué par nos participants.

Dans ce même esprit, l'idée d'un contre-pouvoir émerge de l'exercice de pratiques professionnelles qualifiées de silencieuses, à la marge des prescrits de toute nature :

Le contre-pouvoir est amené à se développer au travers de toutes les actions quotidiennes et le plus souvent informelles qui permettent de redonner une marge de manœuvre aux acteurs de la base, les remplaçant alors dans une position dominante (Glinne-Demaret, 2019, p. 450).

Une légitimité à la dissidence, revendicatrice d'émancipation individuelle et collective, s'est inscrit historiquement par l'assimilation d'un rôle d'agent de changement initié par les ARH des cliniques populaires au cours des années 1970, en réaction aux critiques soulevant l'enjeu de la reproduction d'une idéologie de classe à la pratique clinique du travail social de l'époque, fondée sur les courants psychologiques dominants du moment (Dubois & Garceau, 2000; École de travail social UQÀM, 2019).

Nous mentionnions dans une section précédente que le travail social pratiqué en GMF et à l'intérieur des programmes-services des établissements ne peuvent incarner cette visée de transformation sociale telle

¹⁵³ « Au modèle contemplatif qui inspirait la scolastique médiévale, principalement préoccupée de questions métaphysiques relatives à la nature de Dieu et de l'être, les humanistes substituent celui de la *vita activa* et mettent le savoir au service du perfectionnement moral et politique de l'être humain » (Guérard de Latour, 2017, p. 25).

¹⁵⁴ « L'existence sociale de chaque individu se construit entre deux polarités, l'excellence et l'exclusion. La première est un élément actif de production de la seconde. Il faut être excellent pour espérer être employable et avoir une existence sociale » (de Gaulejac, 2007, p. 407).

que mise de l'avant par l'instance régulatrice. De plus, les organisateurs communautaires (OC)¹⁵⁵ en établissement, mobilisés par la visée d'un changement social, font face à une double contrainte, soit de contribuer au bien-être des communautés en participant au déploiement de politiques sociales, et d'autre part, d'agir à résoudre des inégalités que ces mêmes politiques sociales peuvent créer. On qualifie de socio institutionnelle¹⁵⁶ la pratique hybride des OC¹⁵⁷ en établissement selon cette tendance.

Les approches ascendantes et descendantes peuvent cohabiter dans le cadre de l'intervention en organisation communautaire. Lorsque les OC sont amenés à intervenir dans un programme issu d'une logique descendante, ils cherchent à l'utiliser comme levier pour le développement, en favorisant l'arrimage avec des initiatives issues du milieu (RQIIAC, 2020, p. 29).

Cette position intermédiaire répond à une pression de se conformer à la vision managériale des politiques sociales par des agents sociaux :

Au fur et à mesure que se développe l'écart entre normes gestionnaires et réalités humaines, entre "travail prescrit " et " travail réel "¹⁵⁸, se développe ce que j'appelle un double métier : d'une part, les professionnels s'efforcent de répondre aux missions sociales et éducatives au service des gens qu'ils accompagnent, d'autre part, ils doivent répondre aux injonctions et procédures gestionnaires au service des hiérarchies, et montrer que leurs pratiques et activités rentrent dans les formats imposés (Louli, 2020, p. 78).

Ainsi, le regroupement sous la même instance régulatrice des TS en pratique individuelle et les TS en pratique communautaire et collective a pour effet de conférer certains attributs de l'un au statut de l'autre. Cet amalgame de rôles tire son origine du tronc commun de la formation académique initiale, et d'une dénomination unique (TS) du métier. Des visées distinctes de l'action ne peuvent que créer une

¹⁵⁵ Les OC sont également issus des cliniques populaires des années 70 (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2023), (Bergeron-Gaudin, 2019, p. 80). Le titre d'emploi n'est pas réservé, car ils n'exercent aucune activité réservée/partagée. Les postes d'OC en établissement ne sont pas exclusivement composés de TS.

¹⁵⁶ « La première tension explorée, d'ordre politique, fait écho à la position ambivalente de l'organisation communautaire, à la jonction du rapport entre l'État et les groupes de la société civile. La seconde tension, d'ordre théorique, renvoie aux divergences entre les approches utilisées, de nature conflictuelle ou collaborative » (Bergeron-Gaudin, 2019, p. 80).

¹⁵⁷ Les OC qualifient leur pratique de professionnelle, ils se sont regroupés en association, le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC, 2020). Revendiquant un statut de professionnel de l'organisation communautaire, ses membres réclament de ce fait l'institutionnalisation de leur métier, une exclusivité de pratiques pourtant issues des mouvements populaires.

¹⁵⁸ Citant : Dejours C., 2003, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Critique des fondements de l'évaluation, Paris, INRA.

dualité de rôle, mais elles tendent somme toute vers une adaptation des individus à une vie sociale fonctionnelle.

Par ailleurs, un rôle d'agent de contrôle social est largement évacué du discours des professions du Domaine. Depuis l'instauration du principe de responsabilité populationnelle¹⁵⁹, le gouvernement affirma sa gestion prévalente de l'ensemble des services sociaux, légalement instituée sous l'égide du MSSS, attribuant des rôles spécifiques aux divers acteurs sociaux des communautés (organismes communautaires, institutions, établissements), dans une visée d'optimisation des services et d'amélioration du niveau de santé des populations.

Si les mesures post NGP (Nouvelle gestion publique) impliquent une intégration verticale pour augmenter les mesures de contrôle, elles commandent également une intégration horizontale qui cherche à projeter le contrôle institutionnel aux autres dispensateurs de services et partenaires qui sont indispensables pour agir sur les problèmes complexes¹⁶⁰ (Bourque D. , 2017, p. 7).

Le contrôle des processus de production des services en santé et services sociaux par l'État demeure un rôle attendu par la population québécoise face à ses élus, et les tient responsables de tous délais et dysfonctionnements. Dans cet environnement de contrôle administratif inhérent aux services publics (Bourque D. , 2017), certains participants ont fait état d'un épuisement professionnel des TS en contexte d'éclatement des institutions, d'une perte de sens, d'inefficacité liée au rôle des praticiens des métiers de la relation qui ont de plus en plus de difficulté à contenir les souffrances et prévenir le morcellement social dont ils sont témoins.

Un autre exemple de l'exercice d'un contrôle social des comportements s'inscrit légalement depuis l'adoption de la loi sur la protection de la jeunesse, procurant à l'État des moyens d'agir afin d'assurer la protection des enfants dont la sécurité et le développement sont compromis, nonobstant les droits individuels. Cette loi concerne chaque citoyen, tout professionnel, et les TS sont d'ailleurs largement mobilisés à l'intérieur de cette structure de service. Nous constatons que, dans l'énoncé de ses visées, l'instance régulatrice élude cette dimension de contrôle social dans l'exercice professionnel.

¹⁵⁹ [Responsabilité populationnelle | Institut national de santé publique du Québec \(inspq.qc.ca\)](https://inspq.qc.ca/responsabilite-populationnelle) (consulté le 2024-11-09).

¹⁶⁰ Référant à (Christensen et Laegreid, 2011).

La manifestation du problème n'est jamais une donnée à considérer en isolement, mais à partir de la reconnaissance du vécu dans sa totalité. En découle une posture d'accompagnement plutôt que de traitement, de solidarité plutôt que de contrôle social (OTSTCFQ a, 2022).

Ça m'intéressait le rôle d'aide et aussi en même temps d'avoir un rôle d'autorité, mais finalement après avoir expérimenté, surtout avec la DPJ, c'était tellement pas clair. Dire à un parent ce qui était bon et ce qui n'était pas bon, je ne comprenais comme pas. Il n'y avait pas de directives claires, ou bien il y en avait et je ne les ai juste jamais eues en ma possession. Je trouvais ça difficile ce double rôle-là. - Élise

Ces propos d'Élise illustre la difficulté d'intégrer à la fois un rôle d'agent de contrôle des conduites et un rôle de soutien aux familles¹⁶¹ à l'intérieur d'une institution en crise, laquelle n'a pas toujours pas résolue l'intégration de ces deux mêmes dimensions à son mandat. Cette institution ne peut non plus contribuer à résoudre le défi que présente l'apprentissage d'une profession où une réalisation professionnelle de soi module l'IP :

Dans certaines grandes organisations, des transformations plus récentes des rôles renouent avec des logiques tayloriennes de division des tâches prédéfinies et fortement cadrées par des protocoles, et par des critères d'efficience. On assiste alors à des formes de déprofessionnalisation (Demailly, 2008), lorsque les praticiens sont dépossédés toute capacité de jugement (Dierckx, 2016, p. 9).

Puisque la pratique du travail social en situation commande un ajustement perpétuel, l'identité professionnelle de celui qui l'exerce est soumise à un processus de construction et de réaligement constant. La réflexivité se révèle, dans cette perspective, au service du développement de soi à travers la diversité des théories, des valeurs, des finalités, des normes et lois encadrant la pratique du travail social (Chouinard & Caron, 2015, p. 14).

L'exercice du travail social combine à la fois l'accompagnement bienveillant et protecteur d'un usager, le contrôle social des conduites selon diverses législations, que ces services soient rendus en contexte volontaire ou non. Les TS auront toujours la liberté d'évoluer à l'intérieur de structures de services favorisant l'une ou l'autre de ces modalités d'exercice. On constate par contre que les professions du

¹⁶¹ Le MSSS peine à déployer le programme « Ma famille, ma communauté » visant le soutien aux familles vulnérables et à prévenir le placement d'enfants en famille d'accueil par l'implication des acteurs d'une communauté. Le programme a initialement été déployé en 2012, dans la MRC de La-Vallée-de-l'Or en Abitibi-Témiscamingue [10e anniversaire du Programme Ma famille, ma communauté - Abitibi-Témiscamingue : une communauté unie pour le bien-être des enfants Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](https://www.gouvernement.qc.ca/fr/actualites/2024/11/09/10e-anniversaire-du-programme-ma-famille-ma-communaute-abitibi-temiscamingue-une-communaute-unie-pour-le-bien-etre-des-enfants) (consulté le 2024-11-09).

Domaine mettent surtout de l'avant les dimensions d'aide et de soutien dans l'exercice de leur métier¹⁶². Le fait d'éluder des référentiels professionnels le contrôle social à la pratique, ou, tout en le reconnaissant on le sublime à l'accompagnement dans son exercice, a pour effet de mettre sous tension ses praticiens en action et contribue à une diffusion de l'IP.

En résumé, une affirmation professionnelle de soi émerge de la pratique du travail social, où les compétences professionnelles et l'adhésion à l'Ordre ne sont pas des conditions suffisantes à une pratique contemporaine, empreinte d'individualisme. Ainsi, les dimensions personnelles et professionnelles s'entremêlent dans une pratique où l'individualité supporte l'exercice professionnel. La difficulté d'explicitier le travail social peut être le résultat d'une réflexion lacunaire sur l'action, là où l'affirmation d'un soi professionnelle module l'exercice professionnel. Cette difficulté peut conséquemment générer un malaise identitaire. La notion de rôle évoquée par les participants et les différents référentiels professionnels relient la pratique du travail social à une fonction sociale, un statut particulier, celui d'un gardien d'un humanisme en péril face à l'oppression, aux injustices sociales et de luttes des places. On constate qu'un rôle d'agent de changement social ne peut être exercé dans le cadre de pratiques individuelles, et encore moins en GMF. Le contrôle social inhérent aux professions du Domaine se voit sublimé en travail social par la notion d'accompagnement. Il faut souligner qu'avoir une pratique où le social est au cœur de l'analyse et de l'action demeure un défi à relever par les TS exerçant dans des milieux de pratique et de stage où prévalent les paradigmes associés à la maladie mentale.

¹⁶² Les criminologues évaluent, entre autres, les facteurs criminogènes et le comportement délictueux de la personne. Ils sont largement employés en secteur carcéral et exercent en contexte de contrôle social.

CHAPITRE 5

DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS

Le chapitre précédent, Repérage des représentations et analyse du contenu, nous permet déjà de dégager des éléments de sens des entrevues avec les participants. En ce sens, ce travail d'analyse revêt déjà une valeur informative, une structuration quant au sens des propos recueillis qui, rappelons-le, nous semblaient peu porteurs de contenus signifiants au premier regard. Nous avons tenté de décrire des éléments importants d'un référentiel professionnel de la pratique du travail social en GMF, lequel est teinté par une individualité exacerbée, d'une réflexion lacunaire sur l'action là où l'affirmation d'un soi professionnelle module l'exercice professionnel. Il est plus aisé pour les TS de décrire les tâches de leur travail que de dégager les éléments en constituant sa professionnalité. Le travail social semble être le porteur d'un rôle social particulier, celui d'un gardien d'un humanisme en péril face à l'oppression, aux injustices sociales et de luttes des places. Nous avons donc abordé jusqu'à maintenant les deux premiers niveaux d'analyse tels qu'illustrés à la Figure 3.1 de la page 58.

Dans ce chapitre, nous poursuivons l'effort de réflexion par un niveau d'abstraction et de synthèse plus poussé. Ainsi, dans une visée compréhensive, nous nous efforcerons de dégager des éléments constitutifs des noyaux centraux, d'énoncer quelques éléments de structure des pratiques en travail social et de l'identité professionnelle qui en résulte. Un ensemble de paradoxes parsème l'univers professionnel des travailleurs sociaux. Omniprésents, ils sont trop nombreux pour que nous les abordions tous ici. Nous discuterons donc de trois thématiques les évoquant: un univers sémantique complexe, de quelques paradoxes à la profession, et les effets du milieu GMF sur l'identité professionnelle.

5.1 Un univers sémantique complexe

Lors du travail d'analyse, nous avons eu certaines difficultés à dégager des éléments signifiants de nos rencontres au sujet de nos thèmes de recherche. Comme nous le mentionnions à la section 3.4.6 Limite méthodologique, nous sommes intervenant social depuis de nombreuses années. Pour nous, les échanges que nous avons eus avec les participants relevaient d'une discussion informelle entre collègues, ressassant bien souvent des lieux communs en intervention (voir l'introduction au Chapitre 4 p.65). À ce titre, nos échanges étaient fluides, il était facile d'en comprendre la teneur et le sens global, mais ils nous

laissaient sur notre appétit, ne nous permettant pas d’emblée d’établir une base de réflexion sur la pratique en GMF selon notre canevas d’entretien. Qui plus est, certains thèmes avaient peu de résonance auprès de plusieurs participants. Peu de leurs propos étaient étayés par des référents théoriques, peu de propos étaient appuyés par une analyse structurée tant sur les fonctions que la nature du travail social dans leur nouveau milieu d’intervention que constituait les GMF.

Après plusieurs relectures des verbatims, diverses analyses sémantiques et des échanges avec notre directrice de recherche, nous avons pu dégager des éléments de sens, mais au final non dénudés de significations, à partir de ces lieux communs, à l’aide de notre cadre conceptuel.

Cette difficulté évoque bien les diverses fonctions des RP à l’exercice professionnel, mais en même temps ses limites. Les RP émanent du terrain, de l’expérimentation, elles évoquent à la fois, et en peu de mots, une analyse, une synthèse et une trame de la solution à un problème donné. Citons Étienne lorsqu’il nomme que lui et sa collègue psychologue s’attribuent des demandes de services sans avoir à faire de longue discussion, ou de recourir à une grille d’analyse. Et de façon encore plus intéressante, les nombreux référents des participants aux savoir-faire et savoir-être, sans que pour autant qu’un ou l’autre de ces savoirs ne soit décrit, et que nous n’en voyons pas nous-mêmes la pertinence de les décrire. Cette expérience dans le cadre de notre collecte de données illustre bien l’imprégnation des représentations dans l’univers social et professionnel en relation humaine, mais également l’enjeu que constitua pour nous l’adoption d’un rôle de chercheur lorsqu’on provient de la pratique. C’est un défi de se dégager des paradigmes dans lesquels notre pratique professionnelle s’inscrit, d’avoir le recul nécessaire durant l’entretien de recherche pour questionner l’évidence, malgré la préparation aux rencontres.

Les RP sont donc rapidement accessibles à ses initiés et servent de base à la communication clinique des praticiens de différents domaines professionnels. Elles se veulent pragmatiques et efficaces dans le but de repérer le problème d’une situation donnée, et permettent d’ouvrir vers des possibles, des pistes vers le changement selon des modalités convenues à l’intérieur des programmes-services. La maîtrise de ces RP et leur nuancement par l’introduction de nouveaux signifiants enrichissent les processus évaluatifs, leurs sens et la valeur relative qu’on leur accorde, tout en établissant la crédibilité de l’interlocuteur.

Citons quelques exemples : victime de violence conjugale (et non plus femme battue), itinérants (et non plus quêtes), santé mentale, trouble de personnalité limite (et non plus fou). De plus, il est maintenant

requis d'inscrire le nominatif « personne en situation de ... » devant chacun de ces termes, dans le but d'éviter la stigmatisation créée par l'association d'un jugement même clinique dirigé vers l'individu, et renvoie mieux ainsi aux contextes sociaux contributifs aux problématiques sociales. Conséquemment, les TS repéreront rapidement la présence ou non de ces mots-clés du discours d'un usager ou d'un collègue et détermineront une trajectoire de service selon le sens qu'on leur accorde. Cette trajectoire relèvera ou non de son programme-service et déterminera la suite de son implication. La demande de service pourra être accompagnée, au besoin, de modalités adaptées à chacune des situations (modalités de rencontre, lieu d'intervention, modèle d'intervention).

Paradoxalement, les mots-clés (programmes-services, catégories diagnostiques, problématiques) évoquent à la fois, par leur insertion dans le langage courant, le savoir professionnel et le jugement populaire là où se côtoient dans l'univers social les savoirs et les lieux communs, où se confrontent visées de changement et stigmatisation par préjugés. L'utilisation de termes savants dans la sphère populaire est chose courante, et leur utilisation détournée à l'emploi de propos injurieux nous en donne un aperçu¹⁶³. D'un même souffle, les frontières entre les institutions productrices des savoirs et la sphère citoyenne s'amenuisent, l'expertise est critiquée, banalisée, et l'expression d'une opinion fait acte de science et d'outil politique¹⁶⁴. Cette utilisation courante de termes savants témoigne d'une évolution de la société, de la nature des rapports sociaux en présence, de mutations démocratiques et constitue une source d'indices nous renseignant sur les noyaux centraux des représentations sociales (RS). Ainsi, lorsqu'on adresse le problème d'un individu, nous sommes teintés par nos propres RS et RP. Nous devons conséquemment tenir compte des RS associées au problème, du contexte sociopolitique en présence, des motivations de nos actions et ses effets possibles. Utiles à l'orientation des services, les

¹⁶³ « Par exemple, des termes comme “crétin” ou “idiot” ont des origines scientifiques. “Crétin” vient du terme médical utilisé pour décrire une personne atteinte de crétinisme, une condition causée par une carence en iode. “Idiot” était autrefois un terme médical pour désigner une personne avec un QI très bas » Recherche sur Bing effectuée le 2024-09-01. Termes recherchés : utilisation de termes scientifiques dans le langage populaire comme insulte.

¹⁶⁴ « L'université moderne est ainsi conçue à la fois comme une gardienne du savoir autorisé et comme un agent de changement soucieux d'interroger la validité du savoir établi. Elle est en outre appelée à servir d'instance légitime d'arbitrage des contestations » (Kumar, 2022).

« Dans le cadre d'un régime de souveraineté populaire ou d'une démocratie, le tableau devient plus complexe. Dans un tel contexte, l'Université et la sphère publique académique sont confrontées à un étrange paradoxe ; elles revendiquent une autorité morale et rationnelle en vertu de leur expertise ou d'un savoir spécialisé, mais le public – qu'elle entend servir en dernier ressort – n'est pas qualifié pour en juger. Dans les démocraties modernes, le grand public, s'il n'est pas le destinataire direct de l'Université, n'en demeure pas moins son destinataire ultime » (loc.cit.). Analyse construite par l'auteur, inspirée de l'ouvrage de Kant, « Le conflit ».

mots-clés omniprésents en interventions peuvent générer, par manque d'empathie de son utilisateur, une résistance au changement chez l'utilisateur et ainsi devenir des contenants de sens peu utiles à l'intervention. Face à une situation complexe, on doit nécessairement confronter les RP en présence à une réflexion clinique élargie au risque d'amener d'une dilution de sens dans la situation unique d'un usager.

Les RP peuvent également être une embûche à la réflexion théorique sur les pratiques, difficulté à laquelle nous avons fait face à l'échelle de ce mémoire. Cette confrontation des RP au contexte social nous apparaît être inévitable au processus de réflexion théorique, et à la construction des savoirs qui en découle.

Autre exemple de confrontation des RP en milieu GMF, un enjeu communicationnel fut évoqué par nos participants, soit des façons de faire divergentes des médecins et des TS dans la collaboration clinique. Nous avons souligné l'habitude qu'ont les MD de s'interpeller spontanément, et ce même lorsque leur confrère est en consultation (voir section 4.1.4.3). Cette habitude s'est vue questionnée par des TS nouvellement arrivées en GMF, et des mises au point ont eu lieu. Cette situation illustre bien des RP divergentes quant à la nature des rencontres, des problèmes discutés, la confidentialité des propos. Du côté des MD, ces rencontres sont axées sur la priorité à déterminer un diagnostic et conséquemment son traitement, et du côté des TS, ces rencontres sont axées sur le travail de relation, où se crée une construction de sens menant vers un mieux-être¹⁶⁵. Conséquemment, des moyens ont été identifiés afin que les TS puissent signifier leur disponibilité pour la consultation (la porte entrouverte), consultation qui ne vise pas qu'une validation d'hypothèses cliniques, mais également une réflexion sur l'importance accordée par l'utilisateur à différentes dimensions expérientielles et l'exploration d'une offre de service à définir selon divers paramètres : personne adulte ou mineure, de moins de 14 ou de plus de 14 ans, scolarisée ou non, en emploi ou en incapacité, avec risque suicidaire ou homicide, dont le besoin de changement est nommé, souhaité ou à identifier, etc. Seulement après considération de l'ensemble des éléments disponibles et leurs diverses interrelations, un positionnement clinique pourra être adopté.

¹⁶⁵ La Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux (Art. 1 chapitre R-22.1), adopté en juillet 2024, « vise ainsi à améliorer la qualité des services offerts à la population en simplifiant la circulation de tels renseignements de façon à ce qu'ils suivent les personnes qu'ils concernent dans leur parcours de soins et en permettant une gestion du système de santé et de services sociaux basée sur la connaissance des besoins des personnes et de la consommation de services ». Elle prévoit cependant une restriction à l'accès pour certaines personnes, si l'utilisateur le demande spécifiquement (art. 7 et 8).

Cela dit, il serait faux et réducteur d'affirmer que les MD ne discutent pas d'enjeux sociaux avec leurs patients ni qu'ils n'effectuent aucun travail motivationnel et d'enseignement auprès d'eux. Certains modèles cliniques médicaux adressent des pathologies dont les dimensions sociales sont importantes, tant sur les causes que les effets, entre autres la toxicomanie¹⁶⁶ et la psychiatrie¹⁶⁷. Les propos de Valérie et de Nancy illustraient bien cette fluidité de collaboration de la psychiatrie et du travail social, et la présence de RP consensuelles (section 4.1.3.2).

Ces exemples appuient le constat d'une interpénétration des concepts cliniques de diverses disciplines. Les concepts médicaux sont omniprésents dans la sphère de l'intervention sociale. La nouvelle proximité de TS auprès de MD a pu faciliter, de façon inattendue, l'acquisition de savoirs professionnels issus du domaine de la SMRH par ces derniers. Nommons à cet effet la fonction formelle d'enseignement d'Étienne auprès des MD résident en GMF-U¹⁶⁸, la reconnaissance du dévouement des MD envers leur patient par des participants, et leur travail inlassable envers leurs patients conformément aux valeurs associées au travail social (engagement, humanisme). Les savoir-faire en travail social se prêtent aisément à un apprentissage par l'expérimentation en milieu de pratique, le temps consacré à l'apprentissage en stages au baccalauréat le confirme. L'exposition des MD aux réflexions psychosociales en milieu de pratique peut influencer leur arbre de réflexion clinique par de nouveaux éléments différentiels, dont l'effet des déterminants sociaux sur la santé qui peuvent alors nuancer le plan de traitement d'un patient.

Comme le souligne Blin (voir section 2.1.4), les savoirs professionnels sont d'autant plus présents dans un domaine lorsqu'ils prennent place dans des contextes où les savoirs scientifiques ou techniques sont flous, non maîtrisés, voire ignorés. Les propos des participants illustrent bien que le « faire » et « l'être » prennent le pas sur les connaissances dans leur pratique. Le travail social professionnel peut s'inscrire dans cette catégorie de savoirs résultant de pratiques, d'une justification a posteriori d'un l'agir professionnel sous le prisme de valeurs et de prescrits professionnalisant, lesquels peuvent être

¹⁶⁶ Selon les critères de American society of addiction medecin (ASAM) <https://www.asam.org/asam-criteria> (Consulté le 2024-09-01).

¹⁶⁷ Selon le Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) (American psychiatric association, 2015).

¹⁶⁸ Ce mode d'enseignement où un TS supervise des résidants relève de modalités locales et non pas de modalités nationales.

influencés selon différents enjeux, notamment politiques : mouvements anticoloniaux, anti oppressifs, féministes ou non genrés par exemple.

5.2 Quelques paradoxes de la profession

La montée des professions de la sphère sociale s'inscrit dans un mouvement historique qui accompagna la mise en place par l'État de mesures de protection et d'assistance sociale, se substituant à l'entraide naturelle des familles et des communautés ayant relevé de la société civile depuis toujours. Il faut désormais des qualifications particulières, lesquelles sont certifiées par un diplôme, afin d'agir auprès des personnes nécessiteuses, à l'intérieur de cadres normés par l'État (Autès, 2004). Ce déclin des garants traditionnels de la probité sociale par la famille en premier lieu (Safarti Larson, 1988) a mené à la montée d'un État social, complexe et impersonnel, qui doit dès lors faire appel à des dispositifs de protection du public, dont les ordres professionnels sont un produit.

Karsz évoque un paradoxe à la racine même du travail social, par ses pratiques en périphérie des méthodes ou des prescrits dominants, s'occupant « des malades sans les soigner, de délinquants sans les punir » (Karsz, 2011, p. 79). C'est dire que le travail social centre ses actions sur les besoins en présence et peut s'insérer dans certains interstices inoccupés par les diverses normes de gestion balisant les pratiques du Domaine. À cet effet, Julien, à l'esprit curieux, nous a nommés son intérêt à travailler dans une équipe multi dans laquelle il peut tenir compte des aspects de santé dans ses interventions, sans pour autant prendre les tâches de l'ergothérapeute ou de l'infirmière, enrichissant ainsi ses actions des pratiques de ses collègues, ouvrant l'exercice du travail social à certaines altérités¹⁶⁹ de pratiques. On peut ainsi reconnaître un travailleur social aux bricolages créatifs qu'il peut mettre en place afin de résoudre un problème particulier (Soulet M.-H. , 1997).

L'idée du paradoxe pour décrire l'univers social n'est pas nouvelle. L'exacerbation des contradictions serait, selon de Gaulejac, une caractéristique des sociétés hypermodernes (de Gaulejac, 2017), à l'intérieur desquelles l'individu, du seul fait de ses qualités, de sa volonté et de ses actions, est vu comme le seul responsable de ses succès, conséquemment de ses échecs. Les interactions individu-société illustrent ici une dimension unidirectionnelle à l'action, soit l'adaptation de l'individu à un

¹⁶⁹ « Emprunt au latin tardif *alteritas*, "différence". État de ce qui est autre. L'altérité s'oppose à l'identité » (Antidote 8, 2015).

environnement où il doit s'efforcer à corriger ses fragilités. Ainsi, dans la sphère du travail, cela peut se traduire par une volonté intériorisée à devenir un employé efficient. Le système professionnel revêt d'ailleurs cette dimension de responsabilité individuelle, la pratique professionnelle étant liée à la maîtrise des compétences, à l'inspection professionnelle, à la formation en continu et aux sanctions disciplinaires. La logique marchande basée sur le profit sied bien à cette volonté de représenter les professionnels du Domaine tels de simples « ressources humaines » des grandes organisations. L'intégration forcée des TS en milieux GMF est de l'ordre de cette logique marchande, de la rentabilisation d'une ressource, de processus à optimiser selon l'analyse du moment. Mais cette logique se trouve confrontée aux visées des professionnels en travail social : le développement des communautés, la cohésion des familles et le bien-être des individus hors de logiques marchandes, d'une recherche à l'efficacité managériale théorique.

Autès va plus loin en affirmant que le paradoxe en travail social est nécessaire à son efficacité, telle une mise en rapport des situations et des pratiques, et que son instrumentalisation le rend inefficace, voire inopérant (Autès, 2004). Pensons aux protocoles cliniques, aux cadres de gestion et aux outils évaluatifs.

L'idée de travailleurs sociaux professionnels à l'accompagnement de personnes marginalisées et stigmatisées porte en soi sa part de paradoxe. L'adhésion obligatoire des TS à une organisation professionnelle basée sur une logique d'exclusion les positionne dans une logique d'inégalité. Le pouvoir et le statut que confèrent les savoirs, la maîtrise de pratiques ou de techniques (Autès, 2004), auquel s'ajoute maintenant l'exercice d'activités dites réservées et partagées par l'adhésion à une institution sociale élitiste (ordres professionnels du Domaine) génèrent une dissonance entre les valeurs du travail social et les personnes en situation d'exclusion sociale (Gusew, 2024), telle une adhésion au système de classes en présence. Cela met à mal la critique fondamentale des systèmes sociaux oppressifs dont se réclame le travail social québécois, dans la visée d'un mouvement de transformation sociale. En réaction face à ce paradoxe, la recherche d'une légitimité d'action peut s'observer par l'emploi à tout vent du concept « d'empowerment », lequel a fait l'objet de nombreuses analyses et débats au cours des années (Parazelli & Bourbonnais, 2017)¹⁷⁰. Dans cette perspective, conscients des dynamiques de pouvoir issues

¹⁷⁰ « L'ensemble de ces perspectives exprime bien l'idée selon laquelle une personne vivant une situation limitant ses possibilités d'accomplissement, d'épanouissement ou d'affranchissement et d'émancipation peut parvenir, avec d'autres, à lutter contre les obstacles à l'origine de cette limitation de façon à obtenir un changement concret. C'est alors un processus d'accompagnement spécifique qui rendrait possible une certaine appropriation de son pouvoir » (Parazelli & Bourbonnais, 2017, p. 23).

du statut professionnel, certains TS en travail social individuel opteront pour des modalités inspirées d'approches basées sur les forces de l'individu et sa capacité d'agir dans son environnement ; d'autres TS en organisation communautaire opteront pour des modalités « par et pour » les individus marginalisés, modalités issues de l'action populaire et militante, visant le développement d'un « empowerment » individuel et collectif (Ninacs, 1995).

Dans une même logique paradoxale d'affirmation identitaire, les TS organisateurs communautaires en établissement, porteurs des actions de transformation sociale, revendiquèrent la professionnalité de leur métier par la constitution d'une association, instituant un fondement professionnel à la pratique de l'organisation communautaire, qu'ils mettent en opposition à l'action collective des populations (RQIAC, 2020), (Dupéré & Foisy, 2024). Ainsi la recherche d'un statut particulier, d'une exclusivité de pratique, d'une identité professionnelle distincte, instaure des rapports sociaux inégalitaires dont ses représentants s'absolvent en affirmant une action sociale bienveillante, à visée émancipatrice¹⁷¹.

Bien que l'Ordre reconnaisse la présence de ces rapports inégalitaires dans la relation professionnelle et qu'elle met en garde ses praticiens face à ces enjeux (OTSTCFQ a, 2022), d'affirmer la professionnalité du travail social sur l'énoncé de principes vertueux et la transcendance de valeurs humanistes guidant l'activité professionnelle¹⁷² nous semble insuffisant, et ne l'absout qu'en partie de rapports sociaux inégalitaires.

Quant à leur pratique, immergés dans l'univers des soins de santé en GMF, les participants furent confrontés aux prescrits clinico-scientifiques reposant sur des protocoles de soins validés et standardisés par de nombreuses études cliniques. Parmi ces prescrits, une recherche à l'optimisation des pratiques par le recours à des outils évaluatifs s'inscrivant à l'intérieur de procédures définies. Bien qu'un libre arbitre demeure encore possible pour les professionnels du Domaine, il s'exerce à l'intérieur de paramètres institutionnels définis (accès ou non aux services, fin ou poursuite des interventions, référencement ou non vers d'autres services, l'utilisation d'outils cliniques), et prend place selon le bon jugement de chacun et leur degré d'aisance face aux situations qui sont scrutées sous une perspective clinico-administrative indissociable à l'exercice professionnel .

¹⁷¹ Voir article 2.3.2 du Référentiel professionnel (OTSTCFQ a, 2012).

¹⁷² Voir article 1.3.4 du Référentiel professionnel (OTSTCFQ a, 2012).

Exposés aux pratiques sanitaires en GMF, certains participants ont pu se questionner quant aux fondements cliniques de l'intervention sociale, confrontés notamment aux paradigmes associés au traitement médical de la santé mentale. Suite à nos réflexions, nous constatons qu'il nous faut encore qualifier de psychosociale l'intervention en travail social, même si ce terme est désormais évacué des champs d'exercice des professions du Domaine¹⁷³. On ne peut scinder l'effet des phénomènes sociaux sur le développement des personnalités et l'inverse (Blin, 1997), d'où l'importance de pratiques considérant l'un et l'autre dans l'action d'intervention.

Cet autre paradoxe des professions du Domaine dont les champs d'exercices sont désormais dissociés de la dimension psychique (exception faite des psychologues), apparaît en partie résolu par l'instauration d'une réserve de pratique supplémentaire chapeautant le Domaine, soit l'exercice de la psychothérapie. Celle-ci est conditionnelle à l'obtention d'un permis, permis qui semble désormais peu accessible par une reconnaissance d'acquis par équivalence¹⁷⁴. Cela dit, le traitement de la maladie mentale s'inscrit dans le champ de la pratique médicale, et l'organisation des services des établissements le reflète toujours : titres professionnels prévalant du domaine de la santé, de cliniques externes de psychiatrie en milieu hospitalier, de consultations psychiatriques obligatoires pour l'obtention de certains services, de la détermination d'une trajectoire de service par les psychiatres. Les approches privilégiées en santé mentale sont grandement influencées par le traitement de la maladie mentale. Les TS qui revendiquaient une expertise dans la sphère de la santé mentale par leur seule appartenance au Domaine se trouvent confrontés aux paradigmes du traitement de la maladie lesquels sont évacués des causes sociales génératrices de souffrances. Le terme consacré de « santé mentale » va bien au-delà du strict traitement d'une maladie, elle renvoie à l'équilibre de vie, l'adoption de saines habitudes là où la santé sociale d'une communauté ne peut se subsumer¹⁷⁵ à un indice de richesse et joue un rôle important à la santé de ses membres. Ainsi, la dénomination initiale du domaine de la SMRH comportait déjà une part de paradoxes à sa création, et l'influence des professions du domaine des relations humaines demeure

¹⁷³ « La sphère professionnelle est un terrain fertile pour observer les dynamiques qui se nouent entre les individus et le social par l'intermédiaire d'activités professionnelles se situant au centre des interactions entre acteurs, groupes et contexte d'exercice professionnel » (Blin, 1997, p. 58). Notons que l'approche biopsychosociale demeure une approche reconnue par l'Ordre (OTSTCFQ a, 2013, p. 14) .

¹⁷⁴ Être membre d'un ordre reconnu, détenir une maîtrise, avoir fait 760 heures de formation théorique universitaire en psychothérapie, avoir fait un stage de 600 heures.

¹⁷⁵ « Considérer un élément particulier, une idée comme faisant partie d'un ensemble plus général; considérer un fait comme compris sous une loi » <https://usito.usherbrooke.ca/d%C3%A9finitions/subsumer#etymologieTitre> (consulté le 2024-09-07).

toute relative face au monde médical, ses fondements scientifiques et le traitement pharmacologique (Collin, 2013).

De plus, l'absence de formations obligatoires sur la physiologie du cerveau, sur les psychopathologies, les théories du développement, positionne les TS en marge d'un domaine où la santé mentale est largement médicalisée. En effet, les TS ne possèdent pas les connaissances communes issues du paradigme de la maladie mentale (Caron & Chouinard, 2014), et l'absence de connaissances spécifiques de la discipline (Morin & Bergeron-Leclerc, 2024) les positionne en périphérie de la prise de décision clinique où le psychiatre détermine une marche à suivre. Il devient alors difficile pour eux de revendiquer, pourvu qu'ils le souhaitent, une expertise valide et d'adopter une posture critique des pratiques professionnelles dominantes du domaine de la santé mentale, ne disposant pas de ces connaissances ni de la crédibilité qui leur sont associées. Ce constat tend à se confirmer par les récents travaux de l'OPQ qui ne reconnaissent pas aux TS la compétence à poser un diagnostic tel que spécifié par le PL-67.

Dans un autre ordre d'idée au sujet de la formation, nous identifions une dichotomie historique dans la pratique du travail social, d'une part, issue de l'approche de *case management* avec Richmond, et d'autre part, issue d'une approche collective et communautaire chez Addams. L'idée que le travail social émergea comme une solution pratique à la résolution de problèmes sociaux, et non à son origine comme une discipline en soi (Alary, 2009), tend à se confirmer par des visées de l'action qui semblent toujours inconciliables dans l'univers professionnel anglo-saxon (Alix & Autès, 2023)¹⁷⁶. Cette dichotomie se reflète dans la structure des programmes de formation initiale en travail social au Québec¹⁷⁷, soit : 1) un cheminement axé sur l'intervention auprès des individus, des familles et des groupes, et 2) un parcours porté sur l'intervention auprès des communautés, confirmant une bipolarité de la profession. Cette dichotomie s'affirme lors de l'intégration en stage pratique qui force une orientation vers l'un ou l'autre de ces modalités générales d'intervention par le découpage des secteurs d'emploi selon ces spécificités d'actions. De plus, cette dichotomie inhérente au parcours de formation illustre cette tension au cœur

¹⁷⁶ Le débat sur l'aspect disciplinaire du travail social est toujours d'actualité en France, où il n'est toujours pas considéré comme une profession. Cette position divergente de la posture anglo-saxonne a le mérite d'ouvrir la réflexion sur les bases disciplinaires et idéologiques du travail social.

du métier, entre l'action d'assistance via les programmes-services et l'action sociale par une transformation des rapports sociaux et des institutions.

Ainsi, bien qu'on attribue au travail social l'idée de pratiques émancipatrices dans une visée de changement social, cette visée de la pratique fut peu évoquée par nos participants. Dans les faits, elle n'a pas et ne peut pas avoir cours en GMF. Pour cause, les participants ont décrit leur fonction en GMF comme un soutien à la pratique médicale, tout en facilitant l'adaptation des usagers/patients aux aléas de leurs environnements sociaux, ce qui s'inscrit en cohérence avec les pratiques professionnelles du Domaine, essentiellement individuelles.

À la lumière de ces réflexions, nous pouvons nous questionner sur l'identité du détenteur légitime des savoirs de la discipline du travail social. Suite à la formation universitaire initiale, la formation continue obligatoire des TS peut se limiter à des formations à la carte, hors des cadres universitaires, dominées par des approches psychothérapeutiques auxquelles une légitimité tacite est accordée par l'Ordre pour l'obtention des crédits annuels de formation continue en travail social¹⁷⁸, bien que l'exercice de la psychothérapie requière un droit de pratique spécifique. On constate que les seules formations continues dédiées au travail social sont de nature pratique, voire technique, et concernent l'exercice du métier. Elles se résument à l'ÉFS, la tenue de dossier, la déontologie, la protection du majeur inapte, la garde d'enfants. Elles sont exclusivement offertes par l'Ordre. Par ailleurs, dans une perspective intégrant savoir et pratique, les instituts universitaires en santé¹⁷⁹ assurent des collaborations étroites entre la pratique et la recherche, mais demeurent sous un encadrement scientifique médical.

Ainsi, nous pouvons conclure que la formation disciplinaire en travail social s'arrête à l'obtention du diplôme de 1^{er} cycle, que les contributions de la pratique à l'évolution de la discipline ne sont possibles que via des démarches de formation individuelle en 2^{ème} et 3^{ème} cycles, de la recherche universitaire indépendante ou par l'intermédiaire de projets de recherche sur la pratique professionnelle à la

¹⁷⁸ Au nombre de 60 heures de formations reconnues par l'Ordre pour une période de 2 ans (Roc, 2024).

¹⁷⁹ Institut universitaire en santé mentale Douglas, Institut universitaire SHERPA (Immigration), Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Institut universitaire sur les dépendances, Institut universitaire DI-TSA, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Institut national de santé publique du Québec entre autres.

demande, modulés par une visée de changement (Le Bossé, 2008)¹⁸⁰ inscrite au cadre professionnel. La cohérence entre la formation universitaire et les prescrits de l'exercice professionnel demeure un défi à relever (Legault, 2003) pour les praticiens. Paradoxalement, ce que nous apprenons dans le cadre du cursus universitaire et ce que nous appliquons sur le terrain appartiennent à des registres différents, l'apprentissage professionnel se moulant aux divers milieux de pratique lesquels doivent répondre aux exigences managériales.

Au registre des activités professionnelles, aucun de nos participants, à la lumière de leurs propos, ne réalise des activités réservées ou partagées, ce qui rend ces réserves d'activités peu utiles à leur pratique quotidienne. De nombreux prescrits de la profession sont pour les TS associés à des mesures de contrôles externes vis-à-vis desquels ils doivent se préoccuper au moment de l'inspection professionnelle, selon la récurrence prévue. Cependant, le code de déontologie professionnel et le code d'éthique de l'établissement semblent intégrés à leur pratique. Ils constituent des balises à l'usage des TS et précisent ses devoirs envers l'usager au quotidien, au point où le code de déontologie semble s'être dissocié des prescrits de l'Ordre dont il relève pourtant. Pour sa part, l'employeur gouvernemental, intermédiaire entre les usagers et les professionnels, demeure un tiers influent dans la relation et s'y invite fréquemment par la surveillance des prestations de services via le monitoring des charges de cas, fixant une durée brève aux mandats d'interventions. Les prescrits professionnels et les obligations de l'employé sont de nature à générer des conflits de loyauté entre les services requis pour le bien-être de l'usager selon le jugement clinique du TS, de plus en plus affaibli, et l'injonction à atteindre les standards fixés par le gestionnaire clinique, désormais porteur de l'offre de services cliniques. De ce fait, agir tel un professionnel autonome en milieu institutionnel est un défi quotidien, sollicitant une affirmation de soi professionnelle. La pratique en milieu GMF permet aux TS de se dégager en partie de cette source de tension en devenant eux-mêmes des tiers bienveillants dans l'offre de soin GMF par une pratique hors des murs de l'établissement. Ils se trouvent à être, dans ce milieu de pratique particulier par ses ententes de service, en marge d'une pleine reddition de compte des interventions envers l'employeur gouvernemental.

¹⁸⁰ « L'ampleur et l'étendue des problèmes sociaux contemporains imposent aux chercheurs et aux praticiens de mutualiser leurs efforts autour de la finalité praxéologique de « savoir pour agir/agir pour savoir ». « Si elle laisse toute sa pertinence au développement de connaissances fondamentales tout comme à l'ajustement continu des pratiques, cette finalité dessine le contour d'un espace commun indispensable à la fécondité des connaissances produites de part et d'autre » (Le Bossé, 2008, p. 160).

L'absence de références aux prescrits de l'Ordre chez les participants est-il si étonnante ? Leurs propos reflétaient ce contexte de contraintes à la pratique par l'expression d'une action nouvellement désenclavée, mais non totalement libre à l'exercice d'un métier qui, en GMF, ne s'adresse plus aux plus démunis de la société, mais aux patients d'un groupe de médecins, non plus d'une institution.

De plus, une légitimité d'action des TS en GMF n'est pas suffisamment fondée par leur seule appartenance à l'Ordre professionnel, gestionnaire des pratiques professionnelles, mais non-détenteur des savoirs. Être membre de l'Ordre signifie répondre aux exigences de la formation académiques requise à l'adhésion, et de maintenir une formation en continu hors d'un cursus académique universitaire. Ainsi, au-delà des liens formels organisationnels, une filiation idéologique est maintenue entre les TS en GMF et leurs CISSS ou CIUSSS, affirmant la poursuite du mandat de l'institution d'origine, mandat qu'ils ont fait leur, légitimant leur action extra-muros. Cette légitimité de pratique ne saurait non plus leur être conférée par leur seule association à un groupe de médecins, ces derniers n'ayant pas compétence dans la sphère sociale, bien qu'une place leur soit désignée d'office parmi les professions du Domaine, tout comme les infirmières. Ces places leur ont été attribuées non pas par filiation naturelle, mais par volonté politique, insérant les paradigmes médicaux au Domaine et un encadrement médical au système professionnel des services sociaux. Rares sont les médecins et infirmières qui revendiqueront une appartenance au Domaine, car peu signifiante à leur pratique et constituant une source potentielle de confusion quant à une identité professionnelle déjà incontestable.

Conséquemment, la poursuite du mandat institutionnel (les Services généraux) en GMF, des RS reconnues en intervention sociale et le droit de pratique conféré par l'Ordre se conjuguent pour légitimer l'exercice du travail social au sein d'une organisation médicale, hors des murs de l'institution. Cette pratique en GMF, bien que certains TS puissent la comparer à une pratique autonome, ne s'inscrit pas hors d'une relation employeur-employé ni hors d'une logique de responsabilités partagées à son exercice, caractéristiques essentielles pour l'affirmation d'une réelle pratique autonome.

Il est donc peu étonnant de constater à la suite de ces réflexions et dans l'esprit même du travail social que ses praticiens inscrivent naturellement une distance face à toute forme de prescrit. Les TS agissent dans un esprit humaniste pour soulager les problèmes individuels, familiaux ou de couple, des personnes qu'ils rencontrent en GMF ou ailleurs, en demeurant libres en intervention tout en étant membre d'un ordre, à l'écart des protocoles indispensables aux activités techniques. Une prise de position entre ce qui

est conforme (la norme), mais aussi ce qui est par nature juste fait naître des enjeux éthiques à la pratique. Afin d'intégrer une visée de l'action en tension entre normativité et éthique, il nous apparaît utile de recourir au concept de citoyenneté plutôt que d'usager en travail social, concept que nous aborderons à la section suivante en lien avec l'identité professionnelle.

5.3 Effets du milieu GMF sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux

Il est plutôt aisé de repérer les agents psychosociaux d'une équipe en établissement, ce qui n'est pas toujours empreint d'une reconnaissance professionnelle. Un esprit critique, la recherche de solution hors des cadres définis, l'indépendance d'action face à l'autorité médicale, une place prépondérante accordée aux valeurs humanistes, le flou quant à des repères théoriques standardisés peuvent expliquer ce phénomène. De plus, ce qualificatif de « psychosociaux » est revendiqué par plusieurs, membres ou non de l'Ordre, ce qui accorde une valeur centrale à ces éléments identitaires.

Dans leur prestation de service, les TS, comme tout autre professionnel des établissements, se soucient d'exercer leurs tâches conformément au cadre normatif et les différents prescrits les délimitant. Cela dit, nos participants ont clairement nommé une incompréhension du concept d'IP en lien avec la pratique du travail social, un concept flou et non relié à leur réalité professionnelle. L'IP est évoquée par Étienne comme la résultante de l'expérience acquise en intervention et la place que le milieu de pratique autorise à son expression. Il apparaît que l'exercice des tâches (activités de travail, description de tâches) et les pratiques professionnelles (activités réservées, déontologie) peuvent être compris comme des unités de sens distinctes selon le niveau d'intégration des savoirs des individus (issus de la formation initiale et continue, des formations spécifiques à l'exercice professionnel) aux actions d'intervention situées (lieux de pratique, l'encadrement clinico-administratif, les programmes-services, les politiques sociales en vigueur). L'IP résulte donc d'une adéquation des savoirs acquis du praticien aux tâches exercées, se constituant alors en pratiques professionnelles, se traduisant par une cohérence du soi (sujet) au soi professionnel contextualisé par le métier (milieu, collaborations, autonomie, clientèle). Une IP forte résulte de l'intégration de ces dimensions du soi, que l'on peut observer par des actions réfléchies et cohérentes.

Nous avons relevé un déficit de réflexion sur l'action chez les TS rencontrés dans le cadre de ce mémoire, surpassée par une réflexion pour l'action en intervention (voir section 4.2.4.2). L'analyse de situations cliniques et la détermination d'interventions à privilégier selon les normes et l'éthique peuvent émerger

de dispositifs de réflexion pour l'action que sont la supervision clinique et les communautés de pratique, si disponibles. Une réflexion sur l'action n'est cependant pas l'objectif visé par ces dispositifs, mais peut être une résultante fortuite des discussions, qui peut mener à une amélioration du service ou une consolidation de l'IP.

Nous avons par ailleurs constaté un repli vers l'intra disciplinaire chez les TS interrogés, justifié en partie par une confrontation quotidienne aux fondements théoriques distincts des professions de la santé, de pratiques éthiques et professionnelles aux visées divergentes (continuité des services de santé d'un patient versus l'autodétermination d'un utilisateur de service dans le cadre d'intervention sociale), d'un niveau d'intervention ne requérant pas une intégration des services pour les patients en GMF, là où un échange d'informations est généralement suffisant pour répondre aux besoins cliniques (pratiques par consultation et référence). Ce repli est d'ailleurs une caractéristique de l'identité professionnelle, laquelle vise à maintenir l'intégrité des pratiques par une forme d'exclusion (voir la section 4.1.3.2). Ces collaborations en parallèle se modulent à l'intérieur d'un système professionnel qui comporte des incohérences et des rapports professionnels inégalitaires: les professions à pratique exclusive¹⁸¹ versus les professions à titre réservées regroupées sur l'idée de pratiques communes, d'un encadrement des services sociaux par une gestion médico-managériale, d'une plus faible adhésion de MD aux pratiques collaboratives entre autres. Nous constatons donc que l'environnement collaboratif en GMF est conforme aux modalités déjà présentes dans l'univers des soins de santé et des services sociaux québécois.

Ce repli sur soi initié par l'intégration en milieu GMF a pu raviver des incertitudes à la pratique, le travail social ne disposant pas de ses référents théoriques propres (Alix & Autès, 2023). Par nature axés sur la création de liens sociaux et préoccupés par le vivre ensemble, les TS ont vécu intensément ce déracinement et cette mise à l'écart de leurs communautés de pratique légitimes. Cependant, ils se mirent rapidement en action afin d'établir des liens professionnels tant à l'interne qu'à l'externe des GMF. Ainsi, des rencontres de TS œuvrant en GMF ont été instaurées en établissement à leur initiative. De plus, Étienne participait à la formation des résidents médecins en GMF-U conformément à sa description de tâches et son haut niveau de rigueur et d'engagement, Valérie a relevé que des plages de

¹⁸¹ Activités incontestablement liées au titre professionnel, des expertises et des actes exclusifs tels qu'énoncés au Code.

consultation libres pour les médecins et les TS au quotidien seraient une solution efficace à la résolution d'urgences sociales imprévues. Par essais et erreurs, un équilibre fonctionnel des relations professionnelles a pris place dans le milieu de pratique, et ce mouvement initié par les TS vers l'intra professionnel a pu agir telle une boucle de rétroaction confirmant leur positionnement identitaire après le déploiement.

Deux années après l'intégration en GMF, les TS soulignaient avoir intégré certaines notations médicales moins familières. Disposant déjà de notions quant aux diagnostics de la maladie mentale, il ne fut pas fait mention lors des entrevues, d'apprentissage quant à la pharmacothérapie du domaine de la maladie mentale. Des réflexions au sujet de nouvelles pratiques professionnelles en travail social n'ont pas émergé chez nos participants. Il faut reconnaître que cette présence en GMF est en soi trop courte et récente pour que de nouvelles pratiques n'apparaissent et qu'une finalité particulière soit identifiée à l'ÉFS. À ce sujet, l'ÉFS peut aisément intégrer des dimensions biologiques, psychologiques et sociales de l'individu au concept de santé mentale pris dans sa globalité par l'idée d'une recherche d'un bien-être individuel. Le concept de santé mentale permet de faire sens des propos de certains participants au travail de prévention lié aux déterminants sociaux de la santé communs aux professions du Domaine. Soulignons que les TS ont dû avant tout négocier leur place lors de leur intégration en milieu GMF (affirmation professionnelle) par l'établissement de modalités minimales de travail afin de réaliser leurs tâches (locaux adéquats, systèmes informatiques, horaire de travail) tout en s'appliquant à légitimer leur pratique. Le tout a contribué à ce repli sur soi dans un esprit de survie professionnelle face au déracinement subit.

Malgré le faible intérêt qu'il revêt chez nos participants, le concept d'IP ne peut être relégué à un élément périphérique de la profession. Comme nous l'avons vu dans l'État des lieux (Chapitre 1) et au cadre conceptuel (Chapitre 2), le concept de l'IP occupe une place importante du discours sur la pratique professionnelle en travail social¹⁸². De plus, le développement d'une IP fait partie du Référentiel de compétence en travail social¹⁸³ et il est fréquemment énoncé telle une injonction à la pratique, au développement professionnel, à l'affirmation de la spécificité du travail social et l'agir de ses praticiens.

¹⁸² Le thème de l'IP est également présent dans le domaine de l'enseignement scolaire (primaire et secondaire).

¹⁸³ Voir article 4.1 (OTSTCFQ a, 2012).

Nous nous interrogeons sur cette récurrence de thème dans les discours de l'Ordre. Selon nos constats, l'IP en travail social repose sur l'affirmation de valeurs dites exclusives à sa pratique et de savoir-faire distincts, ce que nous avons nuancé au chapitre 4 (Analyse). Il apparaît que le concept d'identité agit tel un catalyseur des pratiques en travail social, tel l'unique médiateur de sa professionnalité au regard de ses actions selon sa formulation au Référentiel de compétence, l'identité agissant la professionnalité du TS. Dans une perspective holistique¹⁸⁴, où l'IP représente, sémantiquement et fonctionnellement, plus que la somme de ses parties (Référentiel, champ d'exercice, déontologie, éthique, programme-service, lieu de pratique), cette identité revêt une valeur intrinsèque, insécable et difficilement appréhendable par la difficulté à en saisir ses tenants et aboutissants (voir citation de Sorel à la p.15). Ainsi, un sens singulier, mais imprécis est attribué à l'IP des TS, sens qui ne revêt pas la même centralité pour d'autres professions. Au demeurant, il est pour ces autres ordres professionnels un terme peu investi, voire inexistant.

Dans une perspective de construction identitaire, les injonctions à une affirmation identitaire par l'Ordre, par et pour ses membres, sont une affirmation revendiquée pour soi en tant qu'institution, mais pour autrui au regard de ses membres. Cette injonction identitaire est donc perçue comme externe par eux et visiblement dénudée de sens à leur pratique suite à nos entrevues. À cette identité pour autrui transmise par l'Ordre s'ajoutent des représentations sociales attribuées, entre autres, par leur implication traditionnelle dans les services à l'enfance et la jeunesse¹⁸⁵, l'impact social des actions d'exception qu'ils déploient (retrait du milieu familial et placement par mesures légales), également par l'accompagnement traditionnel offert aux plus démunis sollicitant la compassion d'autrui. Les TS ont, encore à ce jour, de la difficulté à se départir des RS négatives qu'ils leurs sont attribuées, bien qu'ils tentent de revendiquer une identité pour soi positive, diversifiée par les clientèles desservies et nuancée par ses actions et ses collaborations.

Cette revendication identitaire par l'Ordre s'inscrit en continuité de l'affirmation historique d'une pratique professionnelle distincte du travail social (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du

¹⁸⁴ « En sociologie, schématiquement, l'holisme considère la société comme une entité propre "englobant" les individus et les déterminant pour une large part. C'est la conception qu'on prête en général à Émile Durkheim pour l'opposer à l'individualisme méthodologique, selon lequel l'individu est premier dans la constitution du social » (Dortier, 2013, p. 165).

¹⁸⁵ Le nombre d'activités réservées et partagées attribué à cette catégorie est d'ailleurs prédominant (7/9).

Québec, 1999), prenant place dans le grand jeu de la concurrence des expertises et de la pérennité des organisations professionnelles¹⁸⁶. Cette concurrence est restreinte au Québec par divers dispositifs gouvernementaux : encadrement de la publicité des professionnels, critères ouvrant à la constitution d'ordres professionnels entre autres. Il serait naïf de croire que les divers ordres, regroupés sous un même domaine, ne tentent pas d'acquérir une notoriété auprès du public dans le but de faire reconnaître leur expertise professionnelle et d'attirer de nouveaux candidats à la profession.

De plus, de tronquer l'évaluation psychosociale, symbole historique de cette spécificité identitaire basée sur l'expertise (Masson, 2012) par une évaluation du fonctionnement social¹⁸⁷, terme peu présent à la pratique jusqu'à l'adoption du PL-21, et d'être amalgamé au groupe des professions à titre réservé sur la base d'une communauté d'activités et de pratiques (voir Annexe I) suscitèrent des réactions d'incompréhension chez les TS au moment de l'entrée en vigueur du projet de loi. Depuis ces années, par l'arrivée de nouveaux membres et d'une oblitération, volontaire ou non, des revendications historiques d'une époque¹⁸⁸, l'identification « pour autrui » issue du champ d'exercices inscrit au Code semble suffisamment satisfaisante pour les TS afin de s'affirmer professionnellement et légitimer leur action, action tronquée des interactions du psychique et du social à la pratique, maintenant dédiée au travail de psychothérapie. Ce positionnement idéologique est en soi une reconnaissance implicite d'une absence des connaissances et des compétences requises des professions du Domaine, exception faite

¹⁸⁶ Andrew Abbott, sociologue de l'école de Chicago, énonce que les compétences des groupes professionnels sont soumises aux contingences historiques et culturelles, et qu'elles font l'objet de luttes d'un groupe professionnel à l'autre. Les compétences doivent être acquises, pour une période donnée, afin de « se faire reconnaître la légitimité exclusive d'exercer, dans un champ spécifique d'activité » (Dubar & al, 2011, p. 176), reconnaissance qui s'inscrit dans une législation.

La formation universitaire en travail social québécois a fait l'objet d'une recommandation d'abolition par la Commission Castonguay-Nepveu en 1972 afin qu'elle soit offerte au niveau collégial, et qu'une formation universitaire multidisciplinaire aux secteurs du développement social soit instituée (Deslauriers & Turcotte, L'évolution du travail social québécois à travers les commissions d'enquête, 2024).

¹⁸⁷ La notion de fonctionnement social était déjà présente dans les discours de l'Ordre, mais n'était pas, jusqu'alors, investie dans ses pratiques. Il a été initialement proposé comme objet d'étude (Alary, 2009) et à la définition de l'acte professionnel en travail social (Michaud, 2000).

¹⁸⁸ Le chapitre portant sur « Le travail social et le système professionnel québécois » de l'ouvrage « Introduction au travail social » est éloquent à cet effet. Il a été écrit par des représentantes de l'Ordre lors de ses éditions 2, 3 et 4, donnant une perspective corporatiste à la profession. La plus récente version met une emphase sur l'encadrement de la profession et la disciplinarisation de ses membres suite au décès de la fillette de Granby en 2019. Cette dernière édition rejoint certains constats de ce mémoire.

des psychologues dans une certaine mesure, pour joindre le social et le psychique à la compréhension du phénomène humain.

Nous avons soulevé que l’affirmation professionnelle des participants s’appuie sur les dispositifs encadrant la pratique (poste d’emploi, l’éthique et la déontologie) et lui autorisant l’accès (diplomation, adhésion à l’Ordre), mais que l’IP en travail social relève d’une affirmation de soi professionnelle, d’un individu réflexif naviguant parmi ses expériences, ses savoirs personnels et professionnels, lesquelles viennent moduler et supporter l’action et l’identité¹⁸⁹. Ainsi, les TS s’en remettent à leurs expériences, leur jugement, le repérage de concepts théoriques, les valeurs prônées, des savoir-faire et des savoir-être pour réaliser une intervention suffisamment conforme aux divers prescrits et attentes. Plusieurs propos de nos participants évoquaient ce constat : une dimension vocationnelle attribuée à la profession (entendue comme un engagement personnel à la pratique), le bricolage d’approches cliniques, une méconnaissance du concept d’IP, l’ignorance des référentiels professionnels, un désinvestissement à la collaboration interprofessionnelle et l’absence d’une formation continue disciplinaire. Cette réflexivité exacerbée autour de l’affirmation de soi ne serait pas envisageable pour les professions de la santé, ou toutes autres professions où prévalent des modalités technologiques. Les patients feront confiance, ou non, à une médecin, une infirmière, une nutritionniste agissant selon des protocoles scientifiquement établis, et ce bien que la quasi-totalité des patients n’en comprennent pas les tenants et aboutissants par la complexité des connaissances qu’ils requièrent. Il faut tout de même reconnaître que des valeurs personnelles peuvent influencer l’intervention professionnelle proposée, et ce, même si des moyens technologiques et des traitements pharmacologiques peuvent être facilement déployés pour les patients¹⁹⁰ par les professionnels détenteur d’un droit de prescrire.

Alors que d’autres professions du Domaine ne mettent peu ou pas d’emphase sur l’IP, nous avons soulevé que la nature même du travail social est polymorphe, multi racinaire, transactionnelle et que la professionnalité du travail social québécois se fonde sur un ensemble de valeurs humanistes, de méthodologies d’intervention exclusivement compréhensive, dans une visée de transformation sociale. Ainsi, la nature même du travail social professionnel québécois génère cette injonction à une quête

¹⁸⁹ Voir article 1.3.3 du Référentiel de compétences (OTSTCFQ a, 2012).

¹⁹⁰ Pensons aux modalités de traitement des dépendances où un médecin peut refuser de prescrire une médication pour le traitement des symptômes de sevrage, en affirmant que la volonté seule suffit pour réussir. Cela est en soi paradoxal alors qu’il y a consensus quant au traitement de la toxicomanie comme pathologie.

identitaire pour soi qui ne peut, en soi, être satisfaisante par la diversité qu'elle porte, par des visées d'action distinctes (services sociaux versus transformation sociale, intervention individuelle versus action collective) et les paradoxes du système professionnel québécois (positiviste, fonctionnaliste, individualiste, inégalitaire) dans lequel la pratique du travail social s'insère.

Il apparaît également que la relation est à la fois l'objet de l'intervention et le moyen prépondérant des professions du Domaine (excluant audiologiste, ergothérapeute, orthophoniste, infirmière et MD), et plus spécifiquement en travail social. Le TS, par la relation, permet l'exercice réflexif d'un individu ambivalent face à un choix à faire, à l'expression d'un besoin de protection, à l'adoption d'une trajectoire de vie ou d'une résolution à son problème en société (l'environnement social). Ainsi, les termes « usagers » ou « clients » dans l'exercice du travail social nous apparaissent réducteurs, limitatifs et foncièrement faux par rapport aux visées de l'action en travail social.

Bien que le travail social professionnel pratiqué en GMF et en établissement ne puisse agir selon une visée de transformation sociale, il adresse néanmoins des dimensions symboliques de la relation (prise de parole, subjectivation, socialisation, création du lien social), dans une logique de droit (respect, adaptation du droit aux situations particulières, prise de position entre normativités et justice) (Autès, 2004), (voir section 1.5.3). Le travail social adresse ainsi une dimension citoyenne au cœur des relations, des relations d'un individu en société, de l'inclusion et de l'exclusion de groupes sociaux, d'un vivre ensemble bousculé par des transformations sociales incessantes (les politiques sociales, économiques et juridiques changeantes, monté de l'individualisme) (Dortier J.-F. , 2013; Janoski & Compion, 2015).

Cette dimension citoyenne est facilement appréhendable en sociologie clinique (de Gaulejac, 2019) qui évoque à la fois le psychique, le social, leurs multiples niveaux relationnels imbriqués et indissociables. La sociologie clinique permet l'articulation de concepts théoriques sociologiques centraux du travail social, tout en s'appuyant sur des concepts théoriques et méthodologies propres à la psychanalyse, reliant individu et société en vue d'une compréhension du phénomène humain et une résolution de problèmes sociaux. De plus, les repères théoriques qu'offre la sociologie clinique permettent de dégager les travailleurs du social des concepts psychopathologiques de la maladie mentale qui ne posent un regard

que sur le patient, sur un dysfonctionnement du cerveau qui peut résulter d'une exacerbation par l'environnement, déclencheurs de la maladie selon une explication fonctionnaliste¹⁹¹.

Des pratiques d'intervention basées sur les connaissances sociologiques sont toujours possibles¹⁹², mais ceux et celles qui souhaiteraient les mettre en application devront leur tailler une place dans l'univers des pratiques professionnelles nord-américaines où leurs référents se fondent sur le positivisme, le fonctionnalisme, le psychopathologique et, plus localement, une segmentation inégalitaire des domaines professionnels auquel le Code des professions québécois souscrit. Malgré l'importance et la centralité qu'on lui accorde, l'IP en travail social demeure un concept flou, difficilement conceptualisé par ses représentants et peu investi par ses praticiens de toute provenance, dont nos participants en GMF. Il revêt la forme d'une injonction paradoxale, celle d'être un professionnel accompli tout en évoluant dans une construction identitaire incessante à l'intérieur d'un univers social en perpétuel changement¹⁹³. Cette construction identitaire inachevée résulte de l'expérience professionnelle, d'une réflexion nécessairement dialogique sur l'action à laquelle se soumet librement un TS en exercice, pourvu qu'il le veuille bien. Bien que nous puissions établir les pourtours de l'IP, son apprentissage est un projet en soi, projet qui ne peut être relevé qu'au quotidien des rencontres, de la confrontation du sens des actions aux nombreux paradoxes de l'univers professionnel qu'est le nôtre.

¹⁹¹ « En psychologie, l'approche fonctionnaliste consiste à identifier les états mentaux par ses relations avec l'environnement mental ou non mental et non par leur support ontologique » (Magni Berton, 2008, p. 316). Ontologie : « Étude de l'être en tant qu'être, indépendamment de ses déterminations particulières » (Antidote 8, 2015).

¹⁹² Le programme de baccalauréat en psychosociologie des relations humaines est offert à l'UQAR, mais ne donne pas accès au système professionnel. <https://www.uqar.ca/programmes-domaines-etudes/baccalaureat-en-psychosociologie-des-relations-humaines/>. Un cours de Psychosociologie était offert en 2017 à l'Université Laval au département de sociologie.

La pédiatrie sociale et la psychiatrie sociale sont des pratiques spécifiques à l'intérieur de leur discipline.

¹⁹³ « Les travaux de Paul Ricœur, notamment son ouvrage synthèse *Soi-même comme un autre* (1990), permettent de bien voir l'apport d'une approche clinique dans le travail d'écoute et d'interprétation des récits de l'autre, dans l'action, dans les interactions, mais aussi de l'autoanalyse de soi dans le rapport au monde comme fondement d'une construction identitaire jamais achevée » (Fortier, 2018, p. 5).

CONCLUSION

Dans cette section, nous résumerons les principaux constats de cette recherche et les conclusions auxquelles nous sommes venus, en nous efforçant de les contextualiser au système professionnel québécois. Nous présenterons également quelques des pistes de réflexion sur les représentations de l'identité professionnelle des TS, et des pistes de réflexion quant à des thématiques de recherche à explorer.

Nous avons entrepris notre travail exploratoire en situant les professions sous trois formes sociohistoriques européennes balisant les formes initiales des professions occidentales modernes. Dans un second temps, nous avons décrit trois modèles d'analyse sociologique des professions nous permettant de définir leur nature et leur fonction. Notre état des lieux s'est poursuivi par l'exploration du phénomène identitaire, et plus spécifiquement la constitution des identités professionnelles. Notre regard s'est par la suite posé sur le travail social professionnel québécois, la fonction des référentiels de compétences l'instituant et les particularités du travail social comme discipline. Nous avons fait quelques constats quant aux effets de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en Groupes de médecine familiale sur leurs représentations de l'identité professionnelle, en mettant à l'épreuve les représentations professionnelles des 9 participants aux notions théoriques présentées.

Nous relevons que les savoir-faire et les savoir-être sont mis en avant-plan par les TS comme des éléments centraux à l'exercice professionnel, sans qu'ils ne précisent pour autant leur nature ou leur spécificité, ni qu'ils puissent en tirer de conclusions sur une modulation de l'IP. Cette IP n'a pas été questionnée ni redéfinie suite à leur intégration en GMF, le repli sur soi agissant tel un mécanisme protecteur, une action identitaire en soi. Nous avons soulevé que les TS prennent une distance réflexive face aux prescrits de toute nature et de toute origine, que cette distanciation leur permet d'agir singulièrement face à une situation donnée, selon leur jugement¹⁹⁴.

Bien que l'identité revêt une fonction médiatrice des savoirs à l'exercice professionnel et qu'elle est une marque distinctive à l'exercice de la profession selon l'instance régulatrice, les propos des participants

¹⁹⁴ Nous omettons ici d'inscrire « jugement professionnel », car, comme nous l'avons vu, le jugement professionnel des TS intègre une large part de l'expérience personnelle, d'une affirmation de soi dans son expression. De plus, l'absence de formation disciplinaire continue à la profession sollicite cette réserve de notre part.

évoquent une notion floue, mal définie et peu signifiante quant à leur pratique professionnelle. L'exercice du travail social, selon leurs propos, s'énonce tel un référentiel de tâches issues des programmes-services de l'établissement. Le mandat de la Direction des Services sociaux généraux auquel les TS adhèrent sont, pour plusieurs d'entre eux, un élément distinctif, voire identitaire légitimant leur pratique du travail social hors des murs de l'établissement. Ainsi, les TS déploient des services en GMF à titre d'employés mandatés par l'État, ce qui est foncièrement exact, et leur pratique professionnelle s'en trouve imprégnée. La déontologie et l'éthique viennent baliser l'exercice professionnel sans qu'on évoque pour autant l'établissement-employeur comme un tiers influant dans la relation. On constate que des zones grises sont présentes quant à l'application du Code des professions par l'établissement-employeur, par l'emploi de certains types de professionnels en établissement (les postes d'ARH membre ou non d'un ordre, ou de Spécialiste en activités cliniques¹⁹⁵).

Selon nous, l'IP en travail social résulte de l'adéquation des savoirs (issus des connaissances et des pratiques) de l'intervenant aux tâches exercées, se constituant alors en pratiques professionnelles, se traduisant par une cohérence du soi (sujet) au soi professionnel contextualisée par le métier (milieu, collaborations, autonomie, clientèle). Une adhésion à la forme professionnelle de l'action peut alors s'opérer. Une IP forte peut se constater par le niveau d'intégration de ces dimensions, qui s'observe par des actions réfléchies et cohérentes. Nous avons soulevé que le travail social professionnel relève d'une affirmation professionnelle de soi, d'un individu réflexif recourant à son jugement, appuyé de ses expériences et ses savoirs de toute nature, pour comprendre et déployer des actions à visée correctrices (conscientisation du potentiel, cohérence cognitive, reconfiguration des expériences passées et d'émotions négatives persistantes) ou éducatives face à un problème, dans le souci d'une forme d'émancipation. L'IP n'est certes pas une compétence enseignée ni un savoir à maîtriser. Elle s'enrichit de l'expérience issue de la pratique, d'une nécessaire réflexion intégrant à la fois des dimensions

¹⁹⁵ « Le spécialiste en activités cliniques participe à l'évaluation et à l'analyse des besoins des patients, à l'élaboration des normes et standards de pratique professionnelle et à la recherche de solutions appropriées. Il agit dans le but d'améliorer la qualité des actes professionnels. Le spécialiste en activités clinique contribue à l'appropriation des orientations cliniques, des modèles et des approches d'intervention. Il soutient et supervise les intervenants dans l'application du processus clinique. Il participe au développement des pratiques professionnelles et des compétences cliniques. Au besoin, il peut être appelé à développer et à offrir des contenus de formation. <https://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/specialiste-en-activites-cliniques> (consulté le 2025-06-29) .

Les SAC occupent, depuis la création des CISSS et CIUSSS, le rôle d'encadrement et de support clinique aux employés, professionnels ou non, ce qui laisse désormais aux chefs de service de ces mêmes équipes un rôle de gestion.

personnelles (curiosité, capacité réflexive, mise à l'épreuve de soi, communication) et professionnelles (diversité des méthodologies d'intervention, des pratiques, des milieux, des clientèles, des collaborations). L'IP est donc une manifestation de la réflexion pour l'action. Nous avons cependant mis en évidence un déficit de réflexion sur l'action des participants à la faveur d'une réflexion en action, déficit que nous pouvons lier à l'orientation essentiellement pratique de la profession, d'injonctions intériorisées à l'efficacité des activités et des services professionnels, à l'absence de formation continue disciplinaire.

Nous constatons qu'une visée de transformation sociale telle qu'énoncée par l'instance régulatrice selon le principe de justice sociale ne peut se réaliser par des pratiques individuelles, lesquelles caractérisent les professions du Domaine inscrites au Code. Un élément historique nous éclaire quant à la diffusion de l'IP, il apparaît résulter d'un amalgame sous un même titre professionnel de modalités divergentes de l'action (méthodologies individuelles et méthodologies collectives) à des finalités distinctes (adaptation individuelle vs transformation sociale), conférant des attributs professionnels de l'un aux attributs professionnels de l'autre, sans pour autant que l'un ou l'autre ne fasse siennes ces modalités. Ainsi, les pratiques individuelles à l'exercice du travail social se voient mises en tension par l'injonction à une action sociale, peu applicable en intervention individuelle, sous le principe de justice sociale. De plus, l'action communautaire exercée par les OC en établissement, TS ou non, est une pratique hybride qui tente d'une part, sous les contraintes gouvernementales issues de la NGP, d'adapter les politiques sociales aux revendications issues des communautés, et d'autre part, d'accompagner les initiatives des communautés à l'intérieur des programmes sociaux existants contribuant ainsi au flou identitaire d'une action sociale émancipatrice¹⁹⁶. De ces RP implicites résulte une identité paradoxante pour soi (les TS), attribuable aux prescrits sur la profession (instance régulatrice), et non d'une authentique identité pour soi revendiquée par les TS en pratique individuelle selon les finalités de leur action. Le champ d'exercices inscrit au Code nous semble mieux convenir à une revendication identitaire pour soi des pratiques

¹⁹⁶ La revendication d'un financement étatique à la mission de base d'organismes communautaires (Programme de soutien aux organismes communautaires), financement se substituant aux dons provenant historiquement de communautés religieuses, est en soit paradoxal à une revendication à l'autonomie, par une reddition de compte qui leur est exigée à l'atteinte d'objectifs.

individuelles en travail social, de pratiques cliniques dont la dimension sociale de la discipline semble se moduler¹⁹⁷ à un processus d'adaptation individuel (voir p 32 sur le champ d'exercices en travail social).

Il serait faux d'affirmer que les TS ne portent pas une identité professionnelle même si elle demeure imprécise et peu investie au premier regard. On peut l'amalgamer à une identité générique d'acteurs sociaux, professionnels ou non, pour qui les tensions issues des relations individu/société sont la trame de fond des problèmes, où les principes de la recherche d'une plus grande justice sociale et d'un mieux-être individuel et collectif sont des moteurs de l'action. Conséquemment, le concept de citoyenneté en travail social pourrait revêtir, si conceptualisé et investi, une valeur centrale pour ces acteurs sociaux, professionnels ou non, celui d'un sujet de droit à l'intérieur d'un univers social désormais globalisé, d'un regroupement d'acteurs sociaux mobilisés autour d'un projet de « resolidarisation » d'individus dans sa communauté, libérés des représentations sociales de l'usager docile, d'un consommateur de services.

Par ailleurs, l'exercice d'activités professionnelles réservées et partagées ne peut être en soi la source d'une revendication identitaire pour les TS, du fait même de leur partage avec d'autres professions, et d'une logique d'actions fondées sur la notion de vulnérabilité sociale, d'une incapacité temporaire ou permanente à l'autonomie¹⁹⁸, selon la forme idéalisée de la maîtrise de soi issue la Modernité, fondement incontesté des sociétés occidentales qui contribue, au final, au maintien des inégalités (voir p. 153).

L'ÉFS, quant à elle, devient l'évaluation à utilisation restreinte des TS dans les situations à risque de préjudices selon le principe fondateur de protection du public (en soi vulnérable), socle identitaire et exclusif des professions, assurant du même coup leur pérennité. Les instances régulatrices veulent assurer cette protection du public en agissant en amont par la formation continue de leurs membres, en cours d'activité par des soutiens ponctuels et des directives, et en aval par la disciplinarisation. Ce principe fondateur de protection du public demeure bien relatif (voir Annexe E), de nombreux non-professionnels interviennent durablement auprès de nombreuses clientèles dites vulnérables sans pour

¹⁹⁷ « Faire varier d'une manière souple pour adapter aux conditions du moment, aux circonstances, aux cas particuliers » (Antidote 8, 2015).

¹⁹⁸ « La conception de l'individu entrepreneur de lui-même, responsable et autosuffisant, qui constitue la norme et l'idéal de nos sociétés occidentales » (Maillard, 2020, p. 44).

autant qu'il y ait des encadrements particuliers l'assurant¹⁹⁹. Paradoxalement, la seule activité réellement réservée du Domaine, l'évaluation du majeur inapte, est rejetée par les TS en GMF, milieu qui regroupe pourtant les évaluateurs des dimensions de la santé (MD) et les évaluateurs des dimensions psychosociales (TS), confirmant une césure de statut entre le patient GMF et l'utilisateur de l'établissement, affirmant ainsi la primauté du mandat et des tâches des SSG pour les TS, la primauté du statut d'employé salarié sur le professionnel, la primauté de l'exercice de tâches aux pratiques d'un professionnel autonome en exercice.

Nous constatons que le système professionnel québécois est un mécanisme de gestion de l'offre professionnelle. Appliqué au domaine de la SMRH, ce regroupement se voulait être une solution cohérente à l'intégration de métiers fondés sur des référents disciplinaires et scientifiques définis comme communs, mais fondamentalement distincts. Cette solution est visiblement imparfaite quant aux revendications à la professionnalité de certaines disciplines. La professionnalité dont se revendique le travail social québécois s'énonce d'une façon singulière, sur la base de valeurs fondatrices, en cohérence des énoncés d'associations internationales en travail social. Conséquemment, le domaine québécois de la SMRH nous apparaît porteur d'incohérences, d'inégalités, et soumis implicitement aux paradigmes médico-managériaux depuis sa création. Bien que ce système fasse l'objet de « modernisations » ponctuelles selon les contraintes socioéconomiques du moment, la position marginale du travail social à l'intérieur de ce système sied bien à son intention d'une affirmation distinctive de sa pratique, tel qu'elle peut s'observer au quotidien dans les milieux de travail.

Nous avons par ailleurs constaté l'absence d'études sur le système professionnel québécois, qu'elles soient issues du domaine légal ou des disciplines sociales, professionnalisantes ou non. Il apparaît que le paradigme fonctionnaliste soit une trame unificatrice qui apporte des réponses satisfaisantes et efficaces à ce qui préoccupe en premier lieu les individus et les instances gouvernementales, soit une offre de services de santé et de services psychosociaux qui répondent à des besoins criants, dans l'ici et maintenant, selon les choix politiques et économiques du moment²⁰⁰. Nous constatons que chaque ordre

¹⁹⁹ L'intégration des techniciens aux instances régulatrices professionnelles déjà existantes apparaît être une solution pratique et réaliste à l'atteinte du principe de protection du public, les fondements disciplinaires étant communs aux deux catégories d'emploi.

²⁰⁰ Que fait-on de l'intérêt des usagers dans l'exercice professionnel ? Cet intérêt est relégué à la sphère politique, aux groupes d'intérêts, aux ordres professionnels selon l'agenda du moment.

professionnel vise sa pérennité par le maintien de son champ d'exercices exclusif, et favorise le maintien d'un statu quo organisationnel qui ne semble pas être remis en question par ses membres. Mais le domaine de la SMRH demeure incohérent par sa nature comme nous venons de le décrire. Ainsi, le système professionnel comme objet de recherche nous apparaît être un sujet fécond aux réflexions en travail social du fait que tous deux joignent l'éthique au politique, le social à l'individuel, les compétences et qualifications, et représentent une modélisation des rapports sociaux. Il serait intéressant de situer les systèmes professionnels dans lesquels s'inscrivent les professions des relations humaines et de la santé mentale au plan international (pourvu que ce regroupement existe ailleurs), et plus particulièrement le travail social, en vue d'explorer le niveau d'autonomie professionnelle autorisée par les paramètres juridiques en vigueur²⁰¹.

Le domaine de la SMRH est déjà en mutation et d'autres transformations sont à prévoir. La pénurie de main-d'œuvre, les besoins criants des populations appellent à une modification des activités réservées et partagées basée sur la vulnérabilité des personnes et la complexité des éléments d'évaluation à maîtriser. Un bon nombre d'activités réservées et partagées font déjà l'objet d'acquisitions spécifiques pour les personnes éligibles, et sont offertes par les instances régulatrices et les établissements où elles ont cours, car elles relèvent de l'activité professionnelle : l'évaluation du majeur inapte, les évaluations relevant des lois sur la protection de la jeunesse ou du système pénal, de l'évaluation en matière de garde d'enfant, de l'utilisation de mesures de contention et d'isolement. Il serait intéressant qu'un travail de recherche sociologique soit mené afin de conceptualiser le système professionnel québécois au-delà des critiques récurrentes sur les incohérences de la gestion gouvernementale²⁰². Le principe de la protection du public qui fonde le socle des ordres s'inscrit de façon incomplète et conséquemment incohérente face à l'ensemble des services offerts par les employés de l'État, professionnels ou non²⁰³. Le système académique professionnalisant mériterait d'être questionné à la lumière de ces constats. À cet effet, une

²⁰¹ Voir les recherches de (Javelin, 2009), et (Deslauriers & Hurtubise, 2005).

²⁰² À écouter l'entrevue de Nicolas Sallée, sociologue à L'Université de Montréal, sur les ratés du système des services sociaux quant à l'aide apportée aux jeunes de la DPJ dans la foulée des abus ayant eu lieu à la Cité-des-Prairies <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/les-faits-dabord/segments/rattrapage/1889330/scandale-sexuel-au-centre-readaptation-cite-prairies>.

²⁰³ Voir <https://www.ledevoir.com/societe/822404/allegations-visant-educatrices-centre-jeunesse-cite-prairies-sous-enquete> (consulté le 2024-10-25).

question demeure, avons-nous un système de formation qui permet une utilisation optimale, cohérente et respectueuse de tous les diplômés formés?²⁰⁴

Nous avons relevé une césure entre la formation académique de la discipline du travail social et l'apprentissage professionnalisant du métier par stages d'une part, et l'exercice de la profession du travail social en établissement d'autre part. On peut déduire que la formation disciplinaire académique vise la formation de « têtes bien faites », de novices à la profession que l'on veut réflexifs et critiques, s'initiant à la pratique par l'acquisition de certains repères conceptuels, sociologiques et normatifs, mais distincts des référentiels de tâches des programmes-services. Quant à la formation pratique, elle s'organise autour d'activités dans le milieu supervisées par des TS professionnels, par des séminaires, des stages en milieu académique, d'écrits réflexifs sur la pratique, le tout encadré par des enseignants/chargés de cours membres ou non de l'Ordre. Il faut bien admettre que les TS accrédités par l'institution universitaire à titre de superviseur exercent dans le cadre des programmes-services d'établissements lesquels modèlent l'exercice professionnel, lorsque ces milieux sont choisis par l'étudiant²⁰⁵ (voir citation p.72 de Couturier et Belzile qui critique le sens commun des intervenantes) . Bien que l'ÉFS soit commune aux différents milieux de pratique pour les TS, la maîtrise du processus d'évaluation et d'interventions est aussi fonction du référentiel de tâches des différents secteurs cliniques en établissement, et module conséquemment l'ÉFS au référentiel de tâches des programmes-services²⁰⁶.

²⁰⁴ La formation qui mène au titre de psychologue exige l'obtention d'un doctorat, auquel la grande majorité des bacheliers n'ont pas accès, terminant leur parcours sans une formation qualifiante à l'emploi. Cette impasse perdure depuis plus de 40 ans, depuis l'obtention obligatoire d'une maîtrise clinique à l'exercice de la profession. Le baccalauréat en psychologie est une formation axée sur l'acquisition de nombreuses connaissances issues de la discipline, mais ne comportant aucun stage pratique.

²⁰⁵ Il est maintenant possible de voir un effet inattendu de la pénurie de main-d'œuvre, par la présence d'étudiants au baccalauréat en travail social déjà en emploi dans certains services des Centres jeunesse. On peut observer des biais à l'apprentissage en stages (voir la mise en garde p.72) par l'influence prégnante des RP de ce milieu de travail, caractérisées par l'omniprésence de la violence et des rapports de pouvoir dans l'univers professionnel. Rappelons que la loi sur la protection de la jeunesse invalide les droits individuels, disqualifie les parents fautifs et confie aux tribunaux l'avenir des jeunes. De plus, l'article 35 garantit une immunité des représentants des Centres jeunesse dans l'exercice de leurs fonctions, lorsqu'accompli de bonne foi (voir Une poursuite de 1.5 million \$ contre la DPJ Mauricie-Centre-du-Québec <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2178607/poursuite-dpj-mauricie-centre-quebec>).

²⁰⁶ Certains postes de TS en établissement sont exemptés de produire une ÉFS car la nature de la tâche et certaines contingences organisationnelles s'y prête mal (systèmes informatiques, division du travail, disponibilités des informations concernant l'usager).

Nous avons cité une étude qui relate un questionnement identitaire chez des médecins québécois (voir section 1.7.3) suscité par une offre accrue des services psychosociaux en réponse au mal-être des personnes sous diverses formes, lequel imprègne nos sociétés individualistes et consuméristes²⁰⁷. Afin de poursuivre une réflexion sur l'identité et les milieux de pratique en GMF, il serait à propos de recueillir les RP des MD en GMF quant à leur rôle traditionnel de garant de la santé des populations, du travail de collaboration interdisciplinaire à l'œuvre et l'effet des pratiques psychosociales de divers professionnels en GMF sur l'IP des MD et leur pratique. Cette étude permettrait d'identifier des RP centrales de la pratique médicale, de cibler des interfaces facilitant la collaboration interprofessionnelle sous une perspective décentrée des paradigmes médico-managériaux qui caractériser les modèles collaboratifs que nous avons cités dans ce mémoire. Ainsi, au lieu de ne recourir qu'à une visée fonctionnaliste de la collaboration, l'exploration d'approches décentrées du paradigme dominant serait un ajout intéressant à la réflexion pour l'action des professions sous d'autres perspectives, plus près des approches du Care (Noël-Hureaux, 2015).

Comme nous le mentionnons, les propos des participants illustraient bien que le « faire » et « l'être » prennent le pas sur les connaissances dans les pratiques, sans pour autant qu'ils puissent les décrire tant leur prégnance est grande. Il serait intéressant, dans le cadre d'un travail de recherche, d'accorder une attention particulière à ce noyau central de la professionnalité du travail social tel qu'évoqué par eux. En quoi ces savoirs sont-ils distincts des savoirs communs évoqués par d'autres professionnels, par des non professionnels en milieux communautaires, et en quoi ils constitueraient un élément distinctif de la pratique professionnelle en travail social? Où bien s'agit-il simplement de mots-valises, d'un concept utile dont la simple évocation est en soi suffisante à l'explication de la professionnalité du travail social? Conséquemment, pourquoi les connaissances issues de travail social semblent-elles moins utiles en intervention que les savoir-être et les savoir-faire?

²⁰⁷ « La reconnaissance pour la contribution sociale (Honneth, 2000, 2008) exprimée par l'appréciation dans une éthique du don de soi et de la gratitude (Ricœur, 2004) est remplacée par une reconnaissance par l'admiration (Voswinkel, 2007) dans un monde du travail subjectivé et compétitif, admiration à laquelle tous n'ont pas accès, surtout lorsqu'il s'agit d'un travail invisible, ingrat ou axé sur le don de soi (Fortier, 2015). Dans ce contexte, le temps n'est plus uniquement une ressource, mais aussi un enjeu de lutte et de pouvoir et les pressions temporelles qui accompagnent la course à l'excellence et le culte de la performance se détachent du temps réel des activités de travail et de leur lien avec l'accomplissement des missions » (Fortier, 2018, p. 13) .

La notion de consommateur de services est inscrite au libellé de l'article 1 de la récente Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux (chapitre R-22.1) de juillet 2024.

Les nombreux changements sociaux auxquels font face les sociétés occidentales modernes créent des tensions sociales importantes, tensions dont sont témoins les TS québécois. On observe une forme extrême de rupture du lien social par le phénomène de l'itinérance, en croissance au Québec depuis quelques années, questionnant la place que l'on accorde à chacun de nos citoyens (MacDonald, 2024). Nous évoquons une piste de réflexion au sujet d'une perspective socioclinique du travail social axée sur la question de la citoyenneté (voir p.167) comme une alternative aux modalités de l'action basée sur l'individualisme, la vulnérabilité et le psychopathologique. Nous avons vu par ailleurs que l'histoire sociale québécoise se caractérise par une prise en charge attendue et souhaitée des citoyens par l'État²⁰⁸, une forme de relation sociale héritée du système français de l'ancien régime (voir section 1.2 : Les formes sociohistoriques des professions). L'action citoyenne est dorénavant mise à mal, invalidée par la relation directe privilégiée par l'appareil gouvernemental vers le « citoyen » québécois via les technologies de l'information, et une dispensation directe des services aux usagers, loin des débats démocratiques porteurs de sens et d'engagements (Fortier, 2010). L'impact des déterminants sociaux sur la santé des individus et des communautés fait consensus au Québec auprès des sphères médicales et sociales (voir p. 107), mais ils demeurent peu investis comme moteur de l'action. Il serait intéressant d'explorer la citoyenneté comme noyau central de l'intervention en travail social, de conceptualiser la citoyenneté comme le prisme par lequel l'action en travail social prend sens, et permet de joindre les méthodologies de l'action (l'individuel et le collectif) construisant une identité professionnelle vraie et légitime.

En conclusion, le travail social est une discipline relativement jeune et dynamique, elle est utile à la compréhension des problèmes sociaux, à la recherche de solutions pratiques dans l'action. Des principes de droit animent les actions en travail social et ces principes constituent la trame de fond singulière du vivre ensemble en société. Face aux nombreux problèmes sociaux et économiques, des solutions prennent forme de façon pérenne sous la gouverne de divers programmes sociaux déployés par les instances gouvernementales. Les activités des TS en GMF sont sans aucun doute utiles à l'amélioration de la qualité de vie des individus d'une communauté. Bien qu'en 2016 les TS en GMF se soient rapproché des MD et leurs patients, leur arrivée a ajouté des niveaux de complexités supplémentaires à

²⁰⁸ « La nécessité d'un État qui a contribué au développement et à la protection de la nation francophone minoritaire en Amérique du Nord et qui a eu un rôle déterminant quant à l'enjeu identitaire qui en découle et quant à "la valorisation de la coopération et de la solidarité qui a historiquement marqué le tissu social québécois" » (Fortier, 2010, p. 804).

l'offre des services sociaux de première ligne²⁰⁹. La présence de TS en GMF aurait pu faire l'objet d'une offre de service ciblée, simplifiée et cohérente, émanant directement des GMF, au demeurant subventionnés par l'État, tout en conférant aux TS une autonomie professionnelle désenclavée des programmes-services. Tout en recourant aux méthodes de gestion déjà à sa disposition²¹⁰, la modalité choisie par le gouvernement réaffirma une main mise sur ses professionnels-employés, sa volonté à résoudre les problèmes sociaux via les programmes existants en rapprochant divers acteurs professionnels dans un même lieu d'exercice, sans pour autant faciliter leur collaboration.

Le modèle CLSC, décrit par la corporation médicale dès son déploiement, s'est vu revisité par la création des mégas structures administratives de services (CISSS et CIUSSS) dans une même volonté d'intégrer une multitude de mesures cliniques, désormais à dominante curative, sous une même instance sans pour autant créer une institution porteuse des sens²¹¹. Malgré le souhait du gouvernement de ne pas surcharger les MD de tâches administratives supplémentaires, ces structures affirmèrent leur rôle de cogestionnaire des services gouvernementaux de santé et de services sociaux, d'un exercice accru de tâches de gestions de proximité. Et bien que cela semble être une évidence, il faut bien constater que l'intégration des TS en GMF par le gouvernement confirma la non-qualification des MD à une résolution sociale des problèmes.

L'avenir des TS est rempli de nombreux défis. L'identité professionnelle mérite d'être abordée au-delà d'un vague concept, d'une revendication indicible, d'une chimère mystérieuse et insoluble. Souhaitons-nous de voir un jour l'émergence de groupes de travailleurs sociaux en communauté assumant une réelle pratique sociale autonome²¹², distincte des référents issus des programmes-services gouvernementaux, adressant les problèmes sociaux des citoyens souffrants.

²⁰⁹ La demande de service social est obligatoirement dirigée au GMF si vous y avez un MD; il n'y a pas de continuité des notes aux dossiers GMF-CLSC, des autorisations d'échange d'informations supplémentaires sont requises par exemple.

²¹⁰ À consulter : (Guide d'élaboration des politiques publiques, 2019).

²¹¹ Les CLSC étaient porteurs d'un projet de société à leur création, par la représentation directe d'acteurs du milieu sur un conseil d'administration autonome, et d'une vision de communauté locale, d'une proximité à l'offre de services aux besoins locaux.

²¹² Voir le résumé d'entrevue réalisée par Isabelle Ruelland : (Quelques réflexions sur les enjeux contemporains du travail social en contexte institutionnel Entrevue avec François Dubet, sociologue, 2012).

ANNEXE A

Référentiel de compétences en travail social

OTSTCFQ. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. P. 27-30

LES DIX COMPÉTENCES ET LEUR NIVEAU D'ACQUISITION

Domaine	Compétences	Niveau d'acquisition	Composantes
1) Une pratique éthique, critique et réflexive	1.1 : Être capable de comprendre, de questionner, d'intégrer et d'appliquer les fondements éthiques du travail social dans sa pratique	2	1.1.1 Être capable de prendre conscience des différentes valeurs en présence
			1.1.2 Être capable d'identifier les enjeux éthiques dans la pratique
			1.1.3 Être capable d'interpréter et d'appliquer avec discernement les obligations inscrites au code de déontologie
			1.1.4 Être capable d'identifier les lois, les règles, les politiques sociales et contextes organisationnels et prendre en considération leur impact
			1.1.5 Être en mesure d'appliquer un processus de délibération éthique (individuel ou collectif)
			1.1.6 Être capable d'émettre un jugement nuancé sur des dilemmes éthiques complexes
	1.2 : Être capable d'exercer une pensée critique dans le cadre de sa pratique professionnelle	1	1.2.1 Être capable de démontrer les attitudes et les habiletés associées à la pensée critique
			1.2.2 Être capable de faire appel aux différentes sources de connaissances en maintenant un questionnement quant à leur rigueur, leur pertinence, leurs limites et leur portée
	1.3 : Être capable d'agir selon une démarche réflexive dans sa pratique	1	1.2.3 Être capable d'intégrer ces différentes sources de connaissances dans la prise de décision professionnelle
			1.2.4 Être capable d'organiser, de documenter et de communiquer son jugement professionnel
			1.3.1 Être capable d'identifier les impacts des actions posées et de réajuster l'action au besoin
			1.3.2 Être capable d'utiliser des moyens dans le but de s'auto-évaluer tout au long de ses interventions et de sa pratique
			1.3.3 Être en mesure de conjuguer les savoirs théoriques avec ceux issus de la pratique et de l'expérience de vie
			1.3.4 Être capable de porter un regard critique sur sa pratique professionnelle en lien avec les valeurs du travail social

Le niveau d'acquisition réfère au degré de maîtrise exigé d'une compétence lors de la formation initiale des TS.

Domaine	Compétences	Niveau d'acquisition	Composantes
2) Un processus d'intervention sociale avec les individus, familles, groupes et collectivités	2.1 : Être capable de créer et de maintenir des liens sociaux de collaboration avec les acteurs concernés par les situations problèmes en fonction des différentes méthodes (individu, famille, groupe, communauté)	2	2.1.1 Être capable d'établir et de maintenir une relation respectueuse de la diversité et singularité des acteurs
			2.1.2 Être capable de favoriser l'autodétermination et de concevoir l'acteur comme expert de sa situation
			2.1.3 Être capable de créer un espace de parole et d'ouverture en situant les acteurs dans leur contexte personnel, communautaire et social
			2.1.4 Être capable de reconnaître les enjeux reliés au travail en contexte d'intervention volontaire et non-volontaire et leurs impacts notamment sur la communication
	2.2 : Être capable d'effectuer une évaluation du fonctionnement social, élaborer un plan d'intervention ou une stratégie concertée et déterminer la méthode d'intervention appropriée	1	2.2.1 Être capable de recueillir les informations objectives et subjectives pertinentes à la situation-problème
			2.2.2 Être capable d'analyser les informations sur la base des connaissances théoriques et pratiques et de l'interaction entre les acteurs et leur environnement social, en considérant les législations qui encadrent la pratique. Être capable de transposer cette compétence dans les milieux ciblés par le PL 21 (voir la liste des activités spécifiques concernées par le PL 21 à l'annexe 2)
			2.2.3 Être capable de formuler une opinion professionnelle, précisant les recommandations et l'orientation choisie
			2.2.4 Être capable de planifier une intervention sociale selon la méthode appropriée, adaptée au contexte de pratique
			2.2.5 Être capable de rédiger l'ensemble des documents appropriés à l'évaluation du fonctionnement social
	2.3 : Être capable de réaliser l'intervention sociale et évaluer le processus d'intervention	1	2.3.1 Être capable d'agir et de réagir avec pertinence, au-delà du prescrit en tenant compte de l'urgence et de la complexité de la situation
			2.3.2 Être capable de reconnaître, de dénoncer et d'agir sur les rapports d'inégalité et de conditions d'oppression
			2.3.3 Être capable d'allier des ressources et de les mobiliser dans un contexte de pratique donné
			2.3.4 Être capable de transposer ses connaissances et expériences pour une interprétation appropriée de la situation
			2.3.5 Être capable de rédiger l'ensemble des documents pertinents au suivi de l'intervention
			2.3.6 Être capable d'évaluer les effets de l'intervention, en sollicitant le point de vue des acteurs concernés
			2.3.7 Être capable d'ajuster le plan d'intervention et les stratégies associées selon l'évolution de la situation
			2.3.8 Être capable de formuler des recommandations qui visent l'amélioration des conditions de vie et des services à la population

Domaine	Compétences	Niveau d'acquisition	Composantes
3) Des collaborations professionnelles, intersectorielles et partenariales	3.1 : Être capable d'établir et de maintenir des collaborations professionnelles et intersectorielles	1	3.1.1 Être capable d'établir et de maintenir des liens avec les collaborateurs et les partenaires potentiels
			3.1.2 Être capable d'expliquer et de faire valoir son rôle et sa contribution dans un esprit de collaboration
			3.1.3 Être capable de clarifier et d'établir des zones de responsabilités partagées dans un cadre de collaboration
			3.1.4 Être capable de maintenir l'équilibre entre l'autonomie et l'interdépendance dans les rapports de collaboration
			3.1.5 Être capable de favoriser la concertation avec les collaborateurs et partenaires internes et externes
			3.1.6 Être capable d'identifier les obstacles et les enjeux relationnels afin de concilier les visions divergentes et gérer les conflits
			3.1.7 Être capable d'apporter sa contribution et de faire preuve de leadership au sein de l'équipe de travail
			3.1.8 Être capable d'analyser de façon critique les déterminants organisationnels qui encadrent la pratique
			3.1.9 Être capable de contribuer aux changements organisationnels requis afin de répondre aux besoins des personnes, des familles, des groupes et des collectivités

Domaine	Compétences	Niveau d'acquisition	Composantes
4) Une contribution à son développement professionnel et à l'évolution de la profession	4.1 : Être capable de développer son identité professionnelle	1	4.1.1 Être capable d'utiliser le rôle, les valeurs et les habiletés spécifiques au travail social en lien avec celles des autres disciplines connexes
			4.1.2 Être capable d'utiliser la supervision et de recourir aux pairs pour évaluer et améliorer sa pratique
			4.1.3 Être capable d'affirmer et d'actualiser les valeurs et la finalité du travail social en portant un regard critique sur la profession
	4.1 : Être capable d'assurer son développement professionnel.	1	4.2.1 Être capable de s'engager dans un processus de développement continu sur les enjeux de société et problèmes sociaux
			4.2.2 Être capable de tenir à jour et d'optimiser sa pratique en s'informant sur les recherches, nouvelles pratiques qui encadrent la profession
			4.2.3 Être capable de recourir à la formation continue par des activités de perfectionnement
			4.2.4 Être en mesure d'utiliser les technologies de l'information dans le travail de recherche inhérent à sa pratique
	4.3 : Être capable de contribuer au développement de la profession	3	4.3.1 Être capable de contribuer à des activités de formation et d'information en travail social
			4.3.2 Être capable de collaborer à la formation et au soutien des étudiants et des praticiens en début de carrière
			4.3.3 Être capable de contribuer au développement de la recherche en travail social
			4.3.4 Être capable de démontrer son engagement à maintenir un niveau d'excellence reconnu

ANNEXE B

Tableau comparatif des activités partagées et réservées

Annexe II – Activités réservées par profession

Évaluation réservée : évaluation qui implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement

Activités réservées	AUDIO	CO	CRIM	ERGO	INF	MD	ORTHO	PSED	PSY	SEXO	TCF	TS
3.6.1 Évaluer les troubles mentaux		X ₁			X ₁	X			X	X ₂		
3.6.2 Évaluer le retard mental		X				X			X			
3.6.3 Évaluer les troubles neuropsychologiques						X			X ₁			
3.6.4 Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.6.5 Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse			X					X				X
3.6.6 Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents			X					X	X	X		X
3.6.7 Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation			X					X				X
3.6.8 Évaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès									X		X	X
3.6.9 Évaluer une personne qui veut adopter un enfant									X		X	X
3.6.10 Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant												X
3.6.11 Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique	X	X		X		X	X	X	X			
3.6.12 Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins	X			X	X	X	X	X	X			X
3.6.13 Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris			X	X	X	X		X	X			X

1. Attestation de formation obligatoire.

2. Attestation de formation obligatoire pour évaluer les troubles sexuels.

(Office des professions du Québec, 2021)

ANNEXE C

Les 6 voies de la professionnalisation

Annexes

Voies de la Professionnalisation et du développement professionnel	Nature du processus de développement professionnel mis en œuvre par l'individu	Exemples de situations de professionnalisation/ développement professionnel
1. Logique de l'action	Situation connue présentant un caractère de <i>nouveauté</i> qui conduit à une adaptation dans l'action des procès d'action habituellement mis en œuvre	Au travail, en formation ou dans la vie courante : ajuster son procès d'action au cours de sa mise en œuvre (sans avoir à y réfléchir)
2. Logique de la réflexion-action	Situation <i> inédite </i> individuelle ou collective mettant en échec les modèles d'action habituels et conduisant à une itération entre prise d'information et construction progressive d'un nouveau procès d'action	Au travail ou dans la vie courante : réaliser une tâche nouvelle seul ou à plusieurs. En formation : participer à une formation par alternance
3. Logique de la réflexion sur l'action	Situation de <i> formalisation </i> (orale ou écrite) de pratiques <i> existantes </i> par une réflexion rétrospective sur l'action	Au travail ou dans la vie courante : prendre un temps de réflexion sur la pratique mise en œuvre. En formation : participer à un groupe d'analyse de pratiques
4. Logique de la réflexion pour l'action	Situation de <i> formalisation </i> de pratiques <i> nouvelles </i> par une réflexion anticipatrice de changement sur l'action	Au travail ou dans la vie courante : réfléchir à un nouveau procès d'action. En formation : participer à un groupe d'analyse de pratiques en vue de définir de nouveaux procès d'action
5. Logique de la traduction culturelle par rapport à l'action	Situation collective de <i> co- construction </i> de pratiques nouvelles par médiation/ accompagnement d'un tiers extérieur qui aide à « voir autrement » la situation	En formation : le formateur, dans un rôle d'accompagnement, aide un formé à résoudre un problème et à « déplacer » ses représentations
6. Logique de l'assimilation/ intégration	Situation d' <i> apprentissage </i> de savoirs théoriques ou d'action nouveaux	Au travail ou dans la vie courante : lire un ouvrage donnant des indications utiles pour agir (plus tard). En formation : formation « magistrale » ou autoformation (lecture d'ouvrages, de manuels)

Figure 1 : Les 6 voies de professionnalisation.

(Sorel, Introduction, 2015, p. 233)

ANNEXE D

Modèles de professionnalisation*

Tableau 2
Modèles de professionnalisation et pratiques de stage

Dénomination du processus	Définition du processus	Référentiel utilisé
Construction d'une qualification (diplôme) (Professionnalisation/formation)	Définition d'un cursus de formation par l'État, qui joue un rôle de garant de la qualification. Sa possession est souvent requise pour accéder à un marché du travail fermé.	Référentiel de compétences du travailleur social DE (générique) Projet individuel de stage basé sur le référentiel de compétences
Constitution d'une profession (Professionnalisation/profession)	Constitution d'un groupe professionnel qui s'autonomise et s'identifie à travers une dénomination, même si elle ne dit pas pour autant ce que les gens font. Cela peut passer par une réglementation précise des actes professionnels et par la constitution d'un ordre.	Référentiel professionnel du travailleur social DE Définition de la profession et du contexte de l'intervention
Construction d'un métier (Professionnalisation/travail)	Constitution d'un ensemble d'activités en un tout autonome qui va devenir un métier, par un travail de déconstruction/reconstruction, à partir de fonctions déjà existantes. Des compétences spécifiques vont être nécessaires.	Référentiel de compétences du chargé d'insertion (spécifique)

(Carignan & Fourdrignier, Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales, 2013, p. 39)

* Modèle français.

ANNEXE E

Sondage SOM 2018 sur la perception de la qualité du service en santé mentale et relations humaines par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux *

Un sondage SOM réalisé en juin 2018 auprès de 5 638 des 10 000 membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux (taux de participation de 56 %) a révélé ce qui suit :

- 67% indiquent ne pas toujours être en mesure de rédiger des rapports et des dossiers conformément aux normes et règlements
- 57% éprouvent des difficultés pour effectuer des évaluations selon les règles de l'art
- 53% éprouvent de la difficulté à répondre au demandeur de service et à intervenir au bon moment (67% du côté des Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ))
- 51% éprouvent des problèmes d'accès à d'autres professionnels et font ainsi défaut à leur obligation déontologique de référer le demandeur de service au bon professionnel (61% du côté des CPEJ)
- 48% indiquent ne pas toujours être en mesure de réaliser le plan d'intervention selon les règles de l'art
- 45% peinent à réaliser les suivis requis pour répondre aux besoins (62% du côté des CPEJ)

* : Sondage reflétant les effets des contraintes de la gestion managériale sur la pratique professionnelle des travailleurs sociaux des services sociaux en établissement.

(OTSTCFQ, 2020, p. 46)

ANNEXE F

Référentiel national de compétence en matière d'interprofessionnalisme

La figure 1 illustre l'agencement des domaines et met en évidence trois éléments contextuels qui influencent la manière dont le référentiel de compétences peut être appliqué dans différentes situations. Les domaines de compétences et les éléments contextuels sont décrits ci-dessous.

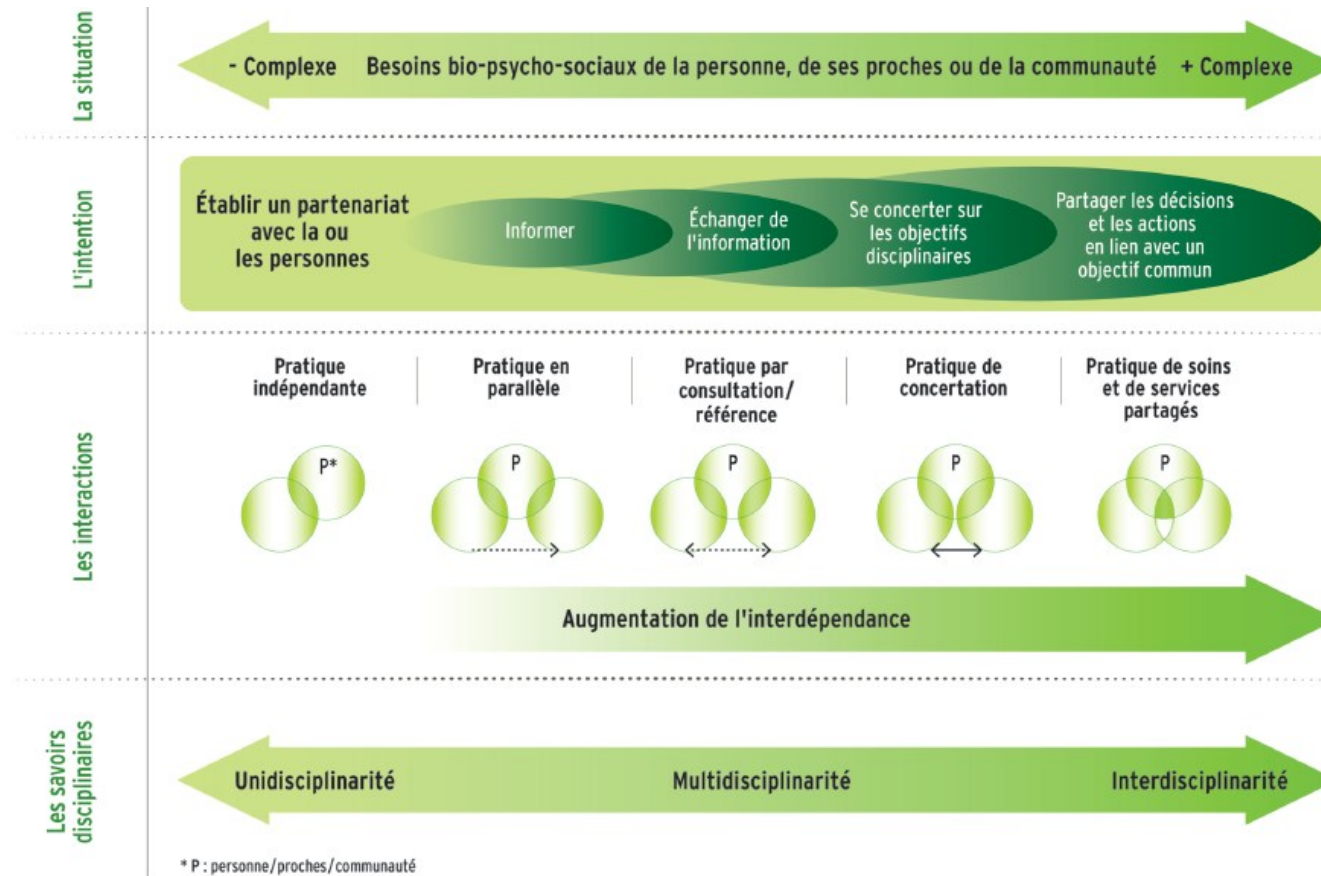
Figure 1. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme.



(Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010)

ANNEXE G

Continuum de pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et service sociaux



. Le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

(Careau & al., 2014)

ANNEXE H

Les programmes-services québécois (2004)

Programmes-services répondant à des problématiques particulières						
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Déficiences physiques	Déficiences intellectuelles et TED	Jeunes en difficulté	Dépendances	Santé mentale	Santé physique
	Services spécifiques de première ligne				¹⁷	
	Services de deuxième ligne et de troisième ligne				¹⁸	

(MSSS, L'architecture des services de santé et des services sociaux Les programmes-services et les programmes-soutien, 2004, p. 60)

ANNEXE I

Les interventions qui s'apparentent à la psychothérapie

La rencontre d'accompagnement : *Elle vise à soutenir la personne par des rencontres, qui peuvent être régulières ou ponctuelles, permettant à la personne de s'exprimer sur ses difficultés. Dans un tel cadre, le professionnel ou l'intervenant peut lui prodiguer des conseils ou lui faire des recommandations.*

L'intervention de soutien : *Elle vise à soutenir la personne dans le but de maintenir et de consolider les acquis et les stratégies d'adaptation en ciblant les forces et les ressources dans le cadre de rencontres ou d'activités régulières ou ponctuelles. Cette intervention implique notamment de rassurer, de prodiguer des conseils et de fournir de l'information portant sur l'état de la personne ou encore la situation vécue.*

L'intervention conjugale et familiale : *Elle vise à promouvoir et à soutenir le fonctionnement optimal du couple ou de la famille au moyen d'entretiens impliquant souvent l'ensemble de ses membres. Elle a pour but de changer des éléments du fonctionnement conjugal ou familial qui font obstacle à l'épanouissement du couple ou des membres de la famille ou d'offrir aide et conseil afin de faire face aux difficultés de la vie courante.*

L'éducation psychologique : *Elle vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi.*

La réadaptation : *Elle vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales.*

Le suivi clinique : *Il consiste en des rencontres permettant l'actualisation d'un plan d'intervention disciplinaire. Il s'adresse à la personne qui présente des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique ou des problèmes de santé incluant des troubles mentaux. Il peut impliquer la contribution de différents professionnels ou intervenants regroupés en équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires. Ce suivi peut s'inscrire dans un plan d'intervention au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou de la Loi sur l'instruction publique (L.R.Q., c. I-13.3), se dérouler dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou d'interventions de soutien et également impliquer de la réadaptation ou de l'éducation psychologique. Il peut aussi viser l'ajustement de la pharmacothérapie.*

Le coaching : *Il vise l'actualisation du potentiel, par le développement des talents, des ressources ou des habiletés d'une personne qui n'est ni en détresse ni en souffrance, mais qui exprime des besoins particuliers en matière de réalisation personnelle ou professionnelle.*

L'intervention de crise : *Elle consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins.*

(Office des professions du Québec, 2018, pp. 13-14)

ANNEXE J

Questionnaire d'entretien

Profil sociodémographique :

- Âge, sexe, lieu d'origine, composition familiale d'origine
- Formations : travail social et autres
- Choix de la profession TS : les motifs
- Expériences de travail : antérieurs au travail social et en travail social

1. Profession

- Pour vous, le mot profession évoque quoi?
- Qu'est-ce qui selon vous caractérise la professionnalisation des pratiques du domaine des sciences humaines et de la santé mentale? (travail social, psychologie...)

2. Profession TS

- Comment expliqueriez-vous la profession travail social...
 - o À un usager lors d'une première consultation?
 - o À un nouveau collègue professionnel du domaine de la santé?
- Quelle est, selon vous, l'utilité du travail social?
- Quelle est, selon vous, l'utilité d'un référentiel de compétences pour une profession? Et plus spécifiquement en travail social?

3. Activités réservées et partagées en travail social :

- Parlez-nous du processus clinique en travail social, et du processus clinique que vous appliquez?
- Certaines activités professionnelles sont réservées d'autres sont partagées pour ce qui est des pratiques professionnelles en santé mentale et en relations humaines. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet?

4. Collaboration interprofessionnelle en GMF

Les GMF sont des regroupements de médecins de famille en vue d'offrir des services de santé de proximité (1ère ligne) à la population.

- Décrivez-nous une journée de travail typique dans le cadre de vos fonctions.
- Décrivez-nous l'organisation du travail à votre GMF, et les modalités de la collaboration interprofessionnelle (si présentes) dans votre GMF?
- Comment décrieriez-vous votre participation comme TS à votre GMF

5. Rapports organisationnels (statuts/rôles)

- Parlez-nous du partage de la responsabilité clinique et administrative quant à votre poste de TS en GMF.
- Peut-on parler d'interdisciplinarité des pratiques professionnelles dans le cadre des GMF?

6. Identité professionnelle

- Quelle définition donnez-vous à l'identité professionnelle?
- Quels sont les éléments qui contribuent à la formation de l'identité professionnelle en travail social?
- Quel rôle joue/peut jouer l'identité professionnelle en travail social?
- Un des éléments du référentiel de compétences est la contribution du ts à son développement professionnel et à l'évolution de la profession, notamment être capable de développer son identité professionnelle. Quel est votre positionnement face à cet énoncé?

7. Influence du milieu professionnel sur les pratiques en TS

- Est-ce que vos pratiques professionnelles ont évolué/été modifiées depuis votre arrivée en GMF?
- Y a-t-il une pratique TS spécifique en GMF qui semble émerger de votre pratique depuis votre arrivée?

- Les problématiques sociales sont nombreuses dans la société québécoise. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet, dans le contexte de votre expérience en GMF?
- Lors de vos échanges avec vos collègues ts en GMF, quels semblent être, selon vous, les enjeux importants dans la pratique du TS en GMF?
- En quoi votre expérience de travail en GMF a pu influencer/modifier votre identité professionnelle?

ANNEXE K

Exemple de protocole de prise en charge en situation d'idéation suicidaire d'un GMF

M. Latendresse (79 ans)

- Vous suivez M. plus régulièrement depuis quelques mois suite au décès de sa femme.
- Peu de réseau, sa fille unique vit en Floride.
- Malgré le temps, rien de ne va plus : perte d'intérêt, tristesse, léger endettement, il est découragé!
- Il veut votre avis : il songe à mettre fin à ses jours pour que l'assurance règle ses dettes et vous demande si la prise de tous ses narcotiques serait suffisante pour se suicider...
- Vous êtes désespéré... que faites vous?

Que faites vous?

- A. Vous appelez le psychiatre de garde;
- B. Vous référez votre patient à l'urgence psychiatrique;
- C. Vous désamorcez la crise seul : vous connaissez bien votre patient et faites un pacte de non-suicide avec lui;
- D. Vous demandez à votre TS de venir vous aider.

ANNEXE L

Conception de la réflexivité dans les métiers relationnels

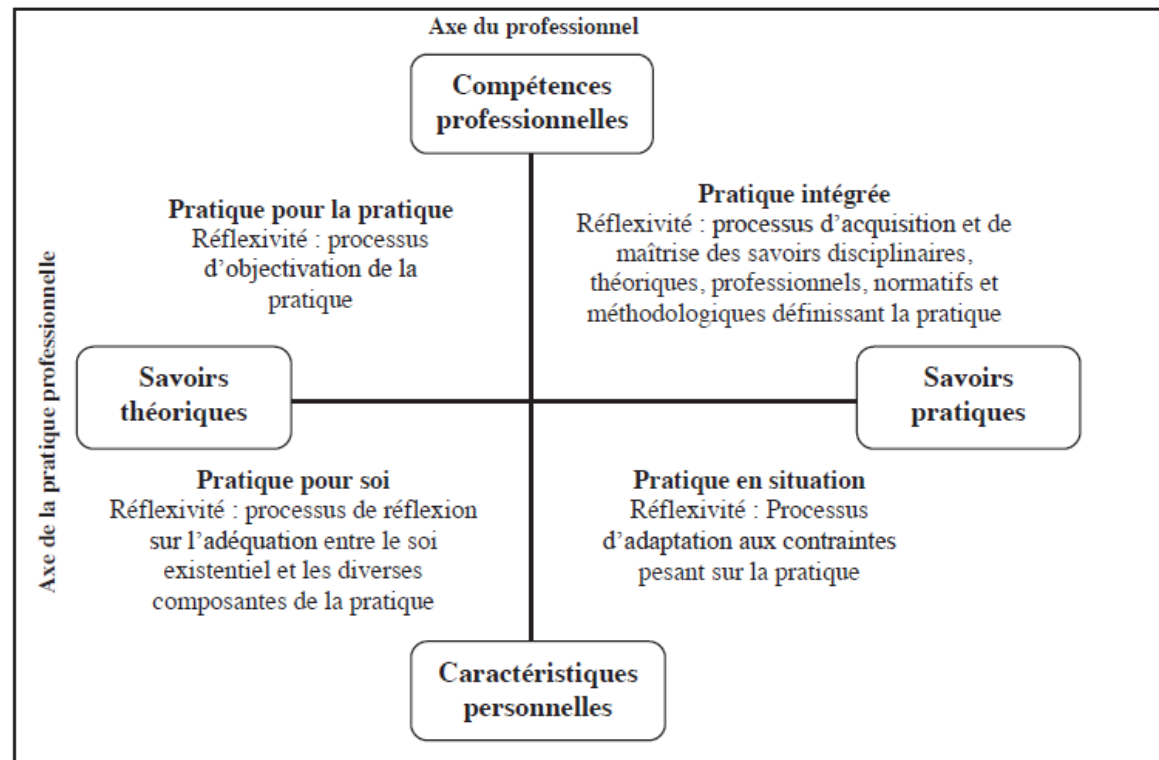


Figure 2 : Conceptions de la réflexivité dans les métiers relationnels

(Chouinard & Caron, Le recours aux approches réflexives dans les métiers relationnels : modélisation des conceptions de la réflexivité, 2015)

BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J.-C. (1976). *Jeux, conflits et représentations sociales*. Thèse de Doctorat. Aix-en-Provence: Université de Provence.
- Abric, J.-C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse: Érès.
- Alary, J. (2009, Hiver). Le travail social comme discipline pratique. *Intervention*(131), pp. 42-53.
- Alix, J.-S., & Autès, M. (2023). Le travail social : l'absence d'œuvre. *Sciences & Actions Sociales*, 1(19), pp. 101-116.
- Alloprof. (s.d.). *Le Québec sous le gouvernement Duplessis*. Consulté le février 11, 2023, sur alloprof: <https://www.alloprof.qc.ca/fr/eleves/bv/histoire/le-gouvernement-duplessis-1944-1959-h1189>
- Anadón, M. (2006). La recherche dite qualitative: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherche qualitative*, 26 (1), pp. 5-31.
- Antidote 8*. (2015). Montréal: Druide informatique inc.
- Autès, M. (2004). *Les paradoxes du travail social* (éd. 2ème). Paris: Dunod.
- Baudrillard, j., & al. (s.d.). *Modernité*. Consulté le février 10, 2023, sur Encyclopædia Universalis: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/modernite/>
- Beauregard, N. (2007). Le travail social et le système professionnel québécois. Dans J.-P. Deslauriers, Y. Hurtubise, & (Dir), *Introduction au travail social* (pp. 95-120). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1967). *The Social Construction of Reality*. New York: Polity Press.
- Bergeron-Gaudin, J.-V. (2019). L'organisation communautaire en travail social au Québec Origines, trajectoire et tensions. (UQAM, Éd.) *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), pp. 80-99.

- Blin, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris: L'Harmattan.
- Bonny, Y. (2012). Introduction. Les institutions publiques au prisme de la pluralité. Dans Y. Bonny, & L. Demailly, *L'institution plurielle* (pp. 9-36). Presse universitaire du Septentrion.
- Bouchard-Bastien, E., & Brisson, G. (2017). *Changements sociaux et risques perçus à la suite de la tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic*. Rapport de recherche, INSPQ.
- Boudon, R., & al. (2012). *Dictionnaire de la sociologie*. Paris: Larousse.
- Bourque, D. (2017). Évolution et enjeux de la transformation du travail social au Québec. *Les mutations du travail social : Regards croisés sur l'état des lieux et perspectives internationales*. Havre.
- Bourque, G. (1995, Hiver). Du révisionnisme en histoire du Québec. (V. Éditeur, Éd.) *Bulletin d'histoire politique*, 4(2), pp. 45-51.
- Breton, M. (2019, septembre). Évaluation de l'implantation de l'accès adapté et de ses effets . *Bulletin d'information Amélioration continue de la qualité dans les GMF-U du Québec*, 3(3).
- Breton, M., & al. (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*, 42(2), pp. 1001-109.
- Brunschwig, H. (2001). Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. *Imaginaire & Inconscient*, 2(2), pp. 91-100.
- Cameron, C., & Pamondon, A. (2019, mars 29). Consulté le avril 17, 2023, sur La santé mentale en GMF : une affaire d'équipe!:
https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/Employes_medecins/Activites/Colloque_Alliance/La_sante_mentale_en_GMF_vpb.pdf

- Careau, E., & al. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Carignan, L. (2013). La pensée et l'analyse critique sont-elles compatibles avec les référentiels de compétences? Dans L. Carignan, & M. Fourdrignier, *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales* (pp. 56-81). Québec: Presse de l'université du Québec.
- Carignan, I. (2014). *Évolution du travail social au Québec*. (É. ies, Éd.) Consulté le février 11, 2023, sur OpenEdition: <http://books.openedition.org/ies/1161>
- Carignan, L., & Fourdrignier, M. (2013). *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*. Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Caron, J., & Chouinard, I. (2014). Former à une profession relationnelle : entre théorisation de la pratique et pratique de la théorie. *Service social*, 60(2), pp. 101-114.
- Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté. (2015). *Communauté de pratique*. Consulté le 18 avril, 2023, sur SACO: <http://saco.uqam.ca/activite/communaute-de-pratique>
- Chouinard, I. (2013). Entre valeurs humanistes et modèles d'intervention: réflexion théorique sur le sentiment de non-reconnaissance des travailleurs sociaux. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), pp. 164-179.
- Chouinard, I., & Caron, J. (2015). Le recours aux approches réflexives dans les métiers relationnels : modélisation des conceptions de la réflexivité. *Phronesis*, 4(3), pp. 11-21.
- Chouinard, I., & Couturier, Y. (2006). Identité professionnelle et souci de soi en travail social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), pp. 176-182.

- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2023). *Réflexions et histoire des CLSC et du système de santé québécois*. Consulté le 17 avril, 2023, sur <https://ccpsc.qc.ca/fr/histoire-systeme-sante-quebec-clsc/>
- Cohen, Y. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 2(93), pp. 84-93.
- Collège des médecins du Québec. (2020). *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*. Publication du Collège des médecins du Québec.
- Collin, J. (2013). L'institution sociale du médicament De la médicalisation à la pharmaceuticalisation. Dans M. Otero, A.-A. Dumais Michaud, & R. Paumier, *L'institution éventrée De la socialisation à l'individuation* (pp. 143-160). Presse de l'Université du Québec.
- Comeau, Y. (1994). L'analyse des données qualitatives. *Cahiers du CRISES – Collection Études théoriques – no ET9204*, pp. 1-35.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*.
- Corvol, P., & al. (2019, décembre 17). *L'épidémiologie entre le terrain des épidémies et l'approche populationnelle, XIX-XXe siècle*. Consulté le 21 10, 2023, sur M/S médecine/science: https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2019/10/msc190276/msc190276.html
- Côté, M.-A., & Brodeur, N. (2020). Impacts des nouvelles modalités d'encadrement de la psychothérapie chez les travailleurs sociaux. *Recherches sociographiques*, 60(2), pp. 351-378.
- Côté, N., & al. (2019). L'identité professionnelle des médecins de famille au Québec. *Recherches sociographiques*, 60(2), pp. 287-328.
- Couturier, Y. (2005). *La collaboration entre travailleuses sociales et infirmières*. L'Hamarthan.

- Couturier, Y., & al. (2016). *L'intégration des services en santé: une approche populationnelle*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., & Belzile, L. (2018). *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., & Belzile, L. (2021). *Travail social et santé*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., & Belzile, L. (2024). *Analyse et auto-analyse de l'activité en travail social*. Les Presses de l'Université Laval.
- Cresswell, R. (s.d.). *Technologie culturelle*. Consulté le 10 février, 2023, sur Encyclopædia Universalis: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/technologie-culturelle/>
- Crête, J., & al. (2015). L'identité professionnelle de travailleurs sociaux en devenir : de la formation à la pratique. *Service social*, 61(1), pp. 43-55.
- de Gaulejac, V. (2007). Aux sources de la sociologie clinique. *La sociologique clinique*, pp. 25-55.
- de Gaulejac, V. (2017). Vivre dans une société paradoxante. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 24(2), pp. 27-40.
- de Gaulejac, V. (2019). Histoire et enjeux contemporains de la sociologie clinique. Dans A. Vandeveld-Rougal, P. Fugier, & Érès (Éd.), *Dictionnaire de sociologie clinique* (pp. 15-30).
- Delaunay, A. (2023). *Assimilation & accommodation*. Consulté le 02 26, 2023, sur Encyclopædia Universalis: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/assimilation-et-accommodation-psychologie/>
- Deslauriers, J.-P., & Hurtubise, Y. (2005). *Le travail social international Éléments de comparaison*. Les Presses de l'Université Laval.

- Deslauriers, J.-P., & Turcotte, D. (2024). L'évolution du travail social québécois à travers les commissions d'enquête. Dans D. Turcotte, & J.-M. Deslauriers, *Introduction au travail social* (éd. 4, pp. 29-52).
- Dierckx, C. (2016). *Réflexivité des travailleurs sociaux et émancipation. Une enquête pragmatiste*. Projet de thèse, Faculté des lettres et sciences humaines Université de Sherbrooke.
- Doise, W. (1990). Les représentations sociales. *Traité de psychologie cognitive, 3. Cognition, représentation, communication*, 111-174.
- Dortier, J.-F. (2013). *Le dictionnaire des sciences sociales*. Sciences Humaines Communication.
- Doucet, M.-C. (2014). Grammaire du métier de praticien de première ligne en santé mentale jeunesse Catégories cognitives et configuration d'une individualité authentique. (P. d. Québec, Éd.) *Penser les liens entre santé mentale et société*, pp. 251-276.
- Doucet, M.-C. (2017). Problématisation des dimensions psychiques et sociales dans l'intervention, une perspective socioclinique. *Reflets*, 17(1), pp. 150-174.
- Doucet, M.-C., & Viviers, S. (2016). Introduction. Dans M.-C. Doucet, & S. Viviers, *Métiers de la relation Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*. Presse de l'Université Laval.
- Dubar, C a. (2015). *La crise des identités: l'interprétation d'une mutation*. Paris: PUF.
- Dubar, C. (2018). *Sociologie - Les grands courants*. (Universalis.fr, Éditeur) Consulté le 26 juin, 2018, sur Encyclopædia Universalis [en ligne]: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/sociologie-les-grands-courants/>
- Dubar, C., & al. (2011). *Sociologie des professions* (éd. 3ème). Paris: Armand Colin.
- Dubar, Claude b. (2015). *La socialisation - Construction des identités sociales et professionnelles* (éd. 5ème). Paris: Armand Colin.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris: Seuil.

- Dubois, H. (2020). Les enjeux de la reconnaissance professionnelle au Québec. *Recherches sociographiques*, 60(2), pp. 261-285.
- Dubois, M., & Garceau, M.-L. (2000). L'évolution du travail social : une histoire à suivre — Entrevue avec Roland Lecomte. *Reflets Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 6(1), pp. 18-34.
- Dupéré, M., & Foisy, D. (2024). L'organisation communautaire: pratique de changement social. Dans D. Turcotte, & J.-M. Deslauriers, *Introduction au travail social* (éd. 4, pp. 187-213).
- École de travail social UQÀM. (2019). *Histoire de l'École de travail social de l'UQÀM 50 ans d'engagement et d'innovation au centre-ville de Montréal*.
- Encyclopædia Universalis [en ligne]. (2018). *Dictionnaire*. Paris.
- Encyclopaedia Universalis. (2016). *Dictionnaire de la Sociologie : Les Dictionnaires d'Universalis*.
Récupéré sur <https://search-ebshost.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1252839&lang=fr&site=ehost-live>
- Eymeri-Douzans, J.-M. (2016). Profession. Dans E. Universalis, *Dictionnaire de la Sociologie : Les Dictionnaires d'Universalis*.
- Favreau, L. (2000). Le travail social au Québec (1960-2000) : 40 ans de transformation d'une profession. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), pp. 27-47.
- Fortier, I. (2010). La « réingénierie de l'État », réforme québécoise inspirée du managérialisme. *Revue française d'administration publique*, 136(4), pp. 803-820.
- Fortier, I. (2018). Introduction. (P. d. Québec, Éd.) *Clinique en sciences sociales: sens et pratiques alternatives*, pp. 1-20.

- Fourdrignier, M. (2013). Référentiels de compétences et pratiques réflexives Une injonction paradoxale pour les formations du travail social? Dans M. Fourdrignier, & L. Carignan, *Référentiels de compétences et pratiques réflexives dans les formations sociales* (pp. 24-55). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Ghorra-Gobin, C. (2017, 12 20). *Géoconfluences*. Consulté le 02 23, 2023, sur <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/a-la-une/notion-a-la-une/mondialisation-globalisation>
- Glinne-Demaret, H. (2019). Organisation et pouvoir. Dans A. Vandavelde-Rougale, *Dictionnaire de sociologie clinique*. Érès.
- Gohier, C., & al. (2001). La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel: un processus dynamique et interactif. *Revue des sciences de l'éducation*, pp. 3-32.
- Gonin, A. (2018). De l'obligation de moyens à l'obligation de résultat: la querelle de la gestion axée sur les résultats. Dans J. Grenier, & M. Bourque, *Les services sociaux à l'ère managériale* (pp. 197-217). Les Presses de l'Université Laval.
- Gonin, A., & al. (2012). Impasses éthiques des politiques sociales d'activation. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), pp. 166-186.
- Gouvernement du Québec . (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.
<http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2>.
- Gouvernement du Québec. (1971). *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.Q., chapitre 48*.
- Gouvernement du Québec. (1999). *Loi sur l'assurance-maladie chapitre A-29*.
- Gouvernement du Québec. (2000). *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Rapport Clair*, Québec.
- Gouvernement du Québec. (2000). *Loi sur l'administration publique chapitre A-6.01*.

Gouvernement du Québec. (2001). *Loi sur la santé publique chapitre S-2.2*.

Gouvernement du Québec. (2005). *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*.

Gouvernement du Québec. (2009). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (PL-21).

Gouvernement du Québec. (2017). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gouvernement du Québec. (2019). *Guide d'élaboration des politiques publiques*.

Gouvernement du Québec. (2020). Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Dans *chapitre C-26, r. 286*.

Gouvernement du Québec. (2022). *Loi sur les infirmières et les infirmiers chapitre I-8*.

Gouvernement du Québec. (2023). *Thésaurus de l'activité gouvernementale*. Consulté le 22 Juin, 2023, sur Portail Québec - Services Québec:
<https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=10149>

Gouvernement du Québec. (2023). *Loi médicale chapitre M-9*. Éditeur officiel du Québec.

Gouvernement du Québec. (2023). *Loi sur la protection de la jeunesse (P-34.1)*.

Gouvernement du Québec. (2024). *Code des professions chapitre C-26*. Éditeur officiel du Québec.

Gouvernement du Québec. (2025). *Projet de loi n° 106, Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux*. Éditeur officiel du Québec.

- Grondin, B., & Pichon, I. (2013). L'autonomie et ses paradoxes intrinsèques. Une oppression éducative ? *Le Sociographe*, 6(5), pp. 121-135.
- Groulx, L. (2007). Histoire du service social:éléments d'analyse. Dans J.-P. Deslaurier, & Y. Hurtubise, *Introduction au travail social* (éd. 2e édition, pp. 41-61). Lévis, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines. (2001). *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*. Rapport d'étape, Gouvernement du Québec.
- Guérard de Latour, S. (2017). L'humanisme, une valeur à partager entre différentes cultures. À quelles conditions ? *L'Observatoire*(49), pp. 25-28.
- Gusew, A. (2024). L'intervention individuelle en travail social. Dans D. Turcotte, & J.-M. Deslauriers, *Introduction au travail social* (éd. 4, pp. 81-112).
- Gusew, A., & al. (2017). *Des liens plus étroits entre la théorie et la pratique*. Montréal: Faculté des sciences humaines - UQAM.
- Hébert, G., & Sully, J.-L. (2015). *Les ordres professionnels peuvent-ils garantir la protection du public ? Note socioéconomique*. IRIS.
- Houle, J. (2018). *Savoirs partagés. Perspectives croisées sur les interventions de courte durée offertes par les équipes de santé mentale adulte des CLSC*. Étude, UQAM.
- INESSS. (2013). *Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée : revue systématique*.
- INESSS a. (2022). *Indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne visant à appuyer l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille au Québec Repères GMF*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Direction de l'évaluation et

- de la pertinence des modes d'intervention en santé Rapport rédigé par Marie-Dominique Beaulieu et Geneviève Martin. INESSS.
- INESSS b. (2022). *Regard sur les Groupes de médecine de famille au Québec et proposition de segmentation de la population pour appuyer les démarches d'amélioration continue de la qualité selon les besoins de santé Repères GMF*. État des connaissances rédigé par Marie-Dominique Beaulieu et Geneviève Martin, Québec.
- Institut du Nouveau Monde. (2023). *Consultation dans le cadre des États généraux du travail social*. Montréal.
- Janoski, T., & Compion, S. (2015). Sociological Aspects of Citizenship. Dans *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second edition)* (pp. 665-661).
- Javelin, E. (2009). Histoire du travail social en Europe. *Diversité Les métamorphoses du travail social*, pp. 26-33.
- Karsz, S. (2011). *Pourquoi le travail social Définition, figures, clinique* (éd. 2ème). Paris: Dunod.
- Kumar, U. (2022). La domestication de la sphère publique. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 16(1).
- Lahire, B. (2016). Socialisation. *Dictionnaire de la Sociologie: Les Dictionnaires d'Universalis*.
- Laperrière, A. (1982). Pour une construction empirique de la théorie : La nouvelle école de Chicago. *Sociologie et sociétés*, 14(1), pp. 31-40.
- Lapierre, M. (2010, 6 novembre). Doit-on réhabiliter Duplessis? *Le Devoir*, <https://www.ledevoir.com/lire/310369/doit-on-rehabiliter-duplessis>.
- Le Bossé, Y. (2008). Penser pour agir L'impératif d'une praxis scientifique dans le champ des pratiques sociales. *Nouvelles pratiques sociales*, pp. 158-156.

- Le Pont Freudien. (2001, 10 novembre). *À propos du projet de règlement sur le permis de psychothérapeute*. Consulté le 23 juin, 2025, sur <https://pontfreudien.org/content/loi-21>
- Legault, G. A. (2003). *Professionnalisme et délibération éthique Manuel d'aide à la décision responsable*. Sainte-Foy: Presse de l'Université du Québec.
- Lesemann, F. (2002). Virage ambulatoire, virage paradigmatique, virage éthique. Dans G. Pérodeau, & F. Côté, *Le virage ambulatoire Défis et enjeux*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Louli, J. (2020). Le travail social indépendant : libération ou libéralisation. *Les Cahiers de l'Actif*(524-525), pp. 69-94.
- MacDonald, S.-A. (2024). *L'itinérance au Québec : réalités, ruptures et citoyenneté*. Presses de l'Université du Québec.
- Magni Berton, R. (2008). Holisme durkheimien et holisme bourdieusien. Étude sur la polysémie d'un mot. *L'Année sociologique*, 58(2), pp. 299-318.
- Maillard, N. (2020). À quoi sert la vulnérabilité ? Enjeux éthiques et politiques d'un concept émergent. Dans D. Doat, & L. Rizzero, *Accueillir la vulnérabilité Approches pratiques et questions philosophiques* (pp. 29-66). Érès.
- Marcova, I. (2007). *Dialogicité et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Martin-Martel, F. (2023, 27 février). *Épuisement «incomparable» chez les travailleuses sociales*. Consulté le février 27, 2023, sur Le devoir: <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/783325/un-niveau-d-epuisement-incomparable-chez-les-travailleuses-sociales>
- Martuccelli, D. (2019). Individu / individuation. Dans C. Delory-Momberger, *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 101-103). Érès.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique Enjeux, valeurs et normativité*. Les Presses de l'Université Laval.

- Masson, P. (2012). Évaluations psychosociales : culture du positivisme et enjeux éthiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), pp. 224-242.
- Médecins québécois pour le régime public. (2017). *Les GMF au Québec Études de cas d'une médecine entrepreneuriale*. Mémoire du CA présenté à l'AGA des membres, Montréal.
- Messu, M. (2015). L'individuation du social et le statut sociologique de l'individu. *Cahiers de recherche sociologique*, pp. 31-45.
- Michaud, J.-C. (2000). Le travail social et le système professionnel. Dans J.-P. Deslauriers, & Y. Hurtubise, *Introduction au travail social* (éd. 1, pp. 66-91).
- Miljkovitch, R., & al. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 15(2), pp. 143-177.
- Millette, B. (2021, 14 avril). *La création du département de médecine familiale de l'Université de Montréal Une histoire vécue!* Consulté le 02 18, 2023, sur medfam.umontreal.ca:
https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2021/04/La-cr%C3%A9ation-du-D%C3%A9partement-de-m%C3%A9decine-familiale-de-l'Universit%C3%A9-de-Montr%C3%A9al_Une-histoire-v%C3%A9cue.pdf
- Molgat, M. (2007). Définir le travail social... Dans J.-P. Deslauriers, & Y. Hurtubise, *Introduction au travail social* (éd. 2e édition, pp. 19-40). Lévis: Les Presses de l'Université Laval.
- Moliner, P., & Guimelli, C. (2015). *Les représentations sociales*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Monjo, R. (2013). L'autonomie, de l'indépendance vers l'interdépendance. *Le Sociographe*, 6(5), pp. 173-192.
- Morin, M.-H., & Bergeron-Leclerc, C. (2024). Le travail social en santé mentale. Dans D. Turcotte, & J.-M. Deslauriers, *Introduction au travail social* (éd. 4, pp. 375-387).

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
Édition de 1976.

Moscovici, S. (1969). Préface. Dans C. Herslich, *Santé et maladie*.

MSSS. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux Les programmes-services et les programmes-soutien*.

MSSS. (2009). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

MSSS. (2013). *Services sociaux généraux Offre de service*. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

MSSS. (2019). *Guide pratique à l'intention des travailleurs sociaux issus d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire*.

MSSS. (2021). *Plan stratégique 2019-2023 Mise à jour : Août 2021*.

MSSS a. (Février 2022). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

MSSS b. (2022, 19 octobre). *Santé publique au Québec*. Consulté le 18 avril, 2023, sur <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/programme-national-de-sante-publique-pnsp/sante-publique-au-quebec/>

MSSS c. (2022, 8 avril). *Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF accès-réseau)*. Consulté le 17 avril, 2023, sur <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupes-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>

Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (éd. 3e édition). Armand Colin.

Ninacs, W. A. (1995). Empowerment et service social : approches et enjeux. (É. d. Laval, Éd.) *Service social*, pp. 69-93.

Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 3(122), pp. 7-17.

Office des professions du Québec. (1999). *La mise à jour du système professionnel québécois*. Plan d'action.

Office des professions du Québec. (2010). *La mise en place d'un ordre professionnel Document d'information*. OPQ.

Office des professions du Québec. (2012). *Le projet de loi 21 Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines: la personne au premier plan*. Guide explicatif.

Office des professions du Québec. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie*.

Office des professions du Québec. (2018). *Nombre de membres selon le sexe par ordre professionnel au 31 mars 2012*. Consulté le 29 juin, 2018, sur Office des professions du Québec:
https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Statistiques/2017-2018/Membres_selon_genre_2018-03-31.pdf

Office des professions du Québec. (2021). *Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines: la personne au premier plan - Guide explicatif*.

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2018). *Le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec*.

Ordre des psychologues du Québec. (2011). *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de psychologue au Québec.*

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (1999). *Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire.* Les états généraux de la profession.

OTSTCFQ. (2020). *Un rendez-vous incontournable.* Mémoire présenté à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

OTSTCFQ. (2023). *Mémoire portant sur le projet de loi no 15 - Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.* Mémoire présenté le 23 mai 2023.

OTSTCFQ a. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux.*

OTSTCFQ a. (2013). *Référentiel de réflexion sur la pratique professionnelle en travail social Guide d'accompagnement destiné aux travailleuses sociales et aux travailleurs sociaux visant la conduite d'une réflexion critique à propos de leur pratique professionnelle.*

OTSTCFQ a. (2016). *Questionnaire d'autoévaluation lié à la pratique professionnelle de la travailleuse sociale ou du travailleur social en inspection professionnelle.*

OTSTCFQ a. (2020). *Conduite professionnelle attendue pour les travailleurs sociaux en matière d'évaluation Lignes directrices.*

OTSTCFQ a. (2022). *Vers une vision partagée pour l'enseignement de l'évaluation du fonctionnement social.* OTSTCFQ.

OTSTCFQ b. (2012). *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec.*

OTSTCFQ b. (2013). *Le référentiel d'inspection professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec - Cadre d'inspection.*

OTSTCFQ c. (2020). *Un rendez-vous incontournable*. Mémoire présenté à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

Ouellet, N. (2023). *La prise en compte des déterminants sociaux de la santé en GMF : C'est possible!*
Consulté le 21 avril, 2023, sur OTSTCFQ: <https://www.otstcfq.org/article-dossier-special/la-prise-en-compte-des-determinants-sociaux-de-la-sante-en-gmf-cest-possible/>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 8 - Les techniques d'analyse contextualisantes, configurationnelles et systémiques. Dans P. Paillé, & A. Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 157-182).

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (éd. 4e). (Dunod, Éd.) Armand Colin.

Parazelli, M., & Bourbonnais, M. (2017). L'empowerment en travail social Perspectives, enseignements et limites. *Sciences & Actions Sociales*, pp. 23-52.

Paugam, S. (2018). Introduction. Dans S. Paugam, *Le lien social* (pp. 3-6). Presses Universitaires de France.

Pauzé, M. (2016). Le travail social et le système professionnel québécois. Dans J.-P. Deslauriers, & D. Turcotte, *Introduction au travail social*.

Pelletier-Morin, S.-L. (2025, 9 juin). «Pour une renaissance de la psychanalyse québécoise»: le dernier mot n'a pas été dit. *Le Devoir*.

Pesce, S. (2019). *Expliquer et comprendre*. Consulté le 1 août, 2023, sur Dictionnaire de sociologie clinique: <https://www-cairn-info.proxy.bibliotheques.uqam.ca/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-page-278.htm>

Ploudre, A. (2017). *CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources*. Montréal: Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS).

- Plourde, A. (2016, 16 mars). *Échec des CLSC ou abandon du ministère de la Santé et des Services sociaux?* Consulté le mai 28, 2025, sur Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS): <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/echec-des-clsc-ou-abandon-du-ministere-de-la-sante-et-des-services-sociaux/>
- Plourde, A. (2022, mai 26). *Bilan des groupes de médecine (GMF) de famille après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur*. Consulté le 15 avril, 2023, sur IRIS: <https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/>
- Pullen Sansfaçon, & al. (2014). Explorer l'identité professionnelle chez les travailleurs sociaux en devenir : une étude de l'expérience des étudiants québécois finissants. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(1), pp. 137-152.
- Pullen Sansfaçon, A., & Crête, J. (2020). Identité professionnelle en travail social : atteindre l'équilibre dans un contexte déséquilibrant. *Recherches sociographiques*, 60(2), pp. 331-349.
- Roc, M.-L. (2024). Le travail social et le système professionnel québécois. Dans D. Turcotte, & J.-P. Deslauriers, *Introduction au travail social* (éd. 4).
- Roc, M.-L., & Hébert, A. (2019, janvier). Entrevue avec les représentants de l'OTSTCFQ au sujet de l'intégration des travailleurs sociaux en GMF . (A. Genesse, Intervieweur) Non diffusé.
- Roelens, C. (2021). Éthique minimale, individualisme et éducation à l'autonomie. *Éthique en éducation et en formation*(10), pp. 6-13.
- Rondeau, G., & Commelin, D. (2005). La profession de travailleur social au Québec . Dans J.-P. Deslauriers, & Y. Hurtubise, *Le travail social international Éléments de comparaison*. Les Presses de l'Université Laval.
- Roquet, P. (2012, avril). Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse. *Phronesis*, 1(2), pp. 82-88.

- RQIIAC. (2020). Les fondements de l'organisation communautaire. Dans *Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec* (pp. 21-33). Presses de l'Université du Québec.
- Ruelland, I. (2012). Quelques réflexions sur les enjeux contemporains du travail social en contexte institutionnel Entrevue avec François Dubet, sociologue. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(2), pp. 9-19.
- Safarti Larson, M. (1988). À propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire. *Sociologie et sociétés*, 20(2), pp. 23-40.
- Sarthou-Lajus, N. (1997). La dette fondatrice du lien social. Dans N. Sarthou-Lajus, *L'éthique de la dette* (pp. 7-36). Presses Universitaires de France.
- Schurmans, M.-N. (2008). L'approche compréhensive et qualitative dans la recherche en formation. *Éducation permanente*, pp. 91-103.
- Shapiro, G. (2018, juin 24). Interprétation. *Encyclopædia Universalis [en ligne]*.
- Simard, J., & Turcotte, D. (1992). La thérapie orientée vers la solution. Un modèle applicable à l'intervention en contexte d'autorité. *Service social*, 41(3), pp. 77-93.
- Sioui, M.-M., & al. (2025, 9 mai). *Une vision communautaire du système de santé | Entrevue avec Pauline Marois*. Consulté le 28 mai, 2025, sur Le Devoir:
<https://www.ledevoir.com/politique/quebec/877468/vision-communautaire-systeme-sante-entrevue-pauline-marois>
- Sorel, M. (2015). Introduction. Dans M. Hatano-Chavildan, & M. Sorel, *La notion d'identité Usages et sens dans le champ de la formation et l'éducation* (pp. 10-20). L'Hamarthan.
- Sorel, M., & Wittorski, R. (2005). *La professionnalisation en actes et en questions*. Paris: L'Hamarthan.
- Soulet, M.-H. (1997). *Les transformations des métiers du social*. Fribourg: Éditions universitaires.

Soulet, M.-H. (2003). Penser l'action en contexte d'incertitude : une alternative à la théorisation des pratiques professionnelles ? *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), pp. 125-141.

Turcotte, D. (2009). Recherche et pratique en travail social : un rapprochement continu et essentiel. *Intervention*(131), pp. 54-64.

Turgeon, J., & al. (2001). Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Les Tribunes de la santé*, 1(30), pp. 57-85.

Vérificateur général du Québec. (2015). *Groupes de médecine de famille et cliniques-réseau*. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016, Vérificateur général du Québec, Vérification de l'optimisation des ressources.